

*На правах рукописи*

**Вальчук Дмитрий Сергеевич**

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

14.01.27 – наркология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва- 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук **Агибалова Татьяна Васильевна**

**Официальные оппоненты:** **Макаров Виктор Викторович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;  
**Шустов Дмитрий Иванович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова» Минздрава России.

**Ведущее учреждение:** ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

Защита состоится «21» мая 2019 г. в 13.00 на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и на сайте [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru).

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Несмотря на прилагаемые современным здравоохранением и обществом в целом усилия, проблема алкогольной зависимости (АЗ) остается чрезвычайно актуальной вследствие ее высокой распространенности, а также тяжелых медико-социальных последствий (Немцов А.В., 1998; Иванец Н.Н., 2014; Клименко Т.В., Козлов А.А., 2014, 2015; Кошкина Е.А., 2016). Наиболее изученными являются последствия злоупотребления алкоголем для насильственной и суицидальной смертности, демографических потерь, инцидентности при дорожно-транспортных происшествиях, производственного травматизма, роста заболеваемости хроническими соматическими болезнями (алкоголь-ассоциированными) (Global status report, WHO, 2014). Актуальные для России демографические диспропорции в виде меньшей продолжительности жизни мужчин, большого числа дезадаптированных и десоциализированных мужчин в популяции также во многом объясняются более высоким процентом лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди мужского населения (Михайлова А.Н., Ротенберг В.С., 1990; Иванец Н.Н., 2015).

Учитывая сложный, мультифакторный этиопатогенез АЗ, недостаточную до настоящего времени эффективность фармакологических медицинских мероприятий, остается актуальной проблема поиска новых способов помощи больным. Такая помощь должна опираться на комплексный подход, где наряду с психофармакологическим воздействием важную роль играют психотерапевтические программы. На сегодняшний день вопрос о психотерапевтических подходах для лечения АЗ не является решенным: при всем разнообразии предложенных вариантов психотерапии (ПТ) число программ с доказанной эффективностью невелико. Это свидетельствует о сохраняющейся актуальности оптимизации ПТ, начиная от первого этапа – мотивирующих воздействий (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), «комплаенс-психотерапии» (Агибалова и соавт., 2010;

Kemp R., David A., 1996; Powers M.B., 2008), до более сущностных, 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; Шустов Д.И., Тучина О.Д., 2016).

Терапия АЗ – длительный, сложный процесс, требующий учета многих составляющих. Одна из проблем заключается в том, что, отказавшись от употребления алкоголя, пациент неизбежно сталкивается с последствиями отказа, включая необходимость справляться с явлениями патологического влечения к алкоголю (ПВА), феноменология которого изучена и описана ведущими отечественными специалистами (Альтшулер В.Б., 1996, 2013, 2014; Тиганов А.С., 1999; Иванец Н.Н., 2007; Михайлов М.А., 2012, 2013, 2014, 2017; Гофман А.Г., 2012, 2017). Квалификация феноменологии ПВА как значимой в клинической картине предполагает необходимость применения лекарственной терапии, направленной на купирование этих симптомов. Использование ПТ может не только помогать пациентам решать психологические проблемы, содействовать их адаптации в социуме, но и быть пригодным для предотвращения обострений ПВА и формирования стабильной ремиссии. Особенно актуальна такая ПТ для краткосрочных, алгоритмизированных, мипене-ориентированных форм работы на стационарном этапе лечения.

### **Цель исследования**

изучить клинико-психопатологические характеристики и проявления патологического влечения у больных с АЗ, 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.

### **Задачи исследования**

1. Изучить клинические особенности ПВА у больных с АЗ, находящихся на стационарном лечении, оценить место ПВА 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 пациентов с АЗ и присущими им аддиктивными установками.

3. Определить и обосновать на основе симптоматики ПВА мишени ПТ, подобрать адекватные мишеням психотерапевтические технологии, для создания комплексной психотерапевтической программы, пригодной к использованию для больных с АЗ при лечении в стационаре.

4. Разработать алгоритм проведения комплексной психотерапевтической программы для больных с АЗ 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.

