

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

**Вальчук
Дмитрий Сергеевич**

**СТАЦИОНАРНАЯ ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПИИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

14.01.27 – Наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Агибалова Татьяна Васильевна

Москва - 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
ГЛАВА 1. Психотерапия больных, страдающих зависимостью от алкоголя. Обзор литературы	
1.1. Общая характеристика психотерапевтических подходов, используемых для лечения больных зависимых от алкоголя.....	13
1.2. Мотивационная психотерапия больных алкоголизмом.....	21
1.3. Современные методы психотерапии: от эклектики к интеграции.....	26
ГЛАВА 2. Теоретические основы разработки метода психотерапии больных, страдающих зависимостью от алкоголя, основанного на купировании ПВА («метод купирования ПВА»).	
2.1. Патологическое влечение к алкоголю как психопатологический симптомокомплекс.....	29
2.2. Теоретические модели патологического влечения к алкоголю.....	37
2.3. Использование феноменологии ПВА как основы для психотерапевтической работы.....	44
ГЛАВА 3. Общая характеристика клинических наблюдений и методов исследования	
3.1. Общая характеристика обследованных больных.....	50
3.2. Используемые методы лечения.....	58
3.3. Характеристика методов и организация исследования.....	59
ГЛАВА 4. Результаты собственных исследований	
4.1. Уровень и феноменология патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом.....	63
4.2. Разработка психотерапевтической программы на основе феноменологии патологического влечения к алкоголю.....	66
4.3. Данные оценки симптомов ПВА в процессе терапии, ориентированной на купирование ПВА.....	75
4.4. Динамика состояния в процессе терапии, ориентированной на купирование ПВА.....	80

4.5. Факторы влияния на симптомы ПВА у больных алкоголизмом на этапе активной терапии.....	83
4.6. Исследование иррациональных убеждений, связанных с феноменологией патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом.....	88
Заключение	92
Выводы	100
Список литературы (цитированные источники)	102
Список сокращений и условных обозначений	118
Список иллюстративных материалов	119
Приложения	
Приложение А. Форма Индивидуальной карты исследования больного алкогольной зависимостью	
Приложение В. Форма и обработка Теста аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA)	
Приложение С. Форма и обработка Шкалы депрессии А.Бека	
Приложение D. Форма и обработка Шкалы тревоги А.Бека	
Приложение Е. Форма и обработка Опросника для оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory - DAI-30)	
Приложение F. Форма и обработка Шкалы патологического влечения к алкоголю Альтшулера В.Б., Чередниченко Н.В.	
Приложение G. Наблюдение №1	
Приложение H. Наблюдение №2	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Несмотря на все прилагаемые современным здравоохранением, и обществом в целом усилия, проблема зависимости от алкоголя остается одной из наиболее актуальных вследствие высокой распространенности лиц с данной зависимостью среди населения, а также из-за тяжелых медико-социальных последствий алкоголизма (Немцов А.В., 1998; Иванец Н.Н., 1995, 2002; Анохина И.П., 2002; Кошкина Е.А., 2002-2012, Клименко Т.В., Козлов А.А., 2014, 2015). Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительном числе лиц с зависимостью от алкоголя в разных странах, высокими остаются потребление спиртного и заболеваемость алкогольной зависимостью и в России, хотя цифры несколько снизились в последние годы (по данным Росстата за 2011-2015гг), что может быть так же связано с развитием частной наркологии и реабилитации, где лечение проходит анонимно. Несмотря на то, что единой системы оценки совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне на настоящий момент не выработано, и ученые разных стран спорят о методах подобной оценки (Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л., 2016), этот ущерб огромен. Наиболее признанными являются последствия злоупотребления алкоголем для насильственной и суицидальной смертности, демографических потерь, инцидентности при дорожно-транспортных происшествиях, для роста заболеваемости хроническими соматическими болезнями (алкоголь-ассоциированными), к производственному травматизму и т.д. (Global status report, WHO, 2014). Актуальные для России демографические диспропорции в виде значительно меньшей продолжительности жизни мужчин, большого числа дезадаптированных и десоциализированных лиц мужского пола в популяции также во многом объясняются более высоким процентом злоупотребляющих алкоголем среди мужского населения (Михайлова А.Н., Ротенберг В.С., 1990; Иванец Н.Н., 2015).

Учитывая сложный, мультифакторный этиопатогенез зависимости от

алкоголя, недостаточную до настоящего времени эффективность фармакологических медицинских мероприятий, остается по-прежнему актуальной проблема поиска новых способов помощи больным. Такая помощь должна опираться на комплексный подход к лечению, где наряду с психофармакологическим воздействием важную роль играют психотерапевтические программы. До настоящего времени вопрос о психотерапевтических подходах для лечения зависимости от алкоголя не является простым: при всем разнообразии предложенных вариантов психотерапии число программ с доказанной эффективностью невелико. Это свидетельствует о сохраняющейся актуальности оптимизации психотерапии, начиная от первого этапа – мотивирующих воздействий или «мотивационного интервью» (Агибалова Т.В. с соавт., 2012; Miller W.R., Rollnick S., 2004; Smedslund G. et al., 2011; Kohler S., Hofmann A., 2015; Joseph J., Basu D., 2016; др.), либо его варианта – «комплаенс-психотерапии» (Агибалова и соавт., 2010; Kemp R., David A., 1996; Powers M.B., 2008), до более существенных, глубинных воздействий на поздних этапах терапии и реабилитации (Белокрылов И.В., 2002; Шустов Д.И., 2009; Агибалова Т.В., Шустов Д.И. с соавт, 2015 и др.).

Современное состояние проблемы. На протяжении последних лет предложен ряд новых оригинальных психотерапевтических вмешательств, направленных на лечение пациентов с зависимостью от алкоголя, оценена их эффективность (Шустов Д.И., 2009; Голощанов И.В., 2010; Шалаева Е.В., 2014; др.). Медицинская и социальная реабилитация больных алкогольной зависимостью является одним из приоритетных направлений наркологии (Дудко Т.Н., 2006, Агибалова Т.В. с соавт., 2010-2016; Клименко Т.В., Козлов А.А., 2012-2016). Именно в ходе реабилитации достигается восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их личностного и социального статуса. Длительные ремиссии формируются, прежде всего, благодаря соблюдению принципов построения лечебно-реабилитационных программ и обеспечению преемственности стационарной

и амбулаторной помощи

В научной литературе достаточно внимания уделяется исследованию личности зависимых и факторов риска алкоголизации (Вулкль К.Э., 2002; Иванец Н.Н., 2004, 2006; др.). Ряд работ посвящен изучению патологического влечения (Альтшулер В.Б., 1994, 2013; Чирко В.В., Демина М.В., 2002; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2015; др.), анализу мотивации к прекращению употребления психоактивных веществ (ПАВ) (McIntosh J., 2000), оценке параметров ремиссий (Ерышев О.Ф., Рыбаков Т.Г., 1996; Винникова М.А., 2004, 2012; др.). Во многих работах указывается на недостаточно высокую эффективность реабилитационных мероприятий при зависимости от психоактивных веществ (Raistrick D. et al., 2006; Ваисов С.Б., Кулаков С.А., 2012; Tanner-Smith E. et al., 2013). Процесс избавления от зависимости является длительным, сложным, требует учета многих составляющих. Одна из проблем заключается в том, что отказавшись от употребления ПАВ, пациент с зависимостью неизбежно сталкивается с тяжелыми физиологическими и психологическими последствиями такого отказа, включая необходимость справляться с явлениями патологического влечения к психоактивному веществу. Феноменология патологического влечения к алкоголю (ПВА) изучена и описана ведущими отечественными специалистами (Альтшулер В.Б., 1996, 2013; Тиганов А.С., 1999; Иванец Н.Н., 2007; Михайлов М.А., 2012, 2013, 2014; Гофман А.Г., 2012; др.); признанными являются выделение первичного и вторичного ПВА, равно как его компонентов (идеаторного, поведенческого, эмоционального, сенсорного и вегетативного). Квалификация феноменологии ПВА как значимой в клинической картине предполагает необходимость применения медицинских средств, направленных на купирование этих симптомов; обычно в качестве таких средств используется психофармакотерапия. Однако использование психотерапии может не только помогать пациентам решать психологические проблемы, содействовать их адаптации в социуме, но и быть пригодным для предотвращения обострений патологического влечения и формирования

стабильной ремиссии. Причем особенно актуальной такая психотерапия является при создании краткосрочных, используемых в стационаре, хорошо алгоритмизированных, мишене-ориентированных форм работы. Создание, внедрение подобных программ, равно как и исследование их эффективности, должны проводиться с учетом развития специфического для пациентов с зависимостью симптомокомплекса – патологического влечения к алкоголю, значимость проявлений которого для течения наркологического заболевания неоднократно аргументировалась (Иванец Н.Н., 2007; Альтшулер В.Б., 1996, 2013; Белокрылов И.В., 2008; Михайлов М.А., 2012-2014; Гофман А.Г., 2012).

Цель исследования

Изучить клинико-психопатологические характеристики и проявления патологического влечения у больных с алкогольной зависимостью, находящихся на стационарном этапе лечения, для разработки на этой основе специализированной комплексной психотерапевтической программы, включающей технологии, направленные на преодоление симптомов ПВА, и оценить эффективность этой программы психотерапии.

Задачи исследования

1. Изучить клинические особенности ПВА у больных алкоголизмом, находящихся на стационарном лечении, оценить место патологического влечения в клинико-динамической картине заболевания, и собственные возможности пациентов по совладанию с симптомами ПВА

2. Проанализировать взаимосвязи симптомов ПВА с проявлениями расстройств эмоциональной сферы, характерологическими особенностями личности зависимых от алкоголя, с присущими пациентам аддиктивными установками.

3. Определить и обосновать на основе симптоматики ПВА мишени психотерапии, подобрать адекватные симптомам психотерапевтические технологии, для создания комплексной психотерапевтической программы,

пригодной к использованию для больных алкогольной зависимостью при лечении в стационаре.

4. Разработать алгоритм проведения комплексной психотерапевтической программы для больных алкогольной зависимостью при лечении в стационаре, с опорой на оригинальную модель «психотерапии купирования патологического влечения».

5. Провести лечение пациентов с применением разработанной программы, оценить эффективность предложенных психотерапевтических методов, направленных на преодоление симптоматики ПВА.

Положения, выносимые на защиту

1. У пациентов с алкогольной зависимостью установлены такие компоненты патологического влечения к алкоголю как идеаторные, поведенческие, эмоциональные, сенсорные и вегетативные. Структура ПВА, сочетание и степень выраженности отдельных компонентов существенно различаются (и у каждого пациента есть свой, индивидуальный «профиль» симптомов ПВА).

2. В исследовании показано, что ПВА представляет собой сложный психопатологический синдром, структура которого не имеет прямых связей с иными клиническими характеристиками пациентов с зависимостью от алкоголя (такими как длительность заболевания, особенности преморбидной личности, степень выраженности иных личностных изменений).

3. В исследовании показано, что симптомы ПВА являются стойкими у большей части пациентов, и при отсутствии специализированной работы снижаются незначительно после стационарного лечения; поэтому требуются специализированные мероприятия, направленные на купирование симптомов ПВА (включая психотерапевтические средства).

4. Симптоматика ПВА, присущая пациентам с зависимостью от алкоголя, позволяет обосновать и разработать особый вариант психотерапии, ориентированной на купирование ПВА, актуальный для пациентов с разными

психопатологическими проявлениями.

5. Комплексная психотерапевтическая программа для больных алкогольной зависимостью, включающая технологии совладания с проявлениями ПВА, при использовании на стационарном этапе лечения, доказала свою эффективность, и позволяет индивидуализировать программу психотерапевтического ведения больных.

Научная новизна

Впервые в отечественной наркологии предложена программа, где в качестве основы психотерапии был определен один из стержневых при зависимости от алкоголя синдромов – патологическое влечение к алкоголю. В рамках эмпирического исследования была проведена комплексная клиничко-патопсихологическая оценка группы взрослых больных алкоголизмом, включающая анализ психопатологических проявлений в виде симптомов ПВА, в сопоставлении с иными нарушениями. Проанализированные и тщательно оцененные для каждого конкретного пациента психопатологические симптомы, составляющие синдром ПВА, позволили сформулировать мишени для психотерапевтической работы с больными на стационарном этапе. Для каждой из выделенных мишеней удалось подобрать особые технологические приемы психотерапевтического воздействия. На основе полученных при обследовании данных предложена модель психотерапии, включающая специализированные технологии, направленные на купирование симптомов ПВА, и позволяющая планировать психотерапевтическое воздействие с учетом индивидуальной картины заболевания. Были разработаны рекомендации к ведению больных алкоголизмом с различными психопатологическими проявлениями и нарастающими изменениями личности. Проведена оценка эффективности предложенной психотерапии.

Практическая значимость работы

Значимость работы определяется созданием нового метода психотерапии, содержащего технологии совладания с симптомами ПВА, позволяющего использовать психотерапию для предотвращения обострений патологического влечения и формирования стабильной ремиссии. Применение предложенного варианта психотерапии способствует повышению мотивации на лечение у больных алкоголизмом, удержанию их в стационаре и содействует сохранению пациентами трезвости после выписки из стационара. Проведенное исследование демонстрирует эффективность психотерапии, ориентированной на преодоление ПВА, и позволяет расширить арсенал психотерапевтических методик, используемых при лечении больных алкоголизмом.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования являются больные с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя», установленным в соответствии с критериями Международной классификации болезней (МКБ-10).

Предметом исследования является ПВА у больных алкогольной зависимостью как основа для диагностики конкретного пациента, необходимой для построения психотерапевтической программы и оценки, достигнутых в ходе ее выполнения, изменений.

Методология и методы исследования. Подробно изложены в главе 3.3 данной работы.

Степень достоверности проведенного исследования. Исследование относится к рандомизированным контролируемым, достаточность размера выборки подтверждена анализом мощности исследования на этапе его планирования. Обзор литературы написан на основе анализа отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования, с использованием баз MEDLINE/PubMed. Эмпирический материал получен с опорой на использование как клинических, так и психологических, тестовых методов

исследования больных алкогольной зависимостью, что с учетом достаточного объема и репрезентативности выборки, адекватных методов математической статистики, обеспечивает достоверность и обоснованность выводов исследования.

Структура и объем диссертации.

Работа изложена на 173 страницах, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы (227 наименований), включающего – 124 отечественных и 103 иностранных источников, списка сокращений, списка иллюстративного материала и приложений, где представлены психодиагностические инструменты, использованные в исследовании, и 2 клинических примера. Диссертация содержит 16 таблиц и 8 рисунков.

Во **введении** обосновывается актуальность исследования, формулируются его цель и задачи, демонстрируется его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме алкогольной зависимости, психотерапии и реабилитации пациентов с данным заболеванием. В главе представлен обзор методов психотерапии, используемых для данного контингента больных, намечены основные пути развития таких методов.

В главе 2 представлены теоретические предпосылки создания нового метода краткосрочной психотерапии, ориентированной на коррекцию ПВА, пригодного для использования на стационарном этапе ведения больных, зависимых от алкоголя.

В главе 3 приводится общая характеристика пациентов, принявших участие в исследовании, и методов исследования.

В главе 4 приводятся результаты, полученные в ходе исследования симптоматики ПВА у больных алкоголизмом, описывается метод краткосрочной, ориентированной на коррекцию ПВА психотерапии, и подробно представляются данные по применению этого психотерапевтического метода.

В **Заключении** обобщаются и обсуждаются полученные результаты исследования.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы диссертации доложены на клинических конференциях НИИ наркологии - филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

По материалам диссертации опубликовано 7 работ, из них 5 - в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией

ГЛАВА 1. Психотерапия больных, страдающих зависимостью от алкоголя. Обзор литературы

1.1. Общая характеристика психотерапевтических подходов, используемых для лечения больных зависимых от алкоголя.

Психотерапия больных алкоголизмом (а позже и больных с иными наркологическими заболеваниями) активно развивалась на протяжении XX века, и продолжает развиваться по настоящее время. За этот период было создано большое число различных вариантов психотерапевтического воздействия, предложенных для пациентов, страдающих зависимостями. Важно, что создатели программ стояли на различных теоретических позициях, исходили из разных моделей, объясняющих генез химической зависимости. Поэтому предлагаемые психотерапевтические программы не только слабо соотносятся друг с другом, но порой исходят из полярных посылок. Несмотря на то, что целью психотерапии всегда является изменение переживаний человека и/или его поведения психологическими средствами (Перре М., Бауман У., 2002), выбор самих психологических средств также может быть весьма разнообразным. Рассмотрим основные направления психотерапевтической помощи наркологическим больным, более подробно останавливаясь на тех, что прочно вошли в арсенал средств, используемых в разных странах, доказавшие свою эффективность.

Уже первые отечественные ученые, стоявшие у истоков развития психотерапии как научно обоснованного терапевтического метода, проявили интерес к лечению систематически пьющих пациентов. Так, Вяземским И.В. был предложен метод коллективной гипнотерапии алкоголизма, впоследствии использованный и дополненный Бехтеревым В.М. (Карвасарский Б.Д., 2013). Безусловно, ученые опирались на существовавшие в начале XX в. представления об алкоголизме, влечении к спиртному, и о способах влияния на данное влечение. Главным инструментом воздействия в указанный период признавалось внушение, проводимое в различных формах, а мишенью воздействия виделось именно влечение к спиртному. Для нашей работы тот

факт, что на начальных этапах разработки психотерапевтических программ ПВА определялось как главная мишень воздействия, имеет особое значение. В этой связи можно утверждать, что предлагаемая и обосновываемая далее в работе психотерапия, направленная на купирование ПВА, следует давней клинической традиции, является преемственной по отношению к работам первых клиницистов, заинтересовавшихся алкогольной зависимостью.

Главным средством воздействия, или технологией, в ранний период развития научно обоснованной психотерапии, признавалось внушение. Способы внушения использовались разнообразные: от глубокого гипноза, обычно в группе больных, до рационального убеждения и приемов самовнушения и самоубеждения больного. Так, Бехтерев В.М. разрабатывал метод коллективной психотерапии, отмечая эффекты взаимного потенцирования действия внушения при его проведении в группе больных. Однородный состав группы, сходная проблематика, особенности самих пациентов (в том числе – внушаемость), а также мастерство психотерапевта, определяли хорошую эффективность этого вида терапии. Важно, что роль психотерапевта состояла в руководстве процессом психотерапии и контроле дальнейшего ведения больного. При этом наличие не только гипнотического императивного внушения, но и врачебного разъяснения и убеждения, как это делал Бехтерев В.М., свидетельствует об одновременном воздействии на различные уровни симптоматики зависимости от алкоголя.

Техники гипносуггестивной психотерапии использовались и обосновывались Платоновым К.И. (1930), который применял особый терапевтический прием внушенного сновидения. Содержание последнего должно было отвечать тому набору патогенетических факторов, которые определяют проблемное поведение или симптоматику у конкретного больного. Тем самым содержание сновидения предлагало больному новые, положительные установки, изменяющие привычные формы реагирования. Для пациентов с зависимостью от алкоголя внушенные сновидения должны были содействовать укреплению установки на трезвость, при этом отношении

к спиртному рекомендовалось формулировать как нейтральное, безразличное (а не отрицательное). Остается признать мудрость и наблюдательность клиницистов этого периода, и правомерность рекомендуемого ими подхода - с учетом феномена сопротивления, возникающего с тем большей отчетливостью, чем выше уровень конфронтации симптома.

Последующие разработки в области психотерапии больных с зависимостью от алкоголя сохраняли данную традицию – воздействовать на патологическое влечение к спиртному путем укрепления противоположных алкогольным переживаний. Реализовывать технически этот подход предлагалось либо также с использованием внушенных сновидений в гипнозе, либо на основе возникающих в процессе проведения аутотренинга «гипноидных состояний». В ходе подобного воздействия содержание установок задается вербально проводящим сеанс психотерапевтом, а возможно и самим пациентом, уже обученным и преуспевшим в использовании описанного метода (Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965).

Отечественные специалисты, следуя традиции тонкого клинического анализа состояния пациентов, пристальное внимание обращали на разрушенную наркологическим заболеванием личность. Особенно акцентировались нарушения таких важных черт, как уверенность в себе, в собственной возможности противостоять болезненному влечению, недостаточное у пациентов упорство в достижении позитивных жизненных целей. В связи с подобными приобретенными дефектами личности, предлагалось в ходе психотерапии использовать дополнительные воздействия на вегетативную сферу, на эмоциональные переживания, с тем, чтобы достичь стабильности физиологического и аффективного состояния. В этом случае не только улучшалась саморегуляция, но и подкреплялась уверенность больных в себе, в своей возможности регулировать свое состояние, сопротивляться болезни. Несмотря на то, что эффективными подобные психотерапевтические воздействия оказывались скорее для пациентов без значительного психического снижения, на начальном этапе болезни, при

сохранной еще критике и достаточной мотивации на излечение, роль представленных разработок трудно переоценить.

Позже данные физиологов и психологов (Павлов И.П., Скиннер Б.Ф.) привели к появлению новой формы психотерапевтического воздействия, основанной на условно-рефлекторной модели, и реализованной в виде аверсивных и иных запретительных методов терапии. Рожнов В.Е. предложил технику эмоционально-стрессовой коллективной психотерапии, относящуюся к директивным, гипносуггестивным. Подготовленный разъяснительными беседами пациент погружался в гипноз, и в этом состоянии у него вырабатывалась рвотная реакция на прием алкоголя (Рожнов В.Е., 1975). Обосновывались и иные варианты аверсивной техники. Отрицательный условный рефлекс на прием спиртного вырабатывался на основе вызывающих отвращение химических реагентов, неприятных физиологических воздействий. Для стабилизации ремиссии необходимо было также при проведении психотерапии обеспечить подавление «возникающего влечения к алкоголю и переключение стремлений и интересов, мобилизация волевых усилий, закрепление отвращения к вкусу и запаху алкогольных напитков, выработанного в сеансах гипносуггестивного лечения» (Рожнов В.Е., 1983; Карвасарский Б.Д., 1998). Заметим, что описываемое направление психотерапии также значительное внимание уделяет феноменологии ПВА, акцентирует необходимость учета этой феноменологии, и совладания с нею. В контексте настоящей работы акцентирование важности влияния на патологическое влечение как отдельной задачи лечения представляется высоко значимым.

Принципы психотерапевтического лечения, заложенные в работах родоначальников отечественной клинической психотерапии, нашли продолжение в самом, пожалуй, знаменитом методе лечения зависимости от алкоголя - «кодировании» или запретительной стрессопсихотерапии, предложенный Довженко А.Р. Метод также базируется на механизмах убеждения, внушения (как косвенного, на этапе подготовки пациента к

основной процедуре, так и в ходе проведения последней), отчетлив и элемент аверсивной технологии – поскольку сама процедура включает неприятные физиогенные воздействия, ассоциируемые со спиртным. Впоследствии были предложены модификации данного метода (Григорьев Г.И., 1993), в ряду приемов воздействия стали использоваться иные, например, связанные с исполнением религиозных ритуалов.

К концу прошлого века в России психотерапия алкоголизма стала постепенно смещаться с задачи воздействия на симптомы алкогольной зависимости к более широкому влиянию на личность пациентов (Ерышев О.Ф. и др., 1989; Карвасарский Б.Д., 2009). Во многом эта трансформация произошла под влиянием зарубежных концепций.

Западная традиция психотерапии больных алкоголизмом весьма разнообразна, причем как по технологическим приемам, так и в аспекте теоретического обоснования воздействий. Сложившийся исторически первый психоаналитический подход не стал ведущим в области психотерапии зависимостей, хотя по настоящее время является источником эвристичных идей и моделей. На начальном этапе развития психоанализа Фрейд З. алкогольную зависимость рассматривал как следствие нарушения влечений в виде фиксации на стадии орально-сосущего удовлетворения, также учитывалось особое воздействие алкоголя на психику - успокаивающее, и, с другой стороны, возбуждающее. Такая несколько излишне прямолинейная модель хотя и имеет подтверждение (в виде очевидной связи потребления спиртного с нарушенными циклами возбуждения-расслабления), далека от понимания собственно психологического эффекта спиртного, скорее фиксирует физиологические эффекты.

В более поздних теориях психоаналитики указали на особые изменения состояния сознания при потреблении спиртного – как на побудительную силу поведения пациента. За стремлением к изменению состояния сознания можно «прочитать» действие особого защитного механизма, облегчающего душевную боль, избавляющего от чувств страха, стыда, вины, иных

неприятных переживаний (Куттер П., 1997). Кроме того, по терминологии психоаналитически ориентированных авторов, спиртное «растворяет» даже самое строгое «Сверх-Я», снимая тем самым запреты, барьеры – как социальные, так и связанные с усвоенными, интериоризованными моральными нормами. Для построения психотерапевтического воздействия подобные представления о механизмах потребления спиртного имеют большое значение. Фактически, диктуется необходимость в терапии осознания пациентом глубинных переживаний, источников неосознаваемых влечений (к спиртному и не только, возможно, и к наказанию за потребление, саморазрушительных импульсов, иных). Указанное осознание – путь к избавлению от негативного влияния этих импульсов и влечений на поведение. К сожалению, при всей стройности теории, традиционная психоаналитическая терапия пациентов с зависимостью оказалась мало эффективной (Тучин П.В., 2014). Кроме того, при использовании психоаналитического подхода всегда остается открытым вопрос о применимости предлагаемой интерпретативной схемы (модели) к каждому пациенту интересующей исследователя клинической группы (в нашем случае – с зависимостью от алкоголя). Это ограничение носит методологический характер, и обусловлено тем, что психоаналитически ориентированные авторы используют метод «case-study», и не ставят задачу проверки предлагаемых моделей.

Еще одним интересным вариантом аналитической терапии является транзактный анализ, который акцентировал присущие больным с аддикциями саморазрушительные импульсы. Были предложены Берном Э. концепция жизненных игр и особых сценариев, выделены таковые для больного алкоголизмом, а позже разработана модель «треугольника Карпмана» («Спасатель – Жертва - Преследователь») (Steiner С., 1971). Названные концепты позволили выявить особые закономерности формирования и стабилизации патологического потребления спиртного, - связанные с нарушенными межличностными взаимоотношениями пациентов и

присущими им саморазрушительными тенденциями. Как и иные психоаналитические модели, эти могут быть применены к наркологическим больным, но не тотально, а в отдельных случаях, при подтверждении пригодности интерпретации к конкретному пациенту.

Продолжением разработок современных психоаналитиков в наркологии стали идеи понимания алкоголизации как формы психологической защиты (Шустов Д.И., 2012). Авторы этого направления пишут о стремлении слабой личности избежать столкновения с реальностью. Генез подобной личностной несостоятельности связывается с периодом ранних лишений человека, когда его родительские фигуры не могли обеспечить удовлетворения важных для развития личности потребностей - в любви, поддержке, уважении (Стюарт Я., 1997). Важно, что глубокая личностная преморбидная дефицитарность пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, признается исследователями, стоящими на совершенно иных позициях, опирающихся на клиническую реальность, позициях строгого естественно-научного изучения пациентов данной группы. И конечно все указанные психоаналитические модели используются при проведении индивидуальной психодинамической психотерапии.

В западных странах популярно направление, называемое когнитивно-бихевиоральной терапией (КБТ). Оно более прочно, в сравнении с психоанализом, стоит на позициях научно-обоснованных теорий (Павлова И.П., Уотсона Д.Б., Скиннера Б.Ф.). Человек понимается как продукт социального научения, а психопатологические и поведенческие состояния – как результаты неправильного научения, следования неверным образцам, которые человек наблюдал и воспроизводит. Последнее – уже идеи теории социального научения как части взглядов в основе КБТ (Bandura A., 1977). Данным широким направлением обосновывались уже описанные выше аверсивные методы, систематическая десенсибилизация, широко известная «жетонная система». Эти приемы используются для лечения больных с различными химическими зависимостями, особенно релаксация,

медитативные техники, приемы направленного воображения; также идеи направления ложатся в основу организации «терапевтической среды» наркологических учреждений. К числу поведенческих методов как части КБТ относятся различного рода тренинги, например, тренинг социальных навыков, который способен давать эффект в виде уменьшения клинических симптомов, снижения вероятности рецидива заболевания (Иванец Н.Н., Валентик Ю.В., 1986; Jackson P., Oei T.P.S., 1978). Цель КБТ состоит в создании у пациента новой программы поведения, с отказом от потребления алкоголя, закрепление необходимых реакций в процессе психотерапии. Используются в широких психотерапевтических программах тренинги саморегуляции, сензитивности, самоэффективности, уверенного поведения; тренинги скорее работают на повышение ресурсов личности в целом.

Некоторое время назад можно было увидеть частое использование на практике клиент-центрированной психотерапии Роджерса К. (Роджерс К., 1993). При средней продолжительности лечения (около 25 индивидуальных встреч) она признавалась успешной для лечения алкоголизма (и не только). В настоящее время данный вариант психотерапии в «чистом виде» почти не используется, хотя и в плане характера взаимодействий врача и пациента оставил свой след – в виде требования создания терапевтического альянса и эмпатического, поддерживающего отношения к больным (Тучин П.В., 2014).

Во второй половине XX века сформировалась когнитивная психотерапия как часть КБТ (Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., 1979). Предложенные здесь идеи о генезе ряда психических расстройств, приемы выявления, а затем и оптимизации автоматических мыслей и иррациональных убеждений, оказались продуктивными. Практики успешно применяют данный вариант КБТ для больных с аффективными и связанными со стрессами расстройствами, патологией личности и зависимостями, при семейных проблемах и многих других. Краткосрочный формат психотерапии, четкость и алгоритмизированность процедур, опора на реальность, а также возможность разработки и апробации новых моделей психопатологических

расстройств, делают когнитивную терапию активно внедряемой и разрабатываемой во всем мире (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г, 2000; др.).

Для наркологической психотерапевтической практики интерес представляют разработки, осуществленные в рамках направления когнитивной психотерапии, австралийскими авторами McMallin R., Gehlhaar P. (МакМаллин Р., 2001). Выявленные в результате анализа большого числа клинических случаев и типичные для лиц с химическими зависимостями убеждения позволили указанным авторам создать специализированный опросник «Тест аддиктивных установок Мак-Маллина – Гейлхар» (MGAA). Пункты опросника содержат утверждение, каждое из которых не только характерно для химически зависимых, но и является значимым для психотерапевтической работы. Данные, полученные этими авторами, свидетельствуют об отчетливом психотерапевтическом эффекте изменений в дезадаптивных убеждениях пациента.

Технологии, предлагаемые в рамках КБТ, продолжают активно развиваться и совершенствоваться, но особое значение имеет то, что КБТ внесла вклад в создание мотивационной психотерапии больных алкоголизмом и использует специализированные приемы для воздействия на компоненты и интенсивность патологического влечения к алкоголю. Рассмотрим эти пункты ниже подробнее.

1.2. Мотивационная психотерапия больных алкоголизмом

Предложенная Prochaska J.O., DiClemente C.C., эмпирически установленная модель изменений призвана была отразить шесть стадий, через которые проходит субъект в процессе изменения своего поведения (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1982; Miller W.R., Sovereign R.G., Kregge B., 1988). Эти стадии следующие:

1. предварительных размышлений,
2. размышления,
3. принятия решения или планирования,

4. действий,
5. поддержки,
6. рецидива (или возврата к первоначальному не адаптивному поведению).

Кроме того, в реальном процессе движение по перечисленным стадиям возможно в любую сторону, и скорее является цикличным. Обращение к специалисту наркологического больного чаще происходит на стадии размышлений, отчего далее необходимо планирование лечебных действий, а при выборе тактики лечения налицо переход к стадии действий. В дальнейшем ключевой определяют стадию поддержки, причем важен вклад не только со стороны специалистов, но и собственного социального окружения пациента (Miller W.R., Taylor C.A., West J.C., 1980; Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1982). Если пациент отказывается от терапии, можно говорить о фазе (стадии) рецидива, после чего цикл повторяется (что часто и имеет место на практике).

Разработчиками метода мотивационного интервью было описано несколько ведущих его компонентов или приемов (Miller W.R., Rollnick S., 1991):

- *выделение самомотивирующих формулировок*, значимость которых выше, нежели навязанных кем-либо со стороны;
- *эмпатическое слушание* (в духе психотерапии Роджерса К.), формирующее терапевтический альянс, лучшее понимание врачом больного, и минимизирующее сопротивление пациента;
- *структурированное и направленное интервьюирование* для выявления реальных переживаний, размышлений, планов пациента;
- *обратная связь* со стороны психотерапевта;
- *поддержка самоуважения и собственных усилий* больного, имеющихся у него самомотивирующих формулировок, чувства собственного достоинства;
- *работа с сопротивлением пациента*, в вариантах от простой

рефлексии форм сопротивления, до рефлексии с преувеличением наблюдающихся у пациента проявлений сопротивления, обращением аргумента в противоположность и других приемов;

- *процедура рефрейминга*, изменяющая масштаб видения проблемы;

- *подведение итогов* как типичный для КБТ прием, позволяющий в конце терапевтической сессии суммировать и принять имеющиеся в арсенале больного мотивирующие формулировки.

Оценка эффективности мотивационной терапии была неоднократно предметом изучения (Project MATCH Research Group, 1997; Project MATCH Research Group, 1998). Полученные данные говорят о положительной роли мотивационного интервью для укрепления мотивации отказа от спиртного, причем достигнутый эффект сохраняется долгое время после интервенции. Эффективность мотивационной терапии оказалась сопоставимой с медикаментозным лечением (Handmaker N.S., Miller W.R., Manicke V., 1999; Davidson D. et al., 2007), поэтому мотивационная терапия стала одним из наиболее доказательных методов воздействия.

Ряд отечественных авторов также участвовал в разработке технологий и оценке эффективности мотивирующего интервью (Валентик Ю.В., Курышев В.Н., 1992; Валентик Ю.В., 1996; Эпов Л.Ю., 2004). Важным аспектом проблемы стало изучение возможностей воздействия на мотивацию пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя, с учетом основных типов личности, и с оценкой эффективности применения несколько различающихся технологий проведения мотивационной психотерапии (Эпов Л.Ю., 2004). Зарубежные авторы, в свою очередь, операционализировали технологии «краткого мотивационного консультирования» для больных общесоматической сети, потребляющих алкоголь (Holder H. et al., 1991), или для пациентов, уже пришедших на прием к врачу психиатру-наркологу (Bien T.N., Miller W.R., Tonigan J.S., 1993).

Разработчикам мотивационных воздействий мы обязаны пониманием того, что методы суггестивные, конфронтационные имеют ограниченный

диапазон пригодности вследствие повышения уровня сопротивления больного (Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S., 1993, Miller W.R., Rollnick S., 1991). Гораздо лучше обнаружить для пациента его собственную амбивалентность, и, усилив установки, содействующие трезвости, выгоды последней, сдвинуть мотивационную систему в сторону отказа от потребления. Но мотивационное интервью имеет и свои ограничения, так как оно не предполагает обучение пациента поведенческим навыкам жизни в трезвости, саморегуляции, приемам сопротивления «давлению алкоголизирующейся среды». Именно поэтому мотивационная работа обычно есть лишь начальный этап более широкой психотерапевтической или реабилитационной программы (Агибалова Т.В., 2010).

