

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

**На правах рукописи**

**Шустов Александр Дмитриевич**

**МОТИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ С ПОГРАНИЧНЫМ ЛИЧНОСТНЫМ  
РАССТРОЙСТВОМ**

**14.01.27 – наркология**

**14.01.06 – психиатрия**

**Диссертация**

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:**

**доктор медицинских наук, профессор**

**Клименко Татьяна Валентиновна**

**Научный руководитель:**

**доктор медицинских наук**

**Козлов Александр Александрович**

**Москва – 2021**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	12
1.1. Проблема коморбидности при алкогольной зависимости. Пограничное личностное расстройство .....	12
1.2. Пограничное личностное расстройство: определения, критерии, классификации.....	14
1.3. Особенности клиники алкогольной зависимости у пациентов с пограничным личностным расстройством. Самоубийства и самоповреждения .....	19
1.4. Лечение комбинированной патологии. Лечение пограничного личностного расстройства.....	24
1.5. Лечение пациентов с сочетанием ПЛР и АЗ .....	31
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	36
2.1. Общая характеристика обследованных больных .....	36
2.2. Методы исследования .....	40
2.3. Дизайн исследования .....	46
ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПЛР...	49
ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВИТАЛЬНОГО МОТИВИРУЮЩЕГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДОЛГОСРОЧНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИМЕЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ПЛР .....	70
4.1. Эффективность мотивирующего провитального интервью у пациентов с АЗ без учета наличия или отсутствия у них ассоциированного ПЛР .....	70

4.2. Эффективность мотивирующего провительного интервью у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР .....	76
4.3. Рекомендации по применению мотивирующего ПИ у пациентов АЗ, ассоциированной с ПЛР (примеры использования метода) .....	79
4.4. Исследование амбивалентных высказываний пациентов, выявленных в процессе мотивирующего ПИ .....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	91
ВЫВОДЫ .....	104
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ .....	107
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	108
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	129
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	131
Приложение 1. Карта исследования больного с синдромом зависимости от алкоголя.....	131
Приложение 2. Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться (SOCRATES).....	134
Приложение 3. КСО – коэффициент суицидальной опасности.....	140
Приложение 4. Инструкция для анализа стенограмм.....	141
Приложение 5. Психотерапевтический алгоритм провительного интервью.....	143

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Алкогольная зависимость (АЗ), будучи проблемным фактором, связанным с порой необратимым ущербом здоровью населения, не потеряла свою актуальность. АЗ влияет на демографические показатели в стране, оказывает неблагоприятное влияние на экономику, а также ухудшает ситуацию с обеспеченностью лечением [34; 39; 102]. Не преодолена тенденция роста насильственной смертности, ассоциированной с АЗ – убийств, самоубийств, дорожно-транспортного травматизма и других видов несчастных случаев, прямо или косвенно связанных со злоупотреблением алкоголем [14; 35; 85; 163].

Сочетание АЗ с другими психическими расстройствами влияет на ее клиническую динамику и масштабы связанных с этим негативных последствий [16; 40; 90; 130; 172]. Сочетание АЗ с личностными расстройствами встречается у большей части пациентов, страдающих АЗ [97; 127; 193].

Известно, что у пациентов с алкогольной зависимостью самым частым коморбидным личностным расстройством является пограничное личностное расстройство (ПЛР) [190]. ПЛР обнаруживают у 16,99 % больных алкоголизмом [191], в то время как общепопуляционный показатель данного расстройства составляет максимально до 3 % [188; 191]. В США, по результатам исследования (NESARC), диагноз алкоголизма был установлен у 58,3 % пациентов с ПЛР, тогда как у лиц с алкогольной зависимостью признаки пограничной личности определялись в диапазоне от 9,8 % до 14,7 % обследованных [190].

ПЛР обладает высоким аутоагрессивным потенциалом [36; 67]. Установлено, что 75 % пациентов с ПЛР предпринимали попытки самоубийства, при этом примерно в 10 % случаев суицид завершился фатально. Частота самоубийств у лиц с ПЛР в 400 раз выше общепопуляционной [162]. При сочетании ПЛР с АЗ проявления аутоагрессивного поведения утяжеляются, а АЗ становится резистентной к терапии без заметной тенденции к улучшению даже в течение многих (до 6-ти) лет лечения [64; 69]. АЗ, сочетающаяся с ПЛР, отличается

высокой прогредиентностью, частыми психотическими эпизодами и рецидивами, сочетанным применением разнообразных психоактивных веществ (ПАВ), значительным риском самоубийства, неудовлетворительным социальным функционированием, низкой терапевтической мотивацией и, следовательно, негативным прогнозом на будущее [68; 179].

Все вышеизложенное ставит перед исследователями новые задачи, среди которых наиболее актуальными являются следующие: 1) поиск концептуальной основы, объясняющей сходство клиники ПЛР и болезней зависимости, и, в частности, исследование пограничного сплиттинга по отношению к алкогольному расщеплению личности; 2) изучение многообразия аутоагрессивных феноменов с целью разработки их адекватной терапии; 3) поиск технологий, мотивирующих к долгосрочной терапии, и создание новых преимущественно амбулаторных кратко- и среднесрочных терапевтических подходов, в особенности, эффективных для лечения синдрома зависимости [179] у этой сложной категории пациентов.

**Степень разработанности темы.** Несмотря на длительную историю изучения ПЛР [110; 115; 123; 148], его диагностика и лечение все еще нуждаются в совершенствовании и поэтому составляют «новый приоритет общественного здравоохранения» [81, с. 215]. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление ПАВ являются почти неизменными атрибутами ПЛР [25]. Поэтому необходимо изучение клиники АЗ, сочетающейся с различными типами ПЛР, а также изучение клинического разнообразия аутоагрессивных проявлений у пациентов различных типов ПЛР, особенно в плане предикции возможных аутоагрессивных актов. Чрезвычайно актуальной остается проблема мотивирования таких пациентов к лечению с использованием легко воспроизводимых методик [39].

Представляется актуальным и оригинальным исследование коморбидных пациентов такого рода с позиции популярной в настоящее время «концепции амбивалентности» (Ambivalence Model of Craving) [77; 83], возможно, отражающей у данного контингента пациентов наличие внутриличностного

пограничного сплиттинга [138] и наличие алкогольного расщепления личности на Нормативную часть Я и «новообразованную» – Алкогольную часть Я [12; 13].

**Цель исследования.** Разработать вариант мотивирующей психотерапии, ориентированной на повышение приверженности больных АЗ, ассоциированной с ПЛР, к долгосрочной терапии, медицинской и социальной реабилитации, на основе изучения клинико-динамических закономерностей данной сочетанной патологии и особенностей наблюдающегося в ее структуре аутоагрессивного поведения.

### **Задачи исследования**

1. Изучить клинические и социально-демографические особенности пациентов, страдающих АЗ, ассоциированной с ПЛР.
2. Выявить особенности суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения у лиц с АЗ, сочетающейся с различными типами ПЛР (импульсивным – F 60.30 и пограничным – F 60.31).
3. Предложить мотивирующий психотерапевтический инструмент, повышающий приверженность пациентов с сочетанной патологией к долгосрочным формам терапии АЗ.
4. Разработать рекомендации к дифференцированной краткосрочной мотивирующей психотерапии пациентов с АЗ и аутоагрессивным поведением, сформировавшимся на фоне ПЛР.

### **Научная новизна работы**

Впервые показано, что сочетание ПЛР с АЗ значительно утяжеляет клинические проявления зависимости, в том числе за счет повышения прогрессивности АЗ и длительности запойных периодов, а также интенсивности проявлений суицидального поведения, возрастания частоты самоповреждений и других форм аутоагрессивного поведения, относящихся к несуйцидальным.

Впервые показаны клинические отличия и отличия в аутоагрессивном поведении у зависимых лиц с разными типами ПЛР.

Впервые показано, что структура амбивалентных высказываний («за» и «против» изменений зависимого поведения) у пациентов с АЗ не зависит от наличия ПЛР; тогда как наличие ПЛР коррелирует с повышением неопределенных высказываний.

Впервые показано, что проведение мотивирующего провитального интервью, основанного на обсуждении вопросов смерти от болезней зависимости и аутоагрессивного поведения, повышает приверженность пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, к долгосрочной антиалкогольной терапии и уменьшает частоту преждевременных выписок из стационара.

### **Теоретическая значимость работы**

В теоретическом плане результаты работы демонстрируют связь трех явлений: АЗ, ПЛР и аутоагрессивного поведения. Выявлены особенности клиники АЗ и представленность различных форм (суицидальной и несуйцидальной) аутоагрессивного поведения у пациентов с АЗ и ПЛР. Доказано, что сочетание АЗ и ПЛР повышает суицидальную активность пациентов. Психотерапевтическое интервью с акцентированием внимания на проявлениях аутоагрессии, которые ранее пациентами плохо осознавались, вытеснялись или обесценивались, имеет мотивирующий эффект в отношении принятия решений в пользу долгосрочной психотерапии АЗ (участия в лечебной программе или терапевтическом сообществе) независимо от выраженности личностной патологии.

Измерение степени выраженности амбивалентных личностных статусов является хорошей возможностью для оценки личностных ресурсов, необходимых для принятия жизненно важных решений, и требует дальнейшего изучения у самых разных контингентов зависимых лиц.

### **Практическая значимость работы**

Полученные новые данные о формировании, течении и клинических проявлениях АЗ у лиц с ПЛР позволяют персонализировать лечебно-реабилитационную работу у этой тяжелой категории пациентов за счет терапии аутоагрессивного поведения.

Использование мотивирующего провитального интервью позволяет повысить приверженность зависимых от алкоголя пациентов к долгосрочной терапии и реабилитации, а также снизить частоту досрочного выбывания пациентов из программ лечения.

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

1. Клиника АЗ, ассоциированная с ПЛР, отличается высокопрогредиентным темпом течения, более высокой психопатологической нагрузкой с увеличением депрессивных расстройств, количества самоповреждений и частоты виктимного поведения.
2. Пациенты с импульсивным типом ПЛР отличаются от пациентов с пограничным типом ПЛР более прогредиентным течением АЗ с более короткими сроками формирования зависимости, более длительными запойными периодами; они имеют более высокий коэффициент суицидальной опасности и чаще демонстрируют формы несуйцидального аутоагрессивного поведения в виде виктимного и рискованного.
3. Алкогольную зависимость, в том числе ассоциированную с пограничным личностным расстройством, следует рассматривать как аутоагрессивное заболевание с повышенным суицидальным риском. Сочетание алкогольной зависимости с пограничным личностным расстройством вносит разнообразие в диапазон аутоагрессивных феноменов за счет таких форм несуйцидального аутоагрессивного поведения как нанесение самоповреждений, виктимное и рискованное поведение, причинение себе вреда в различных сферах жизнедеятельности.
4. Включение мотивирующего провитального интервью в комплексную терапию алкогольной зависимости, в том числе ассоциированную с



пограничным личностным расстройством, достоверно повышает приверженность пациентов к долгосрочной терапии

5. Частота амбивалентных высказываний «за» или «против» изменений зависимого поведения отражает алкогольное расщепление личности в форме борьбы амбивалентных мотивов и установок, которые являются терапевтическими мишенями в ходе мотивирования пациентов к участию в долгосрочных лечебных программах.
6. Сохранение симбиотических отношений с матерью с отсутствием полной сепарации от родительской семьи негативно влияет на способность пациентов с алкогольной зависимостью, ассоциированной с пограничным личностным расстройством, формировать и поддерживать новые долгосрочные отношения вне родительской семьи, на уровень семейной и социальной адаптации, что создает дополнительные проблемы при формировании у них приверженности к долгосрочному лечению и должно быть включено в качестве терапевтической мишени в алгоритм провительного интервью.

### **Объект и предмет исследования**

Объект исследования – пациенты с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (F10.20) и сопутствующим диагнозом ПЛР, которое диагностировалось по критериям МКБ-10 для «эмоционально-лабильного расстройства личности» (F60.3): импульсивный тип (F.60.30) и пограничный тип (F60.31).

В качестве контрольной группы использовались пациенты с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.20).

Предметом исследования явились:

- 1) клинические особенности АЗ, а также особенности аутоагрессивного поведения и социально-демографического статуса у пациентов с различными типами ассоциированного ПЛР;

- 2) эффективность мотивирующего провительного интервью в сравнительном аспекте у двух групп пациентов: страдающих АЗ и страдающих АЗ в сочетании с ПЛР.

### **Степень достоверности результатов**

Достоверность результатов основана на точном определении цели, задач данного исследования, принимая во внимание необходимость для публичного здравоохранения [81]. Достоверности способствовал глубокий анализ иностранных и отечественных литературных источников по изучаемой теме. Объем фактического материала соответствовал доказательному уровню, а его статистическая обработка проведена с использованием современных компьютерных технологий, соответствующих статистических программ и актуальной на сегодняшний день методологии [38]. Выводы из исследования логичны, объективно отражают полученные результаты и оригинальны.

### **Структура и объем диссертации**

Объем диссертации – 153 страницы. Текст состоит из введения и четырех глав; имеются заключение, выводы, библиография (198 наименований). Список литературы включает 55 источников на русском и 143 – на иностранном языках. Диагностический инструментарий (опросники, карты исследования больного и др.) представлен в виде приложений. Диссертация содержит 15 таблиц и 1 рисунок.

Во введении обосновывается актуальность исследования, формируются его цели и задачи, демонстрируется его научная новизна и практическая значимость.

Анализ научной литературы по проблемам сочетания ПЛР и АЗ проводится в главе 1. Здесь же оцениваются подходы к психотерапии и фармакотерапии ПЛР, как изолированной патологии, так и в сочетании с АЗ.

Глава 2 дает характеристику обследованного контингента лиц и методов исследования.

Результаты исследования (социо-демографические, клинические, аутоагрессивные показатели пациентов, страдающих АЗ, ассоциированной с ПЛР) в сравнительном аспекте излагаются в главе 3.

В главе 4 приводятся аргументы в пользу эффективности применения мотивирующего провительного интервью и данные, свидетельствующие о его эффективности по повышению приверженности пациентов с АЗ и пациентов с АЗ и ПЛР к долгосрочным видам лечения и реабилитации. Здесь же излагаются данные, характеризующие алкогольное расщепление личности.

Результаты проведенного исследования обобщены и обсуждены в заключении.

#### **Апробация и внедрение результатов исследования**

Материалы диссертации доложены на клинических конференциях ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России (Москва, 2017, 2018, 2019, 2020), на 23 конгрессе Европейской ассоциации психотерапии (Белград, Сербия, 2018), на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Психотерапия и психофармакотерапия невротических расстройств» на базе ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (Рязань, 2017, 2019), на XVII съезде психиатров России (Санкт-Петербург, 2021).

14 работ с материалами диссертации напечатаны в 10 научных журналах, входящих в список ВАК; причем 3 из них – в журналах системы Web of Science.

## ГЛАВА 1

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

#### **1.1. Проблема коморбидности при алкогольной зависимости. Пограничное личностное расстройство**

По мнению Президента Всемирной психиатрической ассоциации Нормана Сарториуса [172], коморбидность является главным вызовом медицины 21 века. По определению Национального института изучения злоупотребления веществами [90], коморбидность диагностируется при одновременном или последовательном присутствии у одного и того же человека зависимости от ПАВ и иного расстройства психической деятельности. При этом взаимодействие между двумя расстройствами изменяет течение и прогноз каждого из них [90]. Термин «двойной диагноз» (коморбидность) применяется к пациентам, страдающим зависимостью от алкоголя и наркотиков в сочетании с расстройством по осям I (шизофрения, мания, большая депрессия и др.) и II (расстройства личности; расстройства поведения) DSM-4 [195]. Определение первичного (основного) и вторичного заболевания базируется на том, какое нарушение развилось первым, а какое – вслед за ним. Данное разделение не всегда хорошо для пациентов, поскольку может быть ошибочным. Также стоит отметить, что лечение одного составляющего в данном сочетании не означает автоматически лечение второго расстройства. Утверждают [24], что хорошо собранный анамнез может помочь в выявлении тех или иных психопатологических расстройств, которые предшествовали злоупотреблению алкоголем.

Установлено, что сочетание злоупотребления веществами и наличия расстройств зрелой личности встречаются достаточно часто [193]. Симптомы алкоголизма были обнаружены у пятидесяти процентов людей, имеющих личностные расстройства [127]. При комбинированном употреблении алкоголя и наркотиков этот процент увеличивается и колеблется в диапазоне 22-40 % [97]. В

общей популяции людей частота встречаемости личностных расстройств составляет 10-14,8 %, и резко возрастает у наблюдавшихся по поводу аддикций пациентов – от 34,8 до 73,0% [160].

Наибольший объем в коморбидной патологии при сочетании АЗ и личностных расстройств занимает пограничное личностное расстройство (ПЛР). Так, от 5 до 32 % зависимых от ПАВ имеют признаки ПЛР [100], при этом лица, злоупотребляющие алкоголем, в 17 % случаев имели признаки ПЛР [191]. Интересно, что ПЛР присутствует примерно у 1-3 % населения в целом [188; 191], а у лиц с психическими заболеваниями гораздо чаще – в 20% случаев [113]. Проведенное в США «Национальное эпидемиологическое исследование» выявило, что 58,3 процента пациентов с ПЛР страдали и от алкогольной зависимости, частота встречаемости ПЛР у пациентов с АЗ составляла от 9,8 % до 14,7 % [190]. Т. J. Trull с соавторами [191] в лонгитудинальном исследовании (2000-2017 г.г.) выявил АЗ у половины пациентов с ПЛР, тогда как у самих зависимых от алкоголя диагноз ПЛР был установлен только в 14,3 % случаев.

Хотя установлена тесная связь АЗ и ПЛР, природа этой связи плохо изучена. Для объяснения этой взаимосвязи были предложены следующие гипотезы.

Первая из гипотез утверждает единство этиологии и механизмов возникновения и развития алкоголизма и пограничного расстройства [190].

В основе второй гипотезы в качестве связующего эти расстройства фактора выступает семейная наследственность по психическим заболеваниям [191].

И, наконец, заключительная гипотеза постулирует общие факторы риска, находящиеся в основе этих заболеваний, при отсутствии каузальных связей между ними. Доказательная основа этой гипотезы использует данные клиники и данные близнецовых исследований. Ряд травматических средовых факторов, таких как эпизоды физических, эмоциональных и сексуальныхabusов, приходящиеся на детский возраст, относятся к факторам риска возникновения как аддиктивных проблем, так и пограничного личностного расстройства [70; 74; 82; 117; 136; 169].

Тем не менее, однозначной интерпретации общности двух расстройств – АЗ и ПЛР, нет.

С другой стороны, многочисленные факторы, связанные с генетикой, теориями личности и социума, с которыми связывают начало эпизодического употребления психоактивных веществ и формирование на этой почве синдрома зависимости, не объясняют наличие симптомов ПЛР у этих людей просто вытекающими из аддиктивного расстройства. Понятно, что аддиктивные расстройства способствуют более интенсивному дебюту скрытого личностного расстройства, эпизодам психопатологических обострений. И, в ответ, столь сложная патологическая личностная динамика, конечно, усложняет клинику и течение аддиктивного расстройства [76; 191].

## **1.2. Пограничное личностное расстройство: определения, критерии, классификации**

По определению Американской психиатрической ассоциации (АПА) ПЛР является тяжелым и распространенным психическим расстройством, для которого характерны эмоциональная нестабильность, расстройство идентичности, изменчивость межличностных взаимоотношений и импульсивность, проявляющаяся через ряд аутоагрессивных актов (суицидальные попытки, самоповреждения) и употреблением ПАВ [61; 62].

DSM-5 дает такие критерии ПЛР:

- 1) готовность к отчаянным действиям для избегания реальной или воображаемой заброшенности (примечание: кроме суицидального или самоповреждающего поведения, описываемого в критерии 5),
- 2) склонность к нестабильным и напряженным межличностным отношениям, характеризующимся балансированием между двумя крайностями – идеализацией и обесцениванием,
- 3) наличие нарушений идентичности: ярко выраженная и персистирующая неустойчивость образа «Я» или чувства «Я»,

- 4) импульсивное поведение, по меньшей мере, в двух областях, которые имеют аутоагрессивный потенциал (например, денежные траты, секс, злоупотребление химическими веществами, рискованное вождение, переедание) (примечание: кроме суицидального или самоповреждающего поведения, описываемого в критерии 5),
- 5) наличие периодически повторяющегося суицидального поведения, поступков, угроз, самоповреждений,
- 6) нестабильность аффекта в силу значительных колебаний настроения (нормальное настроение сменяется дисфорией, раздражительностью, тревогой на протяжении нескольких часов и даже дней),
- 7) присутствие хронического ощущения «внутренней пустоты»,
- 8) склонность к неадекватному, сильному гневу; нарушен контроль гнева (пациенты часто проявляют гнев, вступают в драки, постоянно озлоблены),
- 9) наличие преходящих, вызванных стрессом параноидальных мыслей, а также значительных диссоциативных симптомов [60].

В МКБ-10 ПЛР представлено «пограничным типом» (F60.31) «эмоционально-лабильного расстройства личности» (F60.3), включающего также и «импульсивный тип» (F60.30) [28], который диагностируется при наличии не только обязательных общих критериев личностного расстройства (F60), но и дополнительно трех признаков из перечисленных ниже. При этом признак под номером «2» должен присутствовать обязательно:

- 1) выраженная тенденция действовать неожиданно, не принимая в расчет последствия;
- 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;
- 3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций;
- 4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;

5) нестабильное и капризное настроение.

Пограничный тип эмоционально-лабильного расстройства диагностируется при наличии общих критериев расстройства личности (F60), трех признаков «импульсивного» типа и дополнительно двух из нижеперечисленных:

- 1) расстройство и неопределенность образа «Я», целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);
- 2) склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;
- 3) чрезмерные усилия избегать уединения;
- 4) периодические угрозы и акты самоповреждения;
- 5) хроническое чувство пустоты. Оба типа, вместе взятые, имеют в своем составе критерии ПЛР, справедливые и для DSM-5 [61].