### **Научная новизна**

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

нарастающими изменениями личности. Проведена оценка эффективности предложенной ПТ.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. У пациентов с АЗ установлены такие компоненты ПВА как идеаторные, поведенческие, эмоциональные, сенсорные и вегетативные. Структура ПВА, сочетание и степень выраженности отдельных компонентов существенно различаются (и у каждого пациента есть 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 АЗ (длительностью заболевания, особенностями преморбидной личности, степенью 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 АЗ, позволяет обосновать и разработать особый вариант ПТ, ориентированной на купирование ПВА, актуальный для пациентов с разными психопатологическими проявлениями.

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

### **Практическая значимость работы**

Значимость работы определяется созданием нового метода ПТ, содержащего технологии совладания с симптомами ПВА, позволяющего

использовать ПТ для предотвращения обострений ПВА и формирования стабильной ремиссии. Применение данного варианта ПТ способствует повышению мотивации на лечение у больных с АЗ, удержанию их в стационаре и сохранению трезвости после выписки. Проведенное исследование демонстрирует эффективность ПТ, ориентированной на преодоление ПВА, и позволяет расширить арсенал психотерапевтических методик, используемых при лечении больных с АЗ.

**Достоверность и обоснованность положений, результатов и выводов исследования.** Исследование относится к рандомизированным контролируемым, достаточность размера выборки подтверждена анализом мощности исследования на этапе его планирования. Обзор литературы основан на анализе отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования, с использованием баз MEDLINE/PubMed. Эмпирический материал получен с опорой как на клинические, так и психологические тестовые методы исследования больных с АЗ, 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.

### **Основное содержание работы**

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

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

**В главе 2** представлены теоретические предпосылки создания нового метода краткосрочной ПТ, ориентированной на коррекцию ПВА, пригодного для использования на стационарном этапе ведения больных с АЗ.

**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 с АЗ, описывается метод краткосрочной, ориентированной на коррекцию ПВА психотерапии, и подробно представляются данные по применению этого метода.

В **Заключении** обобщаются и обсуждаются 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.

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Были обследованы 175 человек (мужчины), из числа проходивших курс лечения на базе клиники ННЦ Наркологии МЗ РФ (137 человек) и в частной клинике (38 человек). Все пациенты имели диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F-10.2), установленный в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, что и стало **критерием включения**. **Критерии исключения**: сопутствующие зависимости от иных ПАВ, либо нехимические (кроме никотиновой); симптомы эндогенных психических заболеваний;



органические заболевания центральной нервной системы, имевшиеся до формирования зависимости; наличие ВИЧ-инфекции и хронических заболеваний в стадии обострения. Поскольку пациенты обследовались клинико-психопатологическим методом и психологическими тестами после купирования синдрома отмены алкоголя, наличие проявлений последнего также стало критерием исключения.

Сформирована выборка из 150 пациентов, методом случайного выбора разделенная на две группы по 75 человек. В первой – **основной** – группе пациенты получали специализированную программу ПТ, позволяющую купировать проявления ПВА; остальные 75 пациентов составили **контрольную группу** и получали психообразовательные занятия. Группы были сопоставимы по клинико-динамическим показателям и социальным характеристикам, пациентам уделялся равный объем времени и внимания, они получали одинаковую психофармакотерапию. Средний возраст пациентов обеих групп составил  $39,8 \pm 6$  лет, варьировал в диапазоне от 26 до 60 лет; при этом средний возраст пациентов основной группы составил  $39,5 \pm 6,2$  лет, а контрольной -  $39,7 \pm 6,1$  лет.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования. Использовались следующие тесты: тест аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (MGAA); опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам - Drug Attitude Inventory (DAI-30) (Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R., 1983); Шкала оценки уровня депрессии А. Бека (Beck A.T. et al., 1961, адаптация Тарабриной Н.В., 2001); Шкала тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory - BAI); для оценки компонентов ПВА – шкала Альтшулера В.Б. (1992); для определения характерологических особенностей пациентов – опросник SCID-II-Q, ориентированный на квалификацию личностных расстройств в соответствии с критериями DSM-IV (First M.B. et al., 2002). Эффективность ПТ, ориентированной на преодоление симптомов ПВА, определялась на основе психопатологического обследования с учетом данных

анамнеза, катамнестического наблюдения, длительности ремиссий, частоты «срывов» и рецидивов, а также данных тестирования (шкалы депрессии, тревоги, оценки компонентов ПВА заполнялись пациентами трижды за время лечения и наблюдения).