Оказание влияния на выполнение пациентом врачебных рекомендаций является ключевым также для такого вида психотерапевтической работы с больными, как комплаенс-психотерапия. Идея использования психотерапии как основы для поддержания медикаментозного лечения, опосредования биологической терапии в составе более широкой программы реабилитации наркологических больных, писали авторитетные отечественные наркологи (Валентик Ю.В., 1989; Валентик Ю.В., Даренский И.Д., 1990; Белокрылов И.В., 2001; Иванец Н.Н., 2002 и др.). Кроме того, внимание к комплаентности пациентов, содействие их согласию на медикаментозное лечение, ведет к объединению психотерапевтического и фармакологического лечения в единую систему лечебных мероприятий (Агибалова Т.В., Голощанов И.В., 2009).

Первоначально предложенный для преодоления низкого уровня комплаентности пациентов с психическими расстройствами вариант (Kemp R. et al., 1996, 1998) был оценен с позиции технологии (Garety P.A. et al., 1994; Haynes R.B., Montague P, Oliver T., 2000). Позже для психически больных его стали использовать в рамках широко внедряемых психообразовательных программ (Kingdon D.G., Turkington D., 1994). Эффективность комплаенс-психотерапии для больным шизофренией

проверена в ряде исследований (Kemp R., David A., Blackwell B., 2004).

В наркологической практике технология комплаенс-психотерапии предполагает организацию активного диалога с пациентом в отношении проводимого медикаментозного лечения, его «плюсов» и «минусов», с сопутствующей когнитивной оценкой симптомов болезни, требующих лечения.

Отечественными учеными был разработан в деталях, внедрен и оценен, с точки зрения эффективности, вариант комплаенс-психотерапии именно для больных с зависимостью от алкоголя (Агибалова Т.В., Голощапов И.В., 2009). Описаны этапы работы, которая начинается с изучения концепции своего заболевания, существующей у пациента, и оценки влияния этой концепции на относящееся к лечению поведение. Далее предлагаются приемы оценивания всегда двойственного отношения пациента к лечению, выявления дезадаптивных убеждений пациента по поводу нежелательности приема препаратов, проявлений стигматизации и самостигматизации. И, наконец, затем производится постепенное формирование более реалистичных и адаптивных убеждений, установок и стратегий поведения, дающих возможность осуществлять терапию, справляться с вновь возникающими сомнениями, ощущениями и симптомами. Авторы подчеркивают, что несмотря на преимущественное использование технологий когнитивной психотерапии, в работе возможно применение и косвенного внушения (через использование метафор, собственного языка больного, иных приемов).

Зарубежные авторы также использовали комплаенс-психотерапию для пациентов с химическими зависимостями, в частности, с целью предотвращения рецидивов при лечении от алкогольной зависимости (Shand F. et al., 2003). Ее интерпретировали как ограниченную по задачам, фокусную или «симптоматическую», в контексте медикаментозного лечения налтрексоном (O'Farrell T., Fals-Stewart W., 2000; Kranzler H.R., Modesta-Lowe V., Van Kirk J., 2000; Rohsenow D. et al., 2000). Кроме основного эффекта – повышения приверженности медикаментозной терапии,

отмечалось положительное влияние на личность пациентов в виде уменьшения переживания чувства безнадежности, повышения уровня самоуважения, ощущения самоэффективности. В рамках метадоновых программ также предпринимались попытки влияния на комплаентность наркологических больных (Rowan-Szal G. et al., 1994; Villano C.L. et al., 2002; Kidorf M. et al., 1994). К сожалению, эффективность комплаенс-психотерапии для пациентов с другими химическими зависимостями не доказана (Carroll K. et al., 2001, 2006; Mullins S.M. et al., 2004).

1.3. Современные методы психотерапии: от эклектики к интеграции

В числе важных вопросов, которые приходится разрешать врачам психиатрам-наркологами сегодня, вопрос о выборе и дифференцированном применении психотерапевтических методик – для индивидуального ведения пациентов, сочетания предлагающихся техник на достаточных основаниях. Ранее можно было наблюдать на практике, как специалисты старались соединить все действительно работающие техники для ликвидации большого числа симптомов и/или поведенческих проблем больных. Это был этап психотерапевтической эклектики, где соединение носило скорее бессистемный характер (Макаров В.В., 2010-2014).

Неудовлетворенность эффективностью таких сочетаний техник привела к росту числа подходов, которые именуется системными или интегративными (Завьялов В.Ю., 2004; Клиническая психотерапия в наркологии, 2012). Особенно актуальной задачей совмещения методов становится для частных случаев коморбидной патологии, когда наркологическое заболевание сочетается с психическим процессуальным, с расстройством личности (Krampe H. et al. 2006; Шалаева Е.В., 2014). Наличие такой сочетанной патологии утяжеляет течение алкогольной зависимости (Иванец Н.Н. с соавт, 2008), рождает пессимистический прогноз у специалистов (Kiefer F. et al. 2005; Verheul R. et al. 1998).

Собственно, описанные выше варианты психотерапии – мотивационная, комплаенс-терапия, да и КБТ в широком смысле, являются «свободными» от конкретной теории, выходящими за рамки одной модели. Но интеграция психотерапевтических подходов требует своего обоснования. Так, известный отечественный психотерапевт, Президент Российской психотерапевтической ассоциации проф. Макаров В.В. полагает главным для интегративного подхода наличие некоторой базовой модальности, которая становится «доминирующим» подходом, с последующим присоединением к ней иных «родственных». Идея интеграции приобрела столь широкое звучание, что за последние годы было создано немало программ, именуемых комплексными, интегративными, полимодальными и т.д. Перечислим наиболее интересные и хорошо себя зарекомендовавшие при работе с наркологическими больными:

- «основанная на идее трезвенничества психотерапия алкогольной зависимости» (Павлов И.С, 1999);
- «континуальная психотерапия больных алкоголизмом» (Валентик Ю.В., 1994);
- «когнитивная психотерапия алкоголизма, направленная на коррекцию аддиктивных представлений больного» (Даренский И.Д., 1996);
- «краткосрочная групповая психодинамическая психотерапия больных алкоголизмом», осуществляемая на основе терапевтической среды стационарного отделения (Белокрылов И.В., 2001);
- «дианализ» (Завьялов В.Ю., 2004);
- «интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия зависимых» (Катков А.Л., Титова В.В., 2002);
- психотерапия больных алкоголизмом, проводимая с учетом типов характера, и технологиями транзакционного анализа (Шустов Д.И., 2009; Агибалова Т.В., 2000, 2001);
- «групповая полимодальная психотерапия» (Шалаева Е.В., 2014, Беляков Д.А., 2015);

- иные.

Обоснование и разработка методов интегративной направленности интересует ученых и за пределами наркологии (Макаров В.В., 2001-2014; Белокрылов И.В., 2001-2006; Каткова А.Л., 2000-2010; Тукаев Р.Д., 2005-2012; др.). Анализ самых передовых разработок свидетельствует не только о разнообразии целей психотерапии, но и о следовании, на новом уровне, традиционным принципам клинической психотерапии. Можно заметить возврат к тщательной оценке феноменологии «проблем» пациентов, причем на концептуальном уровне современной психологии и психопатологии, богатой моделями и теориями. И это позволяет создавать систематические вмешательства для воздействия на широкий диапазон «проблемных» феноменов (эмоциональных, мотивационных, когнитивных, поведенческих, экзистенциальных или связанных с целями и смыслами), наблюдаемых у больных. Одним из симптомокомплексов, для нейтрализации влияния которого необходимы специализированные методы, является патологическое влечение к алкоголю. Воздействие на данный высоко значимый симптом может быть включено в любую психотерапевтическую программу, повышая ее эффективность. Конечно в том случае, если воздействие окажется эффективным. На разработку такого рода техник и направлена настоящая работа.

ГЛАВА 2. Теоретические основы разработки метода психотерапии больных, страдающих зависимостью от алкоголя, основанного на купировании ПВА («метод купирования ПВА»)

2.1. Патологическое влечение к алкоголю как психопатологический симптомокомплекс.

В обширной литературе по проблемам клиники алкоголизма подробно описаны критерии диагностики и феноменология этого заболевания, определены структурные компоненты. Как известно, основу клинической картины алкоголизма составляют синдром патологического влечения к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром и алкогольные изменения личности; причем каждый из синдромов постепенно формируется в процессе развития заболевания и присутствует при любых клинических вариантах алкоголизма (см., напр., Наркология: национальное руководство. 2016),

Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) традиционно признается в качестве основного признака хронического алкоголизма, или признака, имеющего особое нозоспецифическое значение (Альтшулер В.Б., 1999; 2012). Этот факт находит прямое отражение в МКБ-10, где при описании симптомов зависимости от химического вещества «сильное желание или чувство непреодолимой тяги к приему ПАВ» обозначено первым пунктом (МКБ-10). Иные проявления синдрома зависимости также в значительной степени связаны с патологическим влечением, как например, утрата «альтернативных интересов», с сопутствующей перестройкой мотивационной сферы больных. Важно, что требование «индивидуализированного и дифференцированного подхода» при лечении пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя, может быть обеспечено через квалификацию «дискретного и синдромного характера патологического влечения» как части клинической картины заболевания (Альтшулер В.Б., 2012).

В западной литературе ПВА обозначается термином «craving», и ее ключевое значение для понимания феноменологии и клиники алкогольной

зависимости (равно как и иных зависимостей) также подчеркивается многими авторами.

В тематических отечественных монографиях (Альтшулер В.Б., 1999) можно найти указания на то, что внимание клиницистов к ПВА присутствовало уже в первых публикациях, описывающих клинические феномены зависимости от алкоголя, у таких авторов как Сальватори А.М., Бриль-Крамера К.М., др. Вопрос о специфичности данного симптомокомплекса и правомерности его отнесения к психическим расстройствам становился предметом дискуссий уже на начальных этапах формирования психиатрии в самостоятельную медицинскую науку, что нашло отражение в трудах Фореля А., Крафт-Эбинга Р., Крепелина Э. (Альтшулер В.Б., 1999). В разработку систематизации проявлений ПВА большой вклад внесли такие известные российские психиатры, как Корсаков С.С., Рыбаков Ф.Е., Жислин С.Г. Известно, что Корсаков дал первое подробное описание хронического алкоголизма как особого симптомокомплекса, развивающегося при длительном потреблении, и в этом описании классифицировал этапы развития заболевания. В числе основных признаков Корсаков использовал характеристики ПВА, в виде указания на неудержимый характер влечения, с утратой контроля за потреблением спиртного, на регулярность проявлений влечения (см. там же). Рыбаков Ф.Е., Жислин С.Г. полагали, что ПВА постепенно, по мере развития заболевания, приобретает ряд признаков и компонентов, позволяющих квалифицировать его как особое психопатологическое состояние.

В середине прошлого века (в качестве болезни алкоголизм был утвержден ВОЗ в 1952 г.) клиницисты склонны были выделять в структуре ПВА проявления, названные «первичным влечением» и «вторичным влечением». Разведение первичного и вторичного ПВА шло путем акцентирования разных механизмов обострения интенсивного влечения к спиртному – обусловленных психическими факторами на фоне воздержания, и собственно физиологическими в виде неспособности пациента

контролировать уже начавшееся потребление. Говорили, в соответствии с этим, также о психической и физической зависимости (Портнов А.А., 1962; Зеневич Г.В., 1987; Завьялов В.Ю., 1988 и др.). Однако вопрос о разделении патологического влечения на «первичное» и «вторичное», или на психическую и физическую зависимость, не решается однозначно. Альтшулер В.Б. утверждал, что ПВА представляет собой сложную, уровневую (или «многоэтажную») систему, включающую ряд уровней (или компонентов), таких как интеллектуальный, эмоциональный, вегетативно-сосудистый, эндокринный, висцеральный и иные (Альтшулер В.Б., 1994; 1999; 2012). Концепция ПВА, предложенная Альтшулером, стала общепринятой в отечественной наркологии, признанной в научном плане, значимой для повседневной практической деятельности врача психиатра-нарколога.

На становление представлений о ПВА повлияли клинические данные не только относительно больных с зависимостью от алкоголя, но и пациентов с зависимостью от других психоактивных веществ. Одним из часто используемых оснований для классификации ПВА стало его разделение на обсессивное и компульсивное (Портнов А.А., 1959; Клименко Т.В., 1996). Клиницисты говорят об обсессивном, или психическом, влечении в случаях, когда пациент отмечает постоянные мысли об алкоголе, о сопутствующем приему подъему настроения, на фоне актуальной подавленности, неудовлетворенности; иногда обсессивность находит отражение в мучительной для пациента борьбе мотивов. Компульсивное или физическое влечение более интенсивно, оно выражается в неодолимом стремлении к употреблению алкоголя, соотносимо по интенсивности с витальными потребностями, если не превышает их (там же). Важно, что компульсивное влечение предопределяет поведение, нивелирует иные мотивы, минимизирует контроль, порождает импульсивное потребление алкоголя, а не просто сказывается на содержании мыслей или эмоциональном состоянии. Приведенное разделение на основе ведущих симптомов ПВА ряд авторы

рекомендуют использовать и в настоящее время (Клименко Т.В., 1996; Пятницкая И.Н., 2008.).

Еще один вариант классификации – разделение ПВА на парциальное и генерализованное. Такое разделение отвечает учению о регистрах психического поражения в отечественной психиатрии (Снежневский А.В., 1975). Если парциальная форма ПВА предполагает, что последнее носит характер локальных симптомов, опознаваемых личностью, и встречающих сопротивление со стороны личности, переживаемых ею как помеха или проблема, это позволяет говорить о невротическом регистре симптомов ПВА. Несмотря на возникающий в этом случае дискомфорт и внутреннее напряжение, вероятность сохранения трезвости, безусловно, выше. При генерализованной форме ПВА оно поглощает мысли и представления больного, неизбежно предопределяет его поведение, круг общения, тематику воспоминаний, разговоров, сновидений и т.д. С точки зрения учения о психопатологических регистрах последний вариант синдрома ПВА можно расположить между галлюцинаторно-параноидными и невротическими (в том числе навязчивыми) синдромами (Чирко В.В., 2002).

Описаны и переходные или промежуточные формы, а именно – феномены «сенсоризации» ПВА, когда интенсивность его растет и приближается к уровню галлюцинаторных расстройств (Михайлов М.А., 2011). Михайлову М.А. удалось дать детализированные описания психического состояния больных во время абстинентного синдрома, развивающегося после прекращения приема опиатов (Михайлов М.А., 2010, 2011). Важным результатом такого клинически точного, дифференцированного, сохраняющего традиции феноменологической психиатрии описания является доказательство сложности, многокомпонентности проявления патологического влечения к ПАВ, его несводимости к стандартному набору из нескольких симптомов.

Необходимо отметить также, что для части случаев тяжело протекающего алкоголизма, на поздних стадиях заболевания ПВА описано в

виде приступов, остро развивающихся, без предваряющих или провоцирующих их событий, и сопровождающихся бурными вегетативными нарушениями, малодифференцированными аффективными переживаниями мучительного свойства, частичным сужением сознания (Руководство по психиатрии, 1999). Здесь нет (или почти нет) идеаторного компонента, но резко выражены вегетативный и аффективный, что напоминает психический эквивалент эпилептического приступа (как пароксизм влечения) или диэнцефальный пароксизм (там же).

Заметим, что поиск сходства симптоматики патологического влечения к алкоголю с иными известными психопатологическими синдромами (паранойальным, навязчивостей, галлюцинаторным, пароксизмальным) представляется оправданным не только вследствие феноменологического сходства, но и по причине близости патогенетических механизмов развития состояний, и, возможно, сходства путей терапевтического воздействия (Руководство по психиатрии, 1999). Именно поэтому клиницисты так последовательно вновь и вновь проводят аналогии между проявлениями хронического алкоголизма и иными психопатологическими состояниями. В рамках такой логики ПВА сводили к обсессивно-компульсивному расстройству (Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х., 1987; Пятницкая И.Н., 1975; Найденова Н.Г., 1975), к симптоматике сверхценных образований (Брагин Р.Б., Чайка Ю.В., 1985). В настоящее время можно говорить о продолжении этой традиции в виде попыток трактовки наркологического заболевания как хронического, прогрессивного, до почти полной его идентификации с тяжелыми психическими расстройствами.

Широкое распространение и признание клиницистов получила традиция тщательного феноменологического описания ПВА с выделением ведущих компонентов. Наиболее точным и признанным является предложенное Альтшулером В.Б. вычленение 5 основных компонентов ПВА: аффективного, вегетативного, поведенческого, идеаторного и сенсорного (Альтшулер В.Б., 1999, 2012). Вследствие особой актуальности для

настоящей работы симптоматики каждого из компонентов ПВА опишем их подробно.

В *аффективный компонент* включают проявления депрессивной симптоматики, тревоги, эмоциональной лабильности, дисфории. Указанные симптомы, как правило, не выступают в чистом виде, а представляют собой смешанные состояния, когда тоскливость, подавленность, напряжение, тревожность, психический дискомфорт, раздражительность, злобность присутствуют в разных сочетаниях, и характеризуются к тому же значительной неустойчивостью переживаемых эмоций.

Вегетативный компонент включает изменения артериального давления, частоты пульса, изменение аппетита, причем дисрегуляция вегетативной нервной системы порождает множественные проявления физического дискомфорта, порой трудно описуемые, диффузные, транзиторные (что не делает их легко переносимыми). Внешне наблюдаемые вегетативные проявления ПВА - это и особые мимические реакции в виде общего оживления, блеска глаз, покраснения или побледнения лица, саливации, глотательных движениях, облизывании губ при упоминании о спиртных напитках.

К *поведенческому компоненту* относят такие проявления как тяготение к разговорам на темы алкоголизации, изменение круга общения с выбором лиц, активно алкоголизирующихся, с враждебностью и оппозиционностью к лицам, навязывающим трезвость, а также - стремление уклониться от лечения. Важно, что именно поведенческий компонент отражает структуру нарушенных волевых процессов. Поэтому описаны и некоторые менее специфические, но важные проявления - в виде общей суетливости, импульсивности реакций, рассеянности, непредсказуемости поведения, часто в виде «экспериментов» с алкоголем, нарушений предварительных договоренностей.

Идеаторный компонент наиболее обширен (и высоко значим в контексте психотерапевтических влияний). Он включает широкий набор

размышлений больных, содержание которых связано с возникновением, силой и динамикой влечения к алкоголю, также содержит мысли (или образы, воспоминания) об алкоголе, многочисленные предубеждения в отношении лечения. Отсутствие критики к болезни или алкогольную анозогнозию также относят к идеаторному компоненту, равно как и примеры так называемого «алкогольного мышления» (Валентик Ю.В., 2002). Квинтэссенцией идеаторного компонента ПВА становится с трудом поддающаяся коррекции система убеждений больного в необходимости употребления алкоголя, в своем «праве» на такое употребление; система, подчиняющая всю мыслительную деятельность пациента, предопределяющая исчезновение критики, генез нелепых трактовок, вплоть до паралогий. Больные могут аргументировать потребление спиртного как способа наиболее полного удовлетворения духовных и физических потребностей, могут игнорировать очевидные факты, демонстрировать противоречивость суждений о ситуации, отрицать принципиальную возможность трезвости, отстаивать «безнадежность» собственного случая для любого варианта лечения и т.д.

Сенсорный компонент реже присутствует в описаниях клиницистов. Он отличается трудноуловимостью, нестойкостью; чаще проявляется на высоте патологического влечения к алкоголю, транзиторен, а проявления сложны для улавливания и описания пациентами. При передаче переживаний, относящихся к проявлениям сенсорного компонента ПВА, больные могут использовать нечеткий, метафорический язык (что в целом характерно для языка описания телесных симптомов), с утрированным аффективным оттенком передаваемых ощущений («сводит зубы», «сосет под ложечкой», «спазмы во рту», «раздирает», «колотится сердце» и т.п.).

В зарубежных странах отношение к проблематике ПВА при хроническом алкоголизме формировалось иначе в сравнении с Россией. Выше мы упоминали присутствие представлений о ПВА в работах таких авторов как Форель А., Крафт-Эбинг Р., Крепелин Э. (Альтшулер В.Б., 1999). Позже на представления о роли патологического влечения в симптоматике

зависимости оказали влияние разработки в области психоаналитического изучения пациентов, потребляющих алкоголь и наркотики (Kolb L.S., 1925; Rado S., 1926). Психоаналитики начала XX в., используя представления раннего психоанализа, в том числе теории драйвов (влечений) Фрейда З., к разным клиническим феноменам, подчеркивали значимость именно нарушений влечений у лиц, зависимых от наркотических веществ (Loose R., 2000).

Наиболее серьезным вкладом в признание важности ПВА в структуре хронического алкоголизма стали публикации Jellinek E. (Jellinek E., 1955). Именно ему удалось убедительно доказать принципиальное значение ПВА психиатрическому врачебному сообществу, и это признание отразилось на перечне ключевых диагностических признаков хронического алкоголизма, определенных экспертами ВОЗ. Заметим также, что в публикациях Rado S. уже утверждалось, что механизм зависимости одинаков для пациентов с разными вариантами наркотических пристрастий, и последние являются только формами проявления единого влечения к изменению своего состояния, достижению состояния опьянения (Альтшулер В.Б., 1994; Loose R., 2000).

В качестве критически значимого фактора при оценке динамики зависимости ПВА изучается зарубежными авторами по настоящее время (Sayette M. et al., 2000; Tiffany S.T., Conklin C.A., 2000; др.). Результаты эмпирических исследований уверенно подтверждают связь интенсивности переживаемого больным ПВА и вероятности скорого рецидива во время или сразу после амбулаторного/стационарного курса лечения (Flannery V.A. et al., 2003; Gordon S.M et al., 2006). Подтверждается также высокое прогностическое значение такого параметра как интенсивность ПВА. Подобная диагностическая и прогностическая ценность феноменологии патологического влечения предъявляет требования не только к систематизации ПВА, но и к возможности его точного измерения, с тщательной квалификацией составляющих ПВА симптомов. К сожалению, в

проводимых западными учеными и клиницистами исследованиях эти условия, как правило, не выполняются (Rosenberg H., 2009). По мнению западных авторов, еще более сложным вопрос становится при указании на многокомпонентность ПВА, наличие в его структуре разноуровневых проявлений – поведенческих, нейробиологических, физиологических, особенно с учетом использования различных методов оценки ПВА (Sayette M. et al., 2000). В то же время зарубежными авторами были предложены интересные концептуальные модели, пытающиеся объяснить феноменологию ПВА в широком контексте данных многих наук – не только психиатрии и психопатологии, но и психологии, физиологии, современной нейронауки. Рассмотрим некоторые предлагаемые модели подробнее.

2.2. Теоретические модели патологического влечения к алкоголю

Одной из получивших широкую известность в литературе стала *«модель приближения-избегания»*. Введенная для описания различных поведенческих проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, она используется и как дескриптор выбора реакции на психоактивное вещество. Речь идет о выборе вещества на основе ПВА, или отказа от потребления - через осознание его негативных последствий (Breiner M.S. et al., 1999; McEvoy P. et al., 2004; Stritzke W.G.K. et al., 2004). В рамках такой модели предлагается рассматривать несколько возможных вариантов сочетаний установок пациента при выборе вещества для потребления, как-то: предпочтительность потребления (высокая степень ПВА и низкий уровень мотивации избегания), предпочтение избегания (с обратным соотношением), амбивалентный вариант (при высоком уровне обеих тенденций) и индифферентное отношение (при низком их уровне) (Breiner M.S. et al., 1999; Stritzke W.G.K. et al., 2007). Важно, что введение дополнительного измерения – в виде мотивации на отказ от употребления алкоголя, делает оценку связанной с потреблением мотивации более точной и выпуклой, хотя и усложняет задачу точной оценки.

Еще одной моделью генеза ПВА, в его наиболее выраженных, тяжелых формах, принято считать так называемую «гипотезу самолечения» («self-medication hypothesis»), широко признаваемую многими авторами, особенно теми, кто изучает коморбидные расстройства – сочетания наркологических и психических заболеваний (Khantzian E.J. , 1985). В этой модели пациенты с зависимостью определяются как использующие психоактивные вещества (в том числе алкоголь, естественно) для купирования неприятных симптомов иного психического заболевания или компенсации каких-то иных имеющихся у больных дефицитарных проявлений. Мысль о вторичности наркологического заболевания и обращении человека к использованию психоактивных веществ (по крайней мере, на начальных этапах развития зависимости) как к особой стратегии совладания с проявлениями трудно переносимого психического напряжения, дистресса, или иными субъективно неприятными ощущениями, иначе ставит акценты в терапии (Boden S.M., Fergusson D.M., 2011; Compton W.M. et al., 2007; Robinson J. et al., 2011; Wolitzky-Taylor K. et al., 2012). Как минимум, такое видение генеза зависимости приводит к невозможности терапии (и психотерапии) проблем зависимости вне более широкого контекста симптомов, связанных с более широкими проявлениями психического неблагополучия субъекта. Поскольку тема коморбидных заболеваний очень популярна, а данные разных исследователей свидетельствуют об особой тяжести больных с сочетанием психических и наркологических заболеваний, представленная модель имеет многочисленных сторонников.

Близкой содержательно является модель, интерпретирующая потребление психоактивных веществ как способа справляться со стрессом, при очевидной слабости у субъекта иных, более продуктивных и «зрелых» стратегий. В рамках модели «совладания со стрессом» не обязательно речь идет о признании именно психических расстройств в анамнезе пациента, страдающего зависимостью. Напротив, речь может идти просто о бедности репертуара адаптивных черт и навыков, о социальной незрелости личности,

неуспешности адаптации, неразвитости копинг-стратегий для совладания с высоким уровнем сопутствующих стрессу переживаний, либо о ситуативном превышении возможностей совладания субъекта в связи с особой травматичностью стрессоров (Jackson P., Oei T.P.S., 1978). У этой модели есть сторонники и в числе авторитетных отечественных психологов и психиатров-наркологов (Ялтонский В.М., 1995; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996)

Большое значение приобрели модели, основанные на теории научения, акцентирующие в качестве базиса любой зависимости от психоактивных веществ их подкрепляющее действие («reinforcing effect»). Такое действие признают в форме положительного (позитивного), отрицательного (негативного) эффекта, либо их сочетаний. Положительное подкрепление («positive reinforcement») состоит в способности психоактивных веществ вызывать удовольствие, с появлением приятного для человека состояния (от благодушия, ощущения психофизического комфорта, до эйфории и переживания блаженства). Отрицательное подкрепление («negative reinforcement») связано с возможностью устранения путем потребления неприятных ощущений, переживаний, проявлений физического или психического дискомфорта (Ludwig A.M., Wikler A., Stark L.H., 1974; Drummond D.C., 2001; Lowman C. et al., 2000; др.)

В рамках модели положительного подкрепления авторы квалифицируют ПВА, как особое состояние эйфории, возникающее уже при первом употреблении спиртного, и само по себе мотивирующее зависимого на повторное и дальнейшее потребление несмотря на то, что эйфоризирующий эффект ослабевает; подкрепление реализуется за счет механизмов эмоциональной памяти (Lewis R., 1996). Механизм отрицательного подкрепления конкретизировался в феноменологической модели (Drummond D.C., 2001; Lowman C. et al., 2000) и в модели абстиненции/толерантности (Ludwig A.M., Wikler A., Stark L.H., 1974). Обосновывалось формирование у потребляющих спиртное систематически

патологического влечения, которое само по себе воплощается в субъективно неприятных переживаниях и ощущениях, требующих купирования новой порцией спиртного (модель близка к идее «самолечения»).

В настоящее время все более уверенно приобретают сторонников модели ПВА, связанные с нейрональными механизмами зависимости. Это обусловлено стремительным развитием нейронауки, оснащенной технологическими возможностями современных нейровизуализационных и иных методов, новыми данными мозгового картирования. Акцент на мозговых основах психических процессов типичен сейчас в разных областях науки – не только при изучении патологии, но и психологии человека, например, реакций на стресс (McEwen B.S., 2007). Таким образом, от идеи адаптации ученые переходят к концепту «нейроадаптации», стремясь раскрыть гомеостатические механизмы дофаминергической, серотониновой, основанной на эндогенных опиатах, глутаматовой систем, механизмы, значимые для этих процессов. Дополнительным фактором стимуляции развития этого направления является то, что психоактивные вещества химически приближены к нейротрансмиттерам, легко «встраиваются» в указанные системы, а потому и в системные взаимодействия между структурами мозга, между мозгом и другими системами организма.

Указанное направление исследований, равно как и сама идея расшифровки биологических, физиологических механизмов, определяющих феноменологию и клинику зависимостей, патологического влечения к химическим веществам, представляются чрезвычайно значимыми. Однако не новыми, и остается сожалеть, что в работах западных авторов недостаточно цитируются важнейшие и основополагающие работы авторитетных отечественных ученых, описавших основные нейрохимические механизмы формирования зависимостей (Анохина И.П. 1989-2016;)

Таким образом, для понимания зависимости от психоактивных веществ, в том числе – для объяснения феноменов ПВА, отечественными и

зарубежными учеными был создан ряд моделей на основе нейромедиаторных систем.

Существует «дофаминовая» гипотеза проблемы «зависимого мозга» («Addictive Brain»), авторы которой полагают, что при рассмотрении зависимости «все дороги ведут к дофамину» (Анохина И.П., Blum K. et al., 2012). В последние годы клинической базой для дальнейшего развития этой модели являются пациенты с зависимостью от психостимуляторов.

Создатели «серотониновой» теории указывают на то, что работа этой важной для эмоциональности человека системы находится под влиянием разные классов психоактивных веществ: психостимуляторов (Muller C.P. et al., 2007), опиоидов и этанола (Yoshimoto K. et al., 1992; Thielen R.J. et al., 2002). Как показано в ряде исследований, алкоголь на начальных этапах потребления повышает выделение серотонина, стимулирует активность соответствующих ансамблей клеток в таких отделах мозга как область миндалин или гиппокампа, обеспечивая эйфорию (Yoshimoto K. et al., 1992; Thielen R.J. et al., 2002). При хронификации алкоголизации действие алкоголя изменяется, он скорее подавляет, угнетает выработку серотонина (Thielen R.J. et al., 2004). Названные нейромедиаторные системы имеют непосредственное отношение к механизмам саморегуляции, и блокирование, за счет нарушений нейромедиаторных механизмов, процессов саморегуляции объясняет многие проявления, включая ПВА (Martinez D. et al., 2007; Yoder K.K. et al., 2005). Отдельным авторам удается совмещать нейромедиаторные модели с иными по уровню, например, основанными на межличностных взаимодействиях как предикторах непереносимого стресса (Measelle J.R. et al., 2006); такое совмещение тоже характерно для современной науки, тяготеющей к междисциплинарным моделям.

Представляют интерес и модели, базирующиеся на психологических или даже социально-психологических теориях. Так, получила известность (особенно среди психотерапевтически-ориентированных клиницистов) модель «нарушенной самооценки» (Gwaltney S.J. et al., 2005; Marlatt

G.A., Gordon J.R., 1985). Термин «самоэффективность» ввел психолог А.Бандура для обозначения особой личностной установки, возникающей вследствие осознания возможности позитивных изменений через собственные усилия, это сопровождается переживанием личностью своей состоятельности, успешности, способности продуктивно решать проблемы (Bandura A., 1977). Исследования показывают, что уровень присущей человеку самоэффективности обратно пропорционален интенсивности ПВА, в том числе – его поведенческой реализации.

В основе модели «торможения (уменьшения) дизрегуляции» («Inhibition Dysregulation Theory»), лежит идея о том, что первопричиной химической зависимости становится нарушение нормальной системы контроля своего поведения, и особенно – контроля над импульсами (Lubman D.I. et al., 2004). Это роднит химическую зависимость с обсессивно-компульсивным расстройством (Modell J.G. et al., 1992; Breese G.R et al., 2011), нарушениями регуляции поведения при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (Seitz A. et al., 2013), и иными поведенческими расстройствами.

И, наконец, когнитивная модель ПВА постулирует, что этот феномен не идентичен обычным переживаниям физиологических влечений – голода или жажды. ПВА (или к другому наркотику) состоит из последовательности высоко автоматизированных действий, усвоенных в результате многих повторений, ставших в результате таких множественных повторов автоматическими, рефлекторными. Именно поэтому в терапии недостаточно только уменьшить первоначальный импульс принять вещество, необходимо разрушить само автоматизированное поведение (Tiffany S.T. 1990, 1999; Tiffany S.T., Conklin C.A., 2000). Очевидно, что это предполагает отдельную психотерапевтическую работу, кропотливую и направленную на модификацию поведения зависимого в широком наборе ситуаций.

В числе появившихся в последние годы и вызывающих большой интерес и полемику разработок есть оригинальные модели, предложенные

отечественными авторами. Так, в публикациях Михайлова М.А., трактующего, по крайней мере для части клинических случаев, влечение к психоактивному веществу как бред (Михайлов М.А., 2010), аргументация строится на присутствии феноменологическому подходу тщательном анализе клинических проявлений, переживаний больных, страдающих химическими зависимостями. В частности, автор показал ряд особенностей, присущих переживаниям больных химическими зависимостями. Он описал такие переживания как столь интенсивные, brutальные и не поддающиеся контролю, что возможна и даже оправдана трактовка их как психопатологических проявлений. Однако не все отечественные ученые солидарны с такой интерпретацией, и в числе критиков последней Менделевич В.Д. (Менделевич В.Д., 2010). Присутствуют в литературе последних лет и попытки примирить обе точки зрения, в частности, через признание некоторого своеобразия переживаний наркологического больного – в сравнении с пациентами-психотиками (Гофман А.Г., 2011).

Нельзя не отметить предпринятые отечественными авторами модели интегративного характера, обозначенной как «инвариантная матрица-последовательность формирования синдрома зависимости, инновационная методология высокодифференцированной наркологической помощи» (Брюн Е.А., Копоров С.Г., Глушко А.А., 2013). В этой модели выделены «инвариантные свойства и постулаты влечения», в числе которых: признание его обладающим спонтанностью, биофизической способностью к самогенерации, синкретичным и сопряженным со всеми психофизическими феноменами («сома», сенсорика, моторика, эмоции, мышление, память и сознание), обладающим рефлексивностью, направленностью на объект, способным доминировать. Авторы модели условно выделяют несколько уровней проживания влечения – биофизический, психосоматический, личностный (включая типологический аспект) и нозологический (Брюн Е.А., Копоров С.Г., Глушко А.А., 2013). Сложность предлагаемой модели есть безусловное следствие сложности самого предмета изучения –

симптомокомплекса проявлений патологического влечения (в нашем случае – к алкоголю).

Как следует из приведенных разнообразных моделей, среди исследователей и практиков нет единого взгляда на механизмы возникновения и стабилизации ПВА, причем приведенные модели не столько противоречат друг другу, сколько дополняют, расширяя представления об изучаемом феномене и подчеркивая его сложность. Выбор мишени воздействия (медикаментозного и, тем более, психотерапевтического) в таком случае может существенно отличаться – в зависимости от теоретических воззрений автора.