В МКБ одиннадцатого пересмотра диагноз «эмоционально-лабильного расстройства личности» отсутствует; вместо него включен «пограничный личностный паттерн» [56] по критериям нестабильности межличностных отношений, самооценки и аффектов, а также выраженной импульсивности. Перечисляются следующие признаки данного паттерна: неистовые попытки избежать реальную или воображаемую заброшенность; модель нестабильных и интенсивных межличностных отношений; нарушение идентичности, проявляющееся в заметно и постоянно нестабильном представлении о себе или ощущении себя; тенденция действовать опрометчиво в состояниях сильного негативного аффекта, приводящая к потенциально саморазрушающему поведению; повторяющиеся эпизоды самоповреждения; эмоциональная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения; хроническое чувство пустоты; неуместный интенсивный гнев или трудности с контролем гнева [120].

Подтипы ПЛР были выделены еще в Американском диагностическом статистическом руководстве (IV-TR) [156, 157]. Так, зависимый подтип ПЛР основан на диагностике попыток избегания депрессии оставленности, нестабильности настроения с аффектом тревоги. Эпизоды импульсивного и аутоагрессивного поведения лежат в основе диагностики импульсивного подтипа



ПЛР. Чувство хронической пустоты, проблемы с идентичностью и ощущение одиночества необходимы для диагностики опустошенного подтипа ПЛР. Эмоциональная нестабильность по типу дисфорий, сопровождающаяся угрозами или эпизодами самоповреждающего и парасуицидального поведения лежат в основе диагностики аффективного подтипа ПЛР. Ранее описанные Н. S. Akiskal с коллегами (1981, 1985) «субаффективное расстройство» [59; 71], а также описанная D.F. Klein и M.R. Leibowitz (1982) «истероидная дисфория» [126] могут соответствовать аффективному подтипу ПЛР. Импульсивный подтип имеет в основе врожденный, ориентированный на действия темперамент, а также отражает взгляд на ПЛР как на «расстройство импульсивного спектра», похожее на другие расстройства, имеющие проблемы с импульсным контролем, такие как «расстройство, связанное с употреблением ПАВ» и «антисоциальное личностное расстройство» [157]. Агрессивный подтип ПЛР может рассматриваться и как первичный конституциональный темперамент [124], и как вторичная реакция на раннюю травму, насилие или заброшенность [186], коррелирующие с низким уровнем серотонина и других нейротрансмиттеров в ЦНС или общей нейроэндокринной дисрегуляцией [176]. Зависимый подтип может быть понят в контексте невозможности отделиться от родителей на стадии сепарации [137; 139] и нетерпимости одиночества [113]. И, наконец, опустошенный подтип у пациентов со слабостью и нестабильностью эго, отражает прерывающийся ранний парентинг и недостаток родительской эмпатии, что приводит к невозможности установления базового доверия и, как следствие этого, к невозможности воспроизводить в памяти хорошие, защищающие внутренние объекты [58].

Данная система подтипов может отражать тяжесть ПЛР [112] и, несомненно, полезна для отделения наиболее суицидоопасного контингента среди клинического многообразия вариантов ПЛР [157]. Самоубийства совершались пациентами с аффективным подтипом в 26 % случаев, импульсивным подтипом – в 37 %, агрессивным подтипом – в 4 %, зависимым подтипом – в 29 % и, наконец, опустошенным подтипом – в 5 %. Пациенты с зависимым подтипом первую

попытку самоубийства совершали, будучи старше на фоне малого числа предшествующих суицидальных актов по сравнению с другими подтипами ( $p < 0,05$ ). Тогда как страдающие импульсивным подтипом пациенты значительно чаще были замечены в употреблении наркотиков [192].

Кернберг О. и его коллеги [22; 87] выделили три класса ПЛР. Класс идентичности определяют у лиц с проблемами идентичности, трудностями с переживанием одиночества и постоянно присутствующими ощущениями пустоты и скуки. Класс эмоциональности выделялся на основе диагностируемых эмоциональной нестабильности с выражением гнева и попытками самоповреждений, трудностью межличностной коммуникации. Третий класс объединяет импульсивных пациентов.

Школа Джеймса Мастерсона [137; 139] вписывает симптомы и синдромы пограничной личности в акроним MISERY – в переводе с английского – «страдание».

Буква «М» отражает проблемные взаимоотношения с матерью, запрещающие сепарацию и индивидуацию. Буква «I» определяет нарушения идентичности, когда личность имеет фрагментированный характер, включает в себя различные репрезентации, не достигшие этапа развития, называемого «постоянством объекта». Буква «S» знаменует сплиттинг – незрелую психологическую защиту по типу расщепления внутренних объектов на «плохой» и «хороший», между которыми «находится» разделяющий аффект – депрессия заброшенности. Сплиттинг лежит в основе «черно-белого» видения мира, себя и окружающих. Буква «E» знаменует инфантильный страх быть поглощенным и заброшенным: при этом больные с ПЛР не могут адекватно определять необходимые границы между собой и окружающими людьми: они или цепляются за объект, или дистанцируются от него. Буква «R» обозначает парадоксальные приступы ярости и гнева по отношению к близким людям, которые могли бы обеспечивать им безопасность. Буквенный символ «Y» соответствует тоске по потерянному «идеальному объекту». Идеальный объект (им может быть любой человек) может обеспечить отделение, идентичность и личностный рост. Этот человек также

должен дать им безусловную любовь, преданность и нахождение рядом в течение двадцати четырех часов в сутки, не требуя от них никакой компенсации [17].

Иной взгляд на патологию пограничности и пограничной личности представлен мнением, что, собственно, ПЛР является уровнем организации или дисфункции человеческой личности [29; 123; 147]. Эти представления используются в психоанализе и отечественной литературе, где пограничными назывались расстройства, занимающие промежуточное положение между психотическими и невротическими состояниями, составляющие рубрики МКБ-10 – F4, F5 и F6 [5].

### **1.3. Особенности клиники алкогольной зависимости у пациентов с пограничным личностным расстройством. Самоубийства и самоповреждения**

При одновременном присутствии у пациентов и зависимости от психоактивных веществ, и ПЛР было обнаружено, что частота физического насилия и пренебрежения в детстве была более высокой, чем у пациентов с иными расстройствами психики [169]. Показано, что эти факторы регистрировались в 2,8 раза чаще у зависимых пациентов в сочетании с ПЛР, чем у пациентов с зависимостью, но не страдающих ПЛР. Матери коморбидных пациентов были склонны к более частому употреблению спиртных напитков во время беременности по сравнению с матерями больных с простой зависимостью. Они были более импульсивными и не могли контролировать употребление алкогольных напитков на фоне повышенного влечения. Проблемный детский опыт отмечался чаще у пациентов с «двойным диагнозом» [169].

В литературе подробно документировано пагубное влияние ПЛР на течение болезней зависимости. Описывается более частое употребление инъекционных наркотиков, более высокие показатели совместного использования игл, более высокая вероятность попыток суицида, более слабое общее психологическое здоровье и неудовлетворительные результаты лечения синдрома зависимости [25;

95; 127; 160; 179]. Коморбидные пациенты (АЗ и ПЛР) отличались от некоморбидных зависимых тем, что имели большее количество психопатологических симптомов, более раннее начало и более серьезные симптомы зависимости. Они чаще употребляли другие лекарственные препараты, чаще прибегали к попыткам самоубийства, имели более короткие ремиссии на фоне частых рецидивов, показывали худшие результаты лечения и, соответственно, неблагоприятный долгосрочный прогноз течения зависимого расстройства [70; 179]. Они демонстрировали высокую поведенческую расторможенность, связанную с последующим возвращением к употреблению тяжелых наркотиков и алкоголя [75]. Клинические данные свидетельствуют о более тяжелом течении зависимости от алкоголя у пациентов с ПЛР: высокий темп прогрессивности, увеличенная частота алкогольных психозов и аутоагрессивных проявлений, потреблением суррогатов алкоголя [19; 20; 45].

С другой стороны, Fein G. и Nip V. [105] показали, что симптомы ПЛР (не само ПЛР) не препятствуют поддержанию выздоровления у пациентов с зависимостью от алкоголя, которые смогли отказаться от его употребления как минимум в течение шести недель, а в сообществах, длительное время воздерживающихся от употребления алкоголя и ПАВ, симптомы ПЛР являются нормой.

Считается, что злоупотребление алкоголем и ПАВ негативно влияет и на симптомы ПЛР. Увеличивает частоту эпизодов аутоагрессивного и саморазрушающего поведения [75], повышает импульсивность и снижает результативность лечения в среднесрочной и отдаленной перспективе [64; 69]. Однако ряд исследователей убедительно доказывают, что на фоне злоупотребления ПАВ не происходит утяжеления симптомов ПЛР [95], что лечение ПЛР и редукция ее специфических симптомов после краткосрочного (10-сессий) лечения значимо не отличалась в обычной и коморбидной группах [100].

В этой связи следует подчеркнуть, что к настоящему времени все еще существует потребность исследовать клиническую картину синдрома

зависимости этого коморбидного расстройства у разных контингентов пациентов, в особенности у пациентов с разными типами ПЛР.

Интересен синэргизм АЗ и ПЛР в контексте суицидального и саморазрушающего поведения, считающегося одним из основных симптомов ПЛР [25]. Так, пациенты, страдающие АЗ, достоверно чаще совершают летальные суициды, а среди контингента умерших суицидентов доля зависимых от алкоголя составляет от 30 % до 60 % [7; 48; 49; 51; 52; 54; 142]. По данным Kõlves K. с соавт. (2006), 68 % мужчин и 28 % женщин, совершивших летальный суицид, имели критерии алкогольного злоупотребления и зависимости [185]. По данным Dambrauskiene K. с соавт. (2018), 70,9 % мужчин и 43,2 % женщин, совершивших суицидальные попытки в Литве, были проблемными пьяницами [79]. У лиц с АЗ риск самоубийства в 60-120 раз выше, чем у людей без психиатрического диагноза [173]. Причины столь частого аутоагрессивного поведения у зависимых от алкоголя лиц связывают с импульсивностью, депрессией и низким уровнем серотонина [75], что отмечается у больных с ПЛР [193]. Частота суицидов у больных с клинически выраженным ПЛР в 400 раз выше, чем среди населения в целом [162]. Сочетание АЗ и ПЛР увеличивает риск суицида [45; 62; 157]. Preuss U.W. и сотрудники [180], обследовав 376 зависимых от ПАВ лиц, определили, что алкоголики с коморбидным ПЛР и депрессией наиболее опасны в суицидологическом отношении, особенно, если они проживают в одиночестве. Авторы заключают, что психотерапевтические стратегии, возможно, должны быть адаптированы для лечения этой группы высокого риска [161; 180]. Наибольший риск самоубийства имеют пациенты с парасуицидами в анамнезе и употреблением алкоголя и ПАВ [181]. Повышенный риск самоубийства коморбидных пациентов связан также с импульсивностью и нарушением суждений, что превращает суицидальный акт с низким уровнем намерения умереть в летальный [131; 157; 189].

С другой стороны, было определено, что наиболее суицидогенным сочетанием для пациентов с ПЛР, является сочетание его с антисоциальными чертами, импульсивностью, но не с сопутствующим аффективным расстройством, АЗ или

злоупотреблением ПАВ [170]. Этот же коллектив авторов уже в 2005 году [118] нашел, что пациенты с ПЛР совершали высоколетальные попытки, если они были старше, имели детей, низкое образование и социально-экономический статус, большее число предшествующих попыток суицида и дней госпитализации. У них с большей вероятностью диагностировались: большое депрессивное расстройство, антисоциальное расстройство личности и семейная история злоупотребления ПАВ. Авторы замечают, что пациенты с большим риском завершить суицид летально скорее похожи на контингент, составляющий группу завершённых суицидов, а не на специфический контингент ПЛР. Большую суицидоопасность ПЛР в сочетании с антисоциальными характеристиками в свое время определял и M. N. Stone [178].

Следующий момент сходства АЗ и ПЛР представляет значительный интерес, поскольку именно он обуславливает трудности терапии этих расстройств. И пациенты с АЗ, и пациенты с ПЛР своеобразно используют одни симптомы своих расстройств для лечения других, что для АЗ с сопутствующей депрессией описывается «теорией самолечения» [150; 166]. Например, Oumaya M. и соавт. (2008) описывает соотношения несуйцидальных самоповреждений, часто встречающихся у пациентов с ПЛР, и самоубийств [162]. Самоповреждение называют «поведенческой специальностью пограничного больного» [114]. Самоповреждение представляет собой акт разрушения тела, сделанный неслучайно, но без цели умереть. [114]. Нанесение себе повреждений часто встречается у пациентов с ПЛР (50-80 % кейсов). Пациенты склонны к повторным самоповреждениям; так более половины самоповреждений совершают всего 41 % пациентов. Самыми распространенными самоповреждениями являются порезы кожи конечностей; также встречаются механические повреждения (удары головой), прижигания, укусы щек и языка. Функции самоповреждения изменчивы: оно помогает избавиться от депрессии, уменьшает стресс, «требует» помощи от других людей, а также от терапевтов, и выражает эмоции символическим образом. Отношения между самоубийством и самоповреждением иногда парадоксальны. Некоторые исследователи рассматривают нанесение

самоповреждений как защиту против возможного самоубийства, поэтому авторы называют самоповреждение «очаговым суицидом» или ослабленной формой самоубийства. В этом смысле, причинение увечья может трактоваться и как антисуицидальный акт. Он позволяет больным интегрировать свое «Я» и почувствовать «себя живым». Если самоповреждение приносит столь существенное улучшение состояния, то суицидальный риск не повышается. Использование самоповреждения в качестве фактора облегчения и повышения настроения, по мнению ряда авторов, похоже на аддиктивное поведение [183]. В то же время, большинство авторов относят самоповреждение к факторам риска суицида на том основании, что пациенты с самоповреждениями совершают попытки самоубийства в два раза чаще [114; 125; 181]. Повторяющиеся увечья могут усилить дисфорию, которая может быть ослаблена только суицидальным актом. Пациенты испытывают больше чувства депрессии и безнадежности, они более агрессивны и аффективно нестабильны, недооценивают летальность своего поведения и, наконец, их беспокоят мысли о самоубийстве в течение более длительного времени [162].

Таким образом, обобщая эту часть литературного обзора, следует заметить, что анализ доступных нам литературных источников по вопросам коморбидности ПЛР и алкогольной зависимости оставляет для изучения ряд актуальных вопросов, а именно:

- 1) поиск клинических различий между группами пациентов с АЗ, сочетающейся с различными типами ПЛР;
- 2) изучение аутоагрессивных актов у пограничных пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя, с целью определения возможных подходов к их профилактике и психотерапии [179].

#### **1.4. Лечение комбинированной патологии. Лечение пограничного личностного расстройства**

В связи с ростом коморбидной патологии (ПЛР и АЗ) приоритетным направлением в оказании наркологической помощи становится раннее выявление и комбинированное лечение пограничного личностного расстройства с целью профилактики развития в будущем наркологической патологии [81].

Известно, что симптомы, характерные для ПЛР, впервые появляются в раннем пубертате, и уже в позднем пубертатном периоде завершается формирование клинического синдрома. По мере физического и ментального созревания психопатологические личностные черты могут исчезнуть или скомпенсироваться до степени «выздоровления» [84; 159; 173]. Основой ПЛР являются трудности отделения от родительской семьи и формирование собственной идентичности в пубертатном возрасте [134].

ПЛР имеет различные степени тяжести, что может выражаться в их подтипах [112]. Степень тяжести также зависит от качества отделения от матери и формирования индивидуальности и самостоятельности в соответствующие периоды психосексуального развития [114]. Люди с ПЛР легкой степени либо мало обращают на себя внимание, либо успешно преодолевают трудности и хорошо адаптируются по мере созревания мозга и психики [101; 157]. Средняя и тяжелая степени ПЛР требуют оказания специализированной медицинской и психологической помощи, особенно при злоупотреблении алкоголем. Поэтому разработка новых и эффективных методов терапии ПЛР, осложненной алкогольной зависимостью, до сих пор остается актуальной проблемой, решение которой значительно бы повысило качество жизни пациентов.

Принципы «ДОБРОСОВЕСТНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ» (Good Psychiatric Management) лежат в основе действенного лечения ПЛР [109; 114; 115]. Эти принципы включают в себя психиатрическое «ведение случая», психофармакотерапию и психотерапию.



При психотерапии используются различные методологические подходы. Так, при ориентации терапевта на когнитивно-поведенческий подход у пациента формируется установка на выздоровление (саногенное мышление), проводится тренинг преодоления стресса, тренинг асертивности. Если терапевт ориентирован на аналитическую парадигму, лечение конфронтирует агрессивное и аутоагрессивное поведение и направлено на анализ трансфера и контртрансфера. При использовании психообразовательного подхода задачей терапевта является повышение общей медико-психологической грамотности, а также повышение инсайтов в отношении собственного расстройства и его возможных последствий.

В любом случае необходимо верифицировать психиатрический диагноз и составляющие его симптомы и синдромы. Следует учитывать и сопутствующую, в том числе, наркологическую патологию.

Согласно рекомендациям АПА, психотерапия – основной метод лечения ПЛР [62]. Ниже перечислены рекомендуемые АПА и признанные эффективными методы [62; 127; 190; 199].

### **Терапия с опорой на ментализацию**

Ментализация подразумевает способность человека к пониманию своих и чужих (других людей) психических состояний при попытках объяснить поведение [8; 32]. Психотерапия формирует навыки ментализации для улучшения расстроенной при ПЛР коммуникации с другими людьми [8; 66]. В задачи психотерапии входят также обучение пациента контролировать (гнев, отчаяние, ярость, обиду), правильно узнавать и выражать свои чувства. Психотерапия способствует установлению гармоничных отношений с другими людьми и особенно с близкими.

Исследования практического использования этой методики показали ее преимущества по сравнению с общепринятой [115] методологией лечения ПЛР. Так при пятилетнем катамнезе в группе пролеченных пациентов было

продемонстрировано значимые уменьшение симптоматики ПЛР и снижение частоты суицидальных интенций.

Использование терапии с опорой на ментализацию и ее включение в комплексное лечение пациентов с ПЛР привело к сокращению сроков амбулаторного психиатрического лечения с 3,5 до 2 лет. В связи с этим пациентам с ПЛР понадобилось меньше лекарственных препаратов на фоне уменьшения сроков их приема [115].

### **Терапия, сфокусированная на переносе (ТСП)**

ТСП как вид аналитической психотерапии [22; 123; 124] использует соответствующую теорию патогенеза ПЛР. Так, «Я» страдающих от ПЛР разделяется на диады (диады состоят из части объекта и части «Я») особым образом: отрицательные преследующие объекты, например, «нехорошая мать», соединяясь с «Я» пациента, обуславливают ощущение себя жертвой родителя-преследователя, тогда как «хороший объект», соединяясь с соответствующим «Я» пациента, обуславливает ощущение им всемогущества при поддержке идеализированных родительских фигур. У пациентов с ПЛР, таким образом, имеется нарушение непрерывности и амбивалентности «Я», и они не могут адекватно реагировать на поведение окружающих лиц. Так, безразличное выражение лица «другого» принимается ими за враждебное с последующей соответствующей неожиданной для «другого» негативной защитной реакцией.

Причина сплиттинга, как утверждают терапевты ТСП, кроются в дисгармоничных детско-родительских отношениях пациентов и в их детском травматическом опыте. На сеансе терапии поощряется трансфер травмы в настоящее состояние с ее последующей переработкой и интерпретацией. Пациенты интегрируют травму и начинают осознавать особенности своего внутреннего мира и мира других людей. Понимание и осознание приводит к контролю за поведением по типу сдерживания импульсивных и аутоагрессивных поведенческих проявлений.

Преимущество ТСП по сравнению с другими видами терапии (например, по сравнению с диалектической бихевиоральной психотерапией и поддерживающей психоаналитической психотерапией) [103] заключается в нормализации коммуникаций с членами семьи.

### **Диалектическая бихевиоральная терапия (ДБТ)**

ДБТ предложена Маршей Лайнен и ее коллегами [25; 26; 131] для терапии пациентов с ПЛР. Терапевты ДБТ считают, что эти пациенты имеют врожденную биологическую предрасположенность к трудностям установления доверительных взаимоотношений с родителями и, следовательно, нарушению всех форм межличностной коммуникации. Поэтому «диалектичность» является философией ДБТ: когда стремление пациента к изменению многочисленных поведенческих проблем и улучшению общего функционирования поощряется пониманием неизбежности трудностей и ограничений жизни [94].

ДБТ проводится в форме индивидуальных и групповых запланированных тренингов и дополняется телефонной поддержкой. Фокус для ДБТ – имеющаяся аффективная дисрегуляция. Вместе с тем большое значение уделяется нормализации детского опыта травмы в ходе эмоционально насыщенных терапевтических встреч, обучению решению проблем и тренингу навыков. Особенно важным является реабилитация поврежденной логической способности мышления к построению каузально-следственных связей. Много внимания уделяется конфронтации неумения (нежелания) устанавливать временные, дистанционные, внутриличностные и межличностные границы.

В ряде исследований эффективности ДБТ, соответствующих современным требованиям их осуществления, было констатировано преимущество ДБТ над другими методами терапии у пациентов со стремлением к самоубийству и самоповреждению. Это происходило за счет снижения числа и тяжести попыток самоубийства и самоповреждений, повышения приверженности пациентов к психотерапии в индивидуальном формате и уменьшению продолжительности

стационарного лечения. Пациенты поддерживают терапевтические отношения значительно дольше, чем в ходе других форм психотерапии, вследствие чего у них снижаются все виды импульсивного и аутоагрессивного поведения [93; 94; 115].