**Статистические методы и организация исследования.** Использовался комплекс математических статистических методов: описательная статистика, сравнительная статистика с подсчетом критерия Манна-Уитни; корреляционный анализ, факторный анализ методом основных (главных) компонент. При статистической обработке данных использовался пакет программы SPSS-16.2.

Методом для оценки эффективности ПТ, ориентированной на преодоление симптомов ПВА, стал эксперимент по плану для двух неэквивалентных групп с предварительным и итоговым тестированием.

Тестирование с использованием психологических методик проводилось в начале терапии в стационаре, сразу после купирования абстинентного синдрома (тестирование 1), перед выпиской из стационара, примерно через месяц после начала терапии (тестирование 2), и по завершении исследования, в конце года наблюдения (тестирование 3). Показатели сравнивались в динамике для каждой группы и между группами. В качестве независимой переменной выступили психотерапевтические сессии; зависимыми переменными стали уровень симптомов ПВА, параметры психического статуса больного, клинические характеристики его состояния, аддиктивные установки, поведение. Полученные данные проанализированы с использованием методов сравнительной статистики.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

На начальном этапе анализа данных сравнивались социально-демографические характеристики лиц основной и контрольной групп. Группы значимо не различались по возрасту, образованию, семейному положению, наследственной отягощенности больных, поэтому являются сопоставимыми

(данные представлены в основном тексте диссертации). У больных обеих групп параметры трудового и образовательного статуса невысоки, что объяснимо социальными потерями вследствие АЗ.

По кратности обращения за наркологической помощью больные сравниваемых групп были близки: около трети пациентов обратились за лечением впервые, менее половины повторно, до 10% имели историю многократных обращений и лечения в стационаре. Среди преморбидных факторов риска употребления алкоголя наибольший вес в обеих группах имели общение в кругу употребляющих ПАВ и отсутствие должного антиалкогольного воспитания в родительской семье. Возраст начала систематического употребления алкоголя составлял  $22,3 \pm 3,9$  года, а формирования АЗ –  $28,4 \pm 5,1$  лет. У 19,3% наблюдался высокий темп прогрессивности заболевания, у 42,7% – средний, у 38% – низкий. Толерантность к алкоголю на момент исследования составляла в среднем  $0,58 \pm 0,14$  л (в пересчете на 40% алкоголь). Данные по форме потребления спиртного, длительности заболевания, показателям ранее оказанной наркологической помощи были сходными у пациентов основной и контрольной групп.

Описаны методы лечения, использованные для пациентов обеих групп в период нахождения в стационаре (в первый месяц наблюдения). Медикаментозная терапия включала: витаминотерапию с применением Аскорбиновой кислоты до  $1000 \text{ мг} \backslash \text{сут}$ , Тиамина до  $250 \text{ мг} \backslash \text{сут}$ , Пиридоксина до  $300 \text{ мг} \backslash \text{сут}$ , Цианокоболамина до  $300 \text{ мкг} \backslash \text{сут}$ . Нарушения сна корректировались препаратами Мелатонина до  $6 \text{ мг}$  в ночь, а также транквилизаторами - гидроксизин до  $50 \text{ мг}$  в ночь не более 3-5-ти дней. Назначение препаратов было обусловлено индивидуальными показаниями и переносимостью. При наличии сопутствующего соматического заболевания применялись препараты по схеме, рекомендованной другими специалистами (гипотензивные препараты, бета-блокаторы и др.). Препараты назначались лечащим врачом, лечение получали все пациенты с сопутствующей патологией. В основной группе пациентам

проводилась ПТ по разработанной и описанной схеме; пациенты контрольной группы становились участниками отдельных мероприятий психотерапевтической направленности (психообразовательные занятия, индивидуальные консультации с врачом и психологом).