2.3. Использование феноменологии ПВА как основы для психотерапевтической работы

Клиническая реальность свидетельствует о том, что проблема преодоления ПВА актуальна на любом этапе лечения зависимости от алкоголя, но наибольшее значение для терапевтического процесса она приобретает вскоре после прекращения потребления спиртного. Это касается большого числа пациентов, для которых свойственно безремиссионное или ремитирующее течение алкоголизма (Гофман А.Г. с соавт., 1991). Очевидно, что неизбежность экзацербации (актуализации) симптоматики ПВА при прекращении потребления спиртного для большинства зависимых от алкоголя ставит задачу подготовки пациента к такому усилению влечения, научению совладания с влечением, с поиском альтернативных способов саморегуляции состояния, связанного с актуализацией влечения, то есть способов, позволяющих достигать комфортного состояния, не потребляя спиртное. Собственно, указанные моменты могут быть уже определены как важные психотерапевтические мишени при работе с ПВА, хотя и не единственные (иные описаны ниже).

Из публикаций отечественных и зарубежных ученых, реальной клинической практики очевидно, что для помощи пациентам возможность влияния на симптоматику ПВА становится первоочередной. Используемые в

современной наркологической практике подходы к лечению алкогольной зависимости патогенетически обоснованы тем, что изменения нейрохимических процессов в мозге, возникающие вследствие хронической алкогольной интоксикации, схожи с таковыми при депрессивных состояниях: в механизмах формирования ПВА участвуют дофаминергическая, серотонинергическая системы нейромедиации, система эндогенных опиатов, актуальные при развитии депрессий (Анохина И.П., 1997, 2002, 2003; Van Praag Н.М., 1986, 1990; др.). Также в публикациях авторитетных ученых отмечено, что опиатная система связана с дофаминергической, предопределяя психотропные эффекты алкоголя (Гофман А.Г. с соавт., 1999, 2003; Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2004; Farren С.К. et al., 1997, 1999). Многочисленные публикации и повседневная клиническая практика обосновывают необходимость использование ряда препаратов для «купирования» ПВА: антиконвульсантов (карбамазепин, вальпроевая кислота), нейролептиков (тиоридазин, перициазин, хлорпротиксен), антидепрессантов (пароксетин, миансерин, тианептин). Сравнительно недавно в России с целью купирования ПВА стали использовать блокаторы опиатных рецепторов (налтрексон).

Аффективные расстройства признаны клиницистами в качестве важнейшей облигатной составляющей патологического влечения к алкоголю, а выраженность таких расстройств непосредственно связана с актуализацией ПВА на различных этапах заболевания (Агибалова Т.В., 2007). Именно с аффективной составляющей связаны убедительно описанные два варианта ПВА в ремиссии - реактивный и аутохтонный (Агибалова Т.В., 2007). Первый, реактивный, возникает как аффективно-окрашенный ответ на стрессовые ситуации, тогда как второй, аутохтонный, скорее отвечает биологически обусловленной динамике состояния. Важно, что аутохтонный тип или вариант актуализации ПВА пациентам труднее осознавать и контролировать, поэтому он чаще ведет к срыву или рецидиву заболевания (Агибалова Т.В., 2007).

По мере развития представлений о механизмах лечебного воздействия все увереннее в качестве патогенетической терапии при лечении больных алкоголизмом рассматривается психотерапевтическое, основанное на психологических влияниях (Feldstein Ewing S.W. et al., 2011). Исследования эффективности и эффектов психотерапии пациентов, страдающих наркологическими заболеваниями, проводимые с использованием методов современной нейронауки, свидетельствуют о реальных результатах, несмотря на изменения мозгового вещества, особенно – подкорковых отделов и/или корково-подкорковых соотношений (Feldstein Ewing S.W. et al., 2011; Schneider F. et al., 2001). Даже не используя столь изощренные и малодоступные исследовательские приемы, можно уверенно говорить о возможности долгосрочных и стойких изменений клинической картины и паттернов поведенческого реагирования у пациентов, прошедших адекватное психотерапевтическое лечение.

В контексте настоящего исследования важен вопрос о том, возможно ли повлиять на ПВА, значимо снизить его путем использования приемов психотерапии, саморегуляции больных. Анализ феноменологии переживаний больных алкоголизмом свидетельствует, что прежде чем обращаться к регуляции своего состояния, пациенты должны научиться правильно опознавать и верно концептуализировать его. Это верно в отношении любого патологического состояния, и потому применимо к ПВА. Далекое не всегда ПВА выступает как однозначно интерпретируемый феномен, и, как минимум в части случаев, оно «маскируется» под иные состояния. С позиции самого пациента, переживающего аномальное состояние, это могут быть «приступы» раздражения или беспокойства, колебания настроения в сторону дисфории, печали, грусти и иные нарушения. Подобные колебания эмоционального фона представляются самим пациентам не связанными с проблематикой алкоголизации, что вполне объяснимо выраженностью у больных алкоголизмом диссоциативных расстройств и феноменов (Шитов Е.А., 2006).

Если отчетливо переживаемое, интенсивное влечение к спиртному субъективно неприятно для больного, требует усилий по сопротивлению этому желанию, то иное интенсивное эмоциональное переживание, представляющееся не связанным напрямую с проблематикой зависимости, может быть не менее неприятным. При этом его «маскирующий» характер только повышает вероятность приема спиртного, так как не вызывает необходимой настороженности у пациента, не «запускает» имеющиеся у него ресурсы совладания именно с влечением к спиртному. Таким образом, очевидно, что первоначальной задачей психотерапии ПВА (и саморегуляции как одного из механизмов изменений) становится научение больного, страдающего зависимостью от алкоголя, опознавать различные проявления ПВА, их варианты и «маски».

В подобной постановке вопроса можно осознанно следовать логике того, что в практике зарубежных специалистов называют «управлением случая» («case-management»). Такой подход довольно широко распространен, опирается на психообразование наркологических больных (Hartzler B. et al., 2011) или претендует на отдельный вариант психотерапии - «менеджмента влечения» («cravingmanagement») (Field M., Munafò M.R., Franken I.H.A., 2009 Higley A.E. et al., 2011).

Наиболее отчетливо пути совладания с ПВА для страдающих от такого рода симптомов предлагает направление психотерапии, определяемое как когнитивно-бихевиоральное (описанное выше). Систематизация целей воздействия здесь проводится в первую очередь через разделение таких целей на внешние (предполагающие поведенческие технологии) и внутренние (опирающиеся скорее на когнитивные или иные, не поведенческие, приемы). Конечно, часть используемых техник могут быть определены как комплексные.

Поведенческие техники широко известны и основаны на главном приеме – избегания провоцирующих эксацербацию (актуализацию) ПВА и, соответственно, приема спиртного, ряда ситуаций (или «триггеров») (Larimer

M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A., 1999; Nees F/ et al., 2012; Parks G.A., Marlatt G.A., 2000). Технологически подобные приемы осуществляются через научение больных химическими (и нехимическими) зависимостями планировать свое поведение, заранее предвидеть развитие ситуации, правильно оценивать риски, влияние окружающих людей, учитывать собственную способность противостоять подобному влиянию. Особое внимание уделяется классификации ситуаций высокого риска, неизбежных в жизни каждого человека, с научением способам возможного быстрого, и не сопровождающегося репутационными потерями, «выхода» из таких ситуаций (усвоение пациентами ставших классическими приемов «звонок другу», рационального объяснения отказа, «имитация (потребления)», иных способов).

Существенно более сложной является ситуация, где триггеры носят характер внутренних, психологических или психофизиологических переживаний, часто неприятных и трудно контролируемых. Тогда для достижения эффективного преодоления ПВА ключевое значение приобретает опознание, преодоление и/или борьба с внутренними триггерами (в приведенной ниже программе этот аспект нашел отражение).

Важным аспектом удержания пациента с зависимостью в программе лечения от алкоголя является устойчивый терапевтический альянс (Meier P.S., Barrowclough C., Donmall M.C., 2005; Тучин П.В., 2014, и др). При определении в качестве приоритетных целей преодоления переживания пациентом ПВА – субъективно тяжелого и мучительного порой состояния, больному понятны цели терапии; это уменьшает сопротивление, поддерживает альянс. Первые признаки возрастающей способности к преодолению симптомов ПВА, признаки, правильно оцененные, отмеченные, поддержанные психотерапевтом, дают эффект дальнейшего роста доверия к терапии.

Подробно использованная психотерапевтическая программа описана ниже, в настоящее время расширяется диапазон используемых в

психотерапии средств и за счет привлечения новых технологий. Так, средства создания виртуальной реальности, с погружением пациентов в ситуации, могущие провоцировать прием спиртного, и превентивное «проигрывание» таких ситуаций, апробируется западными авторами в качестве одного из методов психотерапии зависимости от алкоголя (Hone-Blanchet A., Wensing T., Festeau S., 2014). Такая модификация ранее известных и хорошо себя зарекомендовавших поведенческих техник представляется оправданной и перспективной.

В арсенале используемых наркологами западных стран средств появляются новые методы, также связанные с воздействием на симптомы ПВА. Так, предлагаются технологии непосредственного воздействия на мозг, призванные повысить уровень активации и саморегуляции процессов возбуждения-торможения, в основе которых лежат транскраниальная стимуляция (Boggio P.S. et al., 2008; Fregni F. et al., 2008; Brunoni A.R. et al., 2011), или электромагнитное воздействие на глубинные структуры мозга (Knapp C.M. et al., 2009; Kuhn J. et al., 2007), и даже электроконвульсивная терапия (Sienaert P., 2011). Неспецифический характер данных воздействий, повышающих в целом продуктивность когнитивных функций пациента, приближает их к психотерапевтическим методам, с одной стороны. С другой, такие неспецифические воздействия требуют обязательного дополнения в виде правильно построенной психотерапевтической поддержки, программы, которая обеспечит продуктивное и целенаправленное использование новых когнитивных ресурсов у пациентов, зависимых от алкоголя. В отсутствие такой целенаправленной психотерапевтической поддержки повышение уровня активности, силы нервных процессов, преодоление астении и рост уверенности в себе пациента может стать одним из факторов срыва и рецидива заболевания.

ГЛАВА 3. Общая характеристика клинических наблюдений и методов исследования

3.1. Общая характеристика обследованных больных

Настоящее исследование проводилось на базе стационаров клиники Национального Научного Центра Наркологии Министерства Здравоохранения Российской Федерации (ННЦН МЗ РФ) (137 человек) и в частной клинике «Rehab family» (38 человек с 2012 по 2014гг) с 2010 по 2014 гг.

Общая численность пациентов, подвергнутых клиническому обследованию, составила 175 человек, из них 150 были включены в основную и контрольную группы исследования.

Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом, как отвечающее положениям «Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации». Все включавшиеся в исследование больные подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Пациентам давалась гарантия конфиденциальность тех сведений, которые были получены от них в ходе психологического тестирования, при взаимодействии врача и пациента, при проведении психотерапевтических интервенций.

Пациенты включались в научно-клиническое исследование в соответствии со следующими **критериями включения**:

- 1) наличие диагноза «Синдром зависимости от алкоголя», установленного в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F 10.2);
- 2) мужской пол.

В соответствии с **критериями исключения** следующие пациенты не включались в исследование:

- 1) пациенты, имеющие сопутствующие зависимости от иных психоактивных веществ (кроме никотиновой), либо нехимические;
- 2) пациенты, страдающие эндогенными психическими заболеваниями,

и пациенты с острыми психотическими расстройствами;

3) пациенты с органическими заболеваниями центральной нервной системы, имевшимися до формирования зависимости;

4) ВИЧ-инфицированные пациенты;

5) пациенты с хроническими заболеваниями в стадии обострения (такими как токсический и вирусный гепатиты, хронический панкреатит).

6) отказавшиеся предоставить информированное согласие на проведение исследования согласно Федеральному Закону Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.

Обследованные пациенты проходили в указанных клиниках курс стационарного лечения зависимости от алкоголя, по окончании которого (при выписке) им давались рекомендации по реабилитации и амбулаторной помощи. В дальнейшем все участвовавшие в исследовании пациенты наблюдались и проходили лечение в амбулаторном режиме, у одного и того же лечащего врача. Лечебный маршрут больных из исследуемой выборки в ряде случаев продолжался и далее, после завершения периода проведения исследования (то есть более, чем 12 месяцев).

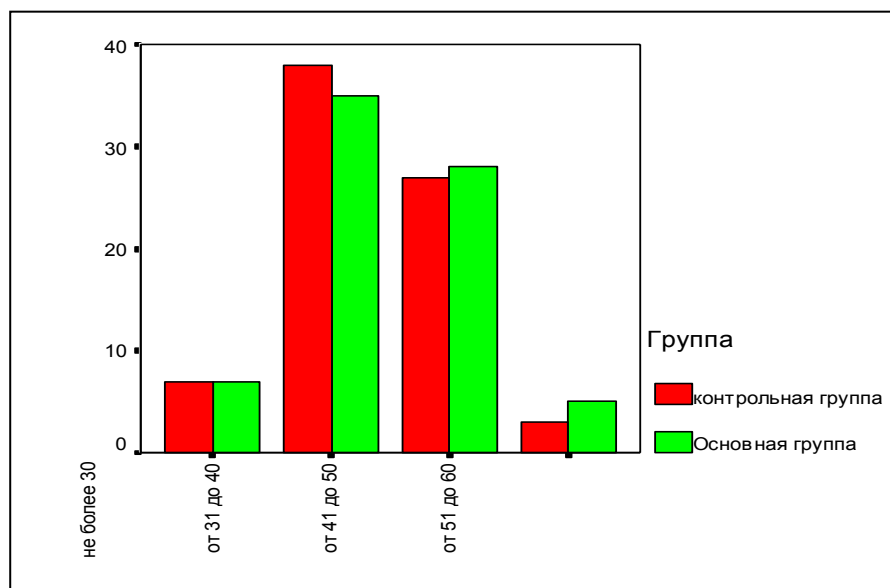
На начальном этапе исследования пациентам были проведены клиничко-лабораторные исследования (клинический анализ мочи и крови, ЭКГ, биохимический и серологический анализы крови). При наличии показаний больные получали консультации специалистов: терапевта, невропатолога, окулиста, хирурга. При необходимости проводилось УЗИ. Все пациенты получали консультацию психолога, с ними проводились психодиагностические процедуры по схеме исследования, при участии психологов учреждения. Используемые психотерапевтические приемы осуществлялись лично автором исследования (кроме отдельных случаев, когда на начальном этапе обращения в наркологическое учреждение с пациентами проводилось мотивационное интервью).

Из 175 обследованных 150 пациентов включены в программу исследования. Вхождение в основную или контрольную группы регулировалось случайным выбором, причем никакие иные соображения не учитывались (в том числе клинические характеристики или мотивационные установки). Пациенты обеих групп достоверно не различались между собой по основным измеряемым показателям в период их включения в исследование. На протяжении исследования пациенты, включенные в контрольную группу, также имели возможность взаимодействовать с врачом-психиатром-наркологом, включая консультирование по вопросам лечения и в отношении иных проблем (психологических, психосоциальных). Сохранялась общая установка на то, чтобы уравнивать примерное время взаимодействия со специалистами. Распределение пациентов, вошедших в основную и контрольную группы, по различным социо-демографическим параметрам отражено в таблицах 1 – 3, и представлено графически на рисунках.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Возраст (лет)	Группа 1 (основная) N = 75 (100%)	Группа 2 (контрольная) N = 75 (100%)	Среднее по всем обследованным N = 150 (100%)
Не более 30 лет	7 человек (9,3%)	7 человек (9,3%)	14 человек (9,3%)
31-40 лет	35 человек (46,7%)	38 человек (50,7%)	73 человека (48,7%)
41-50 лет	28 человек (37,3%)	27 человек (36%)	55 человек (36,7%)
51-60 лет	5 человек (6,7%)	3 человека (4%)	8 человек (5,3%)
Среднее по группе	39,9 ± 6,2	39,7 ± 6,1	39,8 ± 6

Рисунок 1. Распределение больных обследованных групп по возрасту.

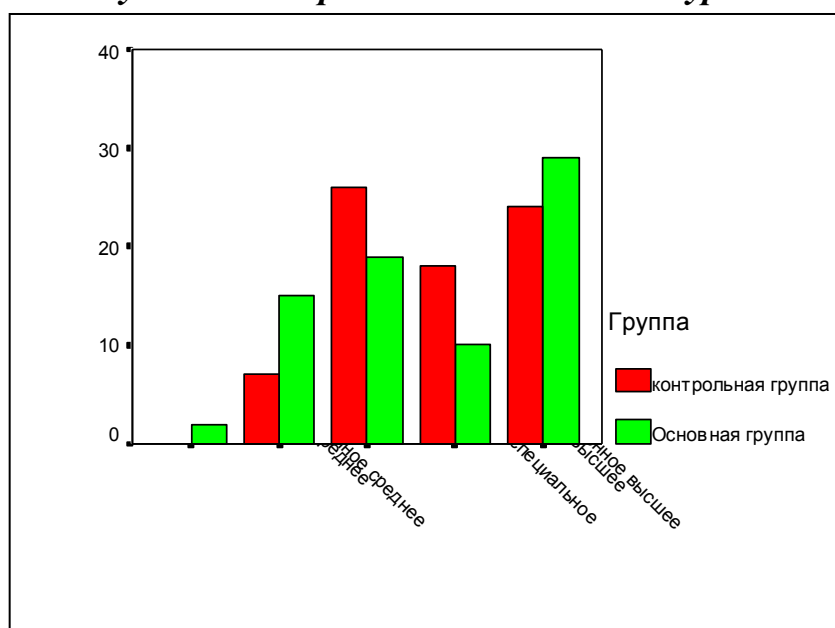


При оценке социального статуса больных учитывался их уровень образования, профессиональный статус, семейное положение и наличие судимости. Большинство испытуемых имели высшее (35,3%) и среднее специальное (30%) образование; незаконченное высшее (18,7%) и среднее (14,7%) образование; 2 человека (1,3%) имели среднее незавершенное образование (таблица 2). Невозможность завершить образование, по полученным данным, была связана с началом становления синдрома зависимости.

Таблица 2 – Распределение больных по уровню образования

Образование	Группа 1 (основная) N = 75 (100%)	Группа 2 (контрольная) N = 75 (100%)	Среднее по всем обследованным N = 150 (100%)
Среднее незавершенное (8-9 классов)	2 человека (2,7%)	-	2 человека (1,3%)
Среднее	15 человек (20%)	7 человек (9,3%)	22 человека (14,7%)
Среднее специальное	19 человек (25,3%)	26 человек (34,7%)	45 человек (30%)
Неполное высшее	10 человек (13,3%)	18 человек (24%)	28 человек (18,7%)
Высшее	29 человек (38,7%)	24 человека (32%)	53 человека (35,3%)

Рисунок 2. Распределение больных по уровню образования



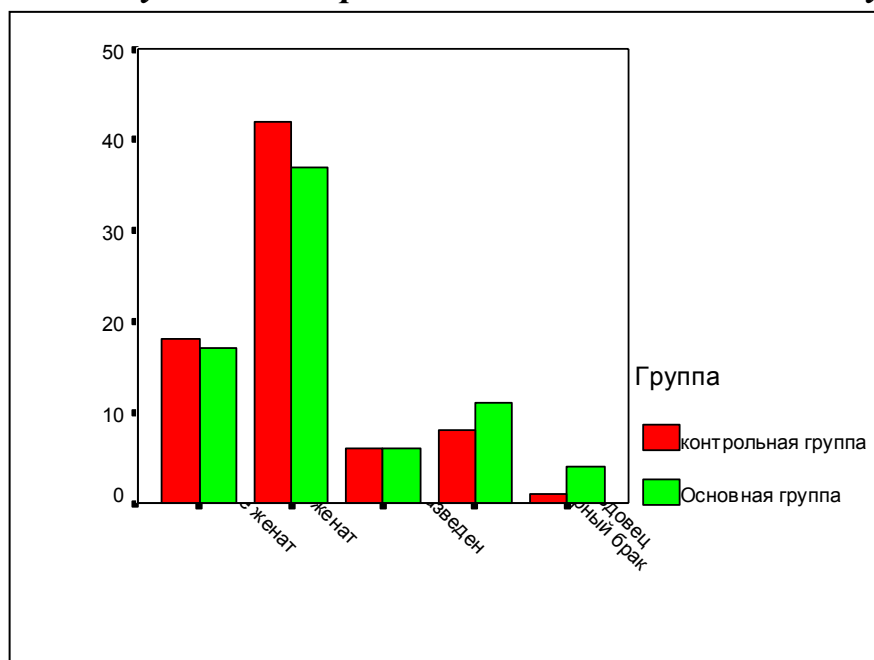
Несмотря на достаточный уровень полученного образования, в общей выборке преобладали безработные (53%). При этом работающие включали служащих (12%), квалифицированных (19%) и неквалифицированных рабочих (16%). Специально анализировался вопрос об источниках финансовых средств, которыми пользовались больные в повседневной жизни, а также – для оплаты лечения (часть пациентов, обследованных и проходящих лечение в частной клинике, платили за свое пребывание). Удалось выяснить, что из неработающих официально пациентов (80 больных или 53% от общей выборки) 21 человек сообщили о том, что работают неофициально, и 17 человек, что эпизодически «подрабатывают». Кроме того, часть больных (и из числа работающих, и неработающих) получали материальную помощь от членов семьи, в том числе – при оплате лечения.

Качественный анализ данных (подробно не приводится) свидетельствует о заметном несоответствии уровня полученного образования и актуального профессионального статуса больных. Несмотря на то, что такая ситуация неспецифична только для больных с зависимостью от алкоголя, но отражает некоторые популяционные тенденции, можно утверждать и наличие факта социальных потерь, преимущественно обусловленных тяжестью алкоголизации.

Таблица 3 – Распределение больных по семейному положению

Семейное положение	Группа 1 (основная) N = 75(100%)	Группа 2 (контрольная) N = 75 (100%)	Среднее по всем обследованным N = 150 (100%)
Не женаты из них «Гражданский брак»	17 человек (22,7%) 8 человек (10,7%)	18 человек (24%) 6 человек (8%)	35 человек (23,3%) 14 человек (9,3%)
Состоят в браке	37 человек (49,3%)	42 человека (56%)	79 человек (52,6%)
Разведены	6 человек (8%)	6 человек (8%)	12 человек (8%)
Состоят в повторном браке	11 человек (14,7%)	8 человек (10,7%)	19 человек (12,7%)
Вдовцы	4 человека (5,3%)	1 человек (1,3%)	5 человек (3,3%)

Рисунок 3. Распределение больных по семейному положению



Большинство испытуемых (52,6%) на момент исследования состояли в официальном браке, 12,7% - во втором и других браках, 23,3% не были официально женаты, из них 9,3% определили свой семейный статус как «гражданский брак», 8% находились в состоянии фактического развода, 3,3%

являлись вдовцами.

При характеристике социального статуса исследовался уровень антисоциального поведения испытуемых, объективным показателем которого является история взаимоотношений с правовой системой. Более половины испытуемых (64,8%) привлекались к уголовной или административной ответственности, причем 20,4% испытуемых имели однократное привлечение к ответственности, 23,1% дважды привлекались к ответственности и 21,3% – многократно.

У 41% больных выявлена наследственная отягощенность некоторыми заболеваниями. Отягощенность зависимостью от алкоголя по линии отца наблюдалась в 44% случаев. Алкогольная зависимость по материнской линии была обнаружена у 5,2% больных. Расстройства личности у отцов пациентов отмечались в 5,8%, против 1,4% - у матерей пациентов. Зависимость от алкоголя во второй линии родства встречалась в 8,2% случаев. Данные по наследственной отягощенности, полученные у обследованной группы больных, несколько ниже, чем показатели генетического вклада, установленные авторитетными отечественными и зарубежными исследователями (Cloninger C.R. et al., 1988; Кибитов А.С., Анохина И.П., 2016; др.). Однако поскольку в настоящем исследовании были использованы цифры, полученные от самих пациентов или, реже, из данных медицинской документации (в случае, если пациент проходил лечение в данной клинике ранее), можно утверждать некоторое искажение данных пациентами – в сторону понижения показателя вклада наследственной отягощенности.

Также были проанализированы значимые клинические характеристики пациентов обеих обследованных групп. Данные представлены в табл. 4 и 5.

Таблица 4 – Распределение больных по форме потребления спиртного и стажу заболевания

Форма потребления, стаж	Группа 1 (основная) N = 75 (100%)	Группа 2 (контрольная) N = 75 (100%)	Среднее по всем обследованным N = 150 (100%)
Постоянная	18 человек (24%)	20 человек (26,7%)	38 человек (25,3%)
Запойная	57 человек (76%)	55 человек (73,3%)	112 человек (74,6%)
Стаж злоупотребления	8,5 ± 4,1	8,6 ± 4,2	8,5 ± 4,2

Таблица 5 – Распределение больных по показателям ранее оказанной клинической помощи

Показатели медицинских мероприятий в катамнезе		Группа 1 (основная) N = 75(100%)	Группа 2 (контрольная) N = 75 (100%)	Среднее по всем обследованным N = 150 (100%)
Госпитализации в наркологический стационар	Однократно	17 человек (22,7%)	24 человека (32%)	41 человек (27,3%)
	Дважды	32 человека (42,7%)	31 человек (41,3%)	63 человека (42%)
	Три раза	19 человек (25,3%)	16 человек (21,3%)	35 человек (23,3%)
	Четыре раза и более	7 человек (9,3%)	4 человека (5,3%)	11 человек (7,3%)
«Детокс»	Не проводились	5 человек (6,7%)	2 человека (2,7%)	7 человек (4,7%)
	1 – 2 раза	17 человек (22,7%)	32 человека (42,7%)	49 человек (32,7%)
	3 – 4 раза	40 человек (53,3%)	35 человек (46,7%)	75 человек (50%)
	Более 5 раз	13 человек (17,3%)	6 человек (8%)	19 человек (12,7%)

По кратности обращения за наркологической помощью больные распределились следующим образом: 27,3% обратились в указанные клиники впервые, а 42% – повторно, при этом у 30,6% из них отмечались

многократные обращения.

Среди преморбидных факторов риска употребления психоактивных веществ (ПАВ) наибольший вес имели общение в кругу употребляющих ПАВ (49%) и отсутствие должного антиалкогольного воспитания (50%)

Возраст начала систематического употребления алкоголя в выборке составлял $22,3 \pm 3,9$ года. Формирование алкоголизма происходило в возрасте $28,4 \pm 5,1$ лет.

Скорость становления зависимости от алкоголя, или темп прогрессивности заболевания, оценивалась по классификации алкоголизма, предложенной Н.Н. Иванцом (1975). Из всей выборки у 19,3% (29 больных) наблюдался высокий темп прогрессивности заболевания, у 42,7% (64 больных) - средний, у 38% (57 больных) – низкий. Толерантность к алкоголю на момент исследования составляла в среднем $0,58 \pm 0,14$ л (в пересчете на 40% алкоголь).

3.2.Использованные методы лечения

Респонденты основной и контрольной групп в процессе психотерапии получали медикаментозную терапию из следующих групп препаратов:

Ноотропные препараты: Мексидол - до 750мг\сут,

Гепатопротекторные препараты: Эссенциале Форте Н - от 300мг до 1800мг\сут.

Витаминотерапия: Аскорбиновая кислота - до 1000мг\сут, Тиамин (вит. В1) - до 250мг\сут, Пиридоксин (вит. В6) - до 300мг\сут, Цианокоболамин (вит. В12) - до 300 мкг\сут

Для коррекции нарушений сна применялись препараты Мелатонина (Мелаксен) - до 6мг н\ночь, а также **Транквилизаторы:** Гидроксизин (Атаракс) - до 50 мг н\ночь не более 3х дней.

Назначение препаратов было обусловлено индивидуальными показаниями и переносимостью.

При наличии у больного соматического заболевания применялись

препараты по схеме, назначенной другими специалистами (гипотензивные препараты, гипогликемические, бета-блокаторы и др.)

3.3. Характеристика методов и организация исследования

В работе были использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, статистический методы исследования.

1. **«Анкета оценки больного»** была создана на базе карты эпидемиологического исследования больных алкоголизмом и карты исследования больных наркоманиями, разработанных в ФМИЦПН им. В.П. Сербского и в ННЦ наркологии. Анкета содержит сведения по социально-демографическим характеристикам, актуальной профессиональной и семейной ситуации пациентов, наследственной отягощенности, имеющимся заболеваниям. Заполнялась анкета лечащим врачом после неоднократных бесед с больными, на основе изучения анамнестических сведений, в части случаев данные были получены во время бесед с родственниками больных, или из ранее оформленных клинических историй болезни и амбулаторных карт. Во вторую часть Анкеты заносились данные, касающиеся клинических характеристик алкоголизации, параметров алкогольного анамнеза, по актуальному состоянию больных и в процессе дальнейшего ведения отмечались изменения социального статуса. Динамика заболевания в процессе лечения, а также эффективность выбранной терапии, определялись тщательным психопатологическим обследованием с учетом данных анамнеза, катамнестического наблюдения, длительности ремиссий и частоты «срывов» и рецидивов. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 все пациенты исследованных групп квалифицированы как страдающие «Синдромом зависимости от алкоголя» (F10.2).

Для клинической оценки алкогольной зависимости, определения стадии, прогрессивности алкоголизма использовался «Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма» (1991), и классификация алкоголизма, разработанная Иванцом Н.Н. (1975).

В числе использованных психологических **тестов** были следующие:

1. **Тест аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA)** содержит 42 утверждения, оцениваемые больными по пяти степеням согласия с каждым из них (от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен»). Каждое утверждение отражает конкретную установку, квалифицируемую авторами опросника как аддиктивную, то есть, как присущую больным алкоголизмом, и влияющую на поддержание алкоголизации (что авторами теста достоверно установлено) (МакМаллин Р., 2001). В настоящем исследовании тест заполнялся пациентами самостоятельно, в дальнейшем содержательный анализ ответов использовался при планировании психотерапевтических мероприятий.

2. **Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory - DAI-30)** (Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R., 1983; адаптация Голощапов И.В., 2010). Тест содержит 30 высказываний, отражающих отношение к медикаментозной терапии - положительное или отрицательное, а также указания на субъективный опыт приема лекарственных препаратов, и общие убеждения пациентов в отношении лекарственных средств. Тест является прямым стандартизированным самоотчетом, заполнялся пациентами самостоятельно. Опросник DAI-30 популярен как инструмент для оценки отношения пациента к медикаментозному лечению в работах зарубежных и отечественных авторов (Голощапов И.В., 2010).

3. Для квалификации эмоционального состояния больных применялась **Шкала оценки уровня депрессии А. Бека** (Beck A.T., et al., 1961г., адаптация Тарабриной Н.В., 2001). Методика предназначена для диагностики наличия и выраженности депрессивных состояний. Опросник обладает хорошей дискриминативной валидностью для оценки степени тяжести депрессивных состояний, широко используется в отечественных исследованиях.

4. Также была использована **Шкала тревоги А.Бека** (Beck Anxiety Inventory - BAI), предназначенная для измерения физиологических и

когнитивных компонентов тревожности; балл подсчитан на основе оценки по 4-балльной шкале 21 утверждения, описывающих субъективные, соматические или близкие к паническим состояниям симптомы.

5. Изучение ПВА проводилось с помощью **шкалы Чередниченко Н.В., Альтшулера В.Б. (1992)**, позволяющей измерить компоненты и отражающей психопатологическую структуру синдрома.

6. Для определения характерологических особенностей пациентов был использован известный во многих странах **опросник SCID-II-Q**, ориентированный на квалификацию личностных расстройств в соответствии с критериями DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders Questionnaire; SCID-II-PQ; First M.B., et al., 2002). Опросник не был подвергнут строгой валидации, но это не препятствовало его использованию в процедурах сравнительно статистического и сопоставительного анализа.

Основным методом для оценки эффективности психотерапии, ориентированной на преодоление симптомов ПВА является эксперимент; он проводился по плану для двух эквивалентных групп с предварительным и итоговым тестированием:

O1 X O2

O3 O4

В качестве независимой переменной выступает терапевтическая интервенция и особая тактика ведения больного, обеспечивающая поддерживающее отношение. В качестве зависимых переменных выступает особенности клинического состояния больного, особенности характера пациентов, присущие им аддиктивные установки, поведение больного (в форме посещений психотерапевта и отказа от потребления спиртного). Соблюдались при проведении исследования этические принципы: все больные были предупреждены о факте проведения исследования, ознакомлены с формой своего в нем участия, после чего от них было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1.), Statistica 6.0, SPSS 10.0 for Windows. Порядковые данные анализировались с применением критерия Манна-Уитни. Для определения взаимосвязи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, и факторный анализ методом основных (главных) компонентов (с varimax-вращением).

ГЛАВА 4. Результаты проведенного исследования

4.1. Уровень и феноменология патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом исследованных групп

Поскольку основным пунктом интереса в контексте данной работы и создаваемой психотерапевтической программы являлись феноменологические проявления ПВА, они были проанализированы в первую очередь. Такой анализ симптомов ПВА у больных обследованных групп проводился с помощью шкалы Чередниченко Н.В., Альтшулера В.Б. (1992), позволяющей замерить компоненты и отражающей психопатологическую структуру синдрома. Данные приведены в Табл. 6.

Таблица 6. Симптомы ПВА у обследованных больных на начальном этапе психотерапевтического ведения.

Симптомы ПВА	Показатели в основной группе М±S	Показатели в контрольной группе М±S	Максимально возможный балл по показателю
Аффективные	8,3 ± 1,9	8,6 ± 1,9	12
Вегетативные	4,8 ± 0,5	4,9 ± 0,6	9
Идеаторные	3,8 ± 1,7	3,8 ± 1,8	7
Поведенческие	2,3 ± 0,8	2,2 ± 0,7	3
Общий балл	19,2 ± 4,9	19,4 ± 4,9	31

Примечание: 1. Данные представлены в виде М±S (средние значения и стандартные отклонения) 2. Статистически значимые различия между группами отсутствуют. 3. В каждой группе – 75 человек, общий объем выборки – 150.

Показатели симптомов ПВА не различаются существенно в исследованных группах. Это свидетельствует об однородности обследуемых групп пациентов, повышает достоверность проведенного исследования.

Содержательный анализ данных и изучение конкретных проявлений симптоматики ПВА позволяет утверждать, что на начальном этапе обследования (первое тестирование) наиболее приближены к максимальным аффективные и поведенческие симптомы ПВА. В большинстве случаев это проявляется в том, что у пациентов обеих обследованных групп наблюдаются многочисленные симптомы аффективного неблагополучия, чаще в виде проявлений тревоги в форме напряжения, ожиданий ухудшения состояния, с

неусидчивостью, беспокойством, переживанием беспомощности. Нередкими были и проявления в виде раздражительности, общего недифференцированного дискомфорта, с подавленностью, впечатлением угнетенности, угрюмости, мрачности, расцениваемые при оценке по шкале ПВА как симптомы дисфории (разной степени выраженности). Примерно с той же частотой встречались признаки субдепрессивного круга в виде пассивности, отказа от общения, медлительности, вялости и/или обозначением при передаче пациентами своего состояния переживаний общего снижения настроения, безразличия к окружающему, к своей судьбе, отсутствия желаний и побуждений к деятельности. Нередкими были и проявления в виде эмоциональной лабильности, не только при обращении к аффективно насыщенным темам (например, зависимости от алкоголя и последствий наркологического заболевания), но и при обсуждении вопросов лечения и повседневного пребывания в отделении. Можно говорить о значительном понижении стрессоустойчивости пациентов на начальном этапе терапии, о снижении готовности к чрезмерному эмоциональному реагированию.