### **Схема – терапия Янга**

Схема-терапия Дж. Янга или схема-ориентированная терапия (СТ) предназначена для психологической коррекции нарушенных (неадекватных) схем жизни у клиентов с ПЛР [197]. Авторы выделяют четыре дисфункциональные когнитивные схемы, происхождение которых связывают с травматическим детским опытом пограничных пациентов. К ним относятся следующие схемы: невовлеченный защитник, наказывающий родитель, оставленный / обиженный ребенок, гневный / импульсивный ребенок.

Терапевтическими мишенями для СТ являются дезадаптивные схемы, которые изменяются в ходе лечебного вмешательства. Психотерапия уделяет особое внимание неудовлетворенным в достаточной мере потребностям. К последним относятся такие потребности как, потребность в безопасности, компетентности, автономности, в адекватном сдерживании и контроле импульсов и др. [44; 197].

Метод СТ больше комбинированный, состоящий из когнитивно-поведенческих, транзактно-аналитических и психодинамических подходов. Основным техническим приемом служит парентинг, метод, заимствованный из транзакционного анализа, когда врач становится родительской фигурой и начинает работу по удовлетворению фрустрированных потребностей, а также в недирективной и в ненаступательной манере противостоит искаженным когнитивным схемам клиента [44; 197].

## Психоаналитические терапевтические техники

Психоанализ, как метод терапии ПЛР, широко применяется в контексте лечения расщепленного Эго или «Я». Основная цель – преодолеть расщепление и интегрировать «Я». Считается, что пограничный пациент интериоризирует в психику образы «плохой» и «хорошей» матери или образы «отрицательного» и «положительного» объектов. Следовательно, в психике пациента не содержится целый образ «амбивалентной» матери. Части плохого и хорошего объекта соединяются с соответствующими частями «Я» клиента, образуя диады. Диады разделены мощным и токсичным аффектом – «депрессией заброшенности» или «депрессией оставленности» – аффектом, который ребенок испытывал во время разлуки с матерью в возрасте 18-36 месяцев.

Сплиттинг приводит к «черно-белому» мышлению и представлению об окружающем мире. Он также способствует отыгрыванию в поведении составляющих депрессию оставленности аффектов: гнева, желания суицида, отчаяния, тоски. Пациент не говорит об овладевающих им чувствах и не просит помощи терапевта, а через поведенческие импульсивные (переедание, избегание, промискуитет, употребление ПАВ) и аутоагрессивные (попытки суицида, самоповреждения) действия стремится уменьшить дискомфорт. Терапевтическая помощь, напротив, состоит в переживании чувств депрессии оставленности в безопасном пространстве терапевтической комнаты. Аналитик прибегает к конфронтации поведенческих отыгрываний и избегания чувств, приглашая клиента их выразить. По мере повторной (снова и снова) экспрессии и вербализации подавленных и неосознаваемых чувств на фоне поддержки аналитика или поддержки членов терапевтической группы пациент формирует навыки осознания и совладания с «плохими» и «хорошими» переживаниями одновременно. Ему становится доступным восприятие расщепленных частей объекта и переживание их как единого, реального и амбивалентного объекта. Формируется и целостное чувство Самости, а депрессия оставленности либо

нивелируется, либо переживается с осознанием и контролем аффектов, которые по мере экспрессии становятся все слабее и переносимее [17; 137; 138].

Интеграции расщепленного Эго, по мнению представителей школы Джеймса Мастерсона [17; 137; 138; 139] способствуют следующие принципы терапии:

- 1) трансформация установившейся в кабинете терапевта атмосферы доверия и безопасности в реальные условия жизни пациента;
- 2) терапевт должен обладать толерантностью к проявлениям негативных чувств пациента, уметь приглашать клиентов к заключению контрактов на «не-самоубийство и на не нанесение самоповреждений»;
- 3) использование «переходного объекта»; терапевт «дарит» клиенту любую вещь, которая напоминает пациенту о терапевте в его отсутствие, так что у клиента формируется образ терапевта – как «постоянного внутреннего объекта», пациент использует этот образ, опираясь на него, выражая негативный аффект к матери, противостоя внутренней критике;
- 4) терапевт способствует ментализации и развитию способностей собственного эго пациента;
- 5) терапевт поощряет попытки сепарации и автономии пациента в реальной жизни, помогает конфронтировать «карающие объекты» в его психике, способствует изменению взгляда на прошлые детские события.

Интегративная направленность аналитических методов влияет на повышение результативности лечения пограничных пациентов [44]. Психоаналитическое лечение длительное, дорогое, требует устойчивости и терпения от обоих участников терапевтического процесса [156; 198].

Чатем в отношении пациентов с ПЛР говорил: «Я заметил, что к концу процесса изменения пациенты часто с удивлением осознают, что на ранних этапах психотерапии некоторые вещи расстраивают или травмируют их достаточно сильно, чтобы вызвать различные степени аберрантного поведения. В принципе, подлинное улучшение состояния пограничных пациентов может начаться только тогда, когда будут вскрыты и отброшены примитивные защитные механизмы и интернализованные патологические объектные отношения. Пациенты должны

признать, что они могут жить в мире без этой патологии, потому что теперь они продвинулись вперед в психологическом развитии. Но чтобы добраться до этой точки, иногда требуется очень длительный период интенсивной психотерапии» (Chatham, 1989, с. 420 – цит. по [193]).

Отто Кернберг подчеркивает, что успешность долгосрочной терапии у пациентов с ПЛР во многом обусловлена подготовленным, квалифицированным специалистом, который контролирует свою враждебность и не является нарциссическим. Поэтому поиск нужного терапевта играет решающую роль [22]. Однако многие, если не большинство психотерапевтов, сознательно или бессознательно отсеивают клиентов с расстройствами личности [193]. Психотерапевты быстро понимают, что прогресс, достигнутый пациентами с ПЛР в терапии, непропорционален количеству страданий, которые они причиняют терапевту, в том числе еще и потому, что пациенты с расстройствами личности имеют склонность к судебным разбирательствам со своим терапевтом, инициируемым воспоминаниями о трудном детстве и жестоком обращении, а также попытками самоубийства [116; 193].

Исходя из вышеизложенного, М.С. Zanarini предлагает использовать для лечения краткосрочные, интенсивные терапевтические вмешательства [198].

### **1.5. Лечение пациентов с сочетанием ПЛР и АЗ**

В этой главе описаны методы для лечения комбинированной патологии.

Основные направления для лечения зависимых пациентов с ПЛР установил еще М. N. Stone [178]. К ним он относил следующие направления работы.

(1) Смена семейного окружения на безопасное и поддерживающее для пациента с ПЛР, если его родители активно употребляют психоактивные вещества и практикуют насилие.

(2) Психотерапия аутоагрессивного поведения.

(3) Поощрение пациента для участия в группах Анонимных Алкоголиков (АА) с целью получения пациентом постоянной социальной и эмоциональной групповой поддержки.

Интересно отметить, что исследование результатов терапии 363 зависимых пациентов с или без ПЛР, пролеченных методами семейной терапии, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и с использованием поддерживающей терапии в амбулаторном сеттинге, не обнаружило различий в терапевтической эффективности по критерию снижения употребления наркотиков или алкоголя, а также не показало отличий по этому критерию в связи с присутствием или отсутствием в группах пациентов с ПЛР [155].

В другом исследовании по датской программе PETAD (Personality-guided Treatment for Alcohol Dependence), напротив, было продемонстрировано, что комбинация КПТ для лечения алкогольной зависимости в сочетании с лечением ПЛР значимо сказывалась на увеличении длительности ремиссии АЗ [154].

Измененная версия ДБТ (ДБТ-С) используется для лечения лиц с коморбидной патологией (ПЛР с АЗ). Метод учитывает аддиктивное расщепление «ума» употребляющих ПАВ на «чистый ум» и «ум потребителя ПАВ» так, что терапия стимулировала воздержание от употребления и получение наслаждения от «чистого ума» с учетом того, что каждый пациент знал о своей второй проблемной и провоцирующей рецидив части и мог регулировать ее активность [132]. В свое время Ю.В. Валентик предложил рассматривать личность алкоголика как состоящую из «алкогольной» и «нормативной» частей [12; 13]. Он предложил метод континуальной терапии АЗ, где стационарный этап сменялся амбулаторным с учетом смены личностных частей зависимого [132]. ДБТ-С сравнивалась с традиционной КБТ у женщин, имеющих комбинацию ПЛР и злоупотребление алкоголем и ПАВ (28 человек). Результаты показали, что пролеченные ДБТ-С демонстрировали бóльшую приверженность к лечению (64 %), чем пролеченные КПТ (27 %): они дольше не покидали терапевтического поля и воздерживались от употребления, будучи под контролем интервью и неожиданных для них тестов на присутствие наркотиков и алкоголя в



биологических жидкостях. Также у пациенток в обеих группах улучшились показатели функционирования в социуме [92].

Приверженцы схема-терапии предложили свой вариант лечения для коморбидных пациентов под названием двухфокусная схема-терапия (ДФСТ) [65]. ДФСТ представляет собой вариант ДПТ продолжительностью в 24 недели, обеспечивающую профилактику рецидивов употребления алкоголя или/и наркотиков [80], путем лечения когнитивных искажений и усиления копинговых стратегий [197]. Вместе с тем, ДФСТ на контингенте из 105 пациентов не показало преимуществ по сравнению с общепринятыми методами психотерапии пациентов с личностными расстройствами и приемом алкоголя и ПАВ. В особенности это касалось пограничных, параноиков и антисоциалов. Индивидуальный формат традиционной психотерапии выглядел более предпочтительным в плане снижения поведенческих нарушений у этих пациентов [167].

Другим вариантом терапевтических интервенций для коморбидных пациентов является динамическая деконструктивная психотерапия (ДДП). Теория ДДП основана на гипотезе наличия у пациентов с ПЛР нейрокогнитивных нарушений, а именно – ослабленной возможности распознавать и разделять аффективный экспириенс других людей (ассоциация), невозможности логически устанавливать и доносить до других причины своих поступков или поступков окружающих лиц (атрибуция), слабой потенции к изменению своих взглядов на реалистичные (изменчивость) [57; 108]. ДДП направлена на исправление и стимуляцию нейрокогнитивных способностей человека через оптимизацию межличностных отношений и снижения аффективной напряженности. ДДП использует индивидуальный часовой еженедельный формат на протяжении года-полутора лет. За это время терапевты добиваются у пациентов хорошего лечебного альянса, интеграции разнонаправленных нереалистичных атрибуций по отношению к своей личности и личности других людей, принятия и осознания границ своих возможностей и возможностей других людей, безболезненной сепарации от психотерапевта [109]. Проводилось сравнительное изучение эффективности ДДТ

по сравнению с традиционной моделью, состоящей из психофармакотерапии, индивидуальных терапевтических сеансов в отношении зависимости, посещения групп АА коморбидными пациентами [57; 109]. Было показано, что эффективность комплексной традиционной терапии была выше, хотя и дороже, чем ДДП в течение первого года [109]. При продолжении лечения до 18 и 30 месяцев пациенты ДДП продемонстрировали большую гармонизацию структуры своей пограничной личности, что повлекло снижение необходимости рекреационных выпивок (для облегчения аффекта депрессии) [57; 109].

Рядом исследователей и практиков были предложены и изучены интенсивные краткосрочные курсы лечения ПЛР в сочетании с зависимостью от ПАВ. Мишенями для лечения были эмоциональная нестабильность и аффективно-булимические расстройства [98; 100; 129]. Эти работы показали, что интенсивная терапия патологических личностных особенностей уже с первых сессий в короткие сроки приводит к совладанию с крэвингом и снижению употребления ПАВ и алкоголя [190]. Похожие данные приводят авторы [86], ссылаясь на рандомизированное шестимесячное исследование 243 зависимых от алкоголя женщин с ПЛР, утверждая, что терапия, адресованная к личностным особенностям пациенток, достигает эффекта воздержания от алкоголя в 23 % случаев, тогда как стандартная терапия зависимости (без учета личностных особенностей) – только в 11,4 %.

Краткосрочную (10 терапевтических сессий) программу, основанную на Добросовестном Психиатрическом Лечении (GPM) [110; 115], предложили авторы [100] для пациентов с зависимостью от ПАВ с ПЛР. Они продемонстрировали способность этой программы добиваться удовлетворительных результатов для ПЛР вне зависимости от вида употребляемого ПАВ. Этот метод был рекомендован в качестве начального этапа терапии коморбидных больных для вовлечения их в долгосрочные лечебные программы. Также GPM, дополненный техниками повышения мотивации, снижает остроту социальных проблем у коморбидных пациентов, что сказывается на результатах их долгосрочной терапии [99].

Обсуждаются варианты психофармакотерапии зависимых от ПАВ пациентов с сопутствующим ПЛР. Противосудорожные и антипсихотические препараты второго поколения способны снизить интенсивность клинических симптомов и синдромов ПЛР, особенно влияя на аффективную нестабильность, а также обладают выраженным антикрейвинговым эффектом, уменьшая частоту потребления ПАВ. В этом отношении выделяются топирамат и арипипразол [190]. Антиалкогольные препараты – дисульфирам и налоксон одинаково эффективны для снижения влечения к алкоголю и ПАВ как у пациентов с ПЛР, так и без сопутствующего расстройства личности. Аутоагрессивные выпивки на фоне дисульфирама, о которых сообщает ряд авторов, не были столь часты, чтобы пренебрегать этим видом лечения для импульсивных зависимых пациентов с ПЛР [184].

В заключение литературного обзора следует отметить тот факт, что большое число авторов настаивают на долгосрочных и дорогостоящих терапевтических программах для зависимых с сочетающимся ПЛР, где комплайентность пациента, его лояльность и образованность в области психологии играют не последнюю роль.

Также отмечают, что необходимо направлять усилия на лечение каждой составляющей коморбидной патологии этого типа, что положительно будет сказываться и на приверженности к долгосрочной терапии зависимости, и на оптимизации личностной структуры ПЛР [51; 177].

Комплексность терапии сочетанной патологии, а именно рациональная комбинация психотерапии и психофармакотерапии, не подвергается сомнению. Вместе с тем, имеется потребность в амбулаторных, быстрых, новых и эффективных методах, позволяющих мотивировать коморбидных пациентов к участию в реабилитационных программах и терапевтических сообществах [39, 158, 179].

## ГЛАВА 2

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 2.1. Общая характеристика обследованных больных

Диссертационное исследование проводилось на базе стационара ННЦ Наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации и наркологической клиники ООО «Клиника Спасение» с 2018 по 2020 год. Общее число обследованных составило 68 пациентов. Этический комитет ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» одобрил проведение исследования, которое было ориентировано на принципы «Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации». Каждый пациент давал информированное согласие в письменной форме на участие в исследовании и обработку индивидуальных данных.

**Критериями включения** в исследование стали:

- (1) наличие АЗ;
- (2) наличие ПЛР при его сочетании с АЗ;
- (3) мужской пол;
- (4) возраст от 18 лет до 65 лет;
- (5) добровольное информированное согласие.

**Критерии невключения** пациентов в исследование:

- (1) синдром зависимости от других ПАВ;
- (2) наличие коморбидных по отношению к АЗ тяжелых психических расстройств;

(3) отсутствие информированного добровольного согласия или его отзыв в процессе или после завершения работы (Федеральный закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.).

Участники были разбиты на две группы:

- группа 1 – основная – пациенты с АЗ, ассоциированной с ПЛР (28 человек);
- группа 2 – контрольная – пациенты с АЗ без диагноза ПЛР (40 человек).

В основной группе были выделены:

- пациенты с импульсивным типом ПЛР (подгруппа 1.1. – 9 человек);
- пациенты с пограничным типом (подгруппа 1.2. – 19 человек).

Диагностика АЗ и ПЛР проводилась по критериям МКБ-10, при этом учитывалось, что описанные в DSM-5 критерии ПЛР в МКБ-10 соответствуют «пограничному типу» (F60.31) и «импульсивному типу» (F60.30) «эмоционально-лабильного расстройства личности» (F60.3). В классификации МКБ-10 критерии ПЛР, описанные в DSM-5, соответствуют «пограничному типу» (F60.31) и «импульсивному типу» (F60.30) «эмоционально-лабильного расстройства личности» (F60.3). В МКБ одиннадцатого пересмотра диагноз «эмоционально-лабильного расстройства личности» удален; вместо него включен «пограничный личностный паттерн» [56] с соответствующими настоящему «эмоционально-лабильному расстройству личности» критериями (ICD-11, December, 2018) [56]. Поэтому, выполняя работу в переходный от МКБ-10 к МКБ-11 период, мы использовали действующие критерии классификации 10 пересмотра.

К импульсивному типу пограничного личностного расстройства были отнесены пациенты, которые кроме общих признаков расстройства личности (F60) имели три признака из перечисленных ниже (обязателен признак номер два):

- 1) выраженная тенденция действовать неожиданно, не принимая в расчет последствия;
- 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;
- 3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций;

- 4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;
- 5) нестабильное и капризное настроение.

К пограничному типу были отнесены участники, имеющие общие критерии (F60), а также признаки импульсивного типа (три признака) и два – из перечисленных ниже:

- 1) расстройство и неопределенность образа «Я», целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);
- 2) склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;
- 3) чрезмерные усилия избегать уединения;
- 4) периодические угрозы и акты самоповреждения;
- 5) хроническое чувство пустоты.

Диагностика АЗ и ПЛР проводилась клинико-психопатологическим методом. Все полученные в ходе интервью сведения заносились в «Анкету оценки больного», разработанную в ФМИЦПН им. В.П. Сербского и ННЦ наркологии (приложение 1). Для объективизации полученных сведений изучалась доступная медицинская документация, проводились беседы с родственниками, анализировались диктофонные записи бесед с пациентами, сделанные с их добровольного информированного согласия.

Диагностика аутоагрессивных феноменов проводилась на основе критериев, изложенных в пособии для врачей «Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью» (Утверждено секцией по наркологии УС Минздрава РФ, 05.03.2000) [50].

Сегрегация пациентов в зависимости от возраста представлена в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1

## Распределение пациентов по возрасту

Возраст (лет)	Основная группа (АЗ, ассоциированная с ПЛР) N=28 (100 %)	Контрольная группа (АЗ без диагноза ПЛР) N=40 (100 %)	Среднее по всем обследованным N=68 (100 %)
До 20 лет	6 (21,4 %)	4 (10 %)	10 (14,7 %)
21-30 лет	15 (53,6 %)	18 (45 %)	33 (48,5 %)
41-50 лет	5 (17,9 %)	14 (35 %)	19 (27,9 %)
51-60 лет	2 (7,1 %)	4 (10 %)	6 (8,9 %)
Среднее	32,3 (7,23)	41,1(8,7)	37,8 (9,6)

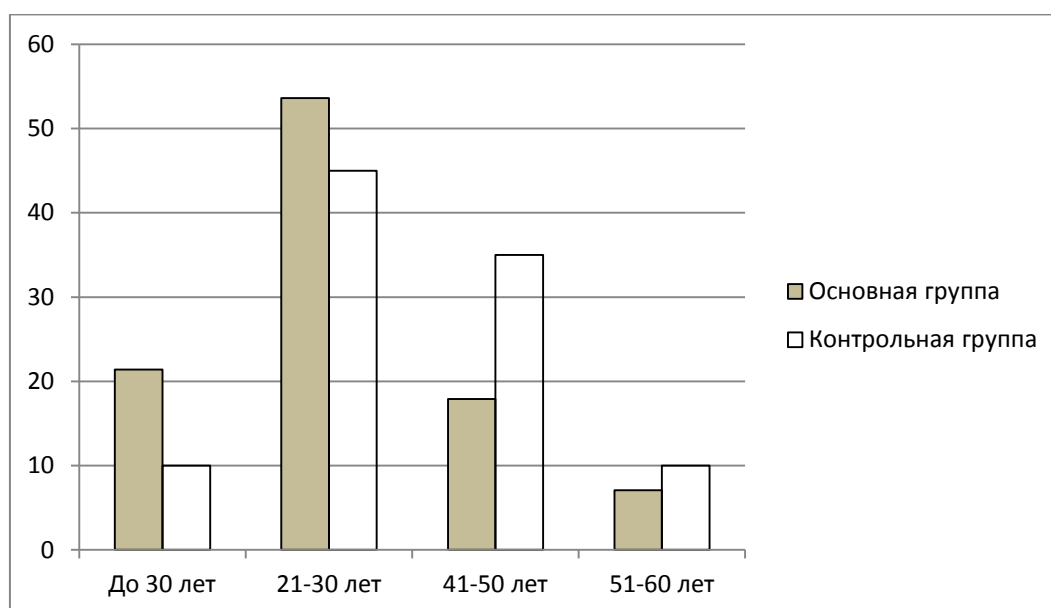


Рисунок 1. Возрастной состав обследованных пациентов

Как видно из таблицы 1, в основной группе преобладали пациенты более молодого возраста, что сказалось на достоверном отличии этой группы в среднем по возрасту (33,5 лет против 41,54 лет,  $p = 0,0001$ ).

## 2.2. Методы исследования

В диссертационном исследовании применялись клинико-анамнестический и клинико-катамнестический (сбор анамнеза и катамнеза) методы, клинико-психопатологический, экспериментально-психодиагностический и математико-статистический методы исследования.

Использовались следующие психометрические методы исследования:

- «Опросник SOCRATES или Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться» [143] для оценки мотивации к изменению;
- определение Коэффициента Суицидальной Опасности (КСО) [30; 31];
- количественный анализ высказываний пациентов «за» и «против» изменения зависимого поведения проводился по опубликованной методике контент-анализа [53; 175] с вычислением коэффициента согласованности мнений Kendall.

### **«Опросник SOCRATES или Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться» (8А версии)**

Опросник SOCRATES версии 8А [143] предлагался всему объему пациентов, поступающим на стационарное лечение (1 тест), и по окончании пребывания в стационаре (2 тест) с целью выявления динамики мотивации (повышения, уменьшения) к долгосрочной антиалкогольной терапии (приложение 2).