По данным шкалы Альтшулера В.Б. (1992) оценены компоненты психопатологической структуры синдрома ПВА (табл. 1).

Таблица 1. Симптомы ПВА у обследованных больных на начальном этапе лечения (тестирование 1)

Симптомы ПВА	Показатели в основной группе M±S	Показатели в контрольной группе M±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 M±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 в начале исследования существенно не различались в основной и контрольной группах; особенно приближены к максимальным значениям аффективные и поведенческие симптомы ПВА. В исследовании подтверждены данные о высоких показателях по шкалам тревоги и депрессии (подробно освещено в тексте диссертации).

Анализ клинических случаев позволяет утверждать, что у пациентов обследованных групп представлены различные сочетания компонентов ПВА, выраженных в разной степени. Это свидетельствует о необходимости индивидуализировать мишени ПТ, но общей остается необходимость повышать способности больных осознавать присущие им проявления первичного и вторичного ПВА и формировать стратегии совладания с ними (выделение этой мишени дает основания говорить о «психотерапии купирования ПВА»). Поскольку симптомокомплекс ПВА включает ряд симптомов (идеаторные, поведенческие, эмоциональные, сенсорные, вегетативные), психотерапия должна предлагать разные техники для совладания с ними, и позволять варьировать такие техники для пациентов с разным сочетанием симптомов

внутри общего симптомокомплекса. Подробно цели «Психотерапии купирования ПВА», реализующие их приемы (техники) и ожидаемые эффекты представлены в основном тексте диссертации. Приведем главные мишени воздействия, отвечающие этапам психотерапевтической программы.

Этап 1 «Осознание проблемы. Информирование. Мотивирование» предопределил следующие мишени: триггеры потребления, анозогнозия, симптомы ПВА, в том числе проявления первичного и вторичного ПВА.

Этап 2 «Психотерапия купирования ПВА» был нацелен на формирование стратегий копинга с симптомами ПВА, развитие рефлексивных способностей, преодоление конфликтных отношений с окружающими, воздействие на симптомы тревоги и депрессии, а также и на иррациональные когниции в отношении заболевания, лечебных мероприятий. Пациентов учили идентифицировать сенсорные и вегетативные проявления ПВА и справляться с ними, преодолевая привычные формы поведения «выученной беспомощности» и пессимизм в оценке перспектив, повышая самооценку и уровень самоэффективности.

Этап 3 «Социальное подкрепление и дальнейшее позитивное воздействие на поведение» предполагал рост способности пациентов к поддержанию контакта с врачом, воздействие на социальное окружение больного для достижения удовлетворительного уровня социальной поддержки.

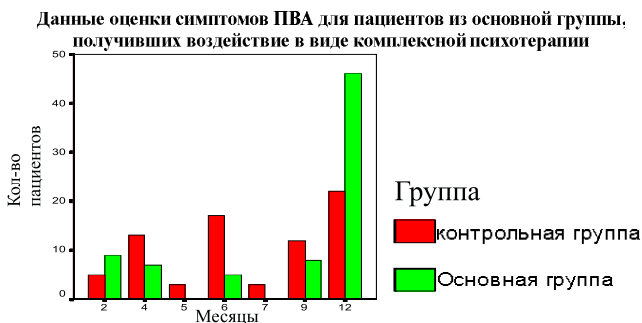


Рисунок 1. Длительность нахождения в программе пациентов основной и контрольной групп

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

В основной группе в программе систематического амбулаторного наблюдения на протяжении года удалось удержать 46 человек (61%), тогда как в контрольной группе – 22 человека (29%) (Рис.1). Пациенты контрольной группы выбывали из программы наблюдения в основном после полугода ведения, несмотря на предложенную им программу терапии.

Таблица 2. Данные о динамике симптомов ПВА в основной и контрольной группах при тестировании 2 и 3 (шкала Альшпулера В.Б.)