Поведенческий компонент ПВА мог проявлять себя по-разному, но наиболее отчетливыми его свидетельствами были особое внимание больных к обсуждению алкогольной тематики. Конечно, в части случаев данную тему инициировал врач, мотивированный на анализ зависимости от алкоголя, но реакция на данную тему не вполне отвечала контексту. Вместо созвучной врачебному беспокойству озабоченности своим состоянием и заболеванием, пациенты демонстрировали враждебность по отношению к будущей трезвости, объявляли о намерении в скором времени выписаться из отделения, показывали низкую концентрацию внимания при попытке обсуждать вопросы лечения. В отдельных случаях пациенты выражали готовность говорить о вреде потребления спиртного, даже инициировали эту тему, но нарочитость, излишний пафос в суждениях, а также декларированная убежденность в своем непреклонном отказе от потребления

спиртного (не подкрепленном конкретными планами по изменению повседневной жизни, связанных с алкоголизацией привычек, круга общения и т.д.) выдавали фактическое стремление уклониться от длительного лечения. У нескольких пациентов отмечались более грубые нарушения поведения в виде попыток прервать лечение и покинуть отделение с целью употребить спиртное.

В чуть меньшей степени наблюдались и симптомы ПВА вегетативного круга, в виде нарушений режима сна-бодрствования, инсомнии разного типа, расстройств аппетита; выразительными могли быть и телесные (тремор, потливость) реакции больных, особенно - при обсуждении алкогольных тем. Что касается идеаторного компонента, то обе его составляющие, выделенные авторами использованной модификации шкалы ПВА (Чередниченко Н.В., Альтшулера В.Б., 1992), присутствовали в отчетливой степени. Так, у пациентов возникали мысли и образы, связанные с тематикой потребления алкоголя, разной степени частоты, и одновременно проявления недостаточности критического отношения к заболеванию (сомнения в правомерности лечебных мероприятий, в необходимости проведения лечения, либо «закамуфлировано» - как опасения в отношении негативных последствий проводимого лечения).

В целом можно говорить о том, что среди больных алкоголизмом можно выделить группы лиц с различными уровнями компонентов ПВА, или с различными «профилями» его компонентов. Важно, что уровень ПВА и структура его компонентов не показали связи с динамическими характеристиками алкогольной зависимости, такими как возраст начала потребления и/или длительность наркологического заболевания (этот анализ подробно не приводится в тексте работы). Приведенные наблюдения пациентов обследованных групп подтверждают высокую значимость феноменологии ПВА в переживаниях больных на начальном этапе терапии (и во многом и на последующих этапах); это стало дополнительным

обоснованием для разработки специализированной психотерапевтической программы.

4.2. Разработка психотерапевтической программы на основе феноменологии патологического влечения к алкоголю

В главе 2 представлен теоретический анализ проблемы выбора, организации и проведения психотерапии для больных алкоголизмом, в том числе в п.п. 2.3 показано, что современная психотерапия предлагает методы, ориентированные на работу с принципиально важным при зависимости от алкоголя симптомокомплексом ПВА. Этот симптомокомплекс, при всем многообразии его проявлений в клинической картине у большинства больных с зависимостью от алкоголя, достаточно хорошо отражен в литературе, доказана его важнейшая роль в качестве фактора рецидива при заболеваниях зависимости.

При обосновании любого варианта требуется расшифровать психологические (или психопатологические) эффекты воздействия в соответствии с моделью нарушения, на которое направлено такое воздействие. Выбор методов мотивирован их необходимостью и инструментальной пригодностью (тогда как стоящие за методами теоретические основания можно считать вторичными) (Макаров В.В., 2009; Катков А.Л., 2012). Важно, что выбранный в качестве основания для разрабатываемой программы психотерапии симптомокомплекс (ПВА) состоит из группы симптомов разного уровня (эмоциональных, интеллектуальных, поведенческих), не одинаков у разных больных, он таким образом предполагает набор инструментов воздействия (техник), позволяющих варьировать конкретные программы для пациентов с разным сочетанием симптомов внутри общего симптомокомплекса ПВА. «Психотерапия купирования ПВА» сочетает следующие приемы: психообразование, когнитивная психотерапия в виде работы с иррациональными когнициями, поведенческие техники, а также

неспецифические техники (релаксация, медитация, саморегуляция), а также суппортивная (поддерживающая) психотерапия.

Таблица 7. Основные цели при проведении психотерапии:

Мишени воздействия	Действия, техники	Эффекты воздействия
Этап 1. Осознание проблемы. Информирование. Мотивирование.		
Триггеры потребления	<ul style="list-style-type: none"> - информирование пациента о связи потребления с внешними и внутренними «стимулами» - триггерами, - обсуждение ситуаций потребления, анализ ситуаций из прошлого пациента, с изучением типичных, ключевых триггеров потребления, - «задание на дом» в виде обращения к сохранившимся воспоминаниям и самостоятельного анализа ситуаций потребления - поиск значимых триггеров, - обучение использованию шкальных оценок изучаемых параметров. 	<ul style="list-style-type: none"> - создание атмосферы доверия и открытости, - установление рабочего альянса, - навыки самостоятельно определения триггеров пациентом, - навыки оценки степени влияния триггеров на поведение (с использованием приема шкальной оценки), - навыки планирования времяпрепровождения для избегания триггерных ситуаций
Анозогнозия	<ul style="list-style-type: none"> - техники информирования или психообразования (знакомство с понятиями «нозогнозия», «анозогнозия», «алкогольное отрицание»), - техники мотивирования на продолжение психофармакотерапии и психотерапии с использованием приемов «Баланс решения», комплаенс-психотерапии. 	<ul style="list-style-type: none"> - улучшение нозогнозии, - достижение более полного осознания болезни и симптомов болезни, появление готовности у пациентов опознавать собственные оценки и суждения как проявления анозогнозии, - повышение уровня мотивации к приему медикаментов, понимание механизма действия лекарств.
Симптомы ПВА	<ul style="list-style-type: none"> - обсуждение ситуаций потребления и эффектов алкоголя (на уровне организма и психики), - анализ самочувствия и переживаний, сопряженных с приемом и с отказом от приема спиртного, - информирование о содержании понятия «патологическое влечение к алкоголю», о симптомах ПВА, - введение приемов оценки степени выраженности компонентов ПВА. 	<ul style="list-style-type: none"> - распознавание ПВА и его симптомов, - оценка пациентом степени влияния ПВА на его состояние и поведение, - «расшифровка» различных проявлений ПВА, - определения связи симптомов ПВА с иными переживаниями, реакциями со стороны эмоциональной сферы, колебаниями энергии, мотивации
Проявления	<ul style="list-style-type: none"> - техники психообразования для 	<ul style="list-style-type: none"> - распознавание симптомов

<p>первичного и вторичного ПВА</p>	<p>того, чтобы познакомить пациентов с понятиями «первичное и вторичное патологическое влечение к алкоголю», «утрата количественного контроля», «утрата ситуативного контроля», - обсуждение с пациентами симптомов первичного и вторичного патологического влечения, присущего самому пациенту, - выявление и критическая оценка имеющихся у пациента формулировок, позволяющих ему недооценивать опасности развития вторичного влечения</p>	<p>первичного и вторичного ПВА, - оценка пациентом степени опасности развития вторичного ПВА и влияния этих проявлений на его состояние и поведение, - определения связи симптомов вторичного ПВА с имеющимися у пациента нарушениями нозогнозии, - диагностика приемов сопротивления осознания пациентом присущих ему проявлений ПВА.</p>
------------------------------------	---	--

Этап 2. Работа по совладанию с симптомами ПВА – «Психотерапия купирования ПВА»

<p>Копинг с симптомами ПВА</p>	<p>- техники психообразования (знакомство с понятиями «копинг», «психологическая защита», «саморегуляция», «копинг с симптомами», «копинг с симптомами ПВА»), - развитие навыков совладания с ПВА (анализ арсенала средств совладания, составление списка совладающих стратегий, опробование новых способов совладания)</p>	<p>- оценка имеющихся у пациента способов копинга с симптомами ПВА (и признание их недостаточности), - признание факта «тяжести и серьезности» проявлений (симптомов) ПВА, - признание высокой значимости совладания с симптомами ПВА, - расширение арсенала средств совладания с ПВА (и составление списка возможных копинг-стратегий и приемов индивидуально для пациента), - формирование иных видов поведения и активности, не связанных с потреблением алкоголя (также индивидуального для каждого пациента),</p>
<p>Рефлексивные способности (осознавание)</p>	<p>- проговаривание происходящего (наблюдение и рефлексия во время психотерапевтической сессии), - ведение дневниковых записей (наблюдение за пределами психотерапии, в повседневной жизни, с анализом воспоминаний о приеме спиртного, эпизодов прошлого, связанных с таким приемом, сомнений по поводу необходимости трезвости, сомнений в необходимости лечения, иных значимых пунктов), - развитие рефлексивных способностей через тренинг</p>	<p>- повышение способности больного оценить свое актуальное состояние (включая симптомы ПВА), - повышение способности оказать влияние на симптомы через использование новых копинг-стратегий (отвлечения, «остановки мыслей», изменения фокуса осознания, приемов релаксации, медитации, телесного осознания, и др.).</p>

	осознавания (технологии mindfulness-терапии).	
Симптомы тревоги и депрессии	<ul style="list-style-type: none"> - инвентаризируются типичные паттерны эмоционального реагирования, - поощряется выражение негативных чувств в период сессии, - устанавливаются дефициты способности по регулированию своего эмоционального состояния – начиная от осознания чувств, их точного называния, различения, до нахождения различных способов самовыражения чувств, - тренинг релаксации, - медитативные приемы, - проработка во время сеанса актуальных ситуативных эмоций, переживаний, сопутствующих стрессу и фрустрации, - тренировка в достижении оптимального психофизического состояния, 	<ul style="list-style-type: none"> - освоение навыков релаксации, - формирование представления о субъективной зоне комфорта и психофизиологическом оптимуме, - обучение нахождению максимально возможного оптимального психофизического состояния, - развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения, - развитие навыков различения отдельных эмоций в широкой гамме испытываемых чувств,
Конфликтные отношения с окружающими как источник эмоционального напряжения и фактор угрозы срыва	<ul style="list-style-type: none"> - оцениваются в беседе с пациентов (только после установления доверия и хорошего терапевтического альянса) характер взаимоотношений пациента с близкими ему людьми, в том числе (и особенно) – конфликтные, проблемные с точки зрения пациента отношения; - устанавливаются типичные эмоциональный реакции пациента в ситуациях проблемного взаимодействия (реакции гнева, зависти, ревности, обиды и иные), - типичные для пациента ситуативно-возникающие эмоции оцениваются с точки зрения их опасности для срыва, интерпретируются как факторы дестабилизации настроения и состояния, - анализируется когнитивная составляющая таких эмоций («автоматические мысли»). 	<ul style="list-style-type: none"> - формирование зрелого, реалистичного (что не синонимично оптимистичному) видению проблем взаимоотношений, - поддержание реалистичных установок и ожиданий пациента в отношении существующих у него контактов со значимыми людьми, - осознание трудностей понимания собственной и чужой эмоциональной жизни, - разделение реальной ситуации, паттернов взаимодействий и субъективных реакций пациента на такие взаимодействия, - планирование действий по установлению новых отношений или оптимизации существующих,
Иррациональные когниции в отношении своего заболевания,	<ul style="list-style-type: none"> - выявляются и акцентируются установленные у пациентов иррациональные оценки своего состояния (не только недооценка, но переоценка тяжести проблем со 	<ul style="list-style-type: none"> - формирование более реалистических представлений о себе, о симптомах наркологического заболевания, преодоления алкогольной

лечебных мероприятий	здоровьем, пессимистические ожидания), в отношении проводимого лечения, его перспектив, фобические реакции (в отношении последствий проводимого лечения, побочных эффектов препаратов, долгосрочных последствий терапии), - техники «мягкого» оспаривания, - техника «сократического диалога»	анозогнозии, - появление уверенности в возможности излечения, представлений о способах достижения трезвости, - достижение комплаентности к психофармакотерапии и фармакотерапии сопутствующих соматических заболеваний, - формирование представлений о механизмах саморегуляции своего эмоционального, телесного состояния, - развитие навыков когнитивного совладания с переживаниями.
Сенсорные и вегетативные проявления ПВА	- технология «Серфинг», - технологии телесной терапии.	- улучшение физического самочувствия, - преодоление фобической установки (в отношении симптоматики ПВА), появление уверенности в возможности справиться с интенсификацией ПВА.
Паттерны «выученной беспомощности» и пессимизма в оценке перспектив	- обсуждение и «развенчивание» пессимистических установок и ожиданий, связанных с возможностями достижения стойкой трезвости, и поддержания высокого качества жизни, - акцентирование достигнутой динамики состояния, - акцентирование новых возможностей саморегуляции	- уменьшаются паттерны «выученной беспомощности» (появление четких планов на будущее, включая планирование стратегий совладания с симптомами ПВА, текущими эмоциональными проблемами, стрессами повседневной жизни, индивидуальными у каждого пациента).
Самооценка и уровень самооффективности	- техники «подведения итогов», - поддержка позитивных изменений в жизни больного (за пределами терапевтического пространства), - утилизация изменений в позитивном ключе	- изменение самооценки больного (в аспекте возможности влияния на собственное состояние, оценки своих ресурсов), рост числа позитивных самоопределений, - реалистичность в оценке своих перспектив, - формирование у пациента позитивного «образа будущего».
Этап 3. Социальное подкрепление. Дальнейшее позитивное воздействие на поведение		
Способность к поддержанию контакта с врачом	- содействие поддержанию терапевтических отношений (в рамках терапевтического альянса),	- получение пациентом эмоциональной поддержки от врача, - улучшение отношений с ближайшим социальным окружением (и также получение социальной поддержки),

		- обучение запросу обратной связи (от близких и значимых людей)
Социальное окружение больного	- семейное консультирование, - супружеское консультирование, - работа с созависимыми родственниками, - включение пациента в группы самопомощи (после выписки из стационара)	- планирование новых контактов и действий по улучшению отношений с широким социальным окружением (и получению достаточной социальной поддержки)

Условия эффективного осуществления психотерапии купирования симптомов ПВА:

- индивидуальные сессии обязательны,
- групповые сессии проводятся при небольшом числе участников (3-5 человек) и на основе полученных от участников группы (и индивидуальных) сведений
 - четкая структурированность занятий, включающих психообразовательный блок,
 - совместная с пациентом инвентаризация его внутреннего опыта и обратная связь, которые позволяют пациенту изменять самооценку своего состояния, представление о заболевании и собственном «Я»,
 - тип поведения терапевта ближе к директивному, основанный на статусе «эксперта», при сохранении доброжелательности, приятии пациента, отказе от критики и от прямой конфронтации,
 - структурирование терапевтом течения сеанса, с обозначением времени, подведением итогов сделанного и позитивной обратной связью,
 - при «срыве» (в виде эскалации симптомов ПВА или при употреблении спиртного) – отдельная сессия с утилизацией отрицательного опыта,
 - обеспечение доступности психотерапевта в случае переживания ухудшения состояния (возможность телефонного звонка и визита).

Важно при этом, что выбор методов не был случайным, он отражает модель симптомокомплекса, на который направлено психотерапевтическое воздействие. Разработанная в рамках настоящего диссертационного

исследования «психотерапия купирования ПВА» предназначена для лечения пациентов с зависимостью от алкоголя, но может быть использована для больных с иными наркологическими заболеваниями (при некоторой ее адаптации).

Сеттинг. Набор пациентов в основную и контрольную группы осуществлялся следующим образом: по понедельникам и средам пациентам предлагалось участвовать в исследовании, пояснялась цель исследования, формат исследования, давалась гарантия конфиденциальности полученных в результате исследования данных о пациенте; после подписания информированного согласия пациент записывался в ОСНОВНУЮ группу; по вторникам и четвергам пациентам также предлагалось участвовать в исследовании, пояснялась цель исследования, формат исследования, давалась гарантия конфиденциальности полученных в результате исследования данных о пациенте, после подписания информированного согласия, пациент записывался в КОНТРОЛЬНУЮ группу.

Пациенты контрольной группы в процессе исследования лечились так:

Групповые встречи в качестве психообразовательного блока (лекционного материала) на темы:

1. Алкоголизм: болезнь или «плохая привычка»?
2. Алкогольная зависимость. Патогенез, формы употребления алкоголя.
3. Алкогольная зависимость. Симптомы, стадии, течение.
4. Патологическое влечение к алкоголю как специфический симптомокомплекс.
5. Физиологические последствия употребления алкоголя (гепатиты, энцефалопатии, панкреатиты, алк. кардиомиопатия и др. патология).
6. Алкогольная зависимость. Лечение.
7. Психологические причины формирования зависимости.
8. Структура зависимого сознания.
9. Сопротивление лечению и психологические защиты.

10. Личностные границы.

11. Алкогольная зависимость как семейное заболевание (семейные «маски и роли», созависимость).

12. Стадии выздоровления.

Также со всеми пациентами контрольной группы проводились индивидуальные встречи длительностью от 45 минут до 1 часа (всего до 12 часов), во время которых велись беседы на различные темы без психотерапевтической коррекции.

Пациенты основной группы получали лечение, состоявшее из 3х этапов:

Начальный диагностический, а также мотивирующий этап – две встречи длительностью от 30 до 45 минут каждая. Второй этап - от 8 до 12 встреч длительностью от 45 минут до 1 часа (всего до 12 часов) 2-3 раза в неделю, индивидуально. Параллельно проводились групповые психообразовательные встречи (лекционный материал, как и в контрольной группе) длительностью от 45 минут до 1 часа (1 раз в день, 5 дней в неделю), так и терапевтические группы, длительностью от 1 до 1,5 часов (всего до 30 часов). Таким образом, второй этап психотерапии проходил в течение 1 месяца наблюдения. Третий этап включал индивидуальные встречи с пациентами при необходимости (по инициативе больного и при наличии показаний) или контрольные встречи по инициативе врача-нарколога, для констатации сохранения эффектов. Как основные показания к внеочередной сессии выступали ухудшения состояния с угрозой срыва, уже происшедшие срывы (или рецидивы наркологического заболевания), ситуационно-обусловленные ухудшения психического состояния (в связи с влиянием внешних причин, возникновением стрессов).

Критерии оценки эффективности психотерапии:

1. Оценка эффектов терапии в отношении главной цели – устранения симптомов ПВА (с опорой на сравнительно-статистические критерии),

2. Клиническая оценка на основе данных о рецидивах и длительности ремиссии,
3. Регистрация всех полученных воздействий, как позитивных, так и негативных, а также относящихся не только к целевой симптоматике, но и к личности,
4. Доля пациентов с улучшением (%),
5. Достигнутые варианты изменений, включая результирующий комплекс стойких симптомов ПВА, не редуцированных полностью («остаточные» симптомы ПВА),
6. Стойкость достигнутых изменений в симптоматике ПВА и в общем психическом состоянии и поведении пациентов,
7. Удовлетворенность пациента и степень комплаентности (как один из показателей удовлетворенности (Hollon, 1996),
8. Соответствие терапии этическим нормам.

Новизна предложенной методики психотерапии состоит в следующем:

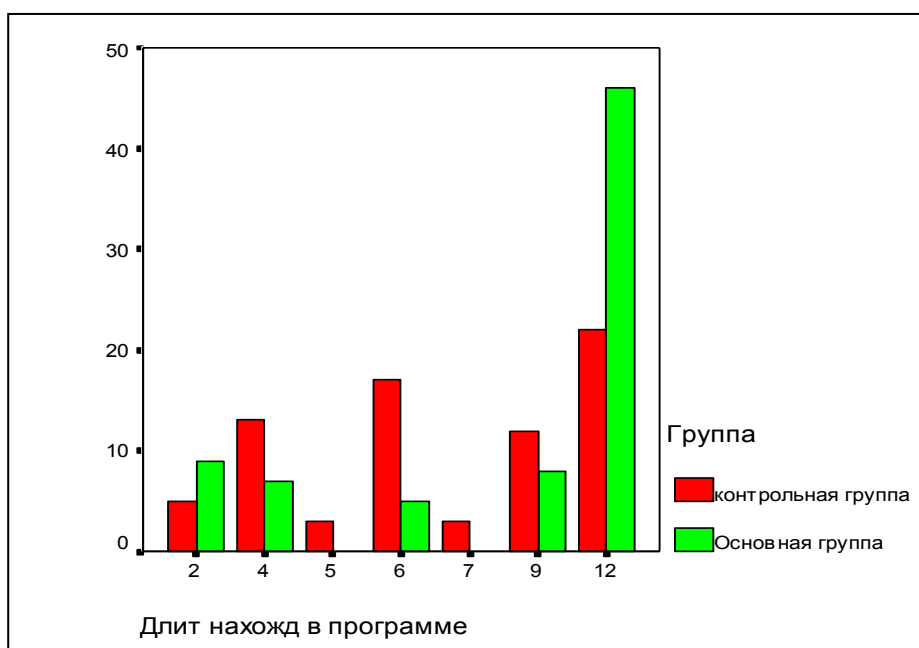
Впервые в отечественной наркологии предложена программа, где в качестве основы психотерапии был определен один из стержневых при зависимости от алкоголя синдромов – патологическое влечение к алкоголю. В рамках эмпирического исследования была проведена комплексная клиничко-патопсихологическая оценка группы взрослых больных алкоголизмом, включающая анализ психопатологических проявлений в виде симптомов ПВА, в сопоставлении с иными нарушениями. Проанализированные и тщательно оцененные для каждого конкретного пациента психопатологические симптомы, составляющие синдром ПВА, позволили сформулировать мишени для психотерапевтической работы с больными на стационарном этапе. Для каждой из выделенных мишеней удалось подобрать особые технологические приемы психотерапевтического воздействия. На основе полученных при обследовании данных предложена модель психотерапии, включающая специализированные технологии,

направленные на купирование симптомов ПВА, и позволяющая планировать психотерапевтическое воздействие с учетом индивидуальной картины заболевания. Были разработаны рекомендации к ведению больных алкоголизмом с различными психопатологическими проявлениями и нарастающими изменениями личности. Проведена оценка эффективности предложенной психотерапии.

4.3. Данные оценки симптомов ПВА в процессе терапии, ориентированной на купирование ПВА

Проанализированы данные длительности нахождения в программе пациентов обеих обследованных групп. Данные представлены на рис.4.

Рисунок 4. Длительность нахождения в программе пациентов основной и контрольной групп



Примечание. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна-Уитни) $p < 0,01$ ($p = 0,0026$)

Как следует из рисунка 4, только пациентов из основной группы удается удержать в программе лечения на протяжении года (и более). Больные алкогольной зависимостью из контрольной группы, несмотря на предложенную им программу адекватной фармакотерапии и консультативные

встречи, выбывали из программы лечения – в основном после полугода лечения. У подавляющего большинства больных (65,2%) возникали рецидивы наркологического заболевания, в части случаев (20,3%) информация об этом поступала от самих больных, их родственников (37,3%). В части случаев (7,6%) данные о рецидивах отсутствовали, но контакт с врачом пациент поддерживал вынужденно, только при вызове для контрольного посещения (полной уверенности в сохранении трезвости не было). Понятие «срыв» использовалось для обозначения такого употребления спиртного во время ремиссии, которое не сопровождалось утратой количественного контроля и не вызывало в дальнейшем появления похмельного синдрома. При этом рецидив обозначал возобновление злоупотребления алкоголем в типичной для пациентов форме многодневного пьянства, с вынужденным опохмелением (Александрова Н.В., 1985; Гофман А.Г., 2003).

Проанализированы в ходе обработки результатов эмпирического исследования и оценены параметры ПВА у пациентов основной и контрольной групп. Данные приведены в таблицах (8 и 9) и представлены графически – рис 5 и 6.

Таблица 8. Данные о динамике симптомов ПВА в основной группе (шкала Н.В.Чердиченко, В.Б.Альшулера, число наблюдений – 75)

Симптомы ПВА	тестирование 1	тестирование 2	тестирование 3
Аффективные	8,3	5,4**	3,3***
Вегетативные	4,8	3,1	1,5***
Идеаторные	3,8	2,4	1,5***
Поведенческие	2,3	1,4*	0,7***
Общий балл	19,2	12,3	7***

Примечание. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна-Уитни): * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

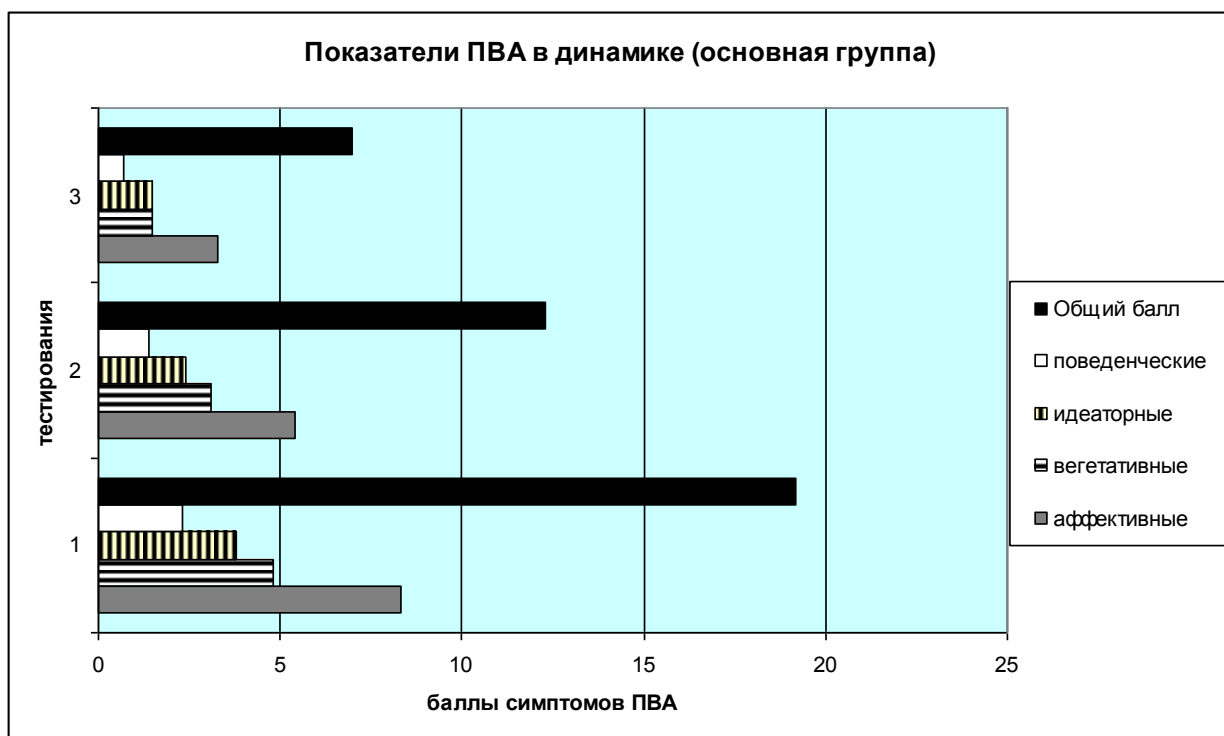


Рисунок 5. Динамика симптомов ПВА в основной группе

Как следует из рисунка 5, в основной группе наблюдается постепенное ослабление симптомов ПВА, причем особенно уверенно снижаются вегетативные, идеаторные и поведенческие симптомы, Аффективные симптомы также поддаются воздействию, хотя и оказались наиболее стойкими. Естественно, снижается и общий балл выраженности симптомов ПВА. Уменьшается фиксация на алкогольной тематике, воспоминаниях, сновидениях, связанных с потреблением, в значительной степени выравнивается аффективный фон. Некоторые колебания настроения при затрагивании болезненных и значимых для пациентов тем все же наблюдались; полностью избавиться от подобных проявлений очевидно невозможно. Повышалась критика к заболеванию, увеличивалась заинтересованность в лечебном процессе, который не только устранял физиологические последствия употребления алкоголя, но и психологические механизмы алкогольной зависимости, а также и их самоидентификацию. Происходила инвентаризация проведения досуга, рабочей деятельности и круга общения.

Полученные в основной группе данные были сопоставлены с

результатами в контрольной группе. Как следует из таблицы 9 и рисунка 6, динамика симптомов ПВА без проведения специализированной психотерапевтической работы была иной.

Таблица 9. Данные о динамике симптомов ПВА в контрольной группе (шкала Н.В.Чередниченко, В.Б.Альциулера, число наблюдений – 75)

Симптомы ПВА	тестирование 1	тестирование 2	тестирование 3
Аффективные	8,6	5,9**	4,6***
Вегетативные	4,8	2,9	2,5***
Идеаторные	3,8	2,5	2,6***
Поведенческие	2,2	1,2*	1,4***
Общий балл	19,4	12,5	11,1***

Примечание. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна-Уитни): * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$

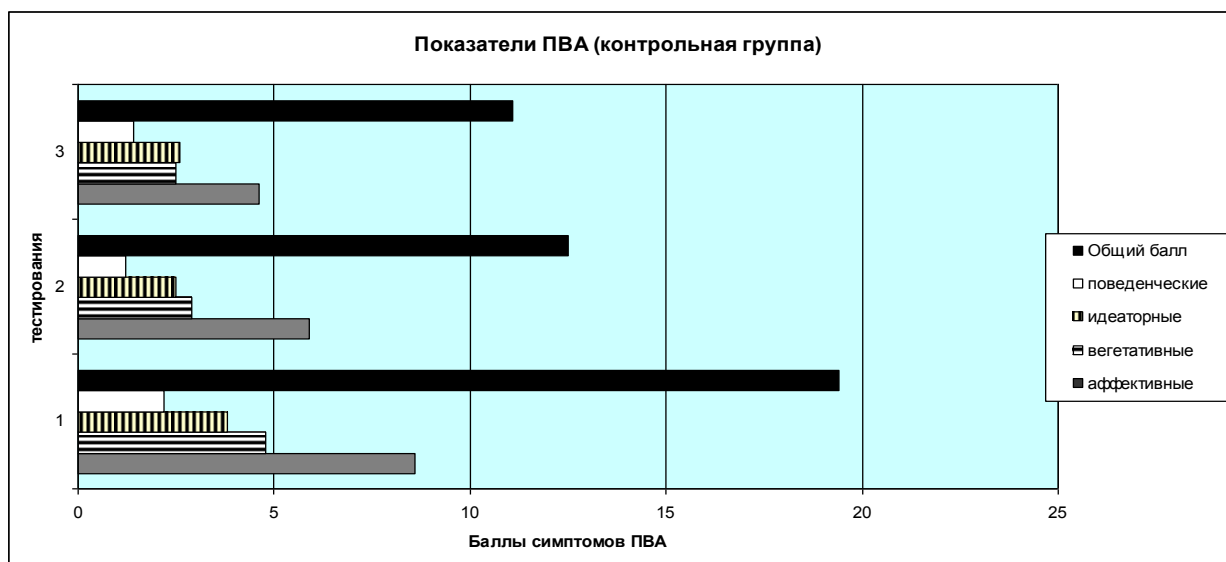


Рисунок 6. Динамика симптомов ПВА в контрольной группе

Наглядность наблюдавшихся межгрупповых различий в степени выраженности симптомов ПВА на этапе завершения наблюдений (третье тестирование) отражена на рисунке 7.

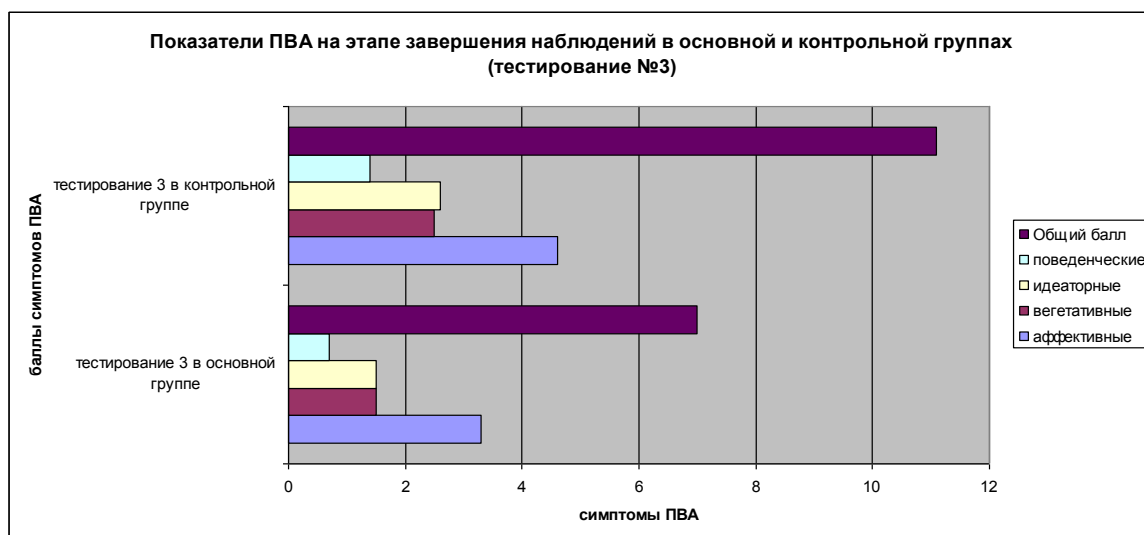


Рисунок 7. Результаты изменения симптомов ПВА в основной и контрольной группе к моменту завершения наблюдений

Также была оценена значимость различий (между основной и контрольной группами) показателей симптомов ПВА в динамике с использованием критерия Манна-Уитни (таблица 10)

Таблица 10. Значения величины U-критерия Манна-Уитни при сравнении показателей ПВА в основной и контрольной группах

№ тестирования и - Значения U- критерия Манна-Уитни, - Уровень значимости (Asymp. Sig)	<i>Аффектив- ный компонент</i>	<i>Вегетатив- ный компонент</i>	<i>Идеа- торный компонент</i>	<i>Поведенчес- кий компонент</i>	<i>Суммарный балл ПВА</i>
Тестирование 1	2551,5 p = 0,31	2691,5 p = 0,57	2786,5 p = 0,91	2664 p = 0,53	2549 p = 0,31
Тестирование 2	2170,5 p<0,01	2409 p = 0,07	2633,5 p = 0,48	2365,5 p<0,05	2732 p = 0,75
Тестирование 3	1055,5 p<0,001	1127,5 p<0,001	1409,5 p<0,001	1284 p<0,001	422,5 p<0,001

На основании полученных данных можно говорить о том, что симптомы ПВА являются достаточно стойкими, и при отсутствии специальной работы с ними их выраженность уменьшается медленнее за время наблюдения (в течение года). Так, при первом оценивании различий

между группами нет, но при втором тестировании есть значимые различия между обследованными группами по степени выраженности аффективных и поведенческих симптомов (таковые выражены больше в контрольной группе). Особенно очевидны различия в выраженности симптомов ПВА при тестировании после года наблюдений. В группе с проводимой психотерапией снижение продолжается, больные все лучше научаются справляться с ранее проблемными для них симптомами ПВА, а в контрольной группе снижения нет. Более того, наблюдается даже усиление поведенческой и идеаторной симптоматики ПВА, что, в свою очередь, в разы увеличивает вероятность срыва и рецидива заболевания.