Используемый опросник применяется для количественного измерения мотивации к изменению аддиктивного поведения в иностранных [78; 89; 149; 168; 171] и отечественных исследованиях [2; 23; 42] и является достоверным и валидным. Опросник переводился на русский язык компетентным лингвистом, имеющим психологическое образование. Адаптированная на русский язык 8 версия опросника нами не использовалась, так как доступ к данной версии стал возможен только в 2018 году, когда она была опубликована [3].



В опроснике оцениваются три шкалы, соответствующие различным стадиям готовности к изменениям: «Признание» (Recognition), «Амбивалентность» (Ambivalence) и «Действие» (Taking Steps) (транстеоретическая модель изменений Прохазки Дж. и Диклемента К. [164; 165]). Значения шкал выражаются в баллах, которые получаются путем суммирования взвешенных значений соответствующих каждой шкале вопросов. Транстеоретическая модель изменений была описана Дж. Прохазка и К. Диклемента с целью показать, общую для всех видов зависимостей динамику перехода от стадии активного употребления ПАВ к стадии ремиссии [164; 165].

Повышение баллов, соответствующих «Признанию», указывает на осознание пациентом существующих алкогольных проблем, которые необходимо изменить. Повышение баллов, соответствующих «Амбивалентности» свидетельствует о наличии «борьбы мотивов» между желанием изменить зависимое поведение и желанием ничего не предпринимать. Повышение баллов, соответствующих «Действию», демонстрирует активную работу зависимого, который осознал проблему, преодолел колебания и предпринял необходимые для изменения шаги.

Тест SOCRATES оценивался в динамике. При первом измерении при поступлении на стационарное лечение по поводу синдрома отмены алкоголя констатировался некий исходный уровень мотивации пациента. При этом предполагалось, что при втором измерении после осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий значения теста будут изменяться в лучшую сторону, или не изменяться совсем, или по каким-то причинам ухудшаться. Ожидалось, что пациенты, которым проводилось провительное интервью, будут демонстрировать в отличие от пациентов контрольной группы, лучшую позитивную и статистически значимую разницу между баллами первого и последующего тестов, отражающими их позитивные намерения в отношении изменения зависимого поведения.

## Коэффициент Суицидальной Опасности

Коэффициент Суицидальной Опасности (КСО) представляет собой параметрическую величину, получаемую при обследовании пациентов с АЗ, предназначенную оценить вероятность возникновения у них суицидальной попытки [30; 31]. Опросник для установления КСО содержит семнадцать утверждений, подразумевающих ответы «Да» (1), либо «Нет» (0). Количественная значимость утвердительного ответа на вопрос определялась по формуле: « $1 \times n$ », где  $n$  – рассчитанный ранее коэффициент корреляции утвердительного вопроса с такими признаками классического аутоагрессивного поведения как «суицид», «попытка самоубийства», «суицидальные интенции». Если ответ «Нет», то значимость фактора равна нулю, и он не включается в общую сумму баллов КСО. Сумма всех полученных баллов и составляет коэффициент суицидальной опасности (приложение 3).

В таблице 2 приведен алгоритм распределения пациентов по различным группам сравнения и цели выделения групп.

**Таблица 2**

### Распределение пациентов по различным группам сравнения

№ гр	Описание группы	Чел.	Цель выделения группы
1.	Группа 1 – основная (АЗ+ПЛР)	28	Сравнение по социо-демографическим, клиническим и аутоагрессивным показателям
2.	Группа 2 – контрольная (только АЗ)	40	
3.	Подгруппа 1.1. (АЗ+импульсивный тип ПЛР)	9	Сравнение по социо-демографическим, клиническим и аутоагрессивным показателям
4.	Подгруппа 1.2. (АЗ+пограничный тип ПЛР)	19	

№ гр	Описание группы	Чел.	Цель выделения группы
5.	Подгруппа ПИ-1 (все пациенты с АЗ) + ПИ	37	Определение эффективности ПИ по тесту SOCRATES и клиническим критериям у пациентов с АЗ
6.	КГ-1 (все пациенты с АЗ) + ТБ	31	
7.	ПИ-2 (АЗ+ПЛР)+ПИ	17	Определение эффективности ПИ по тесту SOCRATES и клиническим критериям у пациентов с АЗ и ПЛР
8.	КГ-2 (АЗ+ПЛР)+ТБ	10	
9.	Подгруппа 1 (АЗ+ПЛР)	13	Сравнение подгрупп по частоте высказываний типа А, Б, В
10.	Подгруппа 2 (только АЗ)	12	
11.	Подгруппа А (пациенты с преобладанием высказываний типа А)	11	Сравнение по социо-демографическим, клиническим и аутоагрессивным показателям подгрупп пациентов, у которых преобладали высказывания типа А или типа Б
12.	Подгруппа Б (пациенты с преобладанием высказываний типа А)	8	

Примечания к таблице 2: ПИ – провитальное интервью; ТБ – традиционная беседа.

### **Исследование алкогольного расщепления путем анализа амбивалентных высказываний**

Алкогольное расщепление диагностировалось по результатам изучения противоречивых (амбивалентных) высказываний пациентов, полученных в ходе ответов и рассуждений в процессе ПИ. На первом этапе на диктофон записывались диалоги «пациент-психотерапевт». Были проанализированы 25 диалогов 25 мужчин с АЗ, из которых 13 имели ПЛР (подгруппа 1), и

12 больных АЗ без ПЛР (подгруппа 2). Высказывания пациентов оценивались с целью выявления в них фраз, свидетельствующих о наличии психологической защиты по типу отрицания [15], например, высказываний игнорирующих возможности какого-либо изменения в ходе психотерапии (высказывания типа А или высказывания «против» изменения алкоголь-зависимого поведения). Оценивались и положительные высказывания, в которых пациенты выражали надежду на изменение проблемного поведения, критиковали употребление алкоголя (высказывания типа Б или высказывания «за» изменение алкоголь-зависимого поведения).

Если соотнести данные типы высказываний с теорией алкогольного расщепления Ю.В. Валентика [12; 13], то тип высказываний А продуцирует «алкогольная часть» личности пациента, а тип Б – является продукцией нормативной части личности (приложение 4).

Анализ высказываний пациентов «за» или «против» изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ, проводился ранее с целью оценить эффективность мотивирующего интервью [119; 144; 145; 146] и в ходе доказательств амбивалентной теории аддиктивного влечения [12; 13; 60; 63; 77; 83; 187].

Терапевтические беседы психотерапевта с пациентом фиксировались на аудио-носитель, после чего перепечатывались. Полученный текст передавался на анализ четырем независимым экспертам, которые никогда не общались с этими пациентами и не работали в указанных стационарах. Эксперты проводили контент-анализ высказываний, относя их к разным типам по специальной методике [55; 179]. В представленном для экспертизы тексте они определяли высказывания А, Б и В типов, вычисляя процент этих высказываний-утверждений от объема записи беседы.

Дальнейшая математическая обработка, определение коэффициента конкордантности экспертных оценок Кендалла, разница между исследуемыми группами пациентов и корреляции определялись с помощью программного пакета «Statistika».

## Метод провитального психотерапевтического интервью

Краткий вариант ПИ был предложен как мотивирующий к дальнейшему прохождению долгосрочной терапии синдрома зависимости психотерапевтический инструмент [4] для повышения осознания типичных аутоагрессивных поведенческих и когнитивных стилей, свойственных конкретному пациенту.

Психотерапия с использованием ПИ (приложение 5) заключается в рассмотрении и анализе ответов больного на поставленные вопросы:

1. «Наблюдались ли Вы у психиатра?
2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством?
3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?
4. Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей? Были ли в Вашей семье трагические смерти родственников (самоубийства, убийства, несчастные случаи и др.)?
5. Для Вас характерно долго переживать вину?
6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?
7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? Были ли в течение последнего года особенно значимые для Вас потери?
8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?
9. Бывают ли у Вас эпизоды безысходности / беспомощности?
10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказам от пищи?
11. Подвергались ли Вы серьезному физическому насилию?
12. Наносили ли Вы себе физические повреждения?
13. У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?
14. Вас часто мучают угрызения совести?
15. Были ли у Вас черепно-мозговые травмы с потерей сознания?
16. Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?
17. Склонны ли Вы к неоправданному риску?» [4, с. 55-56].

Основные цели ПИ – установить и проработать суицидальные или несуйцидальные самодеструктивные стремления, стимулировать понимание аутоадеструктивной направленности зависимого поведенческого паттерна, а также пригласить больного к началу длительного серьезного лечения в стационаре, частных или государственных реабилитационных учреждениях или в группах самопомощи и самоподдержки анонимных алкоголиков.

### **2.3. Дизайн исследования**

Исследование осуществлялось через ряд этапов.

Первый этап проходил в стационаре. Там проводились диагностические мероприятия, устанавливался диагноз наркологического и психиатрического расстройств, а также лечение острой интоксикации или синдрома лишения, обнаруживаемых при поступлении в лечебное учреждение.

После получения от пациентов информированного добровольного согласия в соответствии с установленными критериями включения / невключения в исследование они принимались в исследование. Врач-исследователь заполнял «Анкету оценки больного».

После купирования клинических проявлений состояния интоксикации или синдрома отмены алкоголя с пациентами, которые поступили в стационар по понедельникам или по средам, проводилось ПИ с целью их мотивирования к прохождению долгосрочной терапии АЗ (группа ПИ-1, 37 человек). С пациентами, которые поступали в стационар по вторникам и четвергам, проводилась традиционная клиническая беседа (группа КГ-1, 31 человек), которая по времени соответствовала времени (60-90 минут), затрачиваемому на ПИ [42; 196]. Двадцать пять пациентов согласились записывать на диктофон ПИ и традиционную беседу.

В ходе ПИ и традиционной беседы также оценивались основные социально-демографические и клинико-динамические характеристики пациентов, оценивался их социально-демографический статус. Показатели больных,

составляющих основную и группу контроля, сравнивались между собой методами медицинской статистики по социо-демографическим, клиническим и суицидологическим критериям.

На этом же этапе до проведения ПИ и традиционной беседы пациенты заполняли первый раз (1 измерение) опросник SOCRATES, который в Российской Федерации и в мире признан инструментом оценки мотивации и эффективности психотерапии. Второе измерение по тесту SOCRATES проводилось перед выпиской пациентов из стационара. Результаты первого и второго измерения сравнивались по группам исследования методами медицинской статистики с целью оценить эффективность движения пациентов по стадиям изменений «Признания», «Амбивалентности» и «Действий» Дж. Прохазка и К. Диклементо (1984, 2013). Стадии изменений отражали динамику процесса изменения зависимого поведения и были описаны авторами [164], чтобы опровергнуть старую парадигму о том, что «изменение всегда радикально и прерывисто» [164, с. 13]. Предполагалось, что пациенты группы ПИ-1 покажут лучшую динамику по показателям теста (по сравнению с пациентами группы КГ-1), что может свидетельствовать о лучшей терапевтической эффективности ПИ в сравнении с традиционной беседой.

На следующем этапе исследования оценивалось влияние проведения ПИ и традиционной беседы на мотивацию пациентов продолжить лечение АЗ в долгосрочной терапевтической программе. Для этого пациенты группы ПИ и группы традиционной беседы сравнивались между собой по следующим показателям:

- досрочная «выписка вопреки совету врача»;
- «добровольное решение о продолжении долгосрочного лечения в отделении медицинской реабилитации»;
- «продолжение долгосрочного лечения в центре социальной реабилитации»;
- участие в программе «долгосрочной поддерживающей психофармакотерапии».

Данные показатели оценивались по результатам анализа медицинской документации, в процессе бесед с пациентом и лечащими врачами. Также учитывались данные катамнеза. Предполагалось, что пациенты, прошедшие ПИ, покажут лучшие результаты по исследуемым показателям по сравнению с пациентами группы ТБ.

На заключительном этапе исследования анализировались записанные на диктофон тексты ПИ для сравнительного выявления особенностей алкогольного расщепления личности у пациентов с АЗ, имеющих (группа 1) и не имеющих ассоциированное ПЛР (группа 2).



### ГЛАВА 3

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПЛР

Изучались особенности клиники АЗ у пациентов с ПЛР (основная группа или группа 1, n = 28) в сопоставлении с пациентами с АЗ без ПЛР (контрольная группа или группа 2, n = 40). Методами медицинской статистики указанные группы сравнивались между собой по социо-демографическим критериям и аутоагрессивным (отражающие суицидальные и несуйцидальные формы аутоагрессивного поведения, коэффициент суицидальной опасности) критериям.

При оценке социального статуса пациентов изучались уровень их образования и семейное положение. В обеих группах преобладали люди, имеющие среднее профессиональное образование (таблица 3).

**Таблица 3**

#### Распределение пациентов по уровню образования

Образование	Основная группа (АЗ, ассоциированная с ПЛР) N=28 (100 %)	Контрольная группа (АЗ без диагноза ПЛР) N=40 (100 %)	Среднее по всем обследованным N=68 (100 %)
Высшее профессиональное	9 (32,1 %)	12 (30 %)	21 (30,9 %)
Среднее профессиональное	15 (53,6 %)	24 (60 %)	39 (57,4 %)
Среднее	4 (14,3 %)	4 (10 %)	8 (11,7 %)

В группе пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, число таких пациентов составило 53,6 %, а в группе АЗ без диагноза ПЛР – 60 %.

Распределение пациентов по критериям, отражающим семейный статус, приведено в таблице 4.

Таблица 4

#### Распределение пациентов по семенному положению

Семейное положение	Основная группа (АЗ, ассоциированная с ПЛР) N=28 (100 %)	Контрольная группа (АЗ без диагноза ПЛР) N=40 (100 %)	Среднее по всем обследованным N=68 (100 %)
Состоит в браке	5 (17,9 %)	20 (50 %)	25 (36,8 %)
Холост и в браке не состоял	18 (64,2 %)	16 (40 %)	34 (50 %)
Разведен	5 (17,9 %)	4 (10 %)	9 (13,2 %)

Как видно из таблицы 4, семейный статус больных различался по группам. В основной группе (АЗ, ассоциированная с ПЛР) преобладали холостые люди, никогда не вступавшие в брак (64,2 %). В контрольной группе (АЗ без диагноза ПЛР) большинство составляли семейные пациенты, состоящие на момент обследования в браке (50 %). В основной группе число женатых и разведенных было одинаковым (по 17,9 %). В контрольной группе количество холостяков составило 40 %, а разведенных было всего 10 %.

Статистически значимые различия и близкие к ним различия по вышеприведенным критериям между основной и контрольной группой были сведены в таблице 5.

Таблица 5

**Социо-демографические характеристики пациентов основной и контрольной групп**

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p=; критерий
<b>Возраст</b>	<b>33,5;1,35 CI 30,7- 36,3</b>	<b>41,48;1,98 CI 37,4- 45,6</b>	<b>0,0001; U</b>
Образование, %			
Высшее	37,5	31	0,83; $\chi^2$
Среднее	45,8	51,7	Йетса
професс.	16,7	13,8	0,88; $\chi^2$
Среднее			Йетса
			1; ТКФ
<b>Холост, %</b>	<b>56,5</b>	<b>16,7</b>	<b>0,002; <math>\chi^2</math>*</b>
<b>Женат, %</b>	<b>27,1</b>	<b>70</b>	<b>0,002; <math>\chi^2</math>*</b>
Развод, %	21,5	13,3	
<b>Дети, %</b>	<b>33,3</b>	<b>86,2</b>	<b>0,0001; <math>\chi^2</math></b>
<b>Симбиоз с мамой, %</b>	<b>79,2</b>	<b>33,3</b>	<b>0,001; <math>\chi^2</math>*</b>
Судимость, %	4,2	7,1	1; ТКФ
Имеется собственное жилье, %	70,8	89,3	0,2; $\chi^2$ Йетса
Проживает с родителями, %	25	10,7	0,2; $\chi^2$ Йетса

Примечания к табл. 5: CI – доверительный интервал; \*– уровень значимости скорректирован до 0,01 в связи с множественным сравнением; ТКФ – точный критерий Фишера; U – критерий Манна-Уитни;  $\chi^2$  – критерий Пирсона; жирным шрифтом выделены статистически значимые показатели.

Как следует из таблицы 5, пациенты основной и контрольной групп не отличались между собой по уровню образования, месту проживания, наличию в прошлом судимости.

По показателям, косвенно отражающим клинику ПЛР, эти две группы статистически достоверно различались ( $p < 0,05$ ).

Пациенты основной группы были моложе (по группам соответственно 33,5 лет против 41,54 лет;  $p = 0,0001$ ), что говорит о более раннем формировании у них АЗ при прочих равных условиях. Также пациенты основной группы достоверно чаще были холостыми и не создали собственной семьи (56,5 % и 16,7 %;  $p = 0,002$ ), имели в среднем меньшее количество детей (33,3 % и 6,2 %;  $p = 0,0001$ ), тогда как по количеству разводов эти группы не различались.

Пациенты основной группы достоверно чаще имели признаки тесной симбиотической связи с родителями (79,2 % и 33,3 %;  $p = 0,001$ ), в основном, с матерями. Нормальные симбиотические отношения складываются между матерью и ребенком исключительно в детском возрасте, когда ребенок не может существовать без материнских ресурсов (любви, безопасности и заботе, пищи), а мать обеспечивает его этим, реализуя свой материнский инстинкт и в свою очередь получая биологические и социальные преференции «статуса матери». По мере взросления, симбиотические отношения разрешаются так, что мать позволяет ребенку сепарироваться, а ребенок, отделяясь окончательно, становится способным устанавливать новые связи в рамках уже собственной семьи. Нарушения в ходе дефектного симбиоза затрагивают и соматическую и психическую сферы, как установила еще основательница психосоматической медицины Ф. Данбар [96].

У пациентов с ПЛР симбиотические отношения сохранялись, так что полной сепарации от матери (и родительской семьи) не наступало, что, сказывалось на качестве жизни ребенка и его способности формировать и поддерживать новые долгосрочные отношения вне родительской семьи.

Таким образом, различия по показателям семейного положения «холост / женат», «отсутствие / наличие детей», «симбиоз с мамой» (таблица 5)

соответствуют общим теоретическим воззрениям на сложности сепарации и индивидуации [135], трудности создания собственной семьи, присущие пациентам с ПЛР [111; 115; 137]. Данная группа показателей [«холост / женат», «отсутствие / наличие детей», «симбиоз с мамой» (таблица 5)] характеризует уровень семейной и социальной дезадаптации пациентов с ПЛР, вследствие чего у них снижены возможности воспользоваться здоровым, лишенным симбиотических отношений поддерживающим окружением в полной мере [33; 178]. Пациенты с ПЛР не формируют амбивалентного отношения к матери, а рассматривают мать либо как «идеальную», либо как «плохую», но не как имеющую набор противоположных качеств в одно и то же время. Подобное отношение возникает при внезапном обрыве симбиотических отношений и переживании чувства заброшенности у ребенка, а затем восстановлении симбиоза и нарастании избыточного контроля со стороны матери.

В качестве примера «пограничного» отношения к матери приведено наблюдение 1 пациента А., 27 лет, с диагнозом АЗ и ПЛР (F 60.31).

Врач: Расскажите про маму. Важно ли радовать ее для вас?

Пациент: Я вообще с ней начал жить с четырнадцати лет, потому что до этого с самого рождения воспитывала меня бабушка. После этого мама меня к себе в город увезла, и я начал жить другой жизнью. Для меня, она мне очень много сделала, очень борется до сих пор, борется уже сколько лет, и она много раз руки опускала и последние разы она опять за меня взялась, потому что все-таки, ну, сын. Понимаю. Я ей вру, ну, мам, не надо мне, мне так стрёмно, стыдно, что я вот, мне кажется, что все равно ничего не поможет. Это сколько денег тратишь, нервов на меня. То есть, ну, я очень ей благодарен. Я люблю ее за это. И меня радует, что если, когда я ее радую, меня это очень радует. И я как бы, мне это дает какой-то, ну, надвигает на то, чтобы не пить. Вот это вот мне помогает в этом случае.

Врач: Угу.

Пациент: Когда мать радуется, там все хорошо дома.

Врач: Ну, отношения противоречивые с ней все равно?

Пациент: Да. Все равно у нас... не складывается. Обычно вот фотографии смотрю свои детские, там со школы, вот там, и везде в школе был первый в кружках, на соревнованиях, везде первый был. Со мной всегда все общались, больше всех на турниках подтягивался, отжимался, то есть везде выступал на кружках, ездили куда-то на соревнования, то есть хорошо учился до 7-8 класса. *Но, а потом что-то, как вот переехал к матери в город, 2 года, буквально 3 года и все у меня. Вся жизнь у меня поменялась. Ну, в такую алкогольную зависимость, можно сказать так.* Но я постоянно: «В смысле? Да как так-то? Я же вот такой был, пацаном везде, везде успевал, блин. Клялся с братом, что никогда пить, курить не буду. Там всегда отжимался, подтягивался, там мечтал об этом, о том: «Буду самым сильным». Почему так, почему именно так со мной? Все раньше там вспоминают школьные годы, все плохо одевались, что-то там курили уже в школе. Я их постоянно высмеивал, а они сейчас в армию уже сходили, детей нарожали, они не зависимые от алкоголя. Почему думаю так? Может из-за этого, то что над ними смеялся, может поэтому надо мной бог вот так вот решил? Ну, вот такие вот всякие разные мысли».

Данное наблюдение показывает идеализацию пациентом матери и тотальное игнорирование им ее негативного вклада в его жизнь. Этот вклад заключался в фактической брошенности А. матерью (воспитывался у бабушки), а также в быстром развитии синдрома зависимости от алкоголя на фоне переезда в ее дом («начал жить другой жизнью»). Эту «другую» жизнь пациент описывает в виде своеобразных эмоциональных отношений, строящихся на манипуляциях и сговоре (оценивая как бесполезные все усилия матери, А. обманывает, чтобы обрадовать мать и, соответственно, самому почувствовать радость). Будучи связан такими отношениями с матерью, пациент А. так и не смог жить нормальной жизнью, как его сверстники, пойти в армию и завести семью.