Симптомы ПВА	Пациенты основной группы (N=75)		Пациенты контрольной группы (N=75)	
	Тест 2	Тест 3	Тест 2	Тест 3
Аффективные	5,4**	3,3***	5,9**	4,6***
Вегетативные	3,1	1,5***	2,9	2,5***
Идеаторные	2,4	1,5***	2,5	2,6***
Поведенческие	1,4*	0,7***	1,2*	1,4***
Общий балл	12,3	7***	12,5	11,1***

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

Были проанализированы и оценены параметры ПВА для пациентов основной и контрольной групп (выше указаны сроки тестирований 1-3). В основной группе наблюдалось постепенное ослабление симптомов ПВА (табл.2): особенно уверенно снижались вегетативные, идеаторные и поведенческие симптомы, аффективные также поддавались воздействию, хотя и оказались наиболее стойкими, снижался общий балл выраженности симптомов ПВА. Клинически отмечалось уменьшение фиксации на алкогольной тематике, воспоминаниях, сновидениях, связанных с потреблением, в значительной степени выравнивался аффективный фон; хотя колебания настроения при затрагивании болезненных и значимых для пациентов тем частично сохранялись. Повышалась критика к заболеванию, увеличивалась заинтересованность в лечебном процессе, устранявшем не только физиологические последствия употребления алкоголя, но и корректировавшем психологические механизмы АЗ. Происходила инвентаризация проведения

досуга, рабочей деятельности и круга общения. Полученные в контрольной группе результаты (табл.2) и динамика симптомов ПВА вне проведения специализированной ПТ была менее отчетливой, особенно на последующих за выпиской этапах.

Результаты свидетельствуют, что симптомы ПВА являются стойкими, и при отсутствии специальной работы их выраженность уменьшается незначительно. Так, при тестировании 1 различий между группами нет (табл.1), но при тестировании 2 (табл.2) есть значимые межгрупповые различия по степени выраженности аффективных и поведенческих симптомов. Особенно очевидны различия в выраженности симптомов ПВА при тестировании 3, в конце года наблюдения (табл.2). В основной группе снижение продолжалось даже после завершения ПТ, больные все лучше учились справляться с ранее проблемными для них симптомами ПВА. В контрольной группе снижения не было, и наблюдалось усиление поведенческой и идеаторной симптоматики ПВА, увеличивающее вероятность срыва и рецидива АЗ.

### **Данные оценки динамики эмоционального состояния больных обследованных групп**

Таблица 3. 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.

Межгрупповое сравнение показало (табл. 3), что проявления депрессии на начальном этапе терапии были отчетливыми, достигая уровня средней степени выраженности у большинства пациентов. В дальнейшем показатели депрессии снижались вследствие проведения ПТ в основной группе. К моменту выписки из стационара (тестирование 2) пациентов с оформленной и подтвержденной тестовым баллом депрессией не наблюдалось (см. табл.3). В контрольной группе показатели депрессии были выше, оставаясь повышенными даже через год после начала наблюдения. Это делает пациентов контрольной группы

сравнительно более чувствительными к стрессовым ситуациям, подверженным аффективным колебаниям, в результате снижается чувство психофизического комфорта, и повышается вероятность срыва (рецидива).

Значимость различий показателей качества ремиссии подсчитана с использованием критерия Манна-Уитни (табл. 4).

Таблица 4. 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. 3) свидетельствует, что при отсутствии различий между пациентами основной и контрольной групп на начальном этапе лечения, в дальнейшем в основной группе удалось достичь значимого снижения уровня депрессии. Одновременно у пациентов основной группы оказались значимо более длительные сроки пребывания в программе терапии (табл. 4). Число срывов значимо не различалось по абсолютному значению (табл. 4), однако они зафиксированы за более длительный период, так как время нахождения в программе у пациентов основной группы выше. Эмоциональное благополучие и готовность находиться в программе – важные факторы, отражающие мотивацию на лечение и ПТ. Таким образом, 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 высоком комплаенсе больных (о чем свидетельствует факт сохранения их в программе терапии).