4.4. Динамика состояния в процессе терапии, ориентированной на купирование ПВА

Основная и контрольная группы отличаются по параметрам не только присутствия (степени выраженности) симптомов аффективного компонента ПВА, но и по общим показателям аффективного благополучия-неблагополучия (см. таблица 11 и рисунок 8).

Таблица 11. Сравнение групп по динамике показателей депрессии (шкала Бека)

Показатели депрессии по шкале Бека	Тест 1 M ± S	Тест 2 M ± S	Тест 3 M ± S
Основная группа	14,5 ± 5,1	9 ± 4,0	4,2 ± 2,1***
Контрольная группа	14,3 ± 5,3	10,4 ± 5,0	7,6 ± 4,4***

Примечание: 1. Данные представлены в виде M±S (средние значения и стандартные отклонения) 2. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна-Уитни): *** – p<0,001. 3. В каждой группе – 75 человек, общий объем выборки – 150.

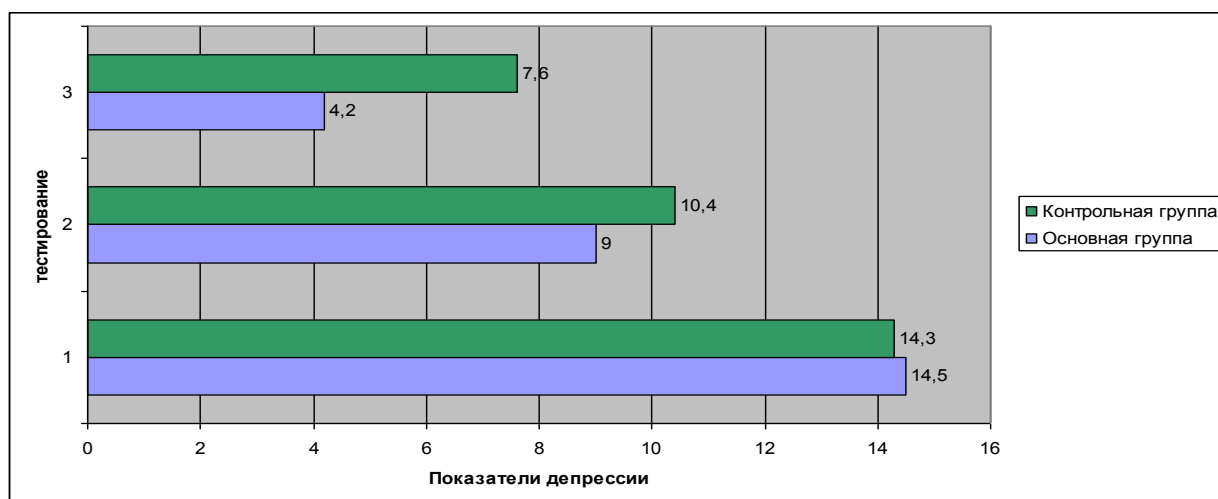


Рисунок 8. Сравнение групп по динамике показателей депрессии (шкала Бека)

Межгрупповое сравнение показало (табл.11, рис.8), что проявления депрессии на начальном этапе терапии были отчетливыми, у большинства пациентов обеих групп достигали уровня средней степени выраженности депрессии. Важно, что в дальнейшем, при проведении психотерапевтической работы с пациентами, показатели начинают снижаться. Если в основной группе снижение отчетливое, и уже ко второму тестированию пациентов с оформленной и подтвержденной тестовым баллом депрессией практически нет, то в контрольной группе через год после начала наблюдения показатель по шкале депрессии остается повышенным. Это делает пациентов контрольной группы сравнительно более чувствительными к стрессовым ситуациям, подверженными аффективным колебаниям. В результате снижается чувство психофизического комфорта и повышается вероятность срыва. Можно уверенно говорить, что у них сохраняются и признаки аутохтонных колебаний состояния (по Агибаловой Т. В., 2007), вероятность соответствующего типа срыва (или даже рецидива).

Значимость различий в показателях аффективных нарушений больных обследованных групп, а также в показателях качества ремиссии, подсчитана с использованием критерия Манна-Уитни и представлена в таблице 12.

Таблица 12. Значения величины U-критерия Манна-Уитни при сравнении показателей Шкалы депрессии и показателей качества ремиссии в основной и контрольной группах (тест депрессии Бека, параметры ремиссии)

№ тестирования и - Значения U Манна-Уитни, - Уровень значимости	Показатель уровня Депрессии	Длительность нахождения в программе	Срывы за время нахождения в программе
Тестирование 1	2736,5 p = 0,77	2691,5 p = 0,57	2786,5 p = 0,91
Тестирование 2	2348 p = 0,10	2409 p = 0,07	2633,5 p = 0,48
Тестирование 3	1505,5 p<0,001	1127,5 p<0,001	1409,5 p<0,001

Таблица 13. Сравнение основной и контрольной групп по показателям качества ремиссии

Показатели	Длительность нахождения в программе (в месяцах) M±S	Срывы за время нахождения в программе (число) M±S
Основная группа	9,3 ± 3,8 **	3,1 ± 0,8
Контрольная группа	7,6 ± 3,4 **	3,1 ± 0,9

Примечание: 1. Данные представлены в виде M±S (средние значения и стандартные отклонения) 2. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна-Уитни): ** – p<0,01

Анализ динамики показателя депрессии (табл.11) свидетельствует о том, что различия между пациентами основной и контрольной групп на начальном этапе лечения отсутствовали. В дальнейшем в группе больных, получавших специализированное психотерапевтическое ведение, удалось достичь значимых изменений в виде снижения уровня депрессии. Одновременно у пациентов основной группы оказались значимо более длительные сроки пребывания в программе терапии (табл.13). Число срывов значимо не различалось по абсолютному значению (табл. 13), однако они зафиксированы за более длительный период, так как время нахождения в программе у пациентов основной группы выше. Поэтому можно утверждать наличие существенного влияние эмоционального благополучия на состояние

больных, определять это благополучие в качестве важного фактора влияния на мотивацию лечения и мотивацию к психотерапии. Сформулированные выше критерии оценки эффективности предлагаемой психотерапии позволили установить ряд важных изменений. Так, можно говорить о значимо большей части пациентов с общим улучшением состояния в основной группе, о достижении как специфических (касающихся симптомов ПВА), так и более общих клинических признаков улучшения состояния, и достаточно высокой комплаентности больных (о чем свидетельствует факт сохранения их в программе терапии).

4.5. Факторы влияния на симптомы ПВА у больных алкоголизмом на этапе активной терапии

Важным аспектом анализа влияний, предопределяющих степень выраженности и присутствия симптомов ПВА у больных алкоголизмом, являются, по данным многих исследователей и практиков, особенности личности пациентов. В качестве предикторов степени выраженности симптомов ПВА в рамках настоящего исследования рассматривались симптомы депрессии и тревоги, а также личностные характеристики пациентов, измеренные с помощью теста SCID-II-Q. Факторному анализу подверглись результаты изучения больных основной группы, так как важно было определить, насколько изменения симптомов ПВА зависят от личностных особенностей, а не только от влияния специализированной, ориентированной на купирование симптомов ПВА психотерапии. Был проведен факторный анализ (методом основных компонентов) для оценки связанности личностных характеристик пациентов основной группы и симптомов ПВА, оцененных в динамике (тремякратно в ходе динамического наблюдения). Данные приведены в таблице 14.

Таблица 14. Данные факторного анализа симптомов ПВА и клинических характеристик (шкалы симптомов ПВА, депрессии А. Бека, SCID-II-Q)

	Ф-1 «Субъективно- переживаемая феноменология ПВА»	Ф-2 «Аффективная и личностная патология пациентов»	Ф-3 «Поведенческие девиации в структуре ПВА»
Шкала депрессии -1		0,850	
Афф. компонент ПВА – 1	- 0,898		
Веget. компонент ПВА – 1	0,602		
Идеат. компонент ПВА– 1	0,831	- 0,343	
Повед. компонент ПВА – 1		- 0,371	0,637
Шкала депрессии -2		0,790	
Афф. компонент ПВА – 2	- 0,645		0,494
Веget. компонент ПВА – 2	0,657		0,430
Идеат. компонент ПВА– 2	0,869		
Повед. компонент ПВА – 2			0,788
Шкала депрессии -3		0,779	
Афф. компонент ПВА – 3	- 0,665	0,394	
Веget. компонент ПВА – 3			
Идеат. компонент ПВА – 3	0,862		
Повед. компонент ПВА – 3			0,649
Кластер А (по SCID-II-Q)		0,688	
Кластер Б (по SCID-II-Q)		0,632	
Кластер В (по SCID-II-Q)		0,861	
Процент дисперсии	27,3 %	22,5 %	11,5%

Примечания. Напротив параметров приведены факторные нагрузки после Varimax-вращения, суммарная объясненная дисперсия 61,3%.

Факторный анализ позволяет определить симптомы ПВА как относительно независимые от иных параметров клинического статуса, они изменяются также относительно автономно в ходе психотерапии. Об этом свидетельствует тот факт, что большинство параметров симптомокомплекса ПВА вошло в фактор 1, обозначенный нами как «Субъективно-переживаемая феноменология ПВА». В структуру этого фактора вошли такие составляющие симптомов ПВА как аффективные, вегетативные и идеаторные, фактор объединил эти проявления на всем протяжении наблюдения и лечения больных. Данный фактор очень важен, поскольку позволяет говорить об особом феноменологическом ряде, связанном с переживаниями ПВА, и об

относительной автономности его от иных симптомов.

При проведении факторизации выделились еще два фактора, также со значительной факторной нагрузкой. Фактор 2 был обозначен как «Аффективная и личностная патология пациентов», поскольку вобрал параметры трех измерений уровня депрессии (с использованием шкалы Бека) и показатели кластеров теста SCID-II-Q.

Фактор 3, имеющий заметно меньшую нагрузку, включил почти исключительно параметры измерения поведенческого компонента ПВА при всех трех замерах, и был обозначен как «Поведенческие девиации в структуре ПВА». В него также вошли параметры, характеризующие аффективный и вегетативный компоненты ПВА при втором тестировании. Представляется важным, что характеристики, относящиеся к поведению, к поведенческим проявлениям ПВА, оказались относительно независимыми не только от иных клинических характеристик, но и от иных показателей собственно ПВА. Видимо, речь идет о вкладе навыков саморегуляции собственного поведения. Дефицитарность волевой регуляции при наркологических заболеваниях общепризнана, и требует поэтому целенаправленной коррекции.

В этой связи включение в психотерапию купирования ПВА приемов поведенческого анализа, достаточно простых, но хорошо инструментально оснащенных, представляется правомерным. Такие приемы (или технологии психотерапии), позволяющие провести анализ ситуаций потребления, определить типичные для больного триггеры потребления, создать навыки самостоятельного выделения триггеров пациентом, и навыки оценки степени влияния триггеров на поведение, обучают пациентов новым навыкам поведенческой саморегуляции. Тем самым они позволяют частично скомпенсировать нарушения в этой области, и на примере пациентов основной группы исследования доказали свою важность и пригодность. Важными оказались несложные приемы планирования времяпрепровождения (для избегания триггерных ситуаций) и формирование иных видов поведения

и активности, не связанных с потреблением алкоголя.

Для уточнения связей личностных характеристик больных основной группы и имеющих у них симптомов ПВА приведен еще один вариант факторного анализа, с использованием показателей частных типов патологии личности (см. таблицу 15 ниже).

Таблица 15. Данные факторного анализа параметров ПВА и клинических характеристик (шкалы симптомов ПВА, депрессии А. Бека, SCID-II-Q)

	Ф-1 «Субъективно переживаемые симптомы ПВА»	Ф-2 «Аффективная и личностная патология пациентов»	Ф-3 «Девиации социального поведения»	Ф-4 «Поведен- ческие девиации»
Шкала депрессии -1		0,778		
Афф. компонент ПВА – 1	- 0,904			
Вегет. компонент ПВА – 1	0,609			
Идеат. компонент ПВА– 1	0,811		- 0,344	
Повед. компонент ПВА – 1			- 0,301	0,684
Шкала депрессии -2		0,744		
Афф. компонент ПВА – 2	- 0,656			0,499
Вегет. компонент ПВА – 2	0,661			0,328
Идеат. компонент ПВА– 2	0,855			
Повед. компонент ПВА – 2				0,752
Шкала депрессии -3		0,742		
Афф. компонент ПВА – 3	- 0,652		0,458	
Вегет. компонент ПВА – 3		- 0,350	0,411	
Идеат. компонент ПВА– 3	0,858			
Повед. компонент ПВА – 3				0,603
Черты избегающего типа		0,703		
Черты зависимого типа		0,389		- 0,318
Черты обсессивно-комп. типа				- 0,552
Черты пассивно-агресс. типа			0,676	
Черты депрессивного типа		0,807	0,307	
Черты параноидного типа		0,442	0,498	
Черты шизотипального типа			0,457	
Черты шизоидного типа		0,618		
Черты гистрионного типа			0,611	
Черты нарциссического типа		0,301	0,611	
Черты пограничного типа	- 0,305	0,468	0,438	
Черты антисоциального типа	-	-	-	-
Процент дисперсии	18,4 %	16,0 %	11,6 %	9,3 %

Примечания. Напротив параметров приведены факторные нагрузки после Varimax-вращения, суммарная объясненная дисперсия - 55,3%.

Результат факторного анализа свидетельствует о стойкости группирования параметров в фактор «Аффективная и личностная патология пациентов» (при этом варианте фактор 2). Однако поведенческие характеристики пациентов основной группы разделились при таком варианте факторизации на две части, и в фактор 3 выделились характеристики социального поведения больных (был обозначен как фактор «Девиации социального поведения»), тогда как поведенческие параметра ПВА выделены в отдельный фактор 4. Такое разделение показателей на группы вновь свидетельствует об относительной независимости характеристик ПВА как от широкого класса личностных черт, касающихся эмоциональной сферы, так и от поведенческих девиаций, не относящихся к связанному с потреблением спиртного поведением.

В исследованной группе больных алкогольной зависимостью встречались пациенты с разным уровнем психопатологических проявлений (данные подробно не приводятся). Тесная связь психопатологических проявлений ПВА и алкогольных изменений личности, клинически наблюдаемая и усложняющая дифференциально-диагностическую оценку состояния, может быть несколько нивелирована в процессе проведения психотерапии. Так, в отношении пациентов с высокими значениями показателей субшкал депрессии и SCID-II-Q, удавалось уточнить характер личностной проблематики в ходе проведения психотерапии (поскольку последняя содержит техники личностно-ориентированные). Подобная работа по диагностике и оценке психопатологических проявлений, проводимая параллельно психотерапевтическому лечению, позволяет оптимизировать лечение больных алкоголизмом с существенными личностными проблемами.

Наличие выраженных черт личностной измененности, таких как психопатические черты характера, признаки снижения личности вследствие наркологического заболевания, потребовали в ряде случаев некоторой

модификации техник психотерапии. В первую очередь были усилены приемы, направленные на создание и поддержание терапевтического альянса, повышение мотивации к лечению, удержание больных в программе. Подобная особая тактика лечения этой группы больных (с акцентом на приемах личностно-ориентированной психотерапии) также оказалась полезной. Наиболее важным стал тот факт, что психотерапия купирования ПВА у больных алкоголизмом с более выраженными личностными изменениями также представляется правомерной в программе продолжительного лечения.

Этот результат свидетельствует о правомерности внедрения предложенной программы психотерапии.

4.6. Исследование иррациональных убеждений, связанных с феноменологией патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом

Анализ основополагающих характеристик группы больных алкоголизмом требует уточнения, конкретизации, особенно при решении задачи построения психологической интервенции, направленной на совладание с симптомами. В этой связи приобретают особое значение характеристики, позволяющие детально рассмотреть изучаемые явления. Среди таких характеристик, или единиц анализа, правомерно выделить отдельные убеждения, установки больных алкоголизмом. Выбор именно убеждений, установок не случаен. Он отвечает психотерапии, использующей когнитивные техники, то есть базирующейся на анализе и исправлении нереалистичных и дезадаптивных убеждений больных.

Основные искажения убеждений, присущие пациентам исследуемой группы, исследованы с помощью теста аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA) (МакМаллин Р., 2001). Использованный тест был создан психотерапевтами, ориентированными на когнитивную психотерапию, и оперирующими при анализе состояния аддиктивных пациентов такими понятиями как «когниции», «убеждения», «базовые убеждения». Тест

составлен путем предъявления формулировок, обычно разделяемых лицами с химическими зависимостями, обязателен опрос о степени согласия больных с такими формулировками. Чем выше показанный конкретным пациентом результат по тесту, тем более разрушительны убеждения больного, тем дальше он от выздоровления (критическое значение балла – 110, так как в этом случае пациент попадает в 50-й перцентиль, где находятся больные, страдающие хронической алкогольной зависимостью).

У обследованных групп пациентов результат по тесту MGAA был выше 110 баллов, что подтверждает тяжесть состояния и однородность изучаемой клинической группы. Анализ корреляционных связей между отдельными убеждениями, присущими больным исследованной группы, и показателями параметров ПВА, свидетельствует о большом количестве связей, статистически значимых. Большое число частных связей не позволяет представить их в настоящей работе в полном объеме. В качестве приема представления результатов поэтому выбран качественный анализ.

Пациентам с превалированием аффективного компонента ПВА чаще присущи в качестве основных следующие аддиктивные установки:

- «Алкоголь мне необходим для того, чтобы повеселиться»;
- «Я должен удовлетворять свои желания»;
- «Мне нужно спиртное, чтобы чувства не овладевали мной»;
- «Испытывать опьянение приятно»;
- «Спиртное – хороший способ развеять скуку»;
- «Когда я пьяный, я более творческий и вдохновенный»;
- иные.

Содержательный анализ убеждений, разделяемых такими пациентами, показал, что они действительно фиксированы более на аффективных, в том числе – на гедонистических аспектах потребления, на приятности-неприятности состояния опьянения. С высокой вероятностью это делает пациентов чувствительными и к аффективным переживаниям состояния трезвости, отсутствия спиртного; что и находит отражение в феноменологии

ПВА. Указанное требует обязательного учета при построении индивидуальной тактики ведения больных с превалированием аффективных компонентов ПВА. Необходимого эффекта можно достичь на этапе индивидуальной работы, где в качестве важных мишеней используются основные паттерны эмоционального реагирования больного, с выявлением (и донесением до сознания пациента через конфронтацию с симптомом) недостаточной способности регулировать свое эмоциональное состояние. Активно также используются приемы создания новых для пациента способов саморегуляции: обучение навыкам релаксации, медитативным приемам, способности рефлексировать свое актуальное психофизическое состояние и оптимизировать последнее. В меньшей степени для пациентов с указанными особенностями переживания ПВА использовались приемы поиска внешней помощи, социальной поддержки. Активно проводилась работа и с собственно иррациональными убеждениями.

Пациентам с превалированием идеаторных компонентов ПВА обычно свойственны следующие установки:

- «В жизни есть более важные проблемы, над которыми надо работать, чем моя зависимость от спиртного»;
- «Зависимость от спиртного - это просто плохая привычка»;
- «От зависимости можно излечиться»;
- «Я смогу бросить пить без посторонней помощи, если буду очень стараться»;
- «Я могу справиться с алкоголем лучше, чем другие»;
- «Давление окружающих вынуждает меня слишком много пить»;
- иные.

Анализ приведенных формулировок позволяет утверждать, что таким пациентам присущи в первую очередь сложные, разработанные, даже изощренные механизмы искажения восприятия зависимости от спиртного. Налицо обесценивание ими проблемы наркологического заболевания, усилий по преодолению зависимости, переоценка собственных возможностей (и

недооценка усилий специалистов). Кроме того, здесь не просматривается понимания роли потребления спиртного в саморегуляции поведения, целеполагании, не учитывается вклад мотивации потребления алкоголя в мотивацию поведения. Несмотря на декларирование уверенности в возможности справиться с влечением к спиртному и иными проблемами, сопутствующими алкогольной зависимости, у пациентов этого типа можно говорить о высоком уровне сопротивления психотерапии, особенно конфронтационной, убеждающей. Именно поэтому предпочтительно использованием детального, тщательного анализа иррациональных оценок больными своего состояния, присущих им дисфункциональных убеждений, иллюзий в отношении проводимого лечения, его перспектив. Вслед за этим необходимы техники «мягкого» оспаривания, особенно – техника «сократического диалога», а также психообразовательные приемы. Пациентов знакомят с понятием сопротивления, видами и «масками» сопротивления лечению, и постепенно формируют более реалистичное видение своего состояния, симптомов наркологического заболевания, возможностей излечения, обозначают формы ухода от признания проблем зависимости как неконструктивную, защитную тактику.

Пациенты с преобладанием симптомов поведенческого компонента ПВА обнаружили наибольший разброс признаваемых аддиктивных убеждений; несколько чаще встречаются такие:

- «Я могу остановиться при помощи одной только силы воли»;
- «Я смогу справиться с алкоголем лучше, чем другие»;
- «Тот, кто много работает, заслуживает немного вина»;
- «Я должен удовлетворять свои желания»;
- «Я не алкоголик»;
- «Опьянение открывает настоящую сущность человека»;
- «От зависимости можно излечиться».

Можно утверждать, что пациентам этого типа свойственен более «резкий» протест или скепсис по отношению к признанию зависимости, стремление к

самооправданию, и значительная недооценка низкой способности контролировать собственное поведение. Недопонимание, игнорирование тяжести проблем, не учет психологических причин и механизмов зависимости, ведет к низкому сотрудничеству с врачом, снижает мотивацию к лечению. В части случаев за таким внешним «фасадом» отрицания проблем в ходе терапии удалось выявить пессимистические установки и ожидания (проявления «выученной беспомощности»). Это потребовало дополнительной работы по повышению мотивации к лечению, с акцентированием уже достигнутых успехов, возможностей саморегуляции, а также построения «позитивного образа будущего» - как альтернативы плохо осознаваемых пессимистических ожиданий.

У большинства пациентов обследованной группы (получавших специализированную психотерапию) присутствовали все проявления ПВА, но в разных пропорциях. Что касается *симптомов вегетативного компонента ПВА*, то группы с превалированием таковых выявить не удалось. Поэтому приемы психотерапии, ориентированные на интрацептивные ощущения, такие как «Серфинг», отдельные технологии телесной терапии, были использованы в той или иной степени у всех пациентов; применение техники био-обратной связи (БОС-терапия) ограничивалось согласием больных на данную процедуру. Используемые приемы позволили учесть особенности больных, связанные с феноменологией ПВА, и индивидуализировать психотерапию на этой основе.

Заключение.

Психотерапия больных алкоголизмом, активно развиваясь, способствовала созданию множества технологий психотерапевтического лечения, основанных на различных теоретических моделях генеза зависимости. В первых отечественных разработках начала XX в. главным механизмом воздействия на пациента с зависимостью от алкоголя признавали внушение. Способы внушения использовались разнообразные, применялось

как императивное внушение, приемы внушенного сновидения, так и рациональная психотерапия. Отечественные клиницисты фиксировали также наличие разрушенной наркологическим заболеванием личности, и в ходе психотерапии стремились стабилизировать физиологическое и аффективное состояние пациента. Уже в этот период ПВА определялось как главная мишень воздействия.

Позже появились аверсивные и иные запретительные методы психотерапевтического воздействия, основанные на условно-рефлекторной модели. Здесь для отказа от спиртного и стабилизации ремиссии необходимо было обеспечить подавление влечения к алкоголю. В дальнейшем появилась запретительная стресс-психотерапия, реализуемая в ряде модификаций метода; эти технологии также значительное внимание уделяли феноменологии ПВА, подавление ПВА было важнейшей задачей. Очевидно, что предлагаемая и обосновываемая в настоящей работе психотерапия, направленная на купирование ПВА, следует давней клинической традиции, является преемственной по отношению к работам отечественных ученых.

Анализ методов психотерапии больных алкоголизмом в западных странах показал, что свои модели генеза алкогольной зависимости, с акцентом на психологических механизмах, равно как и методы психотерапевтического лечения, предлагали ученые разных направлений. Это психоаналитики как первой, так и последующих генераций, представители транзактного анализа, позже – представители когнитивно-бихевиоральной терапии. Психоаналитиками подчеркивалась связь зависимости с инстинктивной сферой больного, нарушением присущих ему импульсов и влечений, с саморазрушительными, агрессивными, симбиотическими или иными патологическими тенденциями. Когнитивно-бихевиоральная терапия опиралась более на позиции научно-обоснованных теорий, принципы социального научения, и предложила множество технологий поведенческих и когнитивных методов, пригодных для лечения широко круга расстройств, в том числе - зависимостей. Одним из наиболее значимых для наркологической

практики стала предложенная в рамках КБТ мотивационная психотерапия больных алкоголизмом.

Анализ ведущих приемов, используемых при проведении мотивационного интервью, показал, как их богатство и разнообразие, так и несколько эклектичный характер. Эффекты изменений мотивационной системы пациента в сторону отказа от потребления алкоголя чрезвычайно важны, но не обеспечивают обучение пациента поведенческим навыкам жизни во время трезвости. Они являются начальным этапом более широкой психотерапевтической или реабилитационной программы. Близким вариантом является комплаенс-психотерапия, используемая для поддержания медикаментозного лечения, позволяющая объединить психотерапевтическое и фармакологическое лечение в единую систему лечебных мероприятий.

Выбор психотерапевтических методик из широкого арсенала имеющихся средств, учитывающих и обеспечивающих индивидуальное ведение конкретного пациента – непростая задача на современном этапе развития наркологии. Этап психотерапевтической эклектики, где соединение технологий носило бессистемный характер, сменился поиском системных или интегративных подходов. Особенно это актуально для больных с коморбидной патологией, когда наличие наряду с наркологическим заболеванием психического заболевания, или расстройства личности, утяжеляет течение алкогольной зависимости и рождает пессимистический прогноз. Идея интеграции приобрела широкое распространение, было предложено несколько программ такого типа, также отраженных в настоящей работе. Передовые разработки исследователей свидетельствуют о важности следования принципам клинической психотерапии, так как только тщательная оценка феноменологии нарушений и проблем пациентов позволяет создать систематические эффективные вмешательства.

Во второй главе содержится результат изучения ключевого для понимания зависимости от алкоголя симптомокомплекса - патологического влечения к алкоголю. Преодоление ПВА при лечении зависимости

обязательно, а воздействие на него может быть включено в любую психотерапевтическую программу, обеспечивая (или повышая) ее эффективность. Подробное изучение истории развития представлений о ПВА, его месте в структуре клинической картины заболеваний, в лечении пациентов, осуществлено на основе публикаций ведущих отечественных и зарубежных клиницистов. Тщательное феноменологическое описание ПВА позволяет выделить ведущие компоненты, что также отражено в работе. Были выделены несколько теоретических моделей ПВА, каждая из которых помимо убедительного объяснения имеет значение для планирования и организации психотерапии пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя. Модель «приближения-избегания», «гипотеза самолечения», а также модель, интерпретирующая потребление психоактивных веществ как способа справиться со стрессом (при слабости иных, более продуктивных стратегий), позволяют трактовать ПВА как феномен, имеющий глубокие не только клиничко-физиологические, но и психологические корни. Данные современной нейронауки, изучающей нейрональные механизмы, продолжают традиции авторитетных ученых, описавших нейрохимические механизмы формирования зависимостей, они подтверждают сложность и многокомпонентность генеза феноменов зависимости, в том числе – ПВА. Модели «торможения (уменьшения) дизрегуляции» и когнитивная модель ПВА добавляют сложности в организацию терапии, акцентируя необходимость анализа автоматизированного, рефлексивного поведения, и его модификации для избавления от зависимости. Несмотря на то, что среди исследователей и практиков нет единого взгляда на механизмы возникновения и стабилизации ПВА, анализ и использование феноменологии ПВА как основы для психотерапевтической работы не только возможны, но и необходимы.

Целью исследования стала разработка для больных алкоголизмом специализированной комплексной психотерапевтической программы, направленной на преодоление симптомов ПВА, обеспечивающей

дифференцированный, индивидуализированный подход к лечению. Предусматривалась последующая апробация этой программы на стационарном этапе лечения больных и оценка ее эффективности. В работе представлена аргументация, позволяющая обосновать теоретически психотерапию, ориентированную на коррекцию симптомов ПВА. Этот новый метод описан с учетом его мишеней (целей воздействия), технологий и ожидаемых (достижимых) эффектов. Разработанный метод психотерапии, ориентированной на коррекцию симптомов ПВА, относится к числу краткосрочных, симптом-ориентированных, он сформирован как пригодный для использования на любом этапе лечения, в том числе во время стационарного этапа ведения больных алкоголизмом. Название «психотерапия купирования ПВА» отражает выбор основной психотерапевтической цели. Симптомокомплекс ПВА состоит из группы симптомов разного уровня (эмоциональных, интеллектуальных, поведенческих) и различается у отдельных больных. Поэтому в набор технологий разработанной психотерапии были включены разные техники, позволяющие варьировать конкретные программы для пациентов с разным сочетанием симптомов в рамках симптомокомплекса ПВА. Для апробации и оценки эффективности метода психотерапии, как составной части лечения пациентов на стационарном этапе, было проведено эмпирическое исследование.

Базой эмпирического исследования стала выборка пациентов с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя», установленным в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F 10.2). 150 больных были включены в основную и контрольную группы исследования. Обследованные пациенты проходили курс стационарного лечения зависимости от алкоголя, по окончании которого (при выписке) им давались рекомендации по реабилитации и амбулаторной помощи. В дальнейшем участвовавшие в исследовании пациенты наблюдались и проходили лечение в амбулаторном режиме у одного и того же лечащего врача, на протяжении 12

месяцев. Пациенты основной группы на этапе стационарного лечения получали интервенцию в виде оригинальной психотерапии, ориентированной на коррекцию симптомов ПВА, тогда как в контрольной группе пациенты также взаимодействовали с врачом-психиатром-наркологом, который использовал консультирование по вопросам лечения и в отношении иных проблем (психологических, психосоциальных). Время взаимодействия со специалистами в обеих группах уравнивалось.

Результаты социально-демографических характеристик лиц основной и контрольной групп позволяют утверждать сопоставимость групп. Клинические характеристики зависимости от алкоголя также оказались близки. Не различались принципы проведения медикаментозной терапии, которая включала ноотропные средства, гепатопротекторные препараты, витаминотерапию, и по показаниям средства для коррекции нарушений сна и транквилизаторы (с учетом индивидуальных показаний и переносимости). При наличии соматического заболевания применялись препараты по схеме, рекомендованной другими специалистами (гипотензивные препараты, гипогликемические, бета-блокаторы и др.).

Оценка состояния пациентов, участвующих в исследовании, проводилась с использованием «Анкеты оценки больного», и ряда психологических тестов, хорошо себя зарекомендовавших для использования в наркологии («Тест аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA)»). Использовались опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (DAI-30), шкала оценки уровня депрессии А. Бека, шкала тревоги А. Бека. Для оценки характерологических особенностей пациентов был использован опросник SCID-II-Q, а изучение ПВА проводилось с помощью шкалы Чередниченко Н.В., Альтшулера В.Б. Для математического анализа полученных результатов использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1.), Statistica 6.0, SPSS 10.0 for Windows. Порядковые данные анализировались с применением критерия Манна-Уитни. Для определения взаимосвязи между показателями использовался коэффициент ранговой

корреляции Спирмена, Факторный анализ осуществлен методом основных (главных) компонентов (с varimax-вращением).

Проанализированы и оценены клинические и психологические параметры, включая симптомы ПВА у пациентов основной и контрольной групп на протяжении периода наблюдения. Полученные данные свидетельствуют, что только пациентов из основной группы удается удержать в программе лечения на протяжении года (и более). Больные алкогольной зависимостью из контрольной группы, несмотря на предложенную им программу адекватной фармакотерапии и консультативные встречи, выбывали из программы лечения – в основном после полугода лечения. Этот результат соответствует результатам практики лечения, когда используются только психофармакотерапия, что находит подтверждение во многих исследовательских работах и в повседневных наблюдениях.

Особенно важным оказался результат постепенного ослабления симптомов ПВА у основной группы пациентов, где уверенно уменьшается выраженность вегетативных, идеаторных и поведенческих симптомов. Более стойкими оказались аффективные симптомы ПВА. Соответственно, уменьшался суммарный балл симптомов ПВА, повышалась критика к заболеванию, увеличивалась заинтересованность в лечебном процессе, происходили изменения в формах проведения досуга, рабочей деятельности и круга общения. Показатели выраженности симптомов ПВА и иных значимых характеристик (тревоги, депрессии) вне специализированной психотерапевтической работы (контрольная группа) были менее отчетливыми. Особенно очевидны различия в выраженности симптомов ПВА при тестировании после года наблюдений. Так, в группе, получавшей разработанную психотерапию, снижение выраженности симптоматики продолжается, больные все лучше научаются справляться с ранее проблемными для них симптомами ПВА, а в контрольной группе снижения выраженности ПВА нет. Более того, наблюдается даже усиление поведенческой и идеаторной симптоматики ПВА, что увеличивает

вероятность возникновения срыва и рецидива заболевания. Близкая динамика наблюдалась и для симптомов аффективного спектра. При проведении психотерапевтической работы в основной группе уменьшение показателей депрессии и тревоги отчетливое, уже ко второму тестированию пациентов с оформленной и подтвержденной тестовым баллом депрессией нет. В контрольной группе через год после начала наблюдения показатель по шкале депрессии остается повышенным. Это делает пациентов контрольной группы сравнительно более чувствительными к стрессовым ситуациям, подверженными аффективным колебаниям; у них снижено чувство психофизического комфорта, повышена вероятность срыва (или рецидива).

Полученные данные позволяют утверждать, что у значимо большей части пациентов отмечается общее улучшение состояния. Это касается как специфических (касающихся симптомов ПВА), так и более общих клинических признаков улучшения состояния. Отмечается достаточно высокая комплаентность больных (о чем свидетельствует сам факт сохранения их в программе терапии).

Изучены факторы влияния на симптомы ПВА на этапе активной терапии. Был проведен факторный анализ (методом основных компонентов) для оценки связанности личностных характеристик пациентов основной группы (измеренных с помощью теста SCID-II-Q) и симптомов ПВА, оцененных в динамике. Факторный анализ позволил установить, что симптомы ПВА относительно независимы от иных параметров клинического статуса. Они изменяются также относительно автономно в ходе психотерапии. При факторизации выделились также факторы «Аффективная и личностная патология пациентов» и «Поведенческие девиации в структуре ПВА». В связи с этим в психотерапию купирования ПВА правомерно включать приемы поведенческого анализа, которые подробно описаны в работе.

В исследованной группе больных алкоголизмом встречались пациенты с разным уровнем психопатологических проявлений. Присутствие в

значительной степени выраженных алкогольных изменений личности у отдельных пациентов находит отражение при планировании и проведении психотерапии. Для таких пациентов были усилены приемы, направленные на создание и поддержание терапевтического альянса, повышение мотивации к лечению, удержание больных в программе. Особая тактика лечения этой группы больных (с акцентом на приемах личностно-ориентированной психотерапии) оказалась весьма полезной, а диагностика и оценка психопатологических проявлений, проводившимся параллельно психотерапевтическому лечению, позволили оптимизировать лечение больных алкоголизмом, с существенными личностными проблемами. Психотерапия купирования ПВА у больных алкоголизмом с выраженными личностными изменениями также оказалась вполне применимой в рамках программы лечения.