Клинические характеристики АЗ у пациентов с ПЛР также имели свои особенности (таблица 6).

**Особенности клиники АЗ у пациентов основной и контрольной групп**

<b>Показатели</b>	<b>Основная группа</b>	<b>Контрольная группа</b>	<b>p=; критерий</b>
Тип злоупотребления (запой), %	83,3	59,3	0,159; $\chi^2_{22}$ *
Смешанный тип, %	14,3	12,5	
Постоянный тип, %	3,6	10	
Длительность запоя, сутки	<b>14,87;2,2</b> <b>CI 10,3-19,4</b>	<b>9,6;1,8</b> <b>CI 5,83-13,4</b>	<b>0,05; U</b>
<b>Прогрессиентность АЗ, %</b>			
<b>Высокая</b>	<b>45,8</b>	<b>21,4</b>	<b>0,023; <math>\chi^2_{22}</math>*</b>
<b>Средняя</b>	<b>54,2</b>	<b>57,1</b>	
<b>Низкая</b>	<b>0</b>	<b>21,4</b>	
Алкогольные психозы в анамнезе, %	16,7	7,1	0,55; $\chi^2_{22}$ *
Эпиприступы в ААС, %	8,3	7,1	1; ТКФ
Дополнительное наблюдение у психиатра, %	18,2	28,6	0,512; ТКФ
Трагические смерти в семье, %	36,4	21,4	0,395; $\chi^2$
Тесное общение с суицидентом, %	36,4	25	0,58; $\chi^2$ Йетса
Суицидальные попытки в прошлом, %	13,6	14,3	0,94; $\chi^2$
Суицидальные мысли в прошлом, %	50	46,4	0,8; $\chi^2$

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p=; критерий
<b>КСО (ед)</b>	<b>4,66;0,47</b> <b>CI 3,67-5,6</b>	<b>3,46;0,42</b> <b>CI 2,58-4,34</b>	<b>0,041; U</b>
<b>Наличие виктимного поведения, %</b>	<b>40,9</b>	<b>14,3</b>	<b>0,03; <math>\chi^2</math></b>
Опасные хобби, %	45,5	21,4	<b>0,126; ТКФ</b>
Склонность к риску, %	50	37	0,54; $\chi^2$ Йетса
<b>Самоповреждения, %</b>	<b>36,4</b>	<b>7,1</b>	<b>0,014; ТКФ</b>
Чувство вины, %	54,5	57,1	1; $\chi^2$ Йетса
Чувство одиночества, %	<b>72,7</b>	<b>46,4</b>	<b>0,086; ТКФ</b>
Депрессия без видимой причины, %	54,5	32,1	<b>0,19; <math>\chi^2</math> Йетса</b>
Испытываемая безысходность, %	54,5	46,4	0,78; $\chi^2$ Йетса
Доминирующее чувства стыда, %	36,4	42,9	0,86; $\chi^2$ Йетса
Угрызения совести, %	54,5	42,9	0,59; $\chi^2$ Йетса
Проблемы с пищей (эпизоды анорексии или булимии), %	40,9	42,9	1; $\chi^2$ Йетса
<b>Потеря смысла жизни, %</b>	<b>50</b>	<b>21,4</b>	<b>0,042; ТКФ</b>
ЧМТ с потерей сознания, %	45,5	32,1	0,5; $\chi^2$ Йетса
Аверсивные методы терапии в анамнезе, %	30,3	42,9	0,676; $\chi^2$ Йетса
Лечение дисульфирамом в анамнезе, %	25	22,2	1; ТКФ



Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p=; критерий
Психотерапия в анамнезе, %	8,3	7,1	1; ТКФ
Участие в 12-шаговой программе, %	41,7	32,1	0,673; $\chi^2$ Йетса
Реабилитационный центр в анамнезе, %	20,8	10,7	0,45; ТКФ
Рискованная выпивка на фоне терапевтического запрета в анамнезе, %	16,7	18,5	1; ТКФ

Примечания к таблице 6: Примечания: CI – доверительный интервал; \* – уровень значимости скорректирован до 0,01 в связи с множественным сравнением; РЦСЖ – помещение в реабилитационный центр по собственному желанию; РЦП – помещение в реабилитационный центр по интервенции; ТКФ – точный критерий Фишера; U – критерий Манна-Уитни;  $\chi^2$  – критерий Пирсона; Жирным шрифтом выделены статистически значимые показатели или характеризующие клиническую тенденцию, которая при увеличении выборки может стать значимой.

Как следует из таблицы 6, у пациентов основной группы достоверно чаще диагностировался высокий темп прогрессивности АЗ ( $p = 0,02$ ) [6] и длительные запойные периоды (соответственно 14,87 и 9,6 дней;  $p = 0,05$ ). Данные показатели косвенно отражали тяжесть АЗ и ускоренную динамику формирования основных синдромов и симптомов АЗ. АЗ, сочетанная с ПЛР (основная группа), статистически достоверно чаще характеризовалась большей психопатологической нагрузкой с увеличением депрессивных переживаний, переживаний вины, стыда, одиночества и бессмысленности жизни.

Не выявлены различия между группами по типу злоупотребления алкоголем (83,3 % пациентов с запойным типом пьянства в основной группе и 59,3 % – в контрольной;  $p = 0,159$ ), количеству алкогольных психозов в анамнезе (16,7 % и 7,1 %;  $p = 0,55$ ) и пароксизмальных проявлений в состоянии алкогольного абстинентного синдрома (8,3 % и 7,1 %;  $p = 1$ ), по количеству госпитализаций «больше одной» (83,3% и 77,8 %;  $p = 0,618$ ) и частоте наблюдения у психиатра (18,2 % и 28,6 %;  $p = 0,159$ ).

В отношении особенностей проведенного пациентам в прошлом *антиалкогольного лечения* не выявлено различий между группами по частоте длительного противорецидивного поддерживающего медикаментозного лечения блокаторами опиоидных рецепторов и их пролонгированных форм, по частоте лечения препаратами типа дисульфирам (25 % и 22,2 %;  $p = 0,1519$ ) и аверсивной терапии (30,3 % и 42,9 %;  $p = 0,676$ ), по опыту участия в длительных психотерапевтических программах (8,3 % и 7,1 %;  $p = 1$ ), 12-шаговой программе, посещению собраний АА (41,7 % и 32,1 %;  $p = 0,673$ ), а также по частоте участия в программах социальной реабилитации в реабилитационных центрах (20,8 % и 10,7 %;  $p = 0,45$ ). Отсутствие достоверных различий по данным предыдущего лечения говорит об отсутствии каких-либо терапевтических предпочтений для лечения АЗ у пациентов с ПЛР.

Пациенты 1 и 2 групп различались по показателям *аутоагрессивного поведения*. Пациенты с ПЛР достоверно чаще, чем пациенты без ПЛР (соответственно 36,4 % и 7,1 %;  $p = 0,01$ ), сообщали об эпизодах самоповреждений без цели расстаться с жизнью, что по мнению J. G. Gunderson, M. E. Ridolfi [114], является «поведенческой специальностью пограничного пациента».

Особенности самоповреждений у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, связаны с тем, что состояние опьянения облегчает нанесение самоповреждений за счет снижения качества мышления, способности к прогнозированию последствий своих действий, поэтому эпизод самоповреждений нередко напоминал парасуицид. С другой стороны, импульсивные самоповреждения, характерные

для лиц с ПЛР, имели психологический характер поведенческих отыгрываний (acting out) эмоций тревоги, гнева и досады, например, удар незащищенной рукой по стеклу или по каменной стене. Это отличало их от «запланированных» самоповреждений, наносимых с целью облегчения внутренней боли и переживания своеобразного чувства «удовольствия» [183]. Именно такого типа самоповреждения (удар по стеклу или стене), которые ранее не всегда относили к разряду самоповреждений, особенно характерны для мужчин, и являются предиктором возможных импульсивных суицидов [125].

Так, пациент Б.М., 31 год с диагнозом АЗ и импульсивным типом ПЛР (F 60.30) (наблюдение 2), утверждая, что никогда не наносил себе самоповреждение, говорит: «Нет, нет. Максимум вот то, что от злости импульсно ударить по стене, да, вот такое было. Либо еще периодически бывают такие моменты, когда тоже всплеск эмоций и могу какой-нибудь предмет испортить. Тот же самый клавиатуру или мышку, или что-нибудь такое сломать. А потом, тут же, буквально, несколько секунд проходя, думаешь: «Что же ты натворил? Зачем мне это надо было делать?» Это как бы до добра не довело, а материально меня подставил. Ну, да, бывают такие всплески. Причем тоже, как я считаю, они не такого характера, что стоило того. Просто секундный такой импульс».

Увеличение КСО в основной группе по сравнению с контрольной (4,66 и 3,46;  $p = 0,041$ ), может указывать, по нашему мнению, о высоком риске суицидов в данной группе, даже если они умалчивали или игнорировали эпизоды суицидальных попыток в анамнезе. По количеству совершенных суицидальных попыток и частоте суицидальных мыслей пациенты обеих групп исследования значительно не различались, что свидетельствует о высоком суицидальном потенциале АЗ как аутоагрессивного заболевания даже без учета ассоциированной с ПЛР АЗ [1; 128; 141]. В этом смысле наличие ПЛР повышает уже и без того высокий суицидальный риск у пациентов с АЗ и вносит разнообразие в диапазон проявлений аутоагрессивных феноменов за счет самоповреждений. На этом основании некоторые исследователи считают, что у пациентов с АЗ, и в особенности при сочетании с ПЛР, единственная

суицидальная попытка может оказаться фатальной [48; 58; 154], а потенциально низколетальная попытка (на грани с самоповреждением), на фоне алкоголизации приобретает качества высоколетальной [7; 131; 157; 189]. Поэтому отсутствие в анамнезе пациента с АЗ указаний на ранее совершенную суицидальную попытку нельзя переоценивать и уклоняться от сбора других показателей суицидального анамнеза.

Среди видов несуицидального аутоагрессивного поведения [104] или поведения, направленного на причинение себе вреда не прямыми, а косвенными методами в различных сферах человеческой жизнедеятельности, у пациентов с ПЛР значимо преобладало (40,9 % против 14,35 %;  $p = 0,03$ ) виктимное поведение в виде подверженности физическому насилию.

В качестве примера приведем выдержку из ПИ пациента С., 35 лет с диагнозом АЗ и импульсивным типом ПЛР (F 60.30) (наблюдение 3).

Врач: Подвергались ли вы физическому насилию серьезному?

Пациент: Ну, если только в драке.

Врач: Ну да.

Пациент: Да, человек одиннадцать.

Врач: Били вас?

Пациент: Да.

Врач: А как так произошло?

Пациент: Ну, я вырос и родился в Ташкенте, у нас такого страха нету. Сказали, приходи один, я пришел один, а их было человек одиннадцать. Из-за девушки все.

Врач: Угу.

Пациент: Сначала приняли как гостя, полчаса наливали, пили, а потом сзади раз по голове, либо ногой, либо бутылкой и все – началось месиво.

Врач: То есть даже и выпить успели с ними?

Пациент: Да. А у нас всегда так, сначала пьешь полчаса, никого не трогают...

Врач: Так может это была пьяная драка?

Пациент: Мм...?

Врач: Пьяная драка?

Пациент: Да нет, не пьяная. Одна бутылка на пятнадцать человек и то – вино «Жасорат»

Врач: Угу. И никто не объяснил, почему так произошло?

Пациент: Да нет. Что они будут объяснять? Приходи один, поговорим один на один и так не получилось.

С целью выделения дополнительных особенностей клиники АЗ у пациентов с ПЛР, а также особенностей их аутоагрессивного поведения было проведено сравнение пациентов с разными типами ПЛР: импульсивным (подгруппа 1.1, n = 9) и пограничным (подгруппа 1.2, n = 19). Статистически значимые различия между подгруппами 1.1 и 1.2 приведены в таблице 7.

**Таблица 7**

**Сравнительная характеристика пациентов АЗ с различными типами ПЛР по клиническим показателям (достоверные отличия)**

<b>Показатели</b>	<b>Подгруппа 1.1 Импульсивный тип ПЛР (F.60.30)</b>	<b>Подгруппа 1.2 Пограничный тип ПЛР (F.60.31)</b>	<b>P= ; критерий</b>
КСО, ед	5,6;094 CI3-8,2	4,09; 0,63 CI 2,7-5,4	0,045; U
Длительность запоя, сутки	21; 4,2 CI 9-32,7	12,3; 2,6 CI 6-18,6	0,038; U
Насилие (физическое), %	83,3	23,5	0,01; $\chi^2$
Рискованные хобби или опасные для жизни увлечения, %	83,3	35,3	0,043; $\chi^2$
Аверсивная	71,4	16,7	0,008; $\chi^2$

терапия, %			
------------	--	--	--

Как видно из таблицы 7, пациенты с импульсивным типом ПЛР в отличие от пациентов с пограничным типом ПЛР были старше (36,8 и 32; 2 лет,  $p = 0,042$ ).

Пациенты с импульсивным типом (подгруппа 1.1) имели большую длительность запоя (21 день против 12,3 дня, соответственно;  $p = 0,038$ ). В отношении них чаще применяли аверсивные виды терапии, такие как эмоционально-стрессовая психотерапия, предметно-опосредованная – «кодирование», использование препаратов дисульфирамового ряда и его пролонгов, часто в форме внутримышечного импланта – «плацебо».

Наибольшие отличия пациенты этих подгрупп имели в аутоагрессивном статусе. Пациенты с импульсивным типом ПЛР демонстрировали достоверно чаще, чем пациенты с пограничным типом ПЛР несуйцидальное аутоагрессивное поведение в форме рискованного (83,3 % и 35,3 %, соответственно;  $p = 0,043$ ), что означало их повышенную вовлекаемость в различные рискованные предприятия, высокую частоту несчастных случаев, получение черепно-мозговых травм и переломов; а также – виктимное поведение (83,3 % и 23,5 %, соответственно;  $p = 0,01$ ), что означало их повышенную подверженность физическому насилию, зачастую с его ненамеренной провокацией.

В самом общем виде пациенты с импульсивным типом ПЛР были «наиболее» эмоционально-неустойчивыми, склонными к «небезопасному любопытству» – черте, составляющие ядро злокачественного серотонин-дефицитного алкоголизма С. Cloninger [88; 91], представляя собой также больше дистанцирующийся тип ПЛР – один из видов ПЛР, описанный школой Дж. Мастерсона [17; 137], который характеризуется дистанцирующим, избегающим (отношений, выражений эмоций) поведением.

Пациенты с импульсивным типом ПЛР были склонны маскировать или преуменьшать свои суицидальные импульсы, зачастую используя алкоголь как средство суицида, стремясь выпить токсическую дозу алкоголя, что не характерно для общей популяции алкогольных «фатальных» суицидентов, в крови и моче

которых определялись характерные для слабого или умеренного опьянения концентрации алкоголя [7; 48; 49].

В качестве иллюстрации приведен отрывок из ПИ пациента С., 35 лет с диагнозом алкогольной зависимости и импульсивным типом ПЛР (F 60.30) (наблюдение 4).

Врач: Это первый раз Вы сюда попали? Пытались ли когда-либо покончить жизнь самоубийством?

Пациент: Нет.

Врач: Когда-нибудь были мысли?

Пациент: Где?

Врач: Мысли были когда-нибудь о том, чтобы покончить жизнь самоубийством?

Пациент: Были.

Врач: А что это за мысли были?

Пациент: Напиться столько алкоголя, чтобы умереть за один раз

Врач: То есть совершить токсическую передозировку? А что это был за период жизни?

Пациент: Измена любимого человека и уход из семьи. И с этого я и сорвался. Целый год и три месяца пил. Затем захотелось уже лечиться.

Врач: Угу. А до этого не пили?

Пациент: Нет, пил. С 2008 хорошо пил, каждый день 200-300 грамм, ну после работы.

Врач: И все же, что это за мысли были? Как именно вот, как озарение такое, как выход, да?

Пациент: Да, напиться, умереть, забыться и все. И утром не проснуться. Однако просыпался я и утром шёл в магазин.

Врач: Угу. То есть пытались?

Пациент: Угу.

Врач: Угу. То есть, засыпая, думали, что можете и не проснуться?

Пациент: Нет, почему. Я видел, сколько я выпивал. Если я выпивал две бутылки, я думал все нормально, выпивал три, уже думал, четвертую бутылку уже думал, будет триндец. Но ничего страшного, утром просыпался.

Врач: Угу.

Пациент: Даже не утром, а ночью. Не допивал четвёртую бутылку.

Врач: Как Вы считаете, решило бы что-то вот это вот, такое злоупотребление алкоголем, какие-то Ваши проблемы?

Пациент: Ну, пока, когда у меня сердце болело, алкоголь решил эту проблему. Все внутри затухало, было легче. Однако для детей это было очень плохо.

Пациенты с пограничным типом ПЛР (подгруппа 1.2) часто были похожи на клинические описания «цепляющего» вида ПЛР, для которого типичны трудности сепарации от родительской семьи, предпочтение держаться на близкой дистанции от родительской семьи, вовлекаясь в конфликтные взаимоотношения [17; 137]. Пациенты с данным типом ПЛР особенно чувствительны к необходимости отделения и возникающему при этом одиночеству.

В выдержках из ПИ с пациентом Ш., 28 лет с диагнозом АЗ и пограничным типом ПЛР (F 60.31) содержатся наиболее типичные характеристики аутоагрессивного поведения и АЗ у пациентов с пограничным типом ПЛР (наблюдение 5).

Врач: Наблюдались ли Вы когда-нибудь у психиатра?

Пациент: Нет.

Врач: Никогда, только у нарколога?

Пациент: Здесь.

Врач: Здесь и наблюдались. А были у Вас попытки суицида?

Пациент: Да.

Врач: Когда это было?

Пациент: Ну где-то летом этим.

Врач: Угу. В связи с чем?

Пациент: Ну, устал от такой жизни, все, все, все плохо, короче говоря.

Врач: Угу. Это связано как-то с употреблением?



Пациент: Да, с этим тоже.

Врач: Угу. Какой способ был?

Пациент: Ууу, вены хотел порезать.

Врач: Угу, хотели порезать или пытался?

Пациент: Да, больно стало слишком сильно, сильно больно было, сложно. Не получилось.

Врач: Покажите следы, есть?

Пациент: Да. Здесь.

Врач: Угу. И страшно стало?

Пациент: Да нет.

Врач: А остановились почему? Из-за боли?

Пациент: Слишком, да, больно, потом плюнул на это, да, затею. Потом решил, что все-таки, да, можно что-то еще исправить.

Врач: Угу. Прямо в процессе.

Пациент: Да.

Врач: В процессе, когда начали резать.

Пациент: Угу, потому что все-таки глупо сделано.

Врач: Находились ли Вы в состоянии опьянения в этот момент?

Пациент: Да.

Врач: Угу. Для храбрости выпили?

Пациент: Да нет, выпил до этого.

Врач: Много выпили? Ну, по своим меркам.

Пациент: Да, прилично.

Врач: Угу. Но все-таки пришло понимание, что...

Пациент: Да, что...

Врач: Жизнь гораздо шире и больше, чем...

Пациент: Да.

Врач: Алкоголь, то есть...

Пациент: Да.

Врач: Угу. А что были за обстоятельства, что подтолкнуло?

Пациент: Получилось так, что на работе был, да. Ну, работали, дорожную разметку делали, погода не соответствовала, то есть неожиданно пошел дождь, то есть люди все, кто рядом были, все быстренько по домам разъехались. Мне ехать там надо, ну, то есть мне абсолютно либо на другой конец города нашей области, либо к бабушке, но там тоже я не вписался. Остался один в этой машине этой газели, то есть всю ночь просидеть и как-то. Ну, пошел и от грусти подвыпил. А там уже совсем нахлынула какая-то депрессия нехорошая.

Врач: А какие мысли нахлынули? Почему такой радикальный способ?

Пациент: Как-то да устал, вряд ли кому-то я, кто-то, кто-то бы сожалел бы от того, что... Казалось так, как будто бы я только мешаю.

Врач: Угу. Вы понимаете, что могло все по-другому закончиться?

Пациент: Ну, да.

Врач: Если бы вы не остановились.

Пациент: Понимаю.

Врач: То есть алкоголь Вас мог подтолкнуть и пойти и вы бы дальше?...

Пациент: Да.

Врач: И обратились потом за помощью, да?

Пациент: Нет.

Врач: Следующий вопрос, собственно, хотели ли Вы покончить жизнь самоубийством? Еще размышления. Может быть до этого случая?

Пациент: До этого думал, да, вообще, в принципе, да.

Врач: А что вот подталкивало Вас?

Пациент: Да то, что все кувырком пошло, все пошло не так, как хотелось, как хотелось бы. А справиться с этим...

Врач: А у психиатра Вы или психотерапевта, психолога...

Пациент: Нет, нет.

Врач: Вы не сказали по этому поводу. Пугали вас эти мысли или нет?

Пациент: Ну, затрудняюсь сказать. Как пугали? Что значит пугали?

Врач: Ну, людям может быть страшно от мысли того, что хотят с собой покончить. И жизнь такая, настолько их не устраивает.

Пациент: Ну, да.

Врач: Что единственный выход, который они находят...

Пациент: Да, да, да, это.

Врач: Это либо повеситься, либо порезать вены, либо наглотаться таблеток.

Пациент: Да, пугали.

Врач: Даже обычно люди могут обратиться за помощью. Но бывает так, что и, в принципе, и не пугают, люди свыкаются с этими мыслями.

Пациент: Нет, нет, нет.

Врач: Вот сейчас, на данный момент есть такие мысли?