#### **Факторы влияния на симптомы ПВА на этапе активной терапии**

В качестве возможных предикторов степени выраженности симптомов ПВА в рамках исследования изначально рассматривались симптомы депрессии,



тревоги и личностные характеристики пациентов, измеренные с помощью SCID-II-Q. Был проведен факторный анализ методом основных (главных) компонентов для оценки связанности личностных характеристик пациентов основной группы и симптомов ПВА, оцененных в динамике (тремякратно в ходе динамического наблюдения); данные отражены в табл. 5.

Таблица 5. 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		
Вегет. 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
Вегет. 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	
Вегет. 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 ПТ. Об этом свидетельствует тот факт, что большинство параметров симптомокомплекса ПВА вошли в фактор 1 «Субъективно-переживаемая феноменология ПВА». В структуру этого фактора вошли аффективные, вегетативные и идеаторные составляющие симптомов ПВА, фактор объединил эти проявления на всем протяжении

наблюдения и лечения больных. Данный фактор позволяет говорить об особом феноменологическом ряде, связанном с переживаниями ПВА, и об относительной автономности его от иных симптомов. Факторизация выявила еще два фактора со значительной факторной нагрузкой. Фактор 2 «Аффективная и личностная патология пациентов» вобрал параметры трех измерений уровня депрессии и показатели кластеров теста SCID-II-Q. Фактор 3 («Поведенческие девиации в структуре ПВА»), менее весомый, включил почти исключительно параметры измерения поведенческого компонента ПВА при всех трех замерах. В него также вошли параметры, характеризующие аффективный и вегетативный компоненты ПВА при втором тестировании. Характеристики, относящиеся к поведенческим проявлениям ПВА, оказались относительно независимыми не только от иных клинических характеристик, но и от иных показателей собственно ПВА. Можно интерпретировать это так, что фактор отражает нарушения саморегуляции поведения у пациентов, слабость волевой регуляции, которая описывалась при наркологических заболеваниях во многих работах, и которая требует целенаправленной коррекции. Необходимо включение в психотерапию купирования ПВА приемов поведенческого анализа.

Для уточнения связей личностных характеристик больных и имеющих у них симптомов ПВА был сделан вариант факторного анализа с использованием показателей частных типов патологии личности (табл. 6).

Таблица 6. 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 «Поведенческие 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	
Веget. 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 тип		0,389		- 0,318
Черты обсессивно-комп. т.				- 0,552
Черты пассивно-агресс. т.			0,676	
Черты депрессивного типа		0,807	0,307	
Черты параноидного типа		0,442	0,498	
Черты шизотипального т.			0,457	
Черты шизоидного типа		0,618		
Черты гистрионного типа			0,611	
Черты нарциссического т.		0,301	0,611	
Черты пограничного типа	- 0,305	0,468	0,438	
Черты антисоц. 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%.

При этом варианте факторного анализа фактор «Аффективная и личностная патология пациентов» сохраняется (фактор 2), но поведенческие характеристики пациентов основной группы разделились на две части: в фактор 3 выделились характеристики социального поведения больных («Девииации социального поведения»), тогда как поведенческие параметры 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 обследованной группе пациентов встречались лица с разным уровнем психопатологических проявлений, включая черты личностной патологии (данные подробно не приводятся). На практике признаки снижения личности вследствие наркологического заболевания требуют некоторой модификации техник ПТ: так, были усилены приемы, направленные на создание и

поддержание терапевтического альянса, мотивации к лечению, удержание больных в программе. Особая тактика лечения таких больных (с акцентом на приемах лично-ориентированной ПТ) оказалась полезной, а дополнительная диагностика и оценка психопатологических проявлений позволила оптимизировать лечение больных с АЗ и личностными проблемами. Наиболее важен тот факт, что психотерапия купирования ПВА у больных с АЗ с более выраженными личностными изменениями также представляется правомерной в программе продолжительного лечения.