Таким образом, эмпирическое исследование результатов изучения симптоматики ПВА у больных алкоголизмом, а также возможностей купирования этих симптомов на основе оригинального метода краткосрочной, ориентированной на коррекцию ПВА психотерапии, доказало эффективность такого подхода. Наряду с успешными данными, полученными при применении разработанного психотерапевтического метода, при обсуждении результатов обозначены проблемные и перспективные для дальнейших разработок вопросы.

Выводы:

1. На основании выделенных клинико-психопатологических характеристик больных с алкогольной зависимостью разработана эффективная психотерапевтическая программа, направленная на снижение патологического влечения к алкоголю в рамках стационарной медицинской реабилитации.

2. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с АЗ имеется значительная вариабельность сочетаний симптомов ПВА, разная степень выраженности его компонентов. При этом у каждого отдельного

пациента симптомы ПВА являются стойкими, и не снижаются без целенаправленного и систематического лечения.

3. Как суммарный показатель ПВА, так и структура его компонентов не показали связи с динамическими характеристиками АЗ, такими как возраст начала потребления и/или длительность наркологического заболевания. Не установлено в исследовании и значимых связей симптомов ПВА с проявлениями расстройств эмоциональной сферы, характерологическими особенностями личности пациентов с АЗ, аддиктивными установками.

4. Выявленная в исследовании относительная независимость симптомов ПВА позволяет создать и обосновать на основе симптоматики ПВА мишени ПТ, подобрать адекватные симптомам психотерапевтические технологии для создания комплексной психотерапевтической программы, пригодной к использованию для больных с АЗ при лечении в стационаре.

5. Разработанный вариант комплексной психотерапевтической программы для больных с АЗ - «психотерапия купирования патологического влечения» - и предложенный алгоритм ее проведения оказались эффективными.

6. «Психотерапия купирования патологического влечения» как часть комплексной ПТ для больных с АЗ на стационарном этапе позволяет уменьшать выраженность симптомов ПВА, в том числе воздействовать на наименее подверженный изменениям аффективный компонент. Предложенный вариант ПТ доказал свою эффективность для лечения пациентов с АЗ в стационаре.

Список литературы (цитированные источники):

1. Агибалова Т.В., Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера: Автореф. дис. канд. мед.наук. М., 2001. – С. 23.
2. Агибалова Т. В., Любченко Д. А., Борисенко Л. Н., Ермакова Г. А., Родина И. П., Недобылский О. В., Климачев К. К., Нечайкин Н. М. Отдаленные результаты лечения пациентов с алкогольной зависимостью по программе «Точка трезвости» в Краснодарском крае. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова, 2015 №4-2, 24-27
3. Агибалова Т. В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1 ...// Вопросы наркологии.— 2015 .— №2 .— С. 69-81
4. Агибалова Т. В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2 ...// Вопросы наркологии.— 2015 .— №5 .— С. 46-65
5. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия). Автореф. дисс. ... д. мед.наук. М., 2007. 47 С.
6. Агибалова Т.В. Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера: Дис. канд. мед.наук. – М., 2001. – С. 170
7. Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс-психотерапия больных алкогольной зависимостью // Наркология. 2010. №3. С. 71-77.
8. Александрова Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. М., 1985. - С.23
9. Альтшулер В.Б. Вновь о патологическом влечении к психоактивным веществам: надуманные и реальные проблемы // Наркология. - 2012. - №10. - С. 111-116
10. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю. //Автореф. Дисс. д.м.н. – М. – 1985. – 33 с.
11. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – М.: Издат. дом «Имидж». – 1994. – 216с.
12. Альтшулер В. Б. Алкоголизм. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. - М.: Медицина , 1999.- С. 250-293
13. Анохина И.П. // В кн.: Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под ред. Н.Н. Иванца). М., 2000. - С. 17-21.
14. Анохина И.П. “Активность дофамин-бетагидроксилазы и моноаминоксидазы крови у больных хроническим алкоголизмом” (1983),

15. Анохина И.П. Дофаминовая система мозга и алкоголизм. // Вестник РАМН. 1992. - № 7. - с. 7-11.
16. Анохина И.П., Коган Б.М. Нарушения различных звеньев регуляции катехоламиновой нейромедиации при алкоголизме // Вопросы наркологии. -1988.- №3. С.3-6.
17. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. М.: Медицина, 1987. – С. 334 .
18. Бандура, А. Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. – С. 320
19. Белокрылов И.В. Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных (клиническое и психодинамическое исследование). Дисс. ... д.м.н., М, 2006, - С. 336
20. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 14 – 18.
21. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 120 - 172..
22. Беляков Д.А. Краткосрочная полимодальная психотерапия при лечении алкогольной зависимости Дисс. ... к.м.н. – М. – 2015. – С.149.
23. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии (клинико-психологический анализ). //Сб. н. Тр. Ремиссии при алкоголизме под ред. И.В. Бокий, О.Ф. Ерышева, Т.Г. Рыбаковой. Л. - т. 118. - 1987. - С. 7-19.
24. Брагин Р.Б., Чайка Ю.В. Выделение сверхценной формы патологического влечения в клинике токсикомании и наркоманий // Психиатрические аспекты наркологии. — 1985. С. 74—77.
25. Брюн Е.А., Копоров С.Г., Глушко А.А. «Золотой стандарт наркологии – Gold Standard of Narcology»: инвариантная матрица-последовательность формирования синдрома зависимости.... Сб. матер.(Интернет-чтения)/ Ростов-на-Дону: ростГМУ, 2013. С 42-49.
26. Валентик Ю. В., Даренский И. Д. Психотерапевтический режим наркологического стационара // Сборник трудов НЦПЗ АМН РФ. – Томск, 1992. – С. 81-90
27. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом: автореф. дис. канд. мед. Наук - М., 1984.- С. 19.
28. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю. М.: Медицина, 1998, - С.342 .

29. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом. М: 1994 – С.127.
30. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме. //Лекции по наркологии. / Под ред. Иванца Н.Н. М: РБФ «НАН», 1995 – С. 207.
31. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. – 1995. – № 2. – С. 65-68.
32. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациентов с зависимостью от психоактивных веществ. Наркология, 2002, №9, - С. 21-25
33. Валентик Ю.В. Система мотивированной терапии и реабилитации больных алкоголизмом «Путь к здоровью» // Вопр. наркологии. 1996.- № 1. – С. 58 – 59;
34. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / В кн.: Лекции по наркологии (под ред. Н.Н. Иванца). – М.: «Нолидж», 2000. – С. 309-340.
35. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой; наркомании (клиника, этапы течения; профилактика рецидивов):' Автореф.дисс. докт . мед. наук. М. 2004. – С 46.
36. Вулкль К.Э.; Фроун М.Р. Предикторы употребления старшекласниками наркотиков в школе' // Новости науки и техники. Сер. Медицина: Вып. Алкогольная болезнь. 2002. № 4.
37. Голощапов И.В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя. Автореф. дис. ... канд. мед.наук. М. 2010. – С.25
38. Гофман А. Г., Граженский А. В. Крылов Е. Н. и др. Патогенетическая терапия алкогольного абстинентного синдрома: Учеб.-метод. пособие. - М., 1995.
39. Гофман А.Г. Клиническая наркология. - М.: Миклош, 2003.
40. Гофман А.Г. Комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» // Вопросы наркологии. — 2011. — 3. — С. 123—126
41. Гофман А.Г., Александрова Н.В. и др. Депрессивные расстройства в структуре основных симптомов алкоголизма и их купирование: Пособие для врачей.-М.- 1999.- С.23 .
42. Гофман А.Г., Граженский А.В., Крылов Е.Н. и др. Патогенетическая терапия алкогольного абстинентного синдрома: Учебно-методическое пособие. - М., 1995. –С. 19 .
43. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н. и др. Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма:

- методическое пособие. - М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, 1991. – С.28 .
- 44.Гофман А.Г., Носатовский И.А., Крылов Е.Н. , Ханьков В.В. Рисполепт в купировании патологического влечения у больных героиновой и фенилпропаноламиновой наркоманиями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – 16 (4). – С.70–76.
- 45.Григорьев Г.И. Лечение алкоголизма методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии (разработка метода и оценка его эффективности) / Г.И. Григорьев. Дисс.канд. мед. наук. - СПб, 1993. – С.126
- 46.Даренский И.Д., Белокрылов И.В., Психотерапевтическая программа наркологического стационара. Метод. рек., М., 2001
- 47.Даренский И.Д., Психотерапевтические аспекты алкогольного и трезвеннического образов поведения / Концептуальные вопросы наркологии: Сборник научных трудов М., 1995. - С. 124 - 128.
- 48.Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. М.: МЕДПРАКТИКА. - 2006. С. 192.
- 49.Довженко А.Р. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (метод.рекомендации МЗ СССР) / А.Р. Довженко.- М., 1984.- С.12.
- 50.Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 222 - 271.
- 51.Ерышев, О.Ф. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме. В сб. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989, - С.16-32
- 52.Ерышев О.Ф. Факторы, способствующие стабилизации ремиссий при алкоголизме. // Обзор психиатр, и мед.психол. 1992. - № 3. - С. 5-15.
- 53.Ерышев О.Ф. Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов: дис. ... д-ра мед.наук (в виде науч. докл.).- СПб, 1998.- С.52.
- 54.Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Руководство для врачей. Алкогольная зависимость (формирование, течение, противорецидивная терапия). С-Пб. - ЭЛБИ-СПб. - 2002. -С.288.
- 55.Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Но- восибирск: Наука, 1988. — С.198.
- 56.Завьялов В.Ю. Элементарный учебник дианализа. – Новосибирск: Из- во СО РАМН, 2004.- С. 415 .
- 57.Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. М. Медгиз. - 1964. –С.268
Иванец Н.Н. Валентик Ю. В. Алкоголизм. М. 1999 – С.272

- 58.Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Антаксон: современные подходы к терапии алкогольной зависимости. // Журн. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. - № 4.
- 59.Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – С.720
- 60.Иванец Н.Н., Валентик Ю.В., Алкоголизм - М.: Наука, 1988.
- 61.Карвасарский, 2013 Клиническая психология. Учебник для вузов. 5-е изд.
- 62.Карвасарский Б.Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998.
- 63.Карвасарский Б.Д. Психотерапия М.: Медицина, 1985.- С.304
- 64.Катков А. Л., Титова В. В. Интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия наркозависимых. Наркология, 2002, 9, - С.27-34
- 65.Катков А.Л., Макаров В.В. Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы) // Психотерапия. – 2010. – №11 (97), - С. 3-15.
- 66.Кибитов А.С., Анохина И.П. Генетика болезней зависимости от психоактивных веществ. // НАРКОЛОГИЯ: Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - С. 116-158
- 67.Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореф. дис. .докт. мед. наук. М., 1996.- С.32 .
- 68.Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрический аспект): Автореф. дис. д-ра.мед. наук. - М., 1996. – С.32
- 69.Клименко Т.В., Игонин А.Л., Дворин Д.В., Агафонова С.С. Организационные формы оказания специализированной медицинской помощи осужденным с алкогольной зависимостью // Проблемы профилактики ООД психических больных. М., 2007. - С. 147-150.
- 70.Клименко Т.В., Игонин А.Л., Пищикова Л.Е., Кошелева Т.С. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших ООД в состоянии острой интоксикации ПАВ // Мет. указ., М. 1998. – С. 19
- 71.Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / под.ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской. - СПб:НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2012. – С. 456
- 72.Клиническая психотерапия в наркологии. Под ред. Назырова Р.К., Федоряка Д.А., Ляшковской С.В., СПб: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – 2012. – С. 456.

73. Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / под. ред. Назырова Р.К., Федоряка Д.А., Ляшковой С.В.. — СПб: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2012. — С. 456
74. Колодный В.М. Структурно-динамические особенности первичного патологического влечения к алкоголю. Дис. канд. мед. наук. -М., 1993. — С. 225
75. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М. Наркологическая помощь больным алкоголизмом в 2010 г. // Наркология. - 2011. - №6. - С. 12-25.
76. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И. и др. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России // Наркология. - 2009. - №11. - С. 11-31.
77. Куттер П. Современный психоанализ. М. 1997
78. Макаров В.В. Психически активные вещества в повседневной жизни человека - М.: Healthway, 1997
79. Макаров В.В. Русскоязычная психотерапия в контексте всемирной психотерапии. «Психотерапия». — 2012. - №10. - С. 54-60
80. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001. - С. 560
81. Меликсетян А.С. Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма. Авт. ... канд. мед.н. - М., 2011. —С. 24.
82. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение — М.: Медпрессинформ, 2012. — С.263
83. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — С. 595—102
84. Михайлов М. А. Аффективная составляющая патологического влечения в контексте патокинеза синдрома. Наркология, 2011 №12,- С. 52-56
85. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. - 2010. - 4. - С. 15-25
86. Михайлов М.А. Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон-«первотиновой» и опийной интоксикации: Дисс. канд. мед.наук, — 1992, — С.194
87. Михайлов А. Н., Ротенберг В. С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 106 – 111.
88. Найденова Н.Г. Компulsive влечение в клинике наркоманий: Автореф. дисс. д-р мед.наук. — М., 1975 — С.142
89. Найденова Н.Г. Компulsive влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дис. канд. мед.наук. — М., 1975. — С.22

90. НАРКОЛОГИЯ: Национальное руководство / под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А.. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С.944 – (Серия «Национальные руководства»)
91. Наркология: национальное руководство /Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А.. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.720
92. Павлов И.С. Технология психотерапии алкогольной зависимости XXI века. Человек с зависимостью трезвенника // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Т. V. — № 3. — 1999.
93. Пере М., Бауман У., Клиническая психология. СПб.: Речь. 1998.- С. 1392
94. Портнов А.А. (ред.) Алкоголизм. М., 1959.
95. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / ред. Б.Д. Карвасарский. – С.-Пб.: Питер. – 2000. – С.1024
96. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология — Л.: Медицина, 1975, —С. 333
97. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. –С. 554
98. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2008.
99. Роджерс К. О групповой психотерапии. М. 1993 –С.237
100. Роджерс К.Р. Клиент-центрированная психотерапия - М., 1993, Рефл-бук.
101. Рожнов В.Е. Психотерапия хронического алкоголизма.- М., 1975.- С.24
102. Рожнов В. Е. К теории эмоционально-стрессовой психотерапии. — В кн.: Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1982, -С. 10-15.
103. Ружников А.Ю., Агибалова Т.В., Боярских Е.В., Алиханова Э.А., Недобыльский О.В. Лечение алкогольной зависимости по программе «Точка трезвости» у пациентов, находящихся в группе риска по лишению родительских прав. Наркология. 2015. Т.14. №4(160).- С.47-50.
104. Руководство по наркологии / под ред. Иванца Н.Н.. - М.: Медпрактика, 2002.
105. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2; Под ред. Тиганова А.С.. — М.: Медицина, 1999. — С.784
106. Синклэйр Дж.Д., Салимов Р.М. Новый эффективный способ лечения пристрастия к алкоголю: угашение с помощью опиатных рецепторов. // Журн. Наркология. 2002. - № 5. - С. 37-40.
107. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических

- превентивных программ // Вопросы наркологии, – Вопросы наркологии. – 1996. – № 4 . – С. 59-67
108. Судаков К.В. Биологические мотивации как основа наркотической зависимости и алкогольного влечения. // Журн. Вопр. нарк. 1990. - № 3. - С. 3-14
109. Тукаев Р.Д. Теоретические основы интегративно-диалоговой психотерапии. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соответствии с диатез-стрессовыми моделями психиатрии //Психотерапия. – 2011. – №4.
110. Тучин П.В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью. Дисс ... канд. мед.н., М, 2014, -С.185
111. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции / З. Фрейд.- М.: Наука, 1991.-С. 456
112. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии: учебное пособие / ред. Боковиков А.М. – М.: Когито-Центр, 2000. – С. 224–267.
113. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. М.: Медпрактика-М. - 2002.
114. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (Наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). М.: Медпрактика-М, 2002.
115. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // Наркология. – 2009. – 5. – С. 67–72
116. Шалаева Е.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости. Дисс ... канд. мед.н., М, 2014, - С.171
117. Шитов Е.А. Исследование особенностей диссоциативных процессов психики у больных хроническим алкоголизмом. Дисс. ... канд.мед.н. Рязань, 2006.- С. 150
118. Шостакович Г.С. О нервном механизме неосознаваемого влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом //Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1987. - № 6. - С. 898 - 902.
119. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): автореф. дис... д-ра.мед. наук. – М., 2000. – С.48
120. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. Когито-центр. М., 2014. –С. 214
121. Шустов Д.И., Руководство по клиническому транзактному анализу. Когито-центр. М., 2009. – С.367

122. Эпов Л.Ю., Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью. Дисс. канд. мед.н., М, 2004, - С.165
123. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией. Дисс. на соиск. ... д.м.н. – СПб, 1995.
124. Яцков Л.П. Шкала определения интенсивности влечения к алкоголю. //Сб.н.тр.: Проблемы наркологии 89. -М. - 1989. - С.179-181.
125. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: -1977-Р. 191-215,
126. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., et al. *Cognitive Therapy of Depression*. - New York: Guilford Press. - 1979. – P. 38
127. Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 1993. P.- 88, - P.315-336
128. Blum K., Chen A., Giordano J., et al. The Addictive Brain: All Roads Lead to Dopamine. *J Psychoactive Drugs*, 2012,44 (2),- P. 134–143
129. Boden J.M., Fergusson D.M. Alcohol and depression // *Addiction*. 2011; Volume 106, Issue 5, -P. 906–914
130. Boggio PS, Sultani N, Fecteau S, Merabet L, Mecca T, Pascual-Leone A, Basaglia A, Fregni F: Prefrontal cortex modulation using transcranial DC stimulation reduces alcohol craving: a double blind-sham controlled study. *Drug Alcohol Depend* 2008; - P.55-60
131. Breese G.R., Sinha R., Heilig M. Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacol Ther*. 2011. - 129(2): P.149–171.
132. Breiner MJ, Stritzke WGK, Lang AR. Approaching avoidance: a step essential to the understanding of craving. *Alcohol Res Health*. 1999; 23:P.197–206
133. Brunoni A.R., Amadera J., Berbel B., Volz M.S., Rizzerio B.G., Fregni F. A systematic review on reporting and assessment of adverse effects associated with transcranial direct current stimulation. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14: P.1133-1145
134. Carroll K., Ball S., Crits-Cristoph P., Farentinos C., McLellan T., Morgenstern J., Woody G. Clinical Trial Network (CTN) 0004 protocol: Motivational enhancement treatment to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse. Bethesda, MD: National Institute of Drug Abuse., 2001. - P. 45.
<http://ctndisseminationlibrary.org/protocols/0004.pdf>
135. Carroll K.M., Ball S.A., Nich C., Martino S., Frankforter T.L., Farentinos C., Kunkel L.E., Mikulich-Gilbertson S.K., Morgenstern J., Obert J.L., Polcin D., Snead N., Woody G.E.. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking

- treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. // *Drug Alcohol Depend.* - 2006. - Vol. 81(3). – P. 301-312.
136. Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S.B., von Knorring A.L., Reich T., Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. // *Adv. Alcohol Subst. Abuse.* - 1988. – Vol. 7. – P. 3-16.
 137. Compton W.M., Thomas Y.F., Stinson F.S., Grant B.F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of Gen. Psychiatry.* 2007;64: P.566–576
 138. Davidson D., Gulliver S.B., Longabaugh R., Wirtz P.W., Swift R. Building better cognitive-behavioral therapy: is broad-spectrum treatment more effective than motivational-enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? // *J Stud Alcohol Drugs.* - 2007. - Vol. 68(2). - P. 238 - 247
 139. Drummond D.C. Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction* 2001; 96(1):33-46.
 140. Feldstein Ewing S.W., Filbey F.M., Hendershot C.S., McEachern A.D., Hutchison K.E. Proposed model of the neurobiological mechanisms underlying psychosocial alcohol interventions: the example of motivational interviewing. // *J Stud Alcohol Drugs.* 2011 Nov;72(6):903-16.
 141. Feldstein Ewing S.W., Filbey F.M., Sabbineni A., Chandler L.D., Hutchison K.E. How psychosocial alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (2011). –P.35, 643–651.
 142. Field M., Munafo M.R., Franken I.H. A meta-analytic investigation of the relationship between attentional bias and subjective craving in substance abuse. *Psychol Bull.* - 2009. – Vol. 135(4). – P.589-607
 143. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002. –P. 223 <http://aspect.infotechsoft.com/aspect/demo/SCID.pdf>
 144. Flannery BA, Poole SA, Gallop RJ, Volpicelli JR. Alcohol craving predicts drinking during treatment: An analysis of three assessment instruments. *J Stud Alcohol.* 2003; 64:120–126;
 145. Fregni F., Liguore P., Fecteau S., Nitsche M.A., Pascual L.A., Boggio P.S. Cortical stimulation of the prefrontal cortex with transcranial direct current stimulation reduces cue-provoked smoking craving: a randomized, sham-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:32-40;
 146. Fregni F., Liguore P., Fecteau S., Nitsche M.A., Pascual-Leone A., Boggio P.S. Cortical stimulation of the prefrontal cortex with transcranial

- direct current stimulation reduces cue-provoked smoking craving: a randomized, sham-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:32-40
147. Garety PA, Kuipers L, Fowler D, Chamberlain F, Dunn G. Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. // *Br. J. Med. Psychol.* - 1994 – Vol. 67. – P. 259-271.
 148. Gordon SM, Sterling R, Siatkowski BS, Raively K, Weinstein S, Hill PC. Inpatient desire to drink as a predictor of relapse to alcohol use following treatment. *Am J Addict.* 2006; 15:242–245
 149. Gwaltney C.J., Shiffman S. Sayette M.A. Situational Correlates of Abstinence SelfEfficacy. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005). – Vol.114(4). – P. 649-660.
 150. Handmaker N.S., Miller W.R., Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. // *Journal of Studies on Alcohol*, 1999. – Vol. 60. – P. 285-287.
 151. Hartzler B., Witkiewitz K., Villarroel N., Donovan D. Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2011. - Vol 25(2). – P.269-278
 152. Haynes R.B., Montague P., Oliver T., et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library.* - Oxford: Update Software. - 2000.
 153. Higley A.E., Crane N.A., Spadoni A.D., et al. Craving in response to stress induction in a human laboratory paradigm predicts treatment outcome in alcohol-dependent individuals. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011. – Vol. 218(1). – P. 1536-1539
 154. Holder H.D., Longabaugh R., Miller W.R., Rubonis A.V. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. // *Journal of Studies on Alcohol.* - 1991. – Vol.52. – P.517–540
 155. Hollon S.D. The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist.* - 1996. - 51, 1025-1030.
 156. Hone-Blanchet A., Wensing T., Fecteau S. The Use of Virtual Reality in Craving Assessment and Cue-Exposure Therapy in Substance Use Disorders. // *Frontiers in Human Neuroscience* 2014. – Vol. 8 (1): 844, doi:10.3389/fnhum.2014.00844
 157. Hone-Blanchet A., Wensing T., Fecteau S. The Use of Virtual Reality in Craving Assessment and Cue-Exposure Therapy in Substance Use Disorders *Front. Hum. Neurosci.*, 17 <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2014.00844>
 158. Jackson P., Oei T.P.S. Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics // *Drug and alcohol dependence.* 1978. - Vol. 3.-P. 369-374.

159. Kemp R., David A. Insight and compliance. In: Blackwell B, (ed). Compliance and the treatment alliance in serious mental illness. - Newark, NJ: Gordon and Breach Publishing Group. - 2004. P.61-86
160. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., et al., Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. // *BMJ*. - 1996. - Vol. 312. - P. 345-349.
161. Kemp R., Kirov G., Everitt B., et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18 month follow up. // *Brit J Psych*. - 1998. - Vol. 172. - P. 413-419.
162. Khantzian E.J. The self-medication hypothesis of addiction disorders. // *Am J of Psychiatry*.- 1985. – 142. – P.1259-1264
163. Kidorf M., Stitzer M. L., Brooner R. K., Goldberg J. Contingent methadone take-home doses reinforce adjunct therapy attendance of methadone maintenance patients. - // *Drug Alcohol Depend*. - 1994. - Vol. 36(3). – P. 221-226.
164. Kiefer F., Helwig H., Tarnaske T., Otte C., Jahn H., Wiedemann K. Pharmacological relapse prevention of alcoholism: clinical predictors of outcome // *European Addiction Research*. – 2005. – № 11. – P. 83-91;
165. Kingdon D.G., Turkington D. *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. - New York: Guilford Press. – 1994
166. Knapp C.M., Tozier L., Pak A., Ciraulo D.A., Kornetsky C. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens reduces ethanol consumption in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 2009; 92:474-479;
167. Kolb L.S. Pleasure and deterioration from narcotic addiction // *Ment. Hyg*. – 1925. – V. 9, - P. 699-724;
168. Krampe H., Wagner T., Stawicki S., Bartels C., Aust C., Kroener-Herwig B. et al. Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment // *Psychiatric Services*. – 2006. - № 57. – P. 708-712;
169. Kranzler H.R., Modesto Lowe V., van Kirk J. Naltrexone vs Nefazodone for treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology*. 2000. 22,-P. 493–503.
170. Kuhn J., Lenartz D., Huff W., Lee S.H., Koulousakis A., Klosterkoetter J., Sturm V. Remission of alcohol dependency following deep brain stimulation of the nucleus accumbens: valuable therapeutic implications? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:1152-1153
171. Larimer, M. E., Palmer, R. S., 8c Marlatt, G. A. Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, (1999). 23(2), 151-160
172. Lewis R., Piercy F., Sprengle D., Trepper T. Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. // *Journal of research on adolescence*, 5(1990). (1),- P. 82–95

173. Loose R. The Addicted Subject Caught Between the Ego and the Drive: The Post-Freudian Reduction and Simplification of a Complex Problem. // *Psychoanalytische Perspektiven (Deutsch)*. - 2000. – Vol.41/42. = P.55–81.
174. Lowman C., Hunt W.A., Litten R.Z., Drummond D.C. Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction*. - 2000. – Vol.95(2). – P.45-54
175. Lubman D.I., Yucel M., Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. // *Addiction* (2004) 99:1491 – 1502.
176. Ludwig A.M., Wikler A. “Craving” and relapse to drink. // *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1974. 35, P.108-130.
177. Ludwig A.M., Wikler A., Stark L.H. The first drink: Psychobiological aspects of craving. *Archives of General Psychiatry*, (1974). 30, P. 539-547.
178. Maffei C., Fossati A., Agostoni I. et al. Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0 // *J. Person. Dis.* 1997. Vol. 11, N 3. P. 279–284
179. Marlatt G.A., Gordon J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (1st ed.). New York: Guilford Press
180. Martinez D, et al. Imaging the neurochemistry of alcohol and substance abuse. *Neuroimaging Clin. N. Am* – 2007. – Vol.17. – P.539–555;
181. McEvoy P, Stritzke WGK, French DJ, Lang A, Ketterman RL. Comparison of three models of alcohol craving in young adults: A cross-validation. *Addiction*. 2004; 99:482–497
182. McEwen B.S. Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiol Rev* 2007: 87 - 873–904
183. McIntosh J., McKeganey N. Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, (2000) 50: 1501-10.
184. Measelle JR, Stice E, Springer DW. A prospective test of the negative affect model of substance abuse: moderating effects of social support. *Psychol. Addict. Behav* 2006;20:225–233
185. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*. 2005; 100:304–316
186. Miller W. R., Sovereign R. G., Kregge B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. // *Behav Psychoth.* - 1988. - Vol. 16. - P. 251-268

187. Miller W.R., Taylor C.A., West J.C. Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (1980). 48, 590-601
188. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change.* - New York: Guilford Press. – 1991. P. 38 – 45
189. Miller, W.R. Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // *Psychol. of Add. Beh.* 1996. - Vol. 10. - N2. - P.81-89
190. Modell, J. G., Glaser, F. B., Cyr, L. et al. (1992) Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16,- P. 272–274;
191. Muller C.P., Carey R.J., Huston J.P., De Souza Silva M.A. Serotonin and psychostimulant addiction: focus on 5-HT1A-receptors. *Progress in Neurobiology*, - 2007. – 81 (3), P. 133-178
192. Mullins SM, Suarez M, Ondersma SJ, Page MC. The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: A randomized control trial of women involved with child welfare. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2004;27:51–58
193. Nees F., Diener C., Smolka M.N., Flor H. The role of context in the processing of alcohol-relevant cues. *Addict Biol.* – 2011. - 17:441– 451
194. O'Farrell T., Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. // *J Subst Abuse Treatm.* - 2000. - Vol. 18. - P. 51-54.
195. Parks G.A., Marlatt G.A., Anderson B.K. Cognitive-Behavioral Alcohol Treatment. // *Handbook of Alcohol Dependence and Problems.*(Ed. N. Heather, T. Peter, T. Stockwell). Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd. 2001. P. 70-86
196. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. // *Psychother Theory Res Prac.* - 1982. - Vol. 19. - P. 276-287.
197. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. // *Am Psychol.* - 1992. - Vol. 47. – P. 1102-1114.
198. Prochaska, J.O. DiClemente, C.C. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy.* Homewood IL: Dow Jones-Irwin - 1984.
199. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. // *Alcoh: Clin Exp Res.* – 1998. – Vol. 22. – P. 1300-1311.
200. Project MATCH Research Group. Project MATCH secondary a priori hypotheses. // *Addiction.* - 1997. - Vol. 92. – P. 1671-1698.

201. Rado S. The psychic effect of intoxicants // *Int. J. Psycho-Anal.*, 1926.- №7.- P. 396-413
202. Robinson J., Sareen J., Cox B.J., Bolton J.M. Role of Self-medication in the Development of Comorbid Anxiety and Substance Use Disorders: A Longitudinal Investigation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 - 68(8):800-807;
203. Rohsenow D., Colby S., Monti P., Swift R., Martin R., Mueller T., Gordon A., Eaton C. Predictors of compliance with naltrexone among alcoholics. // *Alcoh: Clin Exp Res.* - 2000. - Vol. 24(10). - P. 1542-1549
204. Rollnick S., Miller W. R. What is motivational interviewing? // *Behav Cogn Psychother.* - 1995. - № 23. - P. 325-334.
205. Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29:519–534
206. Rowan-Szal G., Joe G. W., Chatham L. R., Simpson D. D.. A simple reinforcement system for methadone clients in a community-based treatment program. // *J Subst Abuse Treat.* - 1994. - Vol. 11(3). - P. 217-223
207. Sayette M, Shiffman S, Tiffany S, Niaura R, Martin C, Shadel W. The measurement of drug craving. *Addiction*. 2000; 95:S189–S210;
208. Schneider F., Habel U., Wagner M., Franke P., Salloum J.B., Shah N.J., . . . Zilles K. Subcortical correlates of craving in recently abstinent alcoholic patients. // *American Journal of Psychiatry*, (2001). 158,- P. 1075–1083.
209. Seitz A., Wapp M., Burren Y., Stutz S., Schädli K., Moggi F. Association between craving and attention deficit/hyperactivity disorder symptoms among patients with alcohol use disorders. *Am J Addict.* - 2013. – Vol.22(3). – P.292-296
210. Shand F., Gates J., Fawcett J., Mattick R. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing. 2003.
211. Sienaert P. What we have learned about electroconvulsive therapy and its relevance for the practicing psychiatrist. *Can J Psychiatry.* - 2011. – Vol.56. – P.5-12
212. Steiner C. Games alcoholics play. New York: Grove Press. 1971. – P.173
213. Stritzke W.G.K., Breiner M.J., Curtin J.J., Lang A.R. Assessment of substance cue reactivity: Advances in reliability, specificity, and validity. *Psychol Addict Behav.* 2004; 18:148–159
214. Stritzke W.G.K., McEvoy P.M., Wheat L.R., Dyer K.R., French D.J. The yin and yang of indulgence and restraint: The ambivalence model of craving. In: O’Neal, P.W., editor. *Motivation of health behavior*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2007. -P. 31-47
215. Thielen R.J., Bare D.J., McBride W.J., Lumeng L., Li T.K., Ethanol-stimulated serotonin release in the ventral hippocampus: an absence of rapid

- tolerance for the alcohol-preferring P rat and insensitivity in the alcohol-nonpreferring NP rat. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior* 2002.- 71, P.111-117
216. Thielen R.J., Engleman E.A., Rodd Z.A., Murphy J.M., Lumeng L., Li T.K., McBride W.J. Ethanol drinking and deprivation alter dopaminergic and serotonergic function in the nucleus accumbens of alcohol-preferring rats. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 2004.309, P. 216-225
217. Tiffany S.T. A cognitive model of drug urges and drug use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. // *Psychological Review*. - 1990. – Vol.97. – P. 147-163
218. Tiffany S.T. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. // *Psychol Rev*. - 1990. – Vol. 97. – P.147-168.
219. Tiffany S.T., Conklin C.A. A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*. 2000; 95:S145–S153
220. van Praag H., Christie B. R., Sejnowski T. J., Gage F.H. Running enhances neurogenesis, learning and longterm potentiation in mice. *Proc. Natl Acad. Sci. USA* (1999)96, 13427–13431
221. Van Praag H.M., Asnis G.M., Kahn R.S. Monoamines and abnormal behaviour: a multiaminergic perspective. // *British Journal of Psychiatry*, (1990). 157:-P. 723-734
222. Verheul R., van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients // *Addictive Behaviors*. - 1998. - № 23. – P. 869-882
223. Villano C. L., Rosenblum A., Magura S., Fong C.. Improving treatment engagement and outcomes for cocaine-using methadone patients. // *Am J Drug Alcohol Abuse*. - 2002. - P. 213-230
224. Witkiewitz K., Marlatt G. A., Walker D. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2005. – Vol.19, 3. – P.211-228
225. Wolitzky-Taylor K., Bobova L., Zinbarg R.E., Mineka S., Craske M.G. Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addict Behav*. 2012;27:-P.982–985
226. Yoder KK, et al. Dopamine D(2) receptor availability is associated with subjective responses to alcohol. *Alcohol Clin. Exp. Res* 2005;29:965–970
227. Yoshimoto K., McBride W.J., Lumeng L., Li T.K., Alcohol stimulates the release of dopamine and serotonin in the nucleus-accumbens. *Alcohol* 1992. 9, P.17-22;

Список сокращений и условных обозначений

АЗ	Алкогольная зависимость
ПВА	Патологическое влечение к алкоголю
ПТ	Психотерапия
МКБ -10	Международная классификация болезней 10го созыва
ПАВ	Психоактивные вещества
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ННЦН МЗ РФ	Национальный Научный Центр Наркологии Министерства Здравоохранения Российской Федерации
ФМИЦПН	Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
ЭКГ	Электрокардиография
УЗИ	Ультразвуковое исследование
КБТ	Когнитивно- бихевиоральная терапия
MGAA	Тест аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар
DAI-30	Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory)
BAI	Шкала тревоги А.Бека (Beck Anxiety Inventory)
SCID-II-Q	Опросник для определения характерологических особенностей пациентов, ориентированный на квалификацию личностных расстройств в соответствии с критериями DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis II Personality Disorders Questionnaire)
DSM-IV	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV)
БОС-терапия	Метод биологической обратной связи (метод терапии, использующий скрытые резервы организма с целью развития у человека навыков саморегуляции)

Список иллюстративных материалов

- Таблица 1. Распределение больных по возрасту
- Рисунок 1. Распределение больных обследованных групп по возрасту.
- Таблица 2. Распределение больных по уровню образования
- Рисунок 2. Распределение больных по уровню образования
- Таблица 3. Распределение больных по семейному положению
- Рисунок 3. Распределение больных по семейному положению
- Таблица 4. Распределение больных по форме потребления спиртного и стажу заболевания
- Таблица 5. Распределение больных по показателям ранее оказанной клинической помощи
- Таблица 6. Симптомы ПВА у обследованных больных на начальном этапе психотерапевтического ведения.
- Таблица 7. Основные цели при проведении психотерапии
- Рисунок 4. Длительность нахождения в программе пациентов основной контрольной групп
- Таблица 8. Данные о динамике симптомов ПВА в основной группе (шкала Чередниченко Н.В., Альтшулера В.Б., число наблюдений – 75)
- Рисунок 5. Динамика симптомов ПВА в основной группе
- Таблица 9. Данные о динамике симптомов ПВА в контрольной группе (шкала Чередниченко Н.В., Альтшулера В.Б., число наблюдений – 75)
- Рисунок 6. Динамика симптомов ПВА в контрольной группе
- Рисунок 7. Результаты изменения симптомов ПВА в основной и контрольной группах к моменту завершения наблюдений
- Таблица 10. Значения величины U-критерия Манна-Уитни при сравнении показателей ПВА для основной и контрольной групп
- Таблица 11. Сравнение групп по динамике показателей депрессии (шкала А. Бека)

Рисунок 8. Сравнение групп по динамике показателей депрессии (шкала А. Бека)

Таблица 12. Значения величины U-критерия Манна-Уитни при сравнении показателей Шкалы депрессии и показателей качества ремиссии для основной и контрольной групп (тест депрессии А. Бека, параметры ремиссии)

Таблица 13. Сравнение основной и контрольной групп по показателям качества ремиссии

Таблица 14. Данные факторного анализа параметров ПВА и клинических характеристик пациентов (шкала оценки симптомов ПВА, шкала депрессии А. Бека, опросник SCID-II-Q)

Таблица 15. Данные факторного анализа параметров ПВА и клинических характеристик пациентов (шкала оценки симптомов ПВА, шкала депрессии А. Бека, опросник SCID-II-Q)

Таблица 16. Данные тестирования пациента И.