Пациент: Ни в коем случае.

.... (часть протокола опущена)

Врач: Не достаточному хорош?

Пациент: Пошел не по той дороге, да.

Врач: Перед зеркалом стоите и смотрите на себя и, ну, не то.

Пациент: Ну, это чувство отвращения какое-то, а не стыда. Да.

Врач: Как часто накатывает такое чувство?

Пациент: Достаточно часто. Каждый день об этом думаю.

Врач: Угу.

Пациент: Раз в день, но думаю.

Врач: Боролись ли Вы с этим чувством с помощью алкоголя?

Пациент: Да.

Врач: Помогал он?

Пациент: Хм, помогал. Становилось плевать.

Врач: Легче.

Пациент: Ну.

... (часть протокола опущена)

Врач: Сейчас необходимо сделать все для того, чтобы вернуться к нормальной жизни, потому что Вы могли умереть, есть такое осознание, да, что выпей Вы чуть больше от горя, Вы просто отключились бы и истекли кровью. И все. И если чуть, если только сразу глубже пошли. А чем резали?

Пациент: Ножом.

Врач: Было ли у Вас острое чувство одиночества?

Пациент: Сейчас? Да, достаточно часто бываю один. Но либо работаю, ну, раньше был чаще, скажем так, сейчас чуть-чуть побольше общения стало, то есть и на работе, и... и сейчас.

... (часть протокола опущена)

Врач: Сейчас женаты?

Пациент: Нет, развелся.

Врач: Из-за таких, из-за таких вот эпизодов?

Пациент: Да.

Врач: Дети?

Пациент: Нет.

Врач: Угу. Было ли так, что жизнь теряла смысл? Ну, живете просто бессмысленно.

Пациент: Бывало.

Врач: Угу.

Пациент: Да.

Врач: Тут очень близко безысходность, да, то есть такие вот ситуации.

Пациент: Была, да, потому что у меня вроде и образование есть высшее и все было для того, чтобы реализовать свою жизнь, но я на все подзабил. Ну, по моей вине, естественно.

Врач: Угу.

Пациент: Никого не виню в этом.

... (часть протокола опущена)

Врач: Жена безвозвратно ушла?

Пациент: Безвозвратно, но, да, на тот момент я не считал, что это мой человек, что он мне нужен, ну, как говорят, ни, ни, пока я ее не потерял, я не понял, что на самом деле она мне очень дорога была.

Врач: И до сих пор, да, это такой переживательный момент?

Пациент: Очень сильно. Ну, пока, пожалуй, приоритетный сейчас именно этот.

Таким образом, клиника АЗ у пациентов с ПЛР отличалась ранним формированием, высокопрогредиентным течением. Также для этих пациентов характерны трудности сепарации от родительской семьи и, соответственно, трудности с созданием собственной семьи и рождением собственных детей. Последнее особенно важно с позиций аутоагрессии, поскольку имеются исследования, указывающие на обратную корреляцию числа детей в семье и числа суицидальных попыток. Пациенты с АЗ и ПЛР имеют повышенный КСО, чаще наносят себе самоповреждения, становятся жертвами физического насилия и переживают суицидоопасные чувства одиночества, потери смысла жизни.

Пациенты с импульсивным типом ПЛР были старше по сравнению с пациентами с пограничным типом ПЛР, у них наблюдались более длительные запойные периоды, к ним чаще применяли аверсивные виды терапии АЗ; они имели более высокий КСО, чаще демонстрировали формы несуйцидального аутоагрессивного поведения в виде виктимного и рискованного. Между данными типами ПЛР не выявлено разницы по частоте суицидальных мыслей, намерений и совершенных суицидальных попыток.

## ГЛАВА 4

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВИТАЛЬНОГО МОТИВИРУЮЩЕГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДОЛГОСРОЧНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИМЕЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО**

#### **4.1. Эффективность мотивирующего провитального интервью у пациентов с АЗ без учета наличия или отсутствия у них ассоциированного ПЛР**

Изучение эффективности ПИ проводилась в двух группах пациентов (68 человек), рандомизированных случайным образом. ПИ проводилось с больными, которые поступали в стационарное отделение или в понедельник, или среду. Эта группа составила 37 человек (ПИ-1). Традиционная беседа по вопросам зависимости проводилась с теми, кто поступал в больницу во вторник или четверг – группа КГ-1 в составе 31 человека. Продолжительность ПИ и традиционной беседы была одинаковой. При наличии острой алкогольной симптоматики, требующей дезинтоксикационной или соматоориентированной терапии, исследовательские беседы могли быть перенесены на другие сроки.

Разделение включенных в исследование пациентов на группы ПИ-1 и КГ-1 проводилось только в зависимости от дня недели их поступления на стационарное лечение без учета присутствия или отсутствия у них сочетанного ПЛР.

Каждый пациент из этих групп заполнял «Опросник SOCRATES» (первое и второе исследование) [143] при поступлении в стационар и перед выпиской.

Наличие осознания АЗ и связанных с ней проблем (стадия признания) констатировалось, если по тесту SOCRATES статистически значимо баллы по стадии «Признания» возрастали (разница при 1 и 2 исследовании). Если на стадии «Признания» баллы, измеренные при первом и втором измерении, были низкие или достоверно не возрастали или даже наоборот снижались, то наличие у

пациента признания своей зависимости оценивалось как сомнительное, либо оценивалось как наличие сопротивления к признанию своей зависимости.

На стадии «Амбивалентности» тест SOCRATES выявляет наличие борьбы мотивов «за» и «против» изменений.

Если на стадии «Признания», «Амбивалентности» и «Действий» наблюдался рост баллов, это означало, что пациент осознал наличие у себя АЗ, преодолел на стадии «Амбивалентности» так называемый интенсивный «тупик» – «действовать или не действовать» и принял решение в пользу активных действий по изменению существующей ситуации путем лечения и участия в долгосрочных лечебных и реабилитационных программах.

Если на стадии «Амбивалентности» наблюдались высокие баллы, а на стадии «Действий» наблюдались низкие баллы, либо не отмечалось статистически значимого роста баллов от первого измерения ко второму, констатировался факт, что пациент признал наличие у него АЗ и связанных с ним проблем, но сомневается в эффективности лечения, сопротивляется лечению, обесценивая собственные силы или силы лечебного окружения, и не намерен предпринимать действия по изменению существующей ситуации путем участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах и саботирует все усилия лечебного окружения.

В таблице 8 представлены данные, измеренные тестом SOCRATES при поступлении и при выписке пациентов из стационара, показывающие внутриспихическое «движение» пациентов в сторону изменения проблемной ситуации, связанной с АЗ.

**Динамика значений теста SOCRATES, характеризующая различие мотиваций к изменению пациентов ПИ-1 и КГ-1 при поступлении (1 тест) и выписке (2 тест) (внутригрупповое сравнение методом Z – Вилкоксона)**

Стадии изменений	Признания	Признания	Амбивал	Амбивал	Действий	Действий
	1 тест, баллы (M;SD)	2 тест баллы (M;SD)	1 тест баллы (M;SD)	2 тест баллы (M;SD)	1 тест баллы (M;SD)	2 тест баллы (M;SD)
ПИ-1 провитальное интервью	27,7; 1,6*	30,4; 1,2*	13,7; 0,67**	16,3; 0,6**	33,2; 0,87***	36,2; 0,68***
P=; Z Вилкоксон	<b>Z=-3,49</b>	<b>P=0,0001</b>	<b>Z=-3,82</b>	<b>P=0,0001</b>	<b>Z=-3,63</b>	<b>P=0,0001</b>
КГ-1 традиционная беседа	26,75;2,3	28,3;1,43	15,67	17,5; 0,7	30,75;2,1 4	32,7; 1,46
P=; Z Вилкоксон	Z=-0,288	P=0,77	Z=-1,9	P=0,062	Z=-1,2	P=0,29

Примечание: \* –  $p < 0,05$  между стадиями по итогам разницы 1 и 2 тестов

Таким образом, данные 8 таблицы указывают на более быстрое движение пациентов с ПИ по стадиям изменения с формированием устойчивого намерения к действиям, направленным в сторону долгосрочного лечения. В этой группе все значения стадий изменения увеличивались от поступления к выписке ( $p = 0,0001$ ). Следовательно, больные на фоне ПИ улучшали осознание проблем, связанных с зависимым от алкоголя поведением («Признание»). На стадии борьбы мотивов,



взвешивая все «За» и «Против», они занимали активную позицию («Амбивалентность»), что подтверждается повышением баллов на стадии «Действия», когда пациенты выказывали осознанную готовность к действиям в направлении продолжения лечения зависимого от алкоголя поведения.

Следует отметить, что все эти три показателя значимым образом не изменялись в подгруппе КГ-1 от первого ко второму измерению.

В таблице 9 демонстрируются сравнительные данные движения пациентов групп ПИ-1 и КГ-1 по стадиям изменения между собой.

**Таблица 9**

**Динамика межгруппового сравнения значений стадий изменения  
(тест U-Манна-Уитни)**

Стадии изменений	Признания	Признания	Амбивал	Амбивал	Действий	Действий
	1 тест, баллы (M;SD)	2 тест баллы (M;SD)	1 тест баллы (M;SD)	2 тест баллы (M;SD)	1 тест баллы (M;SD)	2 тест баллы (M;SD)
ПИ-1 провитальное интервью	27,72; 1,6	30,44; 1,2*	13,68; 0,67	16,28; 0,63	33,2; 0,87	36,16; 0,68*
КГ-1 традиционное интервью	26,75; 2,3	28,3; 1,43*	15,67	17,5; 0,7	30,75; 2,14	32,7; 1,46*
U; P	U=477,5 P=0,809	U=296 P=0,034	U=428,5 P=0,357	U=378,5 P=0,062	U=459,5 P=0,624	U=266,5 P=0,011

Примечание: \*  $p < 0,05$  между ПИ-1 и КГ-1 после сравнения баллов по стадиям изменения

Как свидетельствуют данные таблицы 9, пациенты при поступлении ничем друг от друга не отличались, что подтверждается отсутствием разницы между группами при первом тестировании. Различия в тестах стали наблюдаться только при втором тестировании, когда при прочих равных условиях лечения и пребывания в стационаре, пациенты этих групп различались только по наличию или отсутствию ПИ. Различия ( $p < 0,05$ ) говорят о лучшей динамике пациентов группы ПИ-1 по стадиям изменения по сравнению с КГ-1.

Можно констатировать, что с помощью теста SOCRATES подтверждается эффективность ПИ как психотерапевтического метода, который направлен на повышение у пациента осознания наличия АЗ и связанных с ней негативных медицинских и социальных последствий и на его понуждение к изменению, в том числе посредством лечения и участия в продолжительных лечебно-реабилитационных программах.

Изменения внутренних психических процессов, измеренное методом SOCRATES, должно сопровождаться изменениями внешних – поведенческих процессов.

Поэтому было проведено сравнение пациентов из групп ПИ-1 и КГ-1 по клиническим критериям, таким как

- преждевременная выписка,
- «добровольное решение о продолжении долгосрочного лечения в реабилитационном центре» и поступление в реабилитационный центр,
- «продолжение долгосрочного лечения в реабилитационном центре после медицинской интервенции»,
- участие в программе «долгосрочной поддерживающей фармакотерапии», предполагающей применение пролонгированных препаратов группы дисульфирама, налтрексона и опосредованной «плацебо»-терапии.

Эти критерии оценивались клинико-катамнестическим методом. Результаты сравнения подгрупп ПИ-1 и КГ-1 по этим показателям с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона приведены в таблице 10.

## Эффективность проведения мотивирующего ПИ

Критерии, отражающие эффективность	Добровольное решение о реабилитации в РЦ	Долгосрочная поддерживающая психофармакотерапия	Мотивирование для реабилитации и в РЦ с помощью выездной интервенции	Преждевременная выписка
ПИ-1 провитальное интервью, n%	22 (68,8%)*	9 (27,3%)	2 (5,9%)**	2 (5,9%)***
КГ-1 традиционная беседа, n%	7 (30,4%)*	4 (16,7%)	6 (25%)**	8 (33,3%)***

Примечание к таблице 10: \*  $\chi^2=7,9$   $p = 0,005$ ; \*\*  $\chi^2=4,32$   $p = 0,038$ ; \*\*\*  $\chi^2=7,7$   $p = 0,005$ .

Как следует из таблицы 10, в подгруппе ПИ-1 достоверно чаще ( $p = 0,005$ ) пациенты принимали решение продолжить долгосрочное лечение и реабилитацию в реабилитационном центре и реже доставлялись в реабилитационный центр после выездной мотивирующей интервенции (когда специально обученные мотивированию представители реабилитационного центра выезжают на дом к пациенту или в наркологическое отделение по приглашению родственников зависимого и добиваются его согласия на реабилитацию) по сравнению с группой КГ-1 ( $p = 0,038$ ), в которой значимо чаще по сравнению с группой ПИ-1 пациенты выписывались раньше срока ( $p = 0,005$ ).

Следовательно, и клиническими критериями была подтверждена эффективность ПИ: более редкими преждевременными выписками, более частым добровольным принятием решения продолжить лечение в условиях реабилитационного центра, меньшей необходимостью в выездных интервенциях с целью дополнительного мотивирования поступления в РЦ.

Сопоставление использованных в данном исследовании методов доказывания психотерапевтической эффективности ПИ показало, что динамические изменения показателей теста SOCRATES отражают внутренний позитивный процесс у пациентов в процессе их участия в лечебных программах, сочетанных с ПИ. Результаты же, приведенные в таблице 10, подтверждали внутренний процесс готовности к позитивным действиям по изменению ситуации реальными внешними действиями. Эти внешние действия опосредовались через клинические критерии, отражающие приверженность пациентов группы ПИ-1 долгосрочной терапии АЗ. Пациенты контрольной группы таких изменений не демонстрировали.

#### **4.2. Эффективность мотивирующего провитального интервью у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР**

Если в разделе 4.1, были представлены результаты изучения терапевтической эффективности ПИ у лиц с АЗ без учета наличия или отсутствия у них ПЛР (группы ПИ-1 и КГ-1), то в данном разделе приведены результаты сравнительного исследования терапевтической эффективности ПИ и традиционной беседы у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР:

- группа ПИ-2: пациенты, которым проводилось ПИ (17 чел.)
- группа КГ-2: пациенты, которым проводилась традиционная беседа.

В таблице 11 приведены сравнительные данные двух измерений по тесту SOCRATES в группах ПИ-2 и КГ-2.

**Динамика значений теста SOCRATES, характеризующая различие мотиваций к изменению пациентов из групп ПИ-2 и КГ-2, определенных в момент госпитализации в стационар (1 тест) и при выписке из стационара (2 тест) (внутригрупповое сравнение методом Z - Вилкоксона)**

Стадии изменений	Призна- ния 1 тест (Баллы) M;SD	Призна- ния 2 тест (Баллы) M;SD	Амбивал. 1 тест (Баллы) M;SD	Амбивал. ен 2 тест (Баллы) M;SD	Действий 1 тест (Баллы) M;SD	Действий 2 тест (Баллы) M;SD
ПИ-2 про- витель- ное интер- вью	28,9; 5,4*	32,07;4,1 *	14,9; 3,4**	16,5; 3,6**	33,6; 4,3***	36,3; 3,9***
P=; Z Вилкок- сон	<b>Z=-2,4</b>	<b>P=0,016</b>	<b>Z=-2,4</b>	<b>P=0,017</b>	<b>Z=-2,7</b>	<b>P=0,007</b>
КГ-2 тради- ционная беседа	26,11;7,4 5	29,0;6,5	14,0;3,4* *	17,2; 2,8**	28,1; 6,1***	31,4; 5,0***
P=; Z Вилкок- сон	<b>Z=-1,146</b>	<b>P=0,252</b>	<b>Z=-2,379</b>	<b>P=0,017</b>	<b>Z=-2,079</b>	<b>P=0,038</b>

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

У пациентов группы ПИ-2 от первого измерения ко второму отмечен достоверный рост баллов по тесту SOCRATES от стадии «Признания» до стадии «Амбивалентности» и стадии «Действий». При увеличении количества баллов на стадиях «Признания» и «Действий» рост баллов на стадии «Амбивалентности» некоторыми авторами расценивается как позитивное изменение, отражающее нарастание борьбы мотивов, которая завершается в пользу позитивных действий [143].

У пациентов из группы КГ-2, которым проводилась только традиционная беседа, не отмечалось достоверного роста баллов на стадии «Признания». По мнению разработчиков теста [143], достоверный рост баллов на стадии «Амбивалентности» стимулирует увеличение частоты и числа действий, способствующих отказу от лечения. Подобная тенденция на фоне традиционного подхода и традиционного интервью скорее типична для пациентов с ПЛР, которым свойственны так называемые поведенческие «отыгрывания», когда пациент с ПЛР, чтобы совладать с нарастающим внутренним напряжением, избегает переживания и анализ чувств и выражает их немедленно и импульсивно через действия.

Как следует из таблицы 12, у пациентов подгруппы ПИ-2 по сравнению с пациентами подгруппы КГ-2 наблюдались достоверно более высокие результаты по показателю «Добровольное решение о реабилитации в реабилитационном центре» и по показателю «Долгосрочная поддерживающая психофармакотерапия» ( $p = 0,037$ ).

Таким образом, учитывая данные таблиц 11 и 12, можно констатировать, что ПИ оказывает позитивное влияние у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, в плане приверженности к долгосрочной терапии за счет повышения осознания ими АЗ и связанных с ней медицинских и социальных проблем.

**Приверженность к долгосрочному лечению  
у пациентов из групп ПИ-2 и КГ-2**

Критерии эффективности	Добровольное решение о реабилитации в РЦ	Долгосрочная поддерживающая психофармакотерапия	Мотивирование для реабилитации в РЦ с помощью выездной интервенции	Преждевременная выписка
ПИ-2 провитальное интервью, %	86,7	18,8	0*	0
5КГ-2 традиционное интервью, %	44,4	11,1	33,3*	22,2

Примечание к таблице 12: \* –  $p = 0,037$  по точному критерию Фишера

**4.3. Рекомендации по применению мотивирующего ПИ у пациентов АЗ, ассоциированной с ПЛР (примеры использования метода)**

1. В ходе мотивирующего ПИ эффективно использовать конфронтацию алкогольного отрицания по типу так называемого «Смеха висельника» [194], когда пациент пытается обратить опасные формы поведения в шутку или обесценить их возможные трагические последствия. При этом рекомендуется не поддерживать «Смех висельника», быть серьезным, понимая, что за «веселостью» скрывается страх.

В качестве примера приведен фрагмент ПИ у пациента И., 27 лет, с диагнозом алкогольной зависимости и пограничным типом ПЛР (F 60.31).

(Наблюдение б.)

Врач: Склонен ли ты к неоправданному риску?

Пациент: Нет.

Врач: Пьяное вождение – это тоже риск, огромный.

Пациент: Ну да, да.

Врач: Еще раз подумай.

Пациент: Был склонен, может до этого, да. *(Смеется)*

Врач: А что смешного тут?

Пациент: Нет ничего смешного, просто.

Врач: Что значит просто?

Пациент: Ну да, если вот этого касаться, то, да, был склонен в единственном этом моменте.

Врач: Ощущение, что твой внутренний ребенок сейчас обрадовался просто, что да, обо мне все-таки помнят?

Пациент: Нет, конечно.

Врач: ... помнят, как я машину разбил.

Пациент: Нет, нет, конечно *(Смеется)*.

Врач: Такой очень настораживающий смех сейчас был.

Пациент: Да какой это смех? Это не смех – это просто... а...

Врач: Это называется – смех висельника.

Пациент: Я вспомнил, что просто, если действительно это брать, как неоправданный риск, то, да.

Врач: Естественно, пьяное вождение с попаданием под фуру – это неоправданный риск».

И далее, пациент снова пытается шутить:

Врач: Пьяный Игорь еще не ушел.

Пациент: Ну, он ушел, но обещал вернуться.



Врач: Инициативу перехватил трезвый Игорь. Ну вот, опять же, видишь какой?

Пациент: Шучу, шучу я.

Врач: Это не простой смех.

Пациент: Да нет, я серьезно говорю, пьяный Игорь уже ушел, он больше не вернется, как бы, да, тяга есть, она будет, она никуда не денется, никуда не уйдет. Вот эта вот алкогольная зависимость она тоже присутствует, мы все это тоже проговаривали...

2. Инсайт (осознавание)-ориентированный подход с элементами ментализации (понимание чужого опыта). ПИ выстраивается таким образом, что пациент сам приходит к осознанию необходимости психотерапии, работы с эмоциями гнева, раздражения, соперничества. Элемент ментализации вводится, когда пациента приглашают к анализу чувств и мыслей других людей, как результат их реакции на слова и действия пациента [66]. Также психотерапевт поощряет пациента «разбираться» в своем внутреннем мире.

В качестве примера приведен фрагмент ПИ у пациента Р., 34 лет, с диагнозом алкогольной зависимости и импульсивным типом ПЛР (F 60.30). (Наблюдение 7.)

Врач: Часто вот так бывает, что копаетесь в себе?

Пациент: Да фиг знает. Мне кажется как-то периодически, все равно какой-то анализ провожу... периодически периодами там, у меня нету как там заданного графика, раз в два дня или каждый день, допустим вечером заниматься этим или еще как-то. Ну, опять же какие-то моменты появляются, и вот приходится копошиться там. Как сегодня вот меня там раздражает пару пассажиров, я не могу вообще их видеть. Не то, что видеть, даже разговаривать, пару элементов и меня начинает колотить. Вот почему так? Почему они доводят меня до такого состояния? Я понимаю, что в них есть тоже, что и во мне. Только я куда-то это забил, но сам для себя, но для других все равно это проявляется. Это есть, так же, как и у них..., но скорее всего вот так вот как-то.

Врач: То есть через общение с ними Вы можете вырасти духовно?