Последним пунктом изложения данных стал **качественный анализ иррациональных убеждений, связанных с феноменологией ПВА** и влияющих на восприятие пациентами своего состояния, проводимого лечения, перспектив. Внимание к таким убеждениям логично для ПТ, использующей когнитивные техники, базирующейся на анализе и исправлении нереалистичных и дезадаптивных убеждений больных. В исследовании были систематизированы и выделены убеждения, типичные для пациентов с превалированием аффективного компонента ПВА, идеаторного и поведенческого компонентов. Несмотря на то, что данные качественного анализа сложны для систематизации, сделанные наблюдения и описанные типичные паттерны когнитивных искажений могут быть полезны для ориентировки в проблемах пациента на начальных этапах взаимодействия, при планировании ПТ. Тем самым, выделение типичных убеждений может сделать ПТ более дифференцированной и результативной.

**В заключении** обобщены результаты проведенных теоретических изысканий в отношении проблематики пациентов с АЗ, значимой для разработки и осуществления психотерапевтических программ. Указано, что большое число методов ПТ, используемых для больных с АЗ, появились скорее как следствие теоретической ориентации авторов, отражали основные модели генеза зависимости, иногда спекулятивные, излишне психологические. Проведенный аналитический обзор эмпирических исследований свидетельствует о наличии большого числа разнородных по теоретическим

основаниям вариантов психотерапевтических программ, часто с недоказанной эффективностью.

Изучение клиники АЗ, ключевого симптомокомплекса ПВА позволяет планировать ПТ прицельно. Таким образом, удалось теоретически обосновать, технологически оформить новый метод краткосрочной ПТ, ориентированной на коррекцию симптомов ПВА, пригодный для использования на любом этапе лечения больных с АЗ, в том числе, стационарном.

Эмпирическое исследование результатов изучения симптоматики ПВА у больных с АЗ, а также возможностей купирования этих симптомов на основе оригинального метода краткосрочной ПТ, ориентированной на коррекцию ПВА, доказали эффективность подхода. Наряду с успешными данными по применению данного метода ПТ, в работе представлены проблемные и перспективные для дальнейших разработок пункты.

#### **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 работ, опубликованных по теме диссертации*

1. Агибалова Т.В., Туманов Н.В., Кузнецов А.Г., Тучин П.В., Каминская А.О., Гуревич Г.Л., Вальчук Д.С., Бирюков Б.А. Варианты терапевтических ремиссий у больных алкогольной зависимостью в процессе лечения вивитролом // Наркология. - № 6. - 2012. - С.70-74

2. Власовских Р.В., Гаспер И.Б., Давлетов Л.А., Копоров С.Г., Агибалова Т.В., Вальчук Д.С. Оценка эффективности программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ в амбулаторном реабилитационном отделении наркологического диспансера. // Вопросы наркологии. - №. 3 — 2013 — С. 60 — 69.

3. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г., Гуревич Г.Л., Вальчук Д.С., Петров А.Д. Алкогольная зависимость и нарушения психической адаптации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, - № 6-2013. - Выпуск 2. Алкоголизм. - С.63-68

4. Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Мищенко Л. В., Вальчук Д.С. Работа с психологическими защитами в психотерапевтическом процессе у больных алкогольной зависимостью с коморбидной личностной патологией // Психиатрия: дороги к мастерству — Материалы Российской научной конференции с международным участием, Ростов-на-Дону, Россия, 5 июня 2013 г. — Ростов-на-Дону, 2013 — С. 20-29.

5. Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Рычкова О.В. Метод психотерапии больных с зависимостью от алкоголя, основанный на купировании патологического влечения к алкоголю // XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань. Материалы конференции. / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015 — с.691.

**6. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Вальчук Д.С., Тучин П.В., Гуревич Г.Л., Бузик О.Ж., Тучина О.Д., Курлович Н.М. Психотерапевтическая программа по снижению патологического влечения к алкоголю: предварительная оценка эффективности // Вопросы наркологии. — 2016 - № 7-8 — С. 34-43**

**7. Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л., Тучина О.Д., Курлович Н.М. Психотерапия, направленная на патологическое влечение к алкоголю // Вопросы наркологии. — 2017— № 8. — С. 96-98.**