**Форма индивидуальной карты исследования больного алкогольной
зависимостью**

**Индивидуальная карта исследования больного алкогольной
зависимостью**

1. ФИО, дата рождения: _____
2. Номер истории болезни: _____
3. Дата проведения исследования: _____
4. Наследственная отягощенность психопатологией: _____
5. Были ли у пациента суициды в семье (завершенные, незавершенные): _____
6. Были ли у самого пациента суицидальные попытки (в интоксикации, в ААС, вне ААС, в период воздержания): _____
7. Возраст первой пробы алкоголя: _____
8. Возраст начала злоупотребления алкоголем: _____
9. Возраст первого обращения по поводу лечения алкоголизма: _____
10. Возраст формирования ААС: _____
11. Запретительные процедуры с медикаментозным подкреплением (количество): _____
12. Прочие виды амбулаторной помощи: _____
13. Возраст первой госпитализации: _____
14. Количество госпитализаций: _____
15. Ремиссии (терапевтические, спонтанные, вынужденные): _____
16. Форма употребления алкоголя: _____
17. Толерантность (первичная, текущая): _____
18. Акцентуация личности (по SCID-II-Q): _____
19. Психопатия: _____
20. ЧМТ: _____
21. Судорожные припадки: _____

22. Семейный статус (объективно): _____
23. Семейный статус (субъективно): _____
24. Социальный статус: _____
25. Влечение к алкоголю по ВАШ (1,2,3 тест.) _____
26. Оценка состояния (1,2,3 тест.): _____
27. Назначение лекарственной терапии: _____
28. Чем было завершено лечение: _____
29. Данные по шкале ПВА (1,2,3 тест.): _____
30. Шкала тревоги А. Бека (1,2,3 тест.): _____
31. Шкала оценки уровня депрессии А. Бека (1,2,3 тест.): _____
32. Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам
(DAI-30, 1,2,3 тест.): _____
33. Тест аддиктивных установок Мак-Маллана- Гейлхар (1,2,3 тест) _____

Визуально аналоговая шкала ПВА:

0

100

**Форма и обработка Теста аддиктивных установок Мак-Маллана –
Гейлхар (MGAA)**

ФИО _____

**Тест аддиктивных установок
Мак-Маллана - Гейлхар (MGAA)**

1. Я не несу ответственность за употребление алкоголя.
2. Я могу остановиться при помощи одной только силы воли.
3. Парочка стопок мне только на пользу.
4. Если я не могу остановиться, зачем тогда беспокоиться?
5. Чуть-чуть спиртного мне не повредит.
6. Алкоголь мне необходим для того, чтобы повеселиться.
7. Вполне нормально употреблять столько, сколько я принимал в прошлом.
8. К злоупотреблению меня привели отрицательные эмоции (гнев, страх, печаль и т.д.)
9. Чтобы не чувствовать себя плохо, лучший способ – немного выпить.
10. Испытывать опьянение приятно.
11. Я могу справиться с алкоголем лучше, чем другие.
12. Спиртное нужно мне, чтобы чувствовать себя более уверенно.
13. Выпивать - хороший способ развеять скуку.
14. Немного самодисциплины - и я смогу избавиться от проблем с алкоголем.
15. Если я достаточно хорошо постараюсь, я смогу себя контролировать.
16. Моя вина в том, что я зависим от спиртного
17. Что-то внутри берет надо мной верх и заставляет меня принимать алкоголь.
18. Зависимость от спиртного - это просто плохая привычка.
19. Внешние катастрофы (потеря работы, уход супруги, госпитализация) - заставляют людей пить слишком много.
20. Я могу лучше справляться с жизнью при помощи спиртного.
21. Употребление спиртного - хороший способ кого-то наказать.
22. Я должен удовлетворять свои желания.
23. От зависимости можно излечиться.
24. Лучший способ избавиться от похмельного синдрома - принять немного спиртного.
25. Проблемы с выпивкой у меня не настолько серьезные.
26. Я всегда могу предсказать, что не потеряю над собой контроль, приняв

алкоголь.

27. Я лучше как любовник, когда пьян.
28. Давление окружающих вынуждает меня слишком много пить.
29. Мне нужно спиртное, чтобы чувства не овладевали мной.
30. Я смогу бросить пить без посторонней помощи, если буду очень стараться.
31. Мне нужно выпить, чтобы чувствовать себя лучше.
32. Тот, кто много работает, заслуживает немного выпивки.
33. Принятие алкоголя - хороший способ спастись от жизненных стрессов.
34. Я должен быть все время счастливым.
35. Я не алкоголик.
36. Никто не может мне сказать о моей зависимости ничего такого, чего бы я не знал.
37. Человек должен получать от жизни все, что ему хочется.
38. Опьянение открывает настоящую сущность человека.
39. Зависимость от спиртного вызвана психологическими проблемами.
40. Лучший способ справиться с проблемами - это не думать о них.
41. Когда я пьяный, я более творческий и вдохновенный.
42. В жизни есть более важные проблемы, над которыми надо работать, чем моя зависимость от спиртного.

Варианты ответов:

Совершенно согласен Согласен Нейтрален Не согласен Совершенно не согласен

Организация. Тест можно проводить как в группах, так и индивидуально. АУМГ зачитывается клиентам, при этом каждый пункт поясняется и даются ответы на все вопросы. У клиентов имеются ответные листы, на которых они обводят один из пяти ответов по каждому пункту.

Подсчет баллов. Пять баллов приписывается за ответ «совершенно согласен» и один - за ответ «совершенно не согласен». Неотмеченные вопросы оцениваются как «нейтрален», т.е. в три балла. Средние значения для не лечащихся с алкогольной и наркотической зависимостью клиентов: $X=110.5$, $y=16.6$. Восстанавливающиеся клиенты показывают различные результаты в зависимости от продолжительности периода после их лечения. Терапевт может перевести сырые данные в процентилях при помощи среднего и стандартного отклонения.

Интерпретация. Важно помнить, что нормальная группа в АУМГ - *клиническая*. Сумма в 110 баллов помещает клиента в 50-й перцентиль, где находятся клиенты с хронической алкогольной и наркотической зависимостью. Среди всех клиентов-алкоголиков и наркоманов эта группа оценивается как наиболее тяжелая (гамма-категория Джеллинека, Jellinek, 1960). Средний клиент из этой группы употреблял наркотики или алкоголь

много лет, демонстрирует сильнейшие симптомы абстиненции, у него многочисленные проблемы с законом, он пробовал и бросал в прошлом несколько лечебных программ для наркоманов или алкоголиков. Чем выше результат, тем более разрушительны убеждения клиента и тем дальше он от выздоровления. Терапевт может использовать АУМГ для определения прогресса у клиента, сравнив индивидуальный результат со среднестатистическим на различных стадиях.

Бланк для теста аддиктивных установок
Мак-Маллана - Гейлхар (MGAA)

№№ пунктов	Совершенно согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совершенно не согласен
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					

Форма и обработка Шкалы депрессии А.Бека

ФИО _____

Шкала депрессии Бека (BDI)

Инструкция. Этот опросник состоит из 21 групп утверждений. Прочтите внимательно и обведите кружком номер (0, 1, 2 или 3) утверждения, наилучшим образом отражающего Ваше самочувствие в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ. Если подходящими Вам кажутся несколько утверждений в группе, обведите каждое из них. Убедитесь, что Вы прочитали все утверждения в каждой группе, прежде, чем сделать выбор.

1)

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2)

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Моё будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3)

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4)

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне всё надоело.

5)

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6)

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7)

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3. Я себя ненавижу.

8)

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9)

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10)

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11)

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12)

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13)

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14)

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15)

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16)

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17)

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18)

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19)

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20)

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21)

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.

1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.

3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Оценка результатов

0-9 - отсутствие депрессивных симптомов

10-15 - легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 - умеренная депрессия

20-29 - выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 - тяжелая депрессия

Пункты 1-13 - когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 - субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Форма и обработка Шкалы тревоги А.Бека

ФИО _____

Шкала тревоги А.Бека

Инструкция. Этот опросник состоит из 21 групп утверждений. Прочтите внимательно и обведите кружком номер (0, 1, 2 или 3) утверждения, наилучшим образом отражающего Ваше самочувствие в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ. Если подходящими Вам кажутся несколько утверждений в группе, обведите каждое из них. Убедитесь, что Вы прочитали все утверждения в каждой группе, прежде, чем сделать выбор.

1. Ощущение онемения или покалывания в теле:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

2. Ощущение жара:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

3. Дрожь в ногах:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

4. Неспособность расслабиться:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

5. Страх, что произойдет самое плохое:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

6. Головокружение или ощущение легкости в голове:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

7. Ускоренное сердцебиение:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

8. Неустойчивость:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

9. Ощущение ужаса:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

10. Нервозность:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

11. Дрожь в руках:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

12. Ощущение удушья:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести

3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

13. Шаткость походки:

0) Совсем не беспокоит

1) Слегка. Не слишком меня беспокоит

- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

14. Страх утраты контроля:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

15. Затрудненность дыхания:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

16. Страх смерти:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

17. Испуг:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

18. Желудочно-кишечные расстройства:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

19. Обмороки:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

20. Приливы крови к лицу:

- 0) Совсем не беспокоит
- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой):

- 0) Совсем не беспокоит

- 1) Слегка. Не слишком меня беспокоит
- 2) Умеренно. Это было неприятно, но я могу это перенести
- 3) Очень сильно. Я с трудом могу это переносить

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

- до 21 балла (включительно) - незначительный уровень тревожности.
- от 22 до 35 баллов - средняя выраженность тревожности.
- выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) - очень высокая тревожность.

**Форма и обработка Опросника для оценки отношения к
лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory - DAI-30)**

ФИО _____

**ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ОТНОШЕНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ
ПРЕПАРАТАМ (DAI-30)**

Целью данного анкетирования является понимание того, что люди думают о лечении и каков их опыт лечения. Ваши ответы будут использоваться только для исследовательских целей, с соблюдением конфиденциальности и не повлияют на проводимое Вам лечение.

Инструкция:

1. Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно по отношению к вам или неверно.
 1. Если утверждение по отношению к Вам ВЕРНО или СКОРЕЕ ВСЕГО ВЕРНО, обведите букву В напротив утверждения.
 2. Если утверждение по отношению к Вам НЕВЕРНО или СКОРЕЕ ВСЕГО НЕВЕРНО, обведите букву Н напротив утверждения.
 3. Если Вы ошиблись и хотите исправить ответ, перечеркните неверный ответ и обведите верный.
 4. Если Вы не смогли точно определить ВЕРНО или НЕВЕРНО высказывание, отметьте наиболее вероятный для Вас ответ.

Следует помнить, что в данном тесте нет правильных или неправильных ответов, сообщайте, пожалуйста, Ваше СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, а не то, мнение, которое, как Вы полагаете, кто-то хочет услышать.

- Не раздумывайте слишком долго.
- Необходимо ответить на каждый вопрос.
- При ответах учитываются препараты, необходимые для поддержания психического здоровья.

ОПРОСНИК ОТНОШЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Я не должен принимать лечение, как только почувствовал себя лучше В Н
2. Для меня польза от лечения больше вреда от него В Н
3. Я чувствую себя странно, как будто «одурманенным» медикаментами В Н
4. Даже если я не в больнице, я нуждаюсь в регулярном лечении В Н
5. Если я и соглашаюсь на лечение, то только под давлением других людей В Н
6. Я лучше осознаю себя и все вокруг меня в период, когда принимаю лекарства В Н
7. Лечение не причинит мне вреда В Н
8. Прием медикаментов – это мой собственный свободный выбор В Н
9. Медикаменты заставляют меня чувствовать себя более расслабленным В Н
10. Я одинаков независимо от того, принимаю я лечение или нет В Н
11. У любого лечения есть неприятные побочные эффекты В Н
12. Когда я принимаю препараты, я чувствую себя разбитым и вялым В Н
13. Я принимаю лечение только тогда, когда чувствую себя больным В Н
14. Медикаменты – это яды замедленного действия В Н
15. Я лучше взаимодействую с людьми в период, когда принимаю лечение В Н
16. Во время лечения я не могу ни на чем сосредоточиться В Н
17. Я знаю лучше доктора, когда мне прекратить лечение В Н

- | | |
|---|-----|
| 18. Я чувствую себя более здоровым во время лечения | В Н |
| 19. Я должен заболеть, чтобы начать лечиться | В Н |
| 20. Это неестественно для моего разума и тела, если они контролируются препаратами | В Н |
| 21. Мои мысли яснее, когда я принимаю препараты | В Н |
| 22. Я должен продолжать лечение, даже если чувствую уже себя хорошо | В Н |
| 23. Прием медикаментов воспрепятствует возможному срыву | В Н |
| 24. Дело доктора решать, когда мне можно прекратить лечение | В Н |
| 25. В период, когда я принимаю препараты, для меня трудны вещи, которые обычно я делаю легко | В Н |
| 26. Я более счастлив и чувствую себя лучше, принимая назначенное лечение | В Н |
| 27. Мне проводят лечение, чтобы контролировать мое поведение так, как это нравится другим людям | В Н |
| 28. Я не могу расслабиться во время лечения | В Н |
| 29. Я лучше контролирую себя, когда я принимаю медикаменты. | В Н |
| 30. Продолжая прием препаратов, я могу предотвратить заболевание | В Н |

Если у Вас имеются дополнительные комментарии по поводу проводимого лечения, напишите их ниже.

Подсчет баллов:

Шкала содержит 15 пунктов, для которых засчитывается ответ ВЕРНО и 15, для которых засчитывается ответ НЕВЕРНО. Каждое совпадение с указанным ниже ключом засчитывается как один «положительный балл», а

каждое несовпадение как «отрицательный балл». В дальнейшем цифры суммируются и общий положительный счет говорит о наличии комплаенса, тогда как общий отрицательный – о наличии нон-комплаенса у пациента.

1 Н 11 Н 21 В

2 В 12 Н 22 В

3 Н 13 Н 23 В

4 В 14 Н 24 В

5 Н 15 В 25 Н

6 В 16 Н 26 В

7 В 17 Н 27 Н

8 В 18 В 28 Н

9 В 19 Н 29 В

10 Н 20 Н 30 В

**Форма и обработка Шкалы патологического влечения к алкоголю
Альтшулера В.Б., Чередниченко Н.В.**

**Шкала для оценки интенсивности патологического влечения к
алкоголю.**

Оценка выраженности (степени тяжести, интенсивности, напряженности, мощи) патологического влечения к алкоголю (ПВА) у больных алкоголизмом в условиях, когда они лишены возможности употреблять спиртные напитки (стационарное лечение и пр.), имеет большое практическое значение (Федорова О. А., Альтшулер В. Б.). Наибольшую диагностическую важность приобретает первичное ПВА, которое является, во-первых, наиболее ранним и стойким признаком алкоголизма, во-вторых - определяет риск развития рецидива и стабильность ремиссии, а в-третьих - в наибольшей степени отражает тяжесть зависимости от алкоголя как психоактивного агента (Джелинек, 1955, Стрельчук, Альтшулер В.Б., 1978, Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1979 и др.).

Между тем его клиническая идентификация часто вызывает затруднения. На практике, как правило, применяется качественная характеристика этого показателя. Существующие методики учета ПВА и шкалы для его количественной оценки (Альтшулер В. Б., 1984, Колодный В. М., 1988, Крылов Е. Н., Немцов А. В., 1989, Яцков Л. П., 1989) трудны в эксплуатации, недостаточно объективны (точность данных зависит от профессионализма наблюдателя, учитывают отдельные признаки не охватывая синдром в целом и т.д.), а главное не имеют широкого применения.

Альтшулером В.Б. была разработана специализированная шкала для точной и максимально объективной оценки синдрома ПВА у больных

алкогольной зависимостью на любом этапе заболевания.

Шкала позволяет оценить в баллах интенсивность каждого симптома (клинического признака) в структуре синдрома ПВА. Количество баллов от 0 до 3 (0-1-2-3) определяется следующим образом (Яцков Л. П., 1989):

0 баллов - симптом отсутствует

1 балл - выражен в слабой степени (симптом появляется непостоянно и не резко выражен, внимание больного на его проявлении фиксировано непостоянно, все виды деятельности не нарушены)

2 балла – выражен в умеренной степени (проявление признака выраженное и постоянное, с постоянной фиксацией на нем внимания, отвлечение от которого возможно только при интенсивном выполнении больным в качестве отвлечения какой-либо деятельности, последняя резко снижена и выполняется с приложением больших усилий)

3 балла – выражен в тяжелой степени (признак резко выражен, с постоянной фиксацией на нем внимания, отвлечение невозможно, все виды деятельности больного практически невыполнимы).

Оценка в баллах позволяет регистрировать показатели состояния пациента на различных этапах заболевания. Кроме того, становится возможным выявить наиболее значимые в каждом клиническом наблюдении симптомы-«мишени» и наиболее резистентные признаки ПВА. Это является важным для определения тактики лечения

1. Аффективный компонент ПВА (на «фасаде» синдрома):

1.1. Сниженное настроение

- неспособность радоваться
- нежелание общаться
- скука
- апатия
- тоска
- подавленность

1.2. Тревога

- беспокойство по незначительным поводам
- неуверенность в собственных силах
- настороженность
- ожидание надвигающегося срыва
- ощущение беспомощности
- неспособность расслабиться
- суетливость
- ажитация

1.3. Дисфория

- недовольство
- напряженность
- мрачность
- угрюмость
- ворчливость
- злобность
- гневливость
- взрывчатость
- агрессивность

1.4. Эмоциональная лабильность

- перепады настроения в течение суток
- раздражительность
- слезливость
- обидчивость
- капризность

2. Идеаторный компонент ПВА («алкогольное» мышление):

2.1 Отношение к алкоголю:

- эпизодические мысли (воспоминания) об алкоголе
- частые мысли (воспоминания) об алкоголе
- постоянные мысли (воспоминания) об алкоголе

- фантазии на алкогольную тематику
- образные представления
- мысли о желании употребить алкоголь

2.2. Отношение к болезни:

- осознает все виды ущерба, наносимые пьянством
- осознает лишь ущерб, наносимый здоровью
- осознает лишь ущерб, наносимый работоспособности
- двойственное отношение к своему состоянию
- больным алкоголизмом себя не считает

2.3. Отношение к лечению:

- намерен лечиться
- намерен лечиться, но получить конкретный вид лечения
- намерен прервать запой
 - сомнения в необходимости лечения
 - уверенность в ненужности лечения

3. Поведенческий (психопатоподобный) компонент ПВА:

- смакование алкогольных тем
- горячность в осуждении пьянства
- гиперактивность как способ отвлечься от мыслей о спиртном
- жалобы на влечение к алкоголю
- просьбы о дополнительных назначениях
- изменение круга общения (с больными, не настроенными на лечение)
- стремление уклониться от лечения
- желание ускорить выписку
- враждебность
- оппозиционность
- негативизм
- учащенное курение
- возбуждение (двигательная ажитация)
- «эксперименты» с алкоголем

4. Вегетативный компонент ПВА:

4.1. Сомато-вегетативные проявления:

- тахикардия
- изменение АД
- тремор
- потливость
- головокружение
- побледнение или покраснение кожи лица, шеи, туловища

4.2. Нарушения сна:

- трудности засыпания
- раннее пробуждение
- поверхностный прерывистый сон
- отсутствие чувства отдыха после сна
- бессонница

4.3. Сновидения на алкогольную тематику:

- употребление алкоголя
- употребление алкоголя и сожаление об этом
- отказ от пьянства
- употребление алкоголя другими лицами

4.4. Ощущения, напоминающие похмелье:

- слабость
- разбитость
- неприятный вкус во рту и т.д.

4.5. Нарушение аппетита:

- неустойчивость аппетита
- повышение аппетита
- снижение аппетита
- отсутствие аппетита
- отвращение к пище
- жажда

4.6. Реакция на алкогольные раздражители:

- блеск глаз (сухой)
- мимические реакции
- гиперсаливация
- глотательные движения
- покраснение \ побледнение лица
- заметное психомоторное оживление

5. Сенсорный компонент ПВА:

- изменение вкуса пищи
- потребность в необычных вкусовых ощущениях
- чувство «сжимания» в желудке
- чувство «сосания» в желудке
- ощущения вкуса алкоголя
- ощущения запаха алкоголя

6. Условия возникновения ПВА:

- влечение к алкоголю возникает ассоциативно
- влечение к алкоголю возникает спонтанно
- влечение к алкоголю усиливается ассоциативно
- влечение к алкоголю усиливается спонтанно
- больной может отвлечься от влечения
- больной не может отвлечься от влечения

7. Влечение появляется (усиливается) ассоциативно при:

- виде приятелей или компаний по выпивке
- разговорах о спиртном
- виде (запахе) спиртного
- виде винного магазина или питейных заведений
- виде выпивающих или пьяных

8. Факторы, способствующие появлению влечения:

- голод
- усталость
- конфликтные ситуации
- расстройства планов
- наличие денег
- плохое настроение
- хорошее настроение
- беспричинно

9. Факторы, тормозящие влечение:

- насыщение пищей
- отдых
- интересное или необходимое занятие
- отсутствие денег
- угроза неприятностей на работе
- угроза неприятностей в семье

10. Суточные колебания:

10.1. Когда симптомы наиболее выражены:

- отсутствуют (одинаковая интенсивность ПВА в течение суток)
- ухудшение утром
- ухудшение вечером

10.2. Если суточные колебания есть, оценить их выраженность:

- отсутствуют
- слабые
- сильные

11. Субъективная оценка выраженности ПВА больным:

- отсутствует
- влечение слабое
- влечение среднее
- влечение сильное

Наблюдение №1

Больной А., 1976 г.р., находился на стационарном, а затем амбулаторном наблюдении и лечении в период с 21.03.11 по 21.03.12. Ранее за наркологической помощью обращался два раза в частном порядке, (получал инфузионную терапию на дому).

Анамнез со слов больного и его супруги.

Отец больного, 59 лет, образование среднее профессиональное, работает производителем работ в домостроительном комбинате. Работал много, нечастые выходные обязательно сопровождался приемом алкоголя. На протяжении 3-4 лет (2002-2006 гг.) злоупотреблял алкоголем систематически, но угроза потери работы и страх утратить материальное благополучие способствовали спонтанной ремиссии, длительностью три года, за время которой был повышен в должности и стал прорабом. В последующие годы, по настоящее время регулярно выпивает по вечерам после работы и в выходные дни в небольших дозах. К пациенту с детства был строг, говорил сыну, что «надо хорошо учиться и работать, чтобы люди тебя уважали». В состоянии алкогольного опьянения подчеркивал собственную значимость, ссылаясь на то, что «... люди к нему прислушиваются и уважают». Вне состояния опьянения дистанцирован, в отношениях холоден, закрыт и малоэмоционален.

Мать пациента, 57 лет, образование высшее, экономическое, работает в частной компании бухгалтером. Всегда была аккуратной, строгой и ответственной. Отношения между ней и сыном отличались двойственностью, так как периодически «баловала» сына, а затем могла стать строгой, и с раннего возраста воспитание сына осуществлялось полярно: то потворство его желаниям, то запреты и жесткие наказания. Наказания мать использовала в виде лишения покупок, желанных игрушек, в старшем возрасте наказывала

лишением денег на карманные расходы и «домашним арестом». Со слов матери, «воспитанием сына заниматься было некогда, т.к. много работали, зато сын ни в чем не нуждался».

Больной А. родился в семье единственным ребенком. Роды и ранее развитие – без особенностей. Был активным, общительным ребенком, до 3-х лет не имел никаких отклонений и не создавал проблем. В детских дошкольных учреждениях находился с трех лет, и с этого периода стал возбудимым, «задирал» сверстников, стремился к лидерству, родители сверстников часто жаловались на агрессивное поведение, за что А. часто бывал наказан родителями. Нередко родители забирали его из детского сада последним, или просили родителей сверстников, своих знакомых забрать сына, и в таких случаях А. часто отказывался уходить домой, давал протестные реакции.

В школу пошёл с 7-ми лет, охотно. В начальных классах никак себя не проявлял, и до 6 класса учился на 4 и 5. Позже успеваемость снизилась, А. в этот период заметно вырос, выглядел старше своего возраста, стал раздражительным, драчливым, и пропускал уроки «просто потому, что не хотелось идти в школу». В 9-м классе классный руководитель ставила вопрос о завершении обучения в школе из-за низкой успеваемости и неудовлетворительного поведения, но родителям удалось «уладить конфликт» и оставить сына в школе. А. после этого инцидента около месяца находился дома «под домашним арестом», имел «серьезный» разговор с родителями, вследствие чего успеваемость А. несколько улучшилась, Окончил 11 классов средней школы, занимался с репетиторами на дому. По настоянию родителей поступил в институт, на бюджетное отделение экономического факультета. Учился средне, в институте лидирующих позиций не занимал, не стремился к ним, общался с узким кругом сверстников – преимущественно друзей школьных лет.

Первая проба алкоголя в 17 лет - выпил пива. После этого продолжал выпивать пиво в компании друзей, изредка, в среднем 1-2 раза в месяц. С 20

лет стал принимать алкоголь чаще, практически каждые выходные в кругу друзей. Курит сигареты с 18 лет, на момент наблюдения выкуривает от половины до одной пачки в день. Количество выкуренных сигарет увеличивается, когда пациент принимает алкоголь.

На последних курсах обучения в институте «учиться стало трудно», появились академические задолженности. В 22 года (последний курс института), после очередной ссоры с родителями, лишился материальной поддержки, вследствие чего «ушел из дома» и несколько месяцев жил у друзей. Затем вернулся домой, под давлением и с финансовой помощью родителей закончил институт. На постоянную работу не устраивался, так как «предлагали низкую зарплату», перебивался случайными заработками, часто занимал деньги у знакомых, которые не всегда мог вернуть. В 24 года устроился на работу «менеджером» в торговую фирму. С родителями жить не хотел, так как «надоели контроль и конфликты», вместе с другом снимал квартиру, где часто устраивали «шумные застолья» по 2-3 дня с участием коллег и общих знакомых. Неоднократно менял съемные квартиры, так как «соседи жаловались хозяевам квартир на шум и посторонних». После увольнения друга с работы стал чаще выпивать с ним, затем и сам был уволен с работы. Заработков не было, вследствие чего «был вынужден вернуться к родителям».

В семье родителей его житейская ситуация стала постоянной темой обсуждений, а сам пациент часто слышал упреки и ощущал давление со стороны отца. При этом мать пациента «жалела», давала ему деньги без ведома отца. На этом фоне между родителями часто возникали ссоры, они подолгу не разговаривали друг с другом, обстановка в семье была напряженной. Полученные деньги пациент часто тратил на алкоголь, мог несколько дней не ночевать дома. Возвращение домой всегда сопровождалось скандалом, слезами матери, отсутствие финансовой поддержки в течение некоторого времени. Пациентом интересовались сотрудники военкомата, но в армию идти А. не хотел, в чем его

поддерживали и родители, «улаживая» ситуацию, добиваясь отсрочек после того, как пациент завершил обучение в ВУЗе. С возраста 25 лет А. фактически скрывался от военкомата, но уголовное дело заведено не было. В этот период отец хотел отправить его в армию, говорил, что «будет ему на пользу», но мать была категорически против, что являлось дополнительным поводом частых ссор родителей.

В возрасте 27 лет А. по протекции матери устроился на работу менеджером в фирму знакомого родителей, где первоначально хорошо себя зарекомендовал и познакомился с будущей женой. Алкоголь в этот период принимал эпизодически, 1-2 раза в месяц в компании друзей, но всегда напивался до выраженного опьянения, и в течение 1-2 дней «плохо себя чувствовал». В 29 лет женился, имеет от брака дочь 5 лет, которая физически и психически здорова. После свадьбы с женой снимали квартиру, жена работала, жили дружно, но после рождения ребенка некоторое время жили у родителей супруги, так как не хватало денег. В этот период А. продолжал употреблять алкоголь уже чаще: 1-2 раза в неделю, всегда за пределами семьи, находил для этого поводы. Начались конфликты с женой и ее родителями, А. стал дольше задерживаться на работе, приходил поздно и сразу ложился спать, отношения с женой стали напряженными. После одной из корпоративных вечеринок был доставлен домой коллегами в «бессознательном состоянии», был уложен спать. На утро А. испытывал «тягостное состояние», тревогу, был раздражительным, и в середине дня принял алкоголь, после чего «состояние улучшилось», а к вечеру выпил «средне» и смог уснуть. На следующее утро состояние было удовлетворительным. Через несколько часов почувствовал сильное желание выпить, и не смог сопротивляться своему влечению, хотя и пытался с ним бороться. Заметил, что употребление спиртного улучшает самочувствие и настроение, и посчитал это хорошим способом расслабиться и отвлечься от семейных проблем. Стал употреблять систематически, в основном пиво, до 1,0-1,5л за вечер. Постепенно, к 31-32 годам, влечение к спиртному стало

неконтролируемым, непреодолимым, не извлекал уроков из употребления, был равнодушен к замечаниям и критике, полагал, что всегда сможет остановиться, если захочет, утверждал, что он «... много работает, а значит, имеет право отдыхать».

После того как супруга вышла на работу, семья А. переехала на съемную квартиру. Употребление пива пациентом стало ежедневным, против чего жена возражала. После очередной ссоры с женой А. стал принимать крепкий алкоголь, несколько дней «пил по бутылке водки», на работу не ходил. Жена на работе «прикрыла», сказала, что он болен. На пятый день вызвали врача на дом. После инфузионной терапии пациент почти сутки проспал. Два дня принимал оставленные препараты врачом, был астенизирован. После чего несколько месяцев пациент алкоголь не употреблял. В этот период был раздражительным, угрюмым.

В дальнейшем возобновил употребление; начав с приема спиртного 1 раз в неделю, в течение 3-х месяцев вернулся к ежедневному употреблению пива в привычной дозировке. Говорил, что «контролирует употребление», имея в виду выбор напитка и дозу (1,0-1,5 л.), кичился этим. Отношения с супругой стали холодными, формальными, внимания дочери А. практически не уделял. Окружающие стали замечать его раздражительность, изменения во внешнем виде: стал менее опрятен, увеличился вес, часто приходил на работу разбитым, с красными глазами. Снизилась результативность работы и начальник предупредил А. о возможном увольнении. Вследствие этого развилось состояние с повышенной тревогой, сердцебиением, зафиксированы подъемы артериального давления (до 160/90), нарушенный сон с частыми пробуждениями и периодами бессонницы. А. решил, что не справляется с ситуацией (не может прекратить употребление), и обратился за помощью к жене. После нескольких разговоров было принято решение «закодироваться». Был вызван врач на дом, проведена инфузионная терапия и введен «противоалкогольный препарат в вену», сроком действия на 1 год. Ремиссия составила 3 месяца.

Срыв произошел после ссоры с отцом. А. стал ежедневно принимать крепкие спиртные напитки (до 0,7 л) в сочетании с пивом (1,0-1,5 л) в сутки. Практически постоянно находился в состоянии опьянения, перестал ходить на работу и вскоре был уволен. Жена обратилась к матери пациента и рассказала о проблеме. Мать неоднократно пыталась говорить с пациентом, тот дал обещание прекратить употребление и больше не пить, однако через неделю возобновил употребление, так как не смог справиться с влечением (признает это). В ответ на попытки жены и матери контролировать его поведение А. становился раздражительным, агрессивным. Дочь стала бояться отца, не хотела с ним оставаться, плакала, когда мать уходила на работу. Жена забрала дочь и уехала жить к родителям. Через две недели пациент попросил жену о помощи, и было принято решение пройти стационарное лечение. На момент обращения за лечением употребление алкоголя было ежедневным на протяжении месяца. Последнее употребление в день обращения, выпил 1,0 л пива.

Наличие судорожных припадков, перенесенных психотических состояний, употребление наркотических веществ, лекарственную аллергию отрицает.

Соматический статус.

Нормостенического телосложения, повышенного питания. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, правильные. ЧСС=пульсу=96 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Лицо пастозное. Склеры глаз инъецированы сосудами. Гипергидроз конечностей. Язык сухой, обложен желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Физиологические отправления в норме.

ЭКГ: синусовый ритм, 94 сердечных сокращений в минуту.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 135 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; эритроциты – $6,2 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 6 мм/ч.

Биохимический анализ: АЛТ – 171 ЕД, АСТ – 154 ЕД, ГГТ – 224 ЕД, Глюкоза – 6,1 ммоль/л, Билирубин общий 20.5 мкмоль/л, Креатинин 113 мкмоль/л. Анализ мочи: цвет желтый, прозрачность-мутная, Белок 0,4г/л, Кетоны- следы, соли 2.640 Ед/мкл (ураты, оксалаты), Бактерии $3,5 \times 10^4$ в степени 4. Исследование крови на антигены вирусных гепатитов В, С – отрицательно, на RW и ВИЧ – отрицательно.

Неврологический статус.