Пациент: Ой, а как тяжело.

Врач: Но расти, в принципе, не просто, пообщавшись с ними. Без агрессии, поймете, что в них настолько в Вас прямо выводит?

Пациент: Да я понял, что выводит. Я разобрал эту систему и понял, что выводит в них. А вот пообщаться надо, вот с гневом с моим поработать, с раздражительностью. В таком состоянии я не смогу нормально пообщаться. Получится не общение, а экзекуция. Но не физически, я наговорю столько вообще говна, грубости, хотя не стоит это того вообще говорить этому человеку о чем-то подобном.

3. Поощрение осознания смертельной опасности употребления алкоголя, а также аутоагрессивного модуса поведения. Психотерапевт выстраивает беседу таким образом, чтобы пригласить пациента увидеть за привычными «алкогольными» проблемами, связанными с деструкцией тела (вреда для соматического здоровья), общую аутоагрессивную направленность поведения пациента. Ценно, когда сам пациент «вдруг» осознает свой вклад в «умирание» [72]. Терапевт подчеркивает, что пациент всегда может отказаться от такого поведенческого драйва и начать серьезно лечить зависимость.

В качестве примера приведен фрагмент ПИ у пациента В., 58 лет, с диагнозом алкогольной зависимости.

(Наблюдение 8.)

Врач: Наносили ли Вы сами себе когда-нибудь самоповреждения?

Пациент: Что, придурок что ли?

Врач: Никогда такого не было?

Пациент: Никогда. Никогда такого не было. У меня просто рука не поднимется. Да я даже, ну, чувство самосохранения слишком велико. Я не смогу нанести.

Врач: Но при всем при этом запойно пьете?

Пациент: А, вы вот так хотите повернуть вопрос.

Врач: Ну, возникает вопрос. Он логичный здесь. Если вот Вы себя любите, в принципе, физическому насилию не подвергались, самоповреждения, видите, как

Вы реагируете, что такого прямо быть не может, ну, алкоголь – это же тоже как самоповреждение.

Пациент: Ну, понимаете, вы так тоже говорите: «запойно пью». Запойно это вот когда, ну да, ну попил недельку...

Врач: Ну да, это и есть запой.

Пациент: Ну и хорошо, ладно, был запой на неделю вот и все. Ну, хотите трактовать это так, что я хотел нанести себе ущерб...

Врач: Но это так и есть. Это как ни трактуй здесь, потому что вопрос то не про это. Просто у меня возникает к вам вопрос: почему вот, если вы себя любите, за собой ухаживаете, зачем вам это просто нужно?»

Другой пример пациента Р., 34 лет, с диагнозом алкогольной зависимости и импульсивным типом ПЛР (F 60.30).

(Наблюдение 9.)

Врач: Есть ли у вас, Михаил, хобби или привычки, опасные для жизни?

Пациент: Ну, за исключением употребления алкоголя, в принципе я никакими такими спортивными, ни какими-то другими такими вещами не занимаюсь.

Врач: Имеется в виду экстремальными видами.

Пациент: Да.

Врач: Вы правильно все поняли.

Пациент: Разве что, но это уже давно было, я мог выпившим сесть за руль, что приводило тоже, к очень экстремальному, именно манере вождения. Вот это была беда, да. Только сейчас я по сути это осознаю».

Таким образом, помимо известного терапевтического алгоритма ПИ (см. приложение), терапевт в рамках ПИ имеет возможность использовать дополнительные и полезные для пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, техники: такие как конфронтация «смеха висельника», терапия, ориентированная на осознание с ментализацией, и терапия, направленная на осознание аутоагрессивного модуса поведения.

#### **4.4. Исследование амбивалентных высказываний пациентов, выявленных в процессе мотивирующего ПИ**

Проведен текстовый анализ записанных на диктофон диалогов «пациент-психотерапевт» в ходе ПИ для изучения возможных мишеней психотерапевтического вмешательства у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, с позиций теории Ambivalence Model of Craving [77; 83; 187] и теории алкогольного расщепления личности [12; 13; 106; 107; 151; 152; 153].

Данные теоретические модели представляются корректными для данного исследования в связи с тем, что в структуре личности пациентов с ПЛР наблюдается особая форма расщепления – сплиттинг [29; 112; 147], который, исходя из теоретических представлений, может, с одной стороны, быть основой для алкогольного расщепления, а с другой стороны, может существенно усложнять психотерапию пациентов с АЗ, сочетанной с ПЛР.

Методом контент-анализа «состояний Я» [53; 177] были проанализированы двадцать пять дословных протоколов-диалогов «психотерапевт-клиент», записанных с согласия пациентов на диктофон в ходе проведения ПИ. Выбор диалогов был лимитирован получением согласия пациентов на запись диалога. Клиническая диагностика наличия или отсутствия ПЛР у пациента с АЗ осуществлялась через несколько дней после записи, чтобы она не влияла на выбор терапевтом тактики ПИ и на его выбор задаваемых пациенту вопросов в ходе ПИ.

После проведения клинической диагностики оказалось, что из двадцати пяти пациентов, протоколы бесед которых были получены, у тринадцати пациентов была диагностирована АЗ, ассоциированная с ПЛР (1 группа), а у 12 – только АЗ (2 группа).

Содержание текстов анализировали четверо независимых экспертов, которые никогда не общались ранее с этими пациентами и не работали в указанных стационарах. Все эксперты имели ученые степени и сертификаты по специальностям в области психического и наркологического здоровья.

Эксперты оценивали амбивалентные высказывания пациентов и относили их в соответствии с критериями и инструкции (приложение 4) в раздел высказываний:

- типа А («против» изменения зависимого поведения),
- типа Б («за» изменения зависимого поведения),
- типа В («неопределенные» по отношению к зависимому поведению высказывания).

Согласованность оценок экспертов определялась тестом Кендалла (W) (таблица 13).

**Таблица 13**

**Анализ согласованности экспертных оценок**

<b>Утверждения</b>	<b>(W)</b>	<b>P</b>	<b>Степень согласованности</b>
Тип А	0,49	0,003	Достаточно согласованы
Тип Б	0,70	0,0001	Согласованы
Тип В	0,92	0,0001	Максимально согласованы

Значения, приведенные в таблице 13, демонстрируют согласованность экспертных оценок по поводу типов утверждений (А, Б или В) испытуемых.

Печатные протоколы записей беседы «терапевт-клиент», оцененные экспертами, содержали все варианты высказываний. Соотношения высказываний в разных протоколах не были одинаковыми. На утверждения типа А приходилось от 0 до 69,8 процентов от всего объема текста. На утверждения типа Б – от 13,5 до 77 процентов от всего объема текста. Утверждения типа В или «неопределенные (ни А, ни Б) высказывания», которые специалисты не отнесли ни к разновидности А, ни к Б – занимали от 9,9 до 91 процентов текста. Амбивалентные высказывания «за» и «против» изменений зависимого поведения встречались с высокой частотой в обеих подгруппах пациентов, что еще раз подтверждает наличие интенсивной внутриличностной борьбы мотивов у зависимых пациентов.

## Примеры высказываний разных типов

**Тип А.** На вопрос врача о связи агрессивного поведения с приемом алкоголя (пациент неоднократно в состоянии опьянения совершал агрессивные действия) пациент О., 35 лет, с диагнозом алкогольной зависимости с пограничным типом ПЛР отвечает, отрицая эту очевидную связь: «Ну, трезвый, и пьяный тоже. Просто так я не дерусь, я заступаюсь за кого-то, как правило». Чуть позже врач исследует связь тяжелого избиения пациента с алкоголизацией и запоем. Пациент отвечает, отрицая эту связь: «Нет, не в запое, просто употребление. Просто в кафе пошли, и то тогда я еще в запой не уходил».

**Тип Б.** Пациент С., 35 лет говорил о том, что он не занимается детьми, и дети и жена страдают от того, что С. не работает. Он говорит: «Да кому я на работе пьяный нужен? Я сюда и пошел ради того, чтобы пойти нормально устроиться на работу, нормальным человеком отсюда выйти, взяли чтобы нормально... Сюда и пошел, чтобы стать хотя бы человеком, вылечиться».

Пациент О., 35 лет, рассуждает о стрессовых событиях, которые для него имеют значение триггера: «Да, да, да... Я узнал в этой книге, я почитал, что все это подталкивает, то есть я и дома немножко поругался в тот день и, как бы подготовил почву для своего запоя, как потом я уже понял».

**Тип В.** Эти высказывания или носят формальный характер, например, точные биографические данные, или экспертам недостаточно информации, чтобы вынести определенное решение. Например, «Я дважды раньше лечился» или «Нет, у меня нет детей».

В таблице 14 приведены результаты сравнения пациентов из подгруппы 1 (АЗ+ПЛР) и подгруппы 2 (АЗ без ПЛР) по процентному содержанию в высказываниях негативных (тип А), позитивных (тип Б) и неопределенных (тип В) утверждений пациентов.

Таблица 14

**Частота высказываний типа А, Б, В у пациентов подгруппы 1(АЗ+ПЛР) и подгруппы 2 (АЗ без ПЛР) (U, Манна-Уитни)**

№ группы	Диапазон (Минимум÷ Максимум)	Среднее (%)	Стандартная ошибка	Медиана	Мода
<b>Высказывания типа А</b>					
1	3,3÷36,90	<b>17,2</b>	3,02	14,5	3,3
2	0,00÷77	30,4	7,6	26,7	0
<b>Высказывания типа Б</b>					
1	16,3÷62,4	<b>39,9</b>	4,32	40,15	16,3
2	0,00÷69,8	36,08	6,1	36,5	8,7
<b>Высказывания типа В</b>					
1	14,30÷80,40	<b>42,8</b>	5,6	44	14,3
2	9,9÷54,4	31,4	3,9	30,9	9,9

Примечание: выделены различия с  $p = 0,001$ .

Анализируя данные таблицы 14, можно констатировать отсутствие различий между подгруппами по количеству высказываний, относящихся к типам А и Б. Это свидетельствует о доминировании алкогольных механизмов «расщепления» над специфическим, присущим ПЛР расщеплением, и, следовательно, на данном этапе терапии пациенты нуждаются преимущественно в антиалкогольной терапии и мотивировании их посредством поддержки высказываний типа Б к участию в долгосрочных лечебных программах.

Попарное сравнение утверждений типов А, Б и В по критерию Манна-Уитни (U) внутри каждой из подгрупп исследования (группа 1 и 2) показало, что у пациентов с ПЛР имеются значимые ( $p = 0,001$ ) отличия по утверждениям типа А

и Б, а также между утверждениями А и В. Здесь преобладали высказывания типа Б и В ( $p = 0,001$ ). Объясняя эти результаты, можно сказать, что пациенты с ПЛР скорее склонны к демонстрации своих позитивных намерений, возможно, отрицая обесценивающие, трудно переносимые для них мысли. Интересно, что в подгруппе, где не было пациентов с ПЛР, утверждения распределялись более равномерно.

На следующем этапе исследования было проведено сравнительное исследование пациентов, у которых преобладали высказывания типа А, или типа Б, или типа В. Это было сделано для поиска специфических для них клинических, аутоагрессивных и социо-демографических характеристик:

Подгруппы были сформированы с учетом определенных (установленных) дискриминационных процентных значений; эти значения были определены экспертами в результате сравнительного исследования групп:

- Так, подгруппу А составили одиннадцать человек, у которых утверждения типа А занимали 40 % всего текстового пространства. 40 % – это наименьший показатель для каждого конкретного пациента, который должен у них быть, чтобы высказывания типа А преобладали над всеми остальными.
- Подгруппу Б составили восемь пациентов, у которых минимальный процент преобладания утверждений типа Б составил 28 %.
- Подгруппу В составили шесть пациентов.

Подгруппы А, Б и В сравнивались между собой, чтобы определить наличие достоверных различий по критериям социо-демографического, клинического и аутоагрессивного статусов. Эти же критерии использовались для сравнительной характеристики основной и контрольной групп (см. главу 3). С помощью показателя Краскела-Уоллиса статистически достоверные различия между подгруппами были установлены.

По критерию Пирсона были сравнены между собой подгруппа А и подгруппа Б. Результаты оформлены в таблице 15.



Таблица 15

**Критерии, по которым имеются значимые различия подгрупп А и Б, с использованием критерия Пирсона ( $\chi^2$ )**

<b>Критерии</b>	<b>Гр А (%)</b>	<b>Гр Б (%)</b>	<b>P&lt;</b>
Наличие парасуицида в анамнезе	50 %	0 %	0,029
Подверженность физическому насилию	75 %	14,3 %	0,019
Высокая прогредиентность АЗ	62,5 %	57,1 %	0,024
Средняя прогредиентность АЗ	37,5 %	42,9 %	0,024

Анализируя данные, представленные в таблице 15, можно сказать, что наиболее заметные и значимые различия между подгруппами касались критериев аутоагрессивного статуса (наличие парасуицида в анамнезе и высокой частоты акцепции физического насилия, что соответствует понятию виктимного поведения) в группе А. У пациентов группы А (с преобладанием негативных утверждений) чаще диагностировалась высокая прогредиентность АЗ, тогда как в группе Б – средняя. Представленные результаты подтверждают мнение о том, что пациенты с преобладающим отрицанием и негативными оценками собственных терапевтических перспектив более «суицидоопасны» и чаще оказываются в позицию «Жертвы» [127]. Эти данные должны акцентировать внимание врачей на подробном изучении суицидологического анамнеза и суицидального статуса (suicidal state of mind) [10; 46] у пациентов, активно демонстрирующих различные виды отрицания антиалкогольной терапии.

Корреляционный анализ по Спирмену позволил выявить значимую позитивную корреляцию между процентом неопределенных высказываний и частотой больных с диагнозом ПЛР ( $p < 0,001$ ).

Важно отметить, что алкогольное расщепление, которое определялось по соотношению высказываний типа А и типа Б, наблюдается у всех пациентов с АЗ: число амбивалентных высказываний по группам было примерно одинаково. При этом не было обнаружено корреляционной связи алкогольного расщепления с наличием или отсутствием ассоциированного ПЛР.

Полученные данные показывают, что при психотерапии пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, в особенности на начальных этапах терапии после купирования состояния интоксикации и абстинентных расстройств необходимо использовать все известные психотерапевтические мишени, связанные с АЗ, без учета специфики ПЛР, о чем ранее сообщалось в литературе [167].

Данная тактика терапии соответствует результатам использования психофармакологических средств, таких как налтрексон и дисульфирам при терапии АЗ, эффективность применения которых не зависела от наличия или отсутствия симптомов ПЛР [184].

С другой стороны, игнорирование явлений коморбидного сочетания АЗ и пограничного личностного расстройства, приводит к рецидивам и аутоагрессивным эксцессам у таких больных в средне- и долгосрочной перспективе. Именно это и имеют в виду большинство авторов, когда говорят о несомненных преимуществах комбинированной (лечение и АЗ и параллельное лечение ПЛР) терапии [47].

Следует также констатировать, что примененный в работе метод контент-анализа для диагностики и понимания феноменов алкогольного расщепления личности открывает перспективу изучения пациентов с преобладанием негативных высказываний в своем нарративе, поскольку именно этот показатель статистически достоверно связан с наиболее опасными клиническими проявлениями аутоагрессивного поведения – парасуицидами и акцепцией физического насилия.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из приоритетных тем современной аддиктологии является проблема сочетания расстройства зависимости с другими психическими расстройствами. У большей части лиц с АЗ обнаруживают расстройства личности [97; 127; 193], среди которых чаще всего наблюдается ПЛР [190]. Сочетание психических и аддиктивных расстройств создает значительные диагностические проблемы и существенно осложняет терапевтические подходы в отношении пациентов с данной формой коморбидной патологии. Трудности терапевтического ведения этих пациентов осложняются низкой приверженностью данной категории пациентов к долгосрочным лечебно-реабилитационным вмешательствам, которые, согласно современным представлениям, относятся к основному условию достижения терапевтической ремиссии АЗ [68; 179].

Поэтому целью настоящего исследования стала разработка варианта мотивирующей психотерапии, ориентированной на повышение приверженности больных АЗ с ПЛР к долгосрочной терапии, медицинской и социальной реабилитации на основе изучения клинико-динамических закономерностей данной сочетанной патологии и особенностей наблюдающегося в ее структуре аутоагрессивного поведения.

Для диссертационного исследования с 2018 по 2020 г.г. использовалась стационарная база клиники ННЦ Наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации и наркологической клиники ООО «Клиника Спасение». Общая численность обследованных составила 68 человек. Все пациенты с АЗ были разделены на 2 группы: группа 1 (основная), в которую вошли пациенты с АЗ, ассоциированной с ПЛР (28 человек), и группа 2 (контрольная), в которую вошли пациенты с АЗ без ПЛР (40 человек). Среди пациентов основной группы были выделены пациенты с импульсивным типом ПЛР (подгруппа 1.1. – 9 человек) и пограничным типом ПЛР (подгруппа 1.2. – 19 человек).

Диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F-10.2) и ПЛР устанавливался в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Диагностика аутоагрессивного поведения осуществлялась в соответствии с критериями, утвержденными секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 г.

В диссертационном исследовании применялись клинико-анамнестический и клинико-катамнестический (сбор анамнеза и катамнеза) методы, клинико-психопатологический, экспериментально-психодиагностический и математико-статистический методы исследования.

Среди психометрических методов использовались: определение коэффициента суицидальной опасности (КСО) [30, 31], «Опросник SOCRATES или Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться» [143]. Количественный анализ высказываний пациентов «за» и «против» изменения зависимого поведения проводился по опубликованной методике контент-анализа [53; 177] с вычислением коэффициента согласованности мнений Kendall.

В качестве психотерапевтического инструмента (техники), мотивирующего пациентов на приверженность к участию в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах, был предложен краткий вариант мотивирующего провитального интервью (ПИ) для прояснения особенностей алкогольного аутоагрессивного поведения [4].

Изучение эффективности предложенного ПИ проводилось в двух рандомизированных случайным образом группах пациентов с помощью опросника SOCRATES.

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА). Все больные подписали информированное согласие. Данные, которые были получены в ходе работы, обрабатывались клинико-статистическими методами с включением программ Statistica for Windows (V.10.0). В зависимости от необходимости и структуры материала использовались  $\chi^2$  Пирсона, U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок, t-критерий Стьюдента, критерий Z Вилкоксона, критерий

Фишера, коэффициент корреляции Кендалла. Уровень значимости «р» учитывался при его значении меньше 0,05.

**Клинические особенности АЗ, ассоциированной с ПЛР.** Сопоставление пациентов основной и контрольной показало, что они не различались по основным социо-демографическим параметрам (уровень образования, место проживания, наличие судимостей в анамнезе), но имели достоверные отличия по характеристикам, косвенно отражающим клинику ПЛР ( $p < 0,05$ ). Пациенты с АЗ, ассоциированной с ПЛР (основная группа), были более молодого возраста (соответственно по группам исследования 33,5 и 41,54 лет;  $p = 0,0001$ ), достоверно чаще были холостыми и не создали собственной семьи (56,5 % и 16,7 %;  $p = 0,002$ ), имели в среднем меньшее количество детей (33,3 % и 86,2 %;  $p = 0,0001$ ). У них достоверно чаще выявлялись признаки тесной симбиотической связи с родителями (79,2 % и 33,3 %;  $p = 0,001$ ), в основном, с матерью. Сохранение симбиотических отношений с отсутствием полной сепарации от матери и (или) родительской семьи негативно влияло на способность формировать и поддерживать новые долгосрочные отношения вне родительской семьи [112; 113; 135; 137], на уровень семейной и социальной адаптации, а также снижало возможности воспользоваться здоровым, лишенным симбиотических отношений окружением [33; 178].

*По клинико-динамическим особенностям* пациенты с АЗ, ассоциированной с ПЛР, отличались высоким темпом прогрессивности АЗ ( $p = 0,02$ ), ускоренной динамикой формирования основных синдромов и симптомов АЗ, наличием периодов запойного пьянства (83,3 % и 59,3 %;  $p = 0,159$ ) и их бóльшей продолжительностью (14,87 и 9,6 дней;  $p = 0,05$ ), бóльшей психопатологической нагрузкой с увеличением аффективных расстройств депрессивного спектра (переживания вины, стыда, одиночества и бессмысленности жизни), высоким коэффициентом суицидальной опасности (КСО) (4,66 и 3,46;  $p = 0,041$ ).

Вместе с тем, не выявлено отличий по частоте пароксизмальных расстройств в состоянии алкогольного абстинентного синдрома (8,3 % и 7,1 %;  $p = 1$ ), по количеству госпитализаций «больше одной» (83,3 % и 77,8 % ;  $p = 0,618$ ), по

частоте наблюдения у врача психиатра-нарколога (18,2 % пациентов в основной группе и 28,6 % – в контрольной;  $p = 0,159$ ), по частоте длительного противорецидивного поддерживающего медикаментозного лечения препаратами – блокаторами опиоидных рецепторов и их пролонгированными формами, по частоте лечения препаратами типа дисульфирам (25 % и 22,2 % ;  $p = 0,1519$ ) и аверсивной терапии (30,3 % и 42,9 %;  $p = 0,676$ ), по опыту участия в длительных психотерапевтических программах (8,3 % и 7,1 %;  $p = 1$ ), 12-шаговой программе, посещению собраний АА (41,7 % и 32,1 %;  $p = 0,673$ ), а также по частоте нахождения в реабилитационных центрах (20,8 % и 10,7 %;  $p = 0,45$ ). Отсутствие достоверных отличий по особенностям терапевтических вмешательств по поводу АЗ говорит об отсутствии каких-либо терапевтических предпочтений у врачей психиатров-наркологов при лечении АЗ у пациентов с ПЛР.