Язык по срединной линии. Зрачки одинаковые. Фотореакция зрачков вялая. В позе Ромберга падает. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон. Походка шаткая. Рефлексы одинаковы, снижены. Установочный горизонтальный нистагм. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Патологических рефлексов не обнаружено. Чувствительность одинакова слева и справа, снижена к дистальным отделам.

Психический статус при обращении.

В кабинет заходит вместе с женой. Внешне опрятен. Из рта запах алкоголя. Сознание не помрачено. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Держится уверенно, но избегает глазного контакта. В беседу вступает неохотно, ответы после пауз, лаконичные, голос тихий, модулированный. Речь грамматически правильная, несколько смазана, употребляет жаргонные слова и выражения. Выражение лица печальное. Предъявляет жалобы на тревогу, приступы сердцебиения, нарушение сна, невозможность самостоятельно прервать алкоголизацию. Фон настроения снижен, с тревожным оттенком. Сведения о себе сообщает скупно, приуменьшает алкоголизацию, пытается представить себя с лучшей стороны. Алкоголизацию объясняет внешними факторами, при детальном расспросе об этих внешних обстоятельствах раздражается. Считает, что родные его не понимают и недооценивают. Большую часть информации о больном сообщает жена. Влечение к алкоголю не отрицает, просит помощи, хочет как можно скорее перейти к лечению. Продуктивной психопатологической

симптоматики (бреда и галлюцинаций) не выявлено. Суицидальные мысли отрицает.

После осмотра госпитализирован в отделение.

Динамика состояния в процессе лечения.

Обратился в состоянии опьянения. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) перенес в отделении; ААС проявлялся влечением к алкоголю, тремором кистей, нарушениями сна, перепадами настроения, выраженными идеями самообвинения и сожалением за срыв, за потребление, чувствовал тревогу, слабость, трудности сосредоточения внимания. Отмечались колебания артериального давления до 150/100 мм рт ст, сердцебиения, выраженное снижение аппетита, боли в области сердца, головная боль. На фоне проводимого лечения (Sol. NaCl 0,9% 400ml, Sol. Riboxini 10ml, Sol. Panangini 10ml, Sol. Magnii Sulfatis 25% 10ml, Sol. Acidi Ascorbinici 5ml в\капельно N5; Tab. Carbamazepini 600мг\сут, Tab. Grandaxini 150мг\сут, Tab. Phenibuti 750мг\сут, Caps. Essenciali forte N по 2к х 3 р\сут, Tab. Chlorprotixeni 30мгн\ночь, Caps. Pyracetami 1200мг\сут), состояние стабилизировалось, восстановился аппетит, аффективный фон стабилизировался, но оставался сниженным, ночной сон медикаментозный. ААС купирован на 4е сутки пребывания в отделении.

На момент обращения отмечалось выраженное влечение к алкоголю со сниженным настроением и раздражительностью. Назначена фармакотерапия: Caps. Essenciali forte N по 2к х 3 р\сут (1800мг.сут), Sol. Tiamini 4ml в\м (200мг\сут), Sol. Pyridoxini 4ml в\м (200мг\сут), Caps. Pyracetami 1200мг\сут., Caps. Melatonini 3mg н\ночь Проведено мотивационное интервьюирование.

На 5-е сутки было предложено пройти программу психотерапии, объяснены ее цели и методы; пациент дал свое согласие.

На первой сессии был заключен психотерапевтический контракт между врачом психотерапевтом и пациентом (с использованием контрактного метода Трансакционного анализа). Контракт включал в себя подписание

пациентом информированного согласия о проведении психотерапии, отказе от алкоголя и других психоактивных веществ на весь период лечения, длительности лечения и наблюдения, контроле приема лекарств пациентом. Основной мишенью лечения являлись идеаторные нарушения в структуре патологического влечения к алкоголю. Они преимущественно проявлялись расстройствами первого уровня средней степени выраженности по шкале патологического влечения к алкоголю. У больного часто возникали мысли об алкоголе, которые доминировали над остальными, А. не мог сосредоточиться ни на чем другом, предпочитал говорить на алкогольную тематику, отвлекался на другие темы ненадолго, возвращаясь к алкогольной теме. При обсуждении иных, не связанных с приемом спиртного тем, был невнимателен.

Идеаторные расстройства второго уровня проявлялись в виде реакций недоверия к окружающим: считал, что близкие, родственники, коллеги его не понимают, недооценивают и препятствуют его успешности. Ощущал в себе способности руководителя, говорил о себе как об организованном человеке с выраженными интуитивными способностями «разбираться в людях». Ошибки мышления проявлялись произвольными умозаключениями и избирательным абстрагированием. Произвольные умозаключения выглядели так: «я могу контролировать употребление слабоалкогольных напитков (пива), но этому мешают окружающая обстановка, частые ссоры и поэтому я начинаю пить водку. А после нее я плохо себя чувствую и мне надо похмеляться». Избирательное абстрагирование формулировалось так: «алкоголь для меня хороший способ отдохнуть и расслабиться», «в опьянении мне проще принимать правильные решения, приходят правильные мысли, как заработать много денег». «если у меня будет много денег, все будут меня уважать и слушать».

На первом этапе психотерапии для установления терапевтического альянса проводилось не оспаривание ошибок мышления, а проработка с помощью методик когнитивной психотерапии. Пациент вел дневник

«мыслей, чувств, действий», выполнял задания для самостоятельной работы, был активен в процессе индивидуальной и групповой психотерапии. Самостоятельные задания выполнял ответственно, хотя не сразу понимал их смысл. Отмечалась положительная динамика состояния: на пятые сутки лечения улучшился сон, к седьмому дню фон настроения стал ровнее, уменьшились тревога и раздражительность, больного перестали беспокоить соматовегетативные нарушения в виде колебания давления, сердцебиений. После трех индивидуальных психотерапевтических сессий и 10 групповых занятий, на 14 день лечения уменьшился идеаторный компонент патологического влечения к алкоголю, мысли об алкоголе перестали занимать доминирующее место в сознании. Пациент стал критичен к суждениям, ранее касавшиеся потребления алкоголя и своих возможностей.

На следующем этапе психотерапии основной стратегией лечения являлось движение от мышления к чувствам и обучение пациента способности переживать приятные ощущения, чувства, состояние физического и эмоционального расслабления без приема алкоголя. Это стало возможным после хорошей когнитивной проработки идеаторных расстройств. Работа с чувствами пациента проводилась с помощью катарсических методов, позволяющих отреагировать патогенные (создающие дискомфорт и эмоциональное напряжение), или сдержанные эмоции, то есть эмоции, не получившие выхода в момент получения. Речь шла о ранее задержанных и невыраженных эмоциях гнева, печали, связанных с ранее перенесенными разочарованиями и фрустрациями (в первую очередь из-за неудовлетворенных амбиций, утраченных контактов и претензий со стороны близких людей). В поддерживающей и безопасной психотерапевтической обстановке переживания негативных эмоций были вербализованы и отреагированы. Пациент приобрел новые навыки управления своими эмоциями, получил позитивный практический опыт их отреагирования, понял, что своим чувствам можно и нужно доверять, не бояться их

проявлений. Он также овладел навыками релаксации, приобрел опыт устранения мышечного и эмоционального напряжения без приема алкоголя.

На 18 день лечения больной отметил улучшение в общении с супругой, принял решение возобновить совместное проживание, появился интерес к поиску работы. Ему стало легче концентрировать внимание в течение длительного времени, восстановилась усидчивость в работе. На 24 день А. встретился с родителями, попросил их о поддержке в выздоровлении. Мысли об алкоголе возникали практически ежедневно, но легко подавлялись волевым усилием, не влияли на настроение, потеряли свою значимость в определении поведения. Продолжал работу с врачом, стал более активным во время групповых занятий, поддерживал новых участников.

На третьем этапе основной мишенью было поддержание трезвости в социуме вне стационара. Уделялось внимание закреплению полученных навыков саморегуляции, возможностей обращения за помощью в кризисные моменты, формировались навыки планирования своего поведения и избегания провоцирующих ситуаций. Пациент много времени уделял восстановлению профессиональной деятельности: читал, изучал опыт коллег, искал требующуюся информацию в сети Интернет, обращался в службы содействия трудоустройству. Также после супружеской сессии согласился на совместное с женой планирование досуга, исключая употребление алкоголя. Формировал новые стратегии преодоления стресса на основе навыков саморегуляции, без приема алкоголя. Уверенно отмечал, что с симптоматикой ПВА справляться стало намного легче, так как опознавал симптомы, придерживался разработанных совместно с психотерапевтом правил поведения и совладания с болезненными симптомами.

Была назначена следующая стандартизированная схема поддерживающей фармакотерапии: Caps. EssencialiforteN по 2к x 3 p\сут (1800мг\сут) в течение 1месяца; Sol. Tiamini 4ml в\м (200мг\сут), Sol. Pyridoxini 4ml в\м (200мг\сут) курсами по 10 инъекций каждого препарата 1 раз в 6 мес.; Caps. Pyracetami 1200мг\сут. в течение 1 месяца; Caps.

Melatonini 3mg н\ночь в течение 1 месяца.

Назначена поддерживающая психотерапия: 1 раз в две недели - 2 месяца, 1 раз в месяц - 9 месяцев.

Катамнестическое наблюдение в течение одного года.

Продолжил лечение по предложенной схеме в амбулаторном режиме. Приходил на индивидуальные психотерапевтические сессии, и достаточно регулярно принимал рекомендованную поддерживающую терапию.

После выписки из стационара воссоединился с семьей. Восстановил отношения с матерью, с отцом отношения остались скорее формальными. После того как два месяца искал работу, регулярно ходил на собеседования, устроился проверяющим в частное охранное предприятие; согласился на данную работу как на временную, сохранил желание в дальнейшем упрочить свое положение и добиться повышения. Заработанные деньги вносил в семейный бюджет, по своей инициативе покупал подарки жене и дочери.

Мысли об алкоголе в первые месяцы после выписки возникали часто (1-2 раза в день), затем чуть реже, к 4-му месяцу - до 1-2 раз в неделю. Их интенсивность была не выражена, подавлялась волевым усилием, помогали приемы релаксации и внутренний диалог, причем мысли об алкоголе перестали вызывать эмоциональный отклик. А. уверенно отказывался от посещения мероприятий, где принимали алкоголь, продолжал вести дневник, где указывал и контролировал ошибки мышления, негативные эмоциональные состояния. Во время встреч с врачом проводил разбор и анализ дневниковых записей, закрепление полученного результата.

Диагноз.

Зависимость от алкоголя, средняя стадия, постоянная форма употребления у больного с преобладанием в преморбиде импульсивных черт характера, проявлений психического инфантилизма. (F 10.2).

Заключение.

Наследственность отягощена зависимостью от алкоголя у отца.

Воспитывался родителями в условиях противоречивых требований: то

потворство, то жесткие наказания, с раннего детства были нарушены эмоциональные связи как с матерью, так и с отцом. С детского возраста отмечаются поведенческие проблемы и искаженное формирование отношения к себе, сложности в близких отношениях, когда последние обесценивались, а основными ценностями провозглашались положение в обществе и деньги. С раннего возраста пациенту были присущи неуравновешенность, возбудимость, неустойчивость интересов, незрелость суждений. Все важные и сложные жизненные ситуации разрешались родителями, и у А. не сформировалось желания иметь взрослую позицию и ответственность за свою жизнь.

С 20 лет началось формирование алкогольной зависимости, к 24 годам сформировалась первая стадия алкогольной зависимости. К 30 годам можно диагностировать вторую стадию алкогольной зависимости. После первого обращения за наркологической помощью отмечается короткая ремиссия, длившаяся нескольких месяцев. При втором обращении к наркологу была проведена аверсивная процедура с оговоренным сроком воздержания от алкоголя на 1 год, ремиссия длилась 3 месяца. Затем злоупотребление алкоголем утяжелилось и повлекло за собой семейную и трудовую дезадаптацию.

Алкогольный абстинентный синдром протекал с преобладанием депрессивных и соматовегетативных расстройств. В постабстинентном периоде патологическое влечение к алкоголю проявлялось идеаторными расстройствами первого и второго уровня средней степени выраженности и депрессивными нарушениями. В ремиссии актуализация патологического влечения к алкоголю проявлялась также идеаторными нарушениями.

В результате проведенного лечения по программе психотерапии в стационаре удалось в значительной степени купировать проявления патологического влечения к алкоголю, были проработаны ошибочные суждения, проведена работа с чувствами пациента. Ремиссия устойчивая; длится в течение 12 мес. Нет признаков срывов и рецидивов заболевания,

пациент восстановил свой семейный статус, улучшил социальное функционирование, настроен на дальнейшее воздержание от приема алкоголя.

Таким образом, продемонстрирована эффективность разработанной программы психотерапии у больного алкогольной зависимостью.

Наблюдение №2.

Больной И., 1965 г.р., находился на стационарном, а затем амбулаторном наблюдении и лечении с 21.11.2014 по 19.12.2015

Анамнез со слов больного.

Отец больного умер в возрасте 55 лет, при невыясненных обстоятельствах (версия аварии на производстве). По профессии был литейщиком на металлургическом производстве. Отличался «суровым, но справедливым» нравом, был малообщительным, но много времени отдавал семье, детям. Пациент помнит, что отец любил «со мной и с братом возиться, мастерить, учить нас мужским делам». Алкоголь отец употреблял умеренно, компании выпивающих коллег дома «не приветствовал». После поступления сына в военное училище очень гордился его успехами, своими проблемами старался «не досаждать». Со слов родственников отца известно, что среди членов его семьи серьезно выпивавших не было, но многие мужчины отличались «тяжелым» характером, слыли конфликтными и принципиальными людьми (в числе родственников по отцу были репрессированные и отбывавшие тюремные сроки лица, о чем в семье говорили «только шепотом»).

Мать больного прожила до 2010 года, умерла в возрасте 70 лет, от онкологического заболевания. Всегда отличалась «мягким» характером, была домовитой, заботливой. Терпеливо воспринимала все сложности жизни, не жаловалась, до последнего заботилась о близких и старалась не причинять хлопот (по мнению пациента именно поэтому «запустила» онкологическое заболевание). Соматически была крепкой, много работала по дому, на даче, «примечала» всех нуждающихся в помощи вокруг. К сыновьям относилась хорошо, «не делила» их, была ровной и приветливой с обоими; также старалась ладить с невестками. К концу жизни стала религиозной, посещала храмы, монастыри, раздавала имущество нищим, для себя оставляла только

минимальные средства. Когда проблема с алкоголизацией пациента стала ей известна, долго отказывалась верить, а затем стала меньше общаться с сыном, «очень расстраивалась, молилась» за него.

Старший брат соматически здоров, проживает с семьей, во втором браке. Ранее получил высшее образование (инженер), но работал рабочим на производстве, затем «пробовал себя» в бизнесе, неудачно. В период 1990-х г.г. работу и бизнес потерял, несколько лет были «тяжелыми», развелся с первой женой, позже женился повторно. В этот период начал алкоголизироваться, отмечались запои по несколько дней, затем перерывы в потреблении спиртного. Обращался к частным наркологам, неоднократно проходил детоксикационную терапию, но от длительного лечения отказывался (опасался лишиться прав на вождение автотранспорта). В настоящее время уже не работает, часть времени выпивает, причем «вместе с женой». С пациентом И. видится редко, так как братья проживают в разных городах, и старший «сторонится», «стал обидчивым, ему трудно угодить» (слова пациента И.). Также со слов пациента известно, что у племянника (сына брата от второго брака, возраст – 19 лет) «есть проблемы с наркотиками».

Пациент И. родился в полной благополучной семье, вторым ребенком, до 17 лет проживал с родителями и старшим братом. Раннее развитие без особенностей, в школу в срок, закончил 10 классов с оценками 4 и 5, поступил в военное училище. Служил в радиолокационных войсках, за период службы преимущественно находился в отдаленных точках страны. Женился поздно, около 30 лет, но брак определил, как «очень удачный, по любви и уважению». В течение службы спиртное употреблял «как все», каких-либо связанных с этим эксцессов, проблем дисциплинарных или во взаимоотношениях, обусловленных выпивками, не признает. У пациента двое детей – дочь и сын, отношения с ними определил, как «отличные», но при расспросе согласился, что в последнее время отношения «подпортились».

В 45 лет, после выхода на пенсию, признает более частый прием спиртного. Полагает, что это стало следствием большого количества свободного времени, отсутствием нагрузок и серьезных обязательств. Сначала употреблял спиртное примерно 1 раз в неделю, за полгода перешел к ежедневному употреблению пива, а затем и крепкоградусных напитков в значительной дозировке. И. утверждает, что выпивает «только по желанию, и якобы может контролировать потребление», но признает, что члены его семьи (жена и дети) стали обнаруживать беспокойство. Хотя пациент последовательно аргументирует свое «право выпивать на заслуженном отдыхе», при подробном расспросе соглашается с наличием негативных изменений: отмечает, что в течение последнего времени память стала «похуже», эпизодически беспокоят головные боли, работоспособность тоже снизилась, есть трудности концентрации внимания. Одновременно объяснение этим симптомам видит скорее в общей «усталости от жизни, от долгих лет высоких нагрузок», охотнее признает «старение», нежели пагубные последствия систематического употребления.

Пациент поступил в 1 день алкогольного абстинентного синдрома средней степени тяжести.

Соматический статус.

Гиперстенического телосложения, повышенного питания. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 26 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, правильные. ЧСС=пульсу=92 в минуту. АД 146/96 мм рт. ст. Лицо пастозное. Склеры глаз инъецированы сосудами. Язык обложен, налет белого цвета. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

ЭКГ: ритм синусовый, 94 сердечных сокращений в минуту.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 115 г/л; лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л; эритроциты – $5,9 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 8 мм/ч. Биохимический анализ: АЛТ – 201 ЕД, АСТ – 184 ЕД, ГГТ – 234 ЕД.

Глюкоза – 7,1 ммоль/л, Билирубин общий 22.5 мкмоль\л, Креатинин 123 мкмоль\л. Анализ мочи: цвет желтый, прозрачность-мутная, Белок 0,6г\л, Кетоны - следы, соли 2.770 Ед\мкл (ураты, оксалаты), Бактерии 3,9x10 в степени 4. Исследование крови на антигены вирусных гепатитов В, С – отрицательно, на RW и ВИЧ – отрицательно.

Неврологический статус.

Язык по средней линии. Зрачки одинаковые, реакция на свет вялая. Походка шаткая. В позе Ромберга не удерживается, шатается, затем падает. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон. Рефлексы одинаковы, снижены. Установочный горизонтальный нистагм. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Патологических рефлексов не обнаружено.

Психический статус при поступлении: пациент И. в контакт вступает без затруднений, корректен, в поведении упорядочен, серьезен, несколько обстоятелен в высказываниях. С интересом относится к беседе, внимателен к собеседнику, интересуется мнением о себе и оценкой своего здоровья. В поведении сдержан, чуть напряжен, эмоциональные реакции адекватны ситуации. Жалоб на состояние здоровья и умственной работоспособности самостоятельно не предъявляет, себя психически больным или в чем-то неполноценным не считает, на настроение также жалоб нет. При расспросе признал, что нарушен сон, стали обычными периоды бессонницы, ранние пробуждения; также отмечает колебания настроения в сторону раздражения, или подавленности.

Обращение к наркологам полагает добровольным, но при содействии супруги и дочери; обе женщины поддерживают его намерение прекратить потребление спиртного. Подробно описал историю потребления спиртного, акцентирует, что выпивает давно, но всегда мог контролировать частоту «выпивок», и в период службы, иногда «по несколько лет» спиртное не потреблял. В последние годы стал выпивать чаще, но особенно – после выхода на пенсию, чему виной полагает «пустоту жизни». Самостоятельно

говорит о возможности «закодироваться», но тут же вышучивает такой вид воздействия, готов дискредитировать любые запретительные методы. Ссылается на свою «силу характера военного», выражает уверенность, что «только силой воли можно остановиться», при этом признал, что не знает, как именно сделать такую «остановку», а ранее предпринимаемые попытки заканчивались неуспехом.

После осмотра госпитализирован в отделение.

Больному была назначена терапия: Sol. NaCl 0,9% 400ml, Sol. Riboxini 10ml, Sol. Panangini 10ml, Sol. Magnii Sulfatis 25% 10ml, Sol. Acidi Ascorbinici 3ml в\в\капельно N5; Tab. Carbamazepini 600мг\сут, Tab. Grandaxini 150мг\сут, Tab. Phenibuti 750мг\сут, Caps. Essenciali forte N по 2к x 3 р\сут, Tab. Chlorprotixeni 15мгн\ночь (отмена на 7е сутки), Caps. Pyracetami 1200мг\сут, Tab. Ataraxi 50 мг\сут.

Первые два дня большую часть времени проводил в постели, настроение оставалось сниженным, против приема препаратов не возражал. Жалоб активно не предъявлял, но при расспросе сообщал о тревоге, и тягостных переживаниях, связанных с попаданием в стационар, размышлял о своей ситуации, «искал виноватых». Данные размышления доминировали, «раздражали», отказался от общения с родными, сославшись на плохое самочувствие. В последующие дни также отмечались периоды усиливающейся тревоги, тоскливости. Периодически на фоне тревоги обращался инициативно к врачу, вновь и вновь готов был говорить о себе, своем состоянии, а также «беспокоился» о членах своей семьи, просил разрешения позвонить, «уточнить», был несколько хаотичен в поведении.

На 7 день госпитализации было отмечено улучшение настроения, сон медикаментозный, но удовлетворяющий пациента, а соматовегетативный компонент проявлений синдрома отмены алкоголя купирован.

На 10 день госпитализации состоялась диагностическая и мотивирующая сессия с больным, после чего пациент был отнесен (в рамках алгоритма случайных чисел) к основной группе исследования. К анализу его

симптоматики, индивидуально-психологических особенностей, к выполнению тестовых заданий отнесся с интересом, возражений против заданий не высказывал, на всем протяжении работал старательно. Инструкции усваивал без затруднений, интересовался оценкой результата, внимательно выслушивал суждения врача о себе. Тестирование с использованием методик показало, что интеллектуально-мнестически пациент сохранен, нарушений логики суждений нет. Индивидуальной особенностью пациента является некоторая медлительность, склонность к детализации, обстоятельности, отсутствие импульсивных суждений, нерезко выраженная инертность динамического компонента деятельности. По характеру себя определил, как решительного, напористого, даже упрямого, при этом обычно доброжелателен, и «чтобы вывести из себя, нужно постараться». Указал, что при обращении в стационар имел намерение пройти курс лечения, но не планировал психотерапевтическое воздействие. По мере проведения мотивирующей сессии соглашается поработать с психотерапевтом над разрешением собственных проблем со спиртным. Дал согласие пройти лечение по предложенной комплексной программе со специализированными психотерапевтическими приемами, обучением совладанию с собой и с влечением к спиртному. После этого по желанию пациента был заключен психотерапевтический контакт с врачом, И. подписал информированное согласие о проведении психотерапии, отказе от алкоголя и других психоактивных веществ на весь период лечения, длительности лечения и наблюдения, контроле приема лекарств пациентом. Затем была проведена оценка структуры патологического влечения к алкоголю.

Таблица 16. Данные тестирования пациента И.

Показатель	шкалы депрессии Бека	Шкала ПВА				
		<i>Аффективный компонент</i>	<i>Вегетативный компонент</i>	<i>Идеаторный компонент</i>	<i>Поведенческий компонент</i>	<i>Суммарный балл ПВА</i>
Тестирование 1	13	11	5	3	3	22
Тестирование 2	8	7	3	1	2	13
Тестирование 3	4	4	1	0	1	6

Как видно из Таблицы 16, наиболее отчетливо у пациента представлен аффективный компонент ПВА, и заметен вегетативный – при первом тестировании. Созвучны и данные теста депрессии – при первом тестировании налицо умеренно выраженная депрессивная симптоматика. Балл личностного неблагополучия по тесту SCID 34 балла, превалируют черты пограничного типа и шизоидного, однако значения не столь высоки. По данным теста DAI показатель комплаентности составил 0 баллов, то есть речь идет об отсутствии согласия к лечению. Такой результат пациента вполне обычен для больных алкоголизмом на начальном этапе терапии.

Динамика в процессе психотерапии.

На начальном этапе психотерапии совместно с пациентом была проведена аналитическая работа, направленная на установление проявлений анозогнозии, симптомов ПВА – как первичного, так и вторичного. Затем были проанализированы актуальные триггеры потребления спиртного.

Собственные оценки И. своего состояния, концепция заболевания содержали отчетливые проявления анозогнозии: он не только отрицал проявления ПВА, но и зависимости. Способом работы с проблемой отрицания заболевания стали техники психообразования. Пациент был ознакомлен с основными симптомами алкогольной зависимости, типичными феноменами первичного и вторичного ПВА, физиологическими и

психологическими последствиями длительной алкоголизации. Также произведено знакомство с понятиями «нозогнозия», «анозогнозия», «алкогольное отрицание», с подчеркиванием алкогольной анозогнозии – как части клинической картины алкогольной зависимости. Использовались и имеющиеся данные о соматическом состоянии больного; вследствие чего удалось продемонстрировать пациенту серьезный вред, нанесенный длительной алкоголизацией. Эффект преодоления анозогнозии был важным, но требовал закрепления, так как признавая наличие серьезных проблем, связанных с зависимостью, пациент не научился контролировать проявления влечения. Поэтому далее подробно исследовались проявления ПВА, присущие пациенту, использовались шкальные их оценки и ведение дневников.

Примеры описания переживаний, связанных с ПВА (дано пациентом после 3 сессии):

- *«Теперь я понимаю, что Вы имели в виду в самом начале. Казалось, что я ничего и не думал про спиртное. Теперь понимаю – думал, вспоминал, а иногда ... даже не хочется говорить, но мечтал. Смешно, неприятно, но так...».*

- *«Мы с женой всегда отлично ладили, она добрая, душевная женщина. Я заметил ... какое-то время ... что она меня раздражает. Я стал делать ей замечания, придираться. И вот теперь вижу, что отталкивал ее от себя, высказывал претензии, и ... и добивался того, что она уходила, и ... переставала меня контролировать. И я мог выпивать. Вот это да! Ради чего я губил наши отношения. Вы правильно сказали, что «враг силен». Алкоголь хотел стать важнее жены!».*

- *«Я чувствую, что алкоголь успокаивает меня, мои нервы. Нет, я не считаю себя нервным человеком, но ... Иногда как будто хочется уйти от всего, побыть ... в комфорте, то ли забыть суету. Или вот дочка если расстроит. У нее не всегда ладно с мужем, с начальством. Мы ее заласкали, она нежная очень, ранимая. Ну и придет, расскажет мне о проблеме. Я*

так расстраиваюсь, злюсь. Иногда избил бы ее мужа, да нельзя, двое детей. И хожу, злюсь, а потом выпью, и все отходит».

На втором этапе терапии были даны блоки (в лаконичной и понятной пациенту форме) информации о содержании понятий «копинг», «психологическая защита», «саморегуляция», «копинг с симптомами», «копинг с симптомами ПВА». И. совместно с психотерапевтом исследовал имеющиеся у него уже не проявления, а способы совладания (копинга) с симптомами ПВА. В ходе этой работы признавались «тяжесть и серьезность» симптомов ПВА, но подвергалась критической оценке убежденность в невозможности справиться с ними. Анализировались присущие самому пациенту средства совладания с ПВА, различные занятия и способы времяпрепровождения, которые могли отвлечь от потребления и от воспоминаний о приеме спиртного. Также анализировались варианты возможных видов поведения и активности, не связанных с потреблением алкоголя.

Анализировались и когнитивные ошибки мышления, сопутствующие отсутствию средств совладания со стрессом и с симптомами ПВА. Так, у пациента наблюдались произвольные умозаключения и избирательное абстрагирование. Он полагал, что «я сам могу контролировать употребление пива (слабоалкогольные напитки), но потом на меня «наезжают» и я уже не хочу сдерживаться», «я не пью, когда спокоен, но спокойствию мешают окружающая обстановка, частые ссоры, и я начинаю пить водку». А после нее я плохо себя чувствую и мне надо похмеляться». Уверенно и упорно пациент отстаивал суждения о том, что «алкоголь - отличный способ отдохнуть и расслабиться», «когда выпью, я лучше лажу с людьми, не такой обидчивый, веселый», и даже «если я выпиваю, я мужик».

Оценка приведенных и иных ошибочных суждений осуществлялась либо на сеансах совместно с психотерапевтом, где хорошее осознание достигалось через проговаривание вслух, либо использовались дневниковые записи, с фиксацией наблюдений за пределами сеанса психотерапии.

Отдельно оценивалась (и фиксировалась в дневнике) способность больного оценить свое актуальное состояние (включая симптомы ПВА), и способность оказать влияние на симптомы через использование копинг-стратегий. На этом этапе пациента познакомили с технологией релаксации «Глубокое дыхание», и он начал формировать навык релаксации.

Поскольку у пациента был отчетлив аффективный компонент ПВА, и вклад аффективного неблагополучия в формирование и хронификацию зависимости был оценен как высокий, были использованы технологии психотерапии, пригодные для работы с симптомами эмоционального неблагополучия, депрессии. Совместно с психотерапевтом пациент проанализировал свои типичные эмоциональные реакции, оценил во время сеанса актуальные ситуативные эмоции, переживания, сопутствующие типичным стрессу и фрустрациям, отследил и обозначил недостатки в системе саморегуляции эмоций. Была установлена (и затем верифицирована через неоднократное возвращение к темам) связь типичных эмоциональных реакций пациента и ситуаций проблемного взаимодействия.

В числе наиболее значимых и проблемных, вызывающих интенсивные негативные чувства были установлены следующие ситуации:

- взаимоотношения с зятем и дочерью в случае, если темой обсуждения становится зять, причем эмоции были связаны не только с поведением родственника, но и с интенсивными переживаниями зависти по отношению к молодому, здоровому и достаточно успешному, деятельному мужчине;

- взаимоотношения с женой, особенно связанные с попытками жены контролировать поведение пациента;

- взаимоотношения с молодыми и успешными в жизни знакомыми;

- общение с соседями, случайными людьми, от которых пациент замечал «неуважение» или враждебность.

Все указанные (и иные) значимые ситуации были проанализированы с точки зрения возникающих эмоций, с оценкой силы чувств, риска

дестабилизации настроения и состояния, и с точки зрения их опасности для срыва. Было сформулировано описание оптимального эмоционального и психофизического состояния, а затем совместно с больным (при его согласии и содействии) обозначена задача формирования более реалистичного видения окружающих и проблем взаимоотношений. Контакты со значимыми людьми были переформулированы как ценные, и актуализировано убеждение в возможности оптимизации существующих отношений и чувств. Кроме того, поскольку качество терапевтического альянса в этот период было хорошим, принять важность доверительных отношений с другими людьми как ценность, как условие переживания комфорта для пациента было легче.

Симптоматика ПВА в этот период несколько отделилась от иных эмоциональных проблем пациента, но полностью не редуцировалась. Для совладания с эпизодически возникающими проявлениями аффективного и вегетативного компонентов ПВА пациенту была предложена техника «Серфинг», которая встретила сопротивление при первом обсуждении. Однако затем прием был отработан во время сеанса (когда затрагивание значимой темы вызвало переживания злости, раздражения, напряжения, и пациент почувствовал вкус спиртного во рту). В дальнейшем И. легко перешел к самостоятельному использованию техники «Серфинг», и даже отмечал переживание удовлетворения от того, что стал справляться с «наплывом тяги».

Все указанные терапевтически приемы и достигнутые эффекты были для пациента новыми, неожиданными, что в ходе сеанса было переформулировано в «интересными», «вдохновляющими». Такое поддержание позитивных изменений в состоянии больного, и формулирование изменений в позитивном ключе, привели к заметному повышению самооценки пациента, особенно – в аспекте возможности влияния на собственное состояние. Вслед за этим стало возможным построить «позитивный образ будущего», преодолеть фобические ожидания по поводу будущего, и фобические реакции, иногда возникающие вследствие

действия ситуативных факторов. Эмпирической проверкой (незапланированной, но всегда высоко вероятной) стало помещение в палату пациента другого больного, поступившего в состоянии абстиненции, который постоянно возвращался к теме потребления. Пациент отследил, что для него эта тема перестала быть приятной, и инициативно стал «делиться» с новым знакомым усвоенными взглядами на свое состояние, своими достижениями. Можно уверенно утверждать, что пациент от позиции «выученной беспомощности» по отношению к влиянию на свое состояние перешел к активной совладающей, даже с готовностью расширить свое влияние со своего состояния на состояние другого человека.

У пациента И. симптомы ПВА преимущественно проявлялись расстройствами первого уровня средней степени выраженности по шкале патологического влечения к алкоголю. У больного часто возникали мысли об алкоголе, которые доминировали над остальными, И. не мог сосредоточиться ни на чем другом, предпочитал говорить на алкогольную тематику, отвлекался на другие темы ненадолго, возвращаясь к алкогольной теме. При обсуждении иных, не связанных с приемом спиртного тем, был невнимателен.

Идеаторные расстройства второго уровня проявлялись в виде реакций недоверия к окружающим: считал, что близкие, родственники, друзья его не понимают, недооценивают.

На третьем этапе терапии пациент И. получал эмоциональную поддержку, одобрение от врача, а также совместно с врачом проговаривал достигнутые эффекты, осознания, новые копинг-стратегии и т.д. Качество терапевтических отношений было хорошим, устойчиво взаимодействовал пациент и с родными. Члены его семьи также отметили улучшение отношений с больным, собственную готовность забрать его домой и уверенность в успехе лечения. Также пациент был мотивирован на посещение группы поддержки, на семейное и/или супружеское

консультирование в случае необходимости. Пациент сохранял высокий уровень терапевтического альянса, так как самостоятельно подчеркивал значение врача и психотерапии в лечении заболевания, и выражал готовность сотрудничать, следовать предписаниям. Хотя повторная оценка уровня комплайентности не проводилась, о хорошем его уровне свидетельствует готовность принимать назначенные препараты.

На протяжении года наблюдения удалось установить:

- пациент посещал группы АА недолго, эпизодически, мотивировал отказ от посещения большим числом участников группы, трудностями самораскрытия;

- пациент сохранял и поддерживал трезвость, и за период года наблюдений имел четыре употребления спиртного, все однократные, без рецидива, причем последнее (после года трезвости) определил, как «тест, который прошел успешно (имел в виду отказ от дальнейшей выпивки)»;

- трудоустроился и приступил к работе, хотя ранее не собирался этого делать, отмечал большое удовлетворение от собственной занятости и пребывания в «коллективе молодых», где был «самым опытным»;

- посещал по своей инициативе врача психиатра-нарколога, а также невролога, у которых получал назначения в виде ноотропов, адаптогенов, иглорефлексотерапии, мотивировал желанием «ликвидировать последствия» ранее имевшего место потребления»;

- охотно откликался на контрольные звонки и выражал готовность прийти «для дообследования, если необходимо».

Диагноз:

Зависимость от алкоголя, средняя стадия, постоянная форма употребления у больного с преобладанием в преморбиде пограничных и шизоидных черт характера. (F 10.2).

Таким образом, проведенная серия интервенций в виде терапии купирования ПВА, а также работа с проблематикой эмоциональной сферы

пациента позволили достичь ремиссии высокого качества, улучшить качество жизни пациента, достичь хорошей связи между врачом и пациентом, и улучшить его доверие врачам, другим людям, поднять самооценку и укрепить его доверие окружающим.