Пациенты с АЗ, ассоциированной с ПЛР, отличались от пациентов с АЗ особенностями *аутоагрессивного статуса*. Они достоверно чаще сообщали об эпизодах нанесения самоповреждений без цели расстаться с жизнью (36,4 % и 7,1 %;  $p = 0,01$ ), что для них было достаточно типично [114]. У пациентов с АЗ и ПЛР был более высокий КСО (4,66 и 3,46;  $p = 0,041$ ), что свидетельствовало о наличии у них повышенного суицидального риска даже, если они умалчивали или игнорировали эпизоды суицидальных попыток в анамнезе. По количеству совершенных суицидальных попыток и частоте суицидальных мыслей пациенты сравниваемых групп не имели достоверных различий, что свидетельствовало о высоком суицидальном потенциале пациентов с АЗ и позволяло рассматривать АЗ как аутоагрессивное заболевание [1; 128; 141;]. Сочетание с ПЛР повышало свойственный пациентам с АЗ высокий суицидальный риск и вносило разнообразие в диапазон аутоагрессивных феноменов за счет учащения актов самоповреждений. Среди форм несуйцидального аутоагрессивного поведения [104] или поведения, направленного на причинение себе вреда непрямыми, а косвенными методами в различных сферах человеческой жизнедеятельности, у пациентов с ПЛР значимо преобладало виктимное поведение в виде подверженности физическому насилию (40,9 % и 14,3 5%;  $p = 0,03$ ). Все это

позволило утверждать, что у пациентов с АЗ, и особенно при ее сочетании с ПЛР, единственная суицидальная попытка может оказаться фатальной [48; 49; 154], а потенциально низколетальная попытка (на грани с самоповреждением) на фоне алкоголизации приобретает качества высоколетальной [7; 131; 157; 189].

С целью выделения дополнительных критериев диагностики АЗ, ассоциированной с ПЛР, было проведено сравнительное исследование клинико-динамических особенностей АЗ, ассоциированной с разными типами ПЛР: импульсивный тип (подгруппа 1.1,  $n = 9$ ) и пограничный тип (подгруппа 1.2 группа,  $n = 19$ ). Выявлено, что пациенты с импульсивным типом ПЛР в отличие от пациентов с пограничным типом ПЛР были более старшего возраста (в среднем 36,8 лет против 32;  $p = 0,042$ ), имели бóльшую длительность периодов запойного пьянства (в среднем 21; 4,2 дней против 12,3; 2,6 дней;  $p = 0,038$ ), к ним чаще применялись аверсивные виды терапии (эмоционально-стрессовая, предметно-опосредованная – «кодирование»), лечение препаратами дисульфирамового ряда и его пролонгами, часто в форме внутримышечного импланта – «плацебо».

У пациентов с импульсивным типом ПЛР по сравнению с пациентами пограничного типа ПЛР достоверно чаще наблюдалось несуйцидальное аутоагрессивное поведение в форме рискованного (83,3 % и 35,3 %;  $p = 0,043$ ). Это означало их повышенную вовлекаемость в различные рискованные предприятия, в несчастные случаи, в том числе с получением черепно-мозговых травм и переломов. У них чаще наблюдался виктимный стиль поведения (83,3 % и 23,5 %;  $p = 0,01$ ), что означало повышенную подверженность физическому насилию, зачастую с его ненамеренной провокацией. Пациенты с импульсивным типом ПЛР были более эмоционально-неустойчивыми, склонными к «небезопасному любопытству», а также они были склонны маскировать или приуменьшать свои суицидальные импульсы.

**Эффективность мотивирующего ПИ для повышения приверженности пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, к долгосрочному специализированному лечению.**

Оценка психотерапевтической эффективности ПИ, направленного на повышение приверженности пациента ко всем формам долгосрочного лечения зависимости, проводилась в двух неэквивалентных подгруппах пациентов (68 человек), рандомизированных случайным образом:

- 1) в подгруппу «ПИ-1» включено 37 пациентов, которые поступили на стационарное лечение в понедельник или в среду (37 человек), и с которыми было проведено однократно ПИ продолжительностью 60-90 минут;
- 2) в подгруппу – «КГ-1» включены 31 пациент, которые поступили на стационарное лечение по вторникам и в четвергам и с которыми однократно проводилась традиционная терапевтически-ориентированная беседа, затрагивающая различные вопросы злоупотребления веществами и проблемные аспекты зависимости от ПАВ и алкоголя [42; 196], соответствующая по объему времени и внимания ПИ, но не затрагивающая вопросы ПИ. Пациенты подгруппы КГ-1 могли быть определены и расценены как пациенты контрольной группы – плацебо (attention placebo control group) [122].

У всех пациентов в соответствии с критериями отбора была диагностирована АЗ. Наличие или отсутствие ассоциированного ПЛР при этом не учитывалось.

Эффективность мотивирующего ПИ по его влиянию на готовность пациентов из подгрупп ПИ-1 и КГ-1 к участию в долгосрочных лечебно-реабилитационных оценивалась по данным сравнительного анализа результатов предварительного (при поступлении на стационарное лечение после купирования состояния интоксикации алкоголем или синдрома отмены алкоголя) и итогового (перед завершением стационарного лечения) тестирования. Все больные заполняли «Опросник SOCRATES» [143], который доказал свою эффективность для оценки мотивации пациента на участие в лечении [2; 42; 78; 89; 149; 168; 171].



Результаты по опроснику SOCRATES оценивались в баллах по стадиям транстеоретической модели Дж. Прохазка и К. Диклементо (1984): стадии «Признания», «Амбивалентности» и «Действий». Возрастание баллов на стадии «Признания» означало, что пациенты начинали понимать и осознавать негативное влияние АЗ как заболевания, другими словами наблюдалось снижение уровня алкогольной анозогнозии. Повышение баллов (от исходного уровня) на стадии «Амбивалентности» означало наличие борьбы мотивов: действовать или не действовать в направлении изменения зависимого поведения. Если при этом наблюдалось снижение (от исходного) баллов на стадии «Действие», то это означало, что в результате «борьбы мотивов» победила тенденция не менять зависимого поведения. Если же на стадии «Действие» баллы повышались, то это свидетельствовало о принятии решения действовать в позитивном направлении, то есть предпринимать попытки к изменению зависимого поведения, например, вовлекаясь в долгосрочные лечебные программы.

Результаты теста SOCRATES при поступлении статистически значимо не различались в подгруппах ПИ-1 и КГ-1, и это свидетельствовало об их одинаковом в отношении мотивации исходном уровне психики.

Эффективность мотивирующего ПИ также оценивалась по следующим терапевтическим критериям: 1) преждевременная выписка из стационара; 2) «добровольное решение о продолжении долгосрочного лечения в реабилитационном центре»; 3) поступление в реабилитационный центр, 4) «продолжение долгосрочного лечения в реабилитационном центре после медицинской интервенции», 5) участие в программе «долгосрочной поддерживающей фармакотерапии», предполагающей применение пролонгированных препаратов группы дисульфирама, налтрексона и опосредованной «плацебо»-терапии. Эти критерии оценивались врачом-исследователем при клиничко-катамнестическом обследовании пациентов и при изучении доступной медицинской документации. Полученные результаты оценивались в сравнительном аспекте по подгруппам ПИ-1 и КГ-1 с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона.

Как показало исследование, психотерапевтический ответ в форме формирования приверженности к долгосрочной терапии был достоверно выше в группе ПИ-1 по сравнению с пациентами из группы КГ-1, которые присутствовали при контрольной беседе по вопросам зависимости ( $p = 0,0001$ ). При итоговом тестировании у зависимых группы ПИ-1 достоверно повышались все три показателя теста SOCRATES («Признание», «Амбивалентность» и «Действия» в транстеоретической модели Дж. Прохазка и К. Диклемента, 1984), в отношении данных, измеренных при госпитализации ( $p = 0,0001$ ). После проведенного ПИ у пациентов из подгруппы ПИ-1 достоверно повышалась способность мышления к осознанию АЗ и связанных с ней негативных медицинских и социальных последствий (стадия «Признание»). На следующей стадии они стали способны сделать выбор в пользу предлагаемого долгосрочного антиалкогольного вмешательства (стадия «Амбивалентность») и формулировали для себя доводы для включения в долгосрочные лечебно-реабилитационные программы (стадия «Действия»).

У пациентов подгруппы КГ-1 статистически значимой динамики показателей теста от госпитализации до выписки из стационара не регистрировалось.

Исследование мотивирующей эффективности ПИ (группа ПИ-1) по сравнению с традиционной беседой (подгруппа КГ-1) по терапевтическим критериям показало, что в подгруппе ПИ-1 достоверно чаще ( $p = 0,005$ ) пациенты добровольно решались продолжить долгосрочное лечение и реабилитацию в центре социальной реабилитации, достоверно реже вовлекались в программы социальной реабилитации с помощью выездной интервенции ( $p = 0,038$ ), по сравнению с пациентами из подгруппы КГ-1, у которых достоверно чаще по сравнению с пациентами из подгруппы ПИ-1 пациенты покидали программы терапии досрочно ( $p = 0,005$ ).

Следовательно, с помощью теста SOCRATES и по результатам сравнительного анализа терапевтических критериев, характеризующих отношение пациентов к долговременным лечебно-реабилитационным программам, получение положительного эффекта от проведенного с

мотивирующей целью ПИ было установлено. Можно сказать, что провитальное интервью является «быстрым» психотерапевтическим инструментом, который помогает осознать имеющееся у интервьюируемых субъектов угрожающее жизни зависимое поведение и связанные с ним негативные медицинские и социальные последствия употребления алкоголя. ПИ способствует формированию понимания необходимости антиалкогольного лечения именно в долгосрочных программах, и что самое главное – поощряет зависимых предпринимать реальные действия по изменению патологического поведения.

### **Эффективность мотивирующего ПИ у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР.**

Сравнительное исследование по вышеописанному алгоритму пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, которым проводилось ПИ (подгруппа ПИ-2; 17 пациентов) и которым проводилась традиционная беседа (подгруппа КГ-2; 10 пациентов), показало достоверный рост баллов теста SOCRATES на всех стадиях у пациентов из подгруппы ПИ-2: отмечалось статистически достоверное увеличение баллов при итоговом тестировании по сравнению с предварительным тестированием на стадии «Признания» и на стадии «Действий». Одновременное увеличение баллов на стадии «Амбивалентности» расценивалось как позитивный фактор нарастания интенсивности борьбы мотивов, которая завершалась в пользу позитивных действий [143]. У пациентов подгруппы КГ-2, которым проводилось только традиционная беседа, не отмечалось достоверного роста баллов на стадии «Признания» своей зависимости.

У пациентов из подгруппы ПИ-2 также выявлены лучшие результаты по критериям терапевтической эффективности, что проявлялось в достоверно более высоких значениях по критериям, отражающим формирующуюся установку на включение в долговременные лечебно-реабилитационные программы ( $p=0,037$ ).

Таким образом, показано, что ПИ оказывало позитивные мотивирующие эффекты в отношении участия пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, в долговременных лечебно-реабилитационных программах.

## **Исследование амбивалентных высказываний пациентов в процессе мотивирующего ПИ.**

Изучение возможных мишеней психотерапевтического вмешательства у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, было проведено в соответствии с теорией амбивалентной модели влечения к алкоголю (Ambivalence Model of Craving) [77; 83; 187] и теории алкогольного расщепления личности [12; 13]. Выбор теоретической модели исследования связан с тем, что у пациентов с ПЛР наблюдается особая форма расщепления – сплиттинг [29; 112; 147], что может быть основой для формирования алкогольного расщепления личности и создавать дополнительные проблемы при формировании у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, приверженности к лечению. Методом контент-анализа «состояний Я» [53; 177] были проанализированы двадцать пять дословных протоколов-диалогов «психотерапевт-клиент», записанных с согласия пациентов на диктофон в ходе проведения им ПИ.

Число протоколов было лимитировано получением от пациентов добровольного информированного согласия на диктофонную запись, которое было получено от тринадцати пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР (1 подгруппа) и от двенадцати пациентов с АЗ без ассоциированного ПЛР (2 подгруппа). Текст протоколов вычитывался и подвергался анализу четырех специалистов в области психиатрии, наркологии и психотерапии (компетентность подтверждалась сертификатами), имеющих ученые звания и ранее не наблюдавших этих пациентов, и не являющихся сотрудниками вышепоименованных стационаров. Специалисты оценивали амбивалентные высказывания пациентов и относили их в раздел высказываний типа А («против» изменения зависимого поведения), типа Б («за» изменения зависимого поведения) и типа В («неопределенные» высказывания). Проверка согласованности экспертных оценок проводилась с использованием коэффициента Кендалла, который показал высокую степень согласованности мнений.

Печатные протоколы записей беседы «терапевт-клиент», оцененные экспертами, содержали все варианты высказываний. Соотношения высказываний

в разных протоколах не были одинаковыми. На утверждения типа А приходилось от 0 до 69,8 процентов от всего объема текста. На утверждения типа Б – от 13,5 до 77 процентов от всего объема текста. Утверждения типа В или «неопределенные (ни А, ни Б) высказывания», которые специалисты не отнесли ни к разновидности А, ни к Б – занимали от 9,9 до 91 процентов текста.

Амбивалентные высказывания «за» и «против» изменений зависимого поведения встречались с высокой частотой в обеих подгруппах пациентов, что еще раз подтверждает наличие интенсивной внутриличностной борьбы мотивов у зависимых пациентов.

Достоверных различий между 1 и 2 подгруппами по процентному соотношению высказываний типа А и Б не выявлено ( $P < 0,05$ ). Это может быть связано с доминированием алкогольных механизмов «расщепления» над присущим ПЛР расщеплением и, следовательно, пациенты нуждались в преимущественном антиалкогольном лечении и мотивировании их к долгосрочным лечебным программам посредством поддержки высказываний типа Б.

Попарное сравнение утверждений типов А, Б и В по критерию Манна-Уитни (U) внутри каждой из подгрупп исследования (группа 1 и 2) показало, что у пациентов с ПЛР имеются значимые ( $p = 0,001$ ) отличия по утверждениям типа А и Б, а также между утверждениями А и В. Здесь преобладали высказывания типа Б и В ( $p = 0,001$ ). Объясняя эти результаты можно говорить, что пациенты с ПЛР скорее склонны к демонстрации своих позитивных намерений, возможно, отрицая обесценивающие, трудно переносимые для них мысли. Интересно, что в подгруппе, где не было пациентов с ПЛР, утверждения распределялись более равномерно.

На следующем этапе исследования было проведено сравнительное исследование пациентов, у которых преобладали высказывания типа А, или типа Б, или типа В. Это было сделано для поиска специфических для них клинических, аутоагрессивных и социо-демографических характеристик. Так, подгруппу А составили одиннадцать человек, у которых утверждения типа А занимали 40 %

всего текстового пространства. 40 % – это наименьший показатель для каждого конкретного пациента, который должен у него быть, чтобы высказывания типа А преобладали над всеми остальными. Подгруппу Б составили восемь пациентов, у которых минимальный процент преобладания утверждений типа Б над другими высказываниями у каждого конкретного пациента составил 28 %. Подгруппу В составили шесть пациентов. С помощью показателя Краскела-Уоллиса статистически достоверные различия между тремя подгруппами были установлены. По критерию Пирсона наиболее заметные и значимые различия между подгруппами касались критериев аутоагрессивного статуса (наличие парасуицида в анамнезе и высокой частоты акцепции физического насилия, что соответствует понятию виктимного поведения, в подгруппе А). У пациентов подгруппы А (с преобладанием негативных утверждений) чаще диагностировалась высокая прогредиентность АЗ, тогда как в группе Б – средняя. Представленные результаты подтверждают мнение о том, что пациенты с преобладающим отрицанием и негативными оценками собственных терапевтических перспектив более «суицидоопасны» и чаще оказываются в позиции «Жертвы» [127]. Эти данные должны акцентировать внимание врачей на подробном изучении суицидологического анамнеза и суицидального статуса (suicidal state of mind) [10; 46] у пациентов, активно демонстрирующих различные виды отрицания антиалкогольной терапии. Корреляционный анализ по Спирмену также позволил выявить значимую позитивную корреляцию между процентом неопределенных высказываний и частотой больных с диагнозом ПЛР ( $p < 0,001$ ).

Важно отметить, что алкогольное расщепление, которое определялось по соотношению высказываний типа А и типа Б, наблюдается у всех пациентов с АЗ: число амбивалентных высказываний по группам было примерно одинаково. При этом не было обнаружено коррелятивной связи алкогольного расщепления с наличием или отсутствием ассоциированного ПЛР. Полученные данные показывают, что при психотерапии пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, в особенности на начальных этапах терапии после купирования состояния интоксикации и абстинентных расстройств необходимо использовать все

известные психотерапевтические мишени, связанные с АЗ, без учета специфики ПЛР, о чем ранее сообщалось в литературе [167]. Данная тактика терапии соответствует результатам использования психофармакологических средств, таких как налтрексон и дисульфирам при терапии АЗ, эффективность применения которых не зависела от наличия или отсутствия симптомов ПЛР [184].

С другой стороны, игнорирование явлений коморбидного сочетания АЗ и пограничного личностного расстройства, приводит к рецидивам и аутоагрессивным эксцессам у таких больных в средне- и долгосрочной перспективе. Именно это и имеют в виду большинство авторов, когда говорят о несомненных преимуществах комбинированной (лечение и АЗ и параллельное лечение ПЛР) терапии [47]. Следует также констатировать, что примененный в работе метод контент-анализа для диагностики и понимания феноменов алкогольного расщепления личности открывает перспективу изучения пациентов, с преобладанием негативных высказываний в своем нарративе, поскольку именно этот показатель статистически достоверно связан с наиболее опасными клиническими проявлениями аутоагрессивного поведения – парасуицидами и акцепцией физического насилия.

## ВЫВОДЫ

1. Алкогольная зависимость, ассоциированная с пограничным личностным расстройством, отличается высокопрогредиентным течением.

1.1. Об этом свидетельствуют короткие сроки формирования этапов болезни, высокий уровень толерантности к алкоголю, изменённые формы алкогольного опьянения, синдром отмены алкоголя тяжелой степени, высокая психопатологическая нагрузка с формированием аффективных расстройств широкого депрессивного спектра.

1.2. Увеличение прогредиентности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности приводило к более тяжелым социальным последствиям: дисфункциональная семейная ситуация, невысокий социально-трудовой статус.

1.3. Типичные для лиц с пограничным личностным расстройством трудности с сепарацией от родительской семьи негативно влияли на создание собственной семьи и появление потомства.

2. Алкогольная зависимость, ассоциированная с импульсивным типом пограничного личностного расстройства, по сравнению с пограничным типом пограничного личностного расстройства отличается более прогредиентным течением.

2.1. Об этом свидетельствуют более короткие сроки формирования алкогольной зависимости, более длительные запойные периоды.

2.2. Для данных пациентов характерен более высокий коэффициент суицидальной опасности, а также несуйцидальное аутоагрессивное поведение в форме виктимного и рискованного.

3. Высокая нагрузка анамнеза многообразными формами суицидального поведения позволяет рассматривать алкогольную зависимость, в том числе ассоциированную с пограничным личностным расстройством, как аутоагрессивное заболевание



3.1. Установлена корреляция суицидального анамнеза с алкогольной зависимостью, в том числе ассоциированной с пограничным личностным расстройством.

3.2. Для данной категории пациентов характерен повышенный коэффициент суицидальной опасности, что свидетельствует о наличии у них повышенного суицидального риска, даже если они умалчивали или игнорировали эпизоды суицидальных попыток в анамнезе.

3.3. По количеству совершенных суицидальных попыток и частоте суицидальных мыслей в анамнезе пациенты с алкогольной зависимостью, ассоциированной и не ассоциированной с пограничным личностным расстройством, не имеют достоверных отличий, что свидетельствует о высоком суицидальном потенциале именно алкогольной зависимости.

3.4. Сочетание с пограничным личностным расстройством повышает свойственный пациентам с алкогольной зависимостью высокий суицидальный риск и вносит разнообразие в диапазон аутоагрессивных феноменов за счет многообразных форм несуйцидального аутоагрессивного поведения (нанесение самоповреждений, виктимное и рискованное поведение, причинение себе вреда в различных сферах жизнедеятельности).

4. Включение мотивирующего провительного интервью в комплексную терапию алкогольной зависимости, в том числе ассоциированную с пограничным личностным расстройством, достоверно повышает приверженность пациентов к долгосрочной терапии:

4.1. На стадии «Признания» достоверно повышается осознание пациентами наличия алкогольной зависимости и связанных с ней негативных медицинских и социальных последствий;

4.2. На стадии «Амбивалентность» активизируются процессы размышления всех «за» и «против» в отношении предлагаемого долгосрочного антиалкогольного вмешательства;

4.3. На стадии «Действия» формулируются доводы для включения в долгосрочные лечебно-реабилитационные программы.

5. Частота амбивалентных высказываний «за» или «против» изменений зависимого поведения отражает алкогольное расщепление личности в форме борьбы амбивалентных мотивов и установок, которые в свою очередь являются терапевтическими мишенями в ходе мотивирования пациентов к участию в долгосрочных лечебных программах.

6. Сохранение симбиотических отношений с матерью с отсутствием полной сепарации от родительской семьи негативно влияет на способность пациентов с алкогольной зависимостью, ассоциированной с пограничным личностным расстройством, формировать и поддерживать новые долгосрочные отношения вне родительской семьи, на уровень семейной и социальной адаптации, что создает дополнительные проблемы при формировании у них приверженности к долгосрочному лечению и должно быть включено в качестве терапевтической мишени в алгоритм провитального интервью.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

DSM-4 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V

GPM – Good Psychiatric Management

АА – анонимные алкоголики

АЗ – алкогольная зависимость

АПА – Американская психиатрическая ассоциация

ДБТ – диалектическая бихевиоральная терапия

ДДП – динамическая деконструктивная психотерапия

ДФСТ – двухфокусная схема-терапия

КГ – контрольная группа

КСО – коэффициент суицидальной опасности

МКБ – Международная Классификация Болезней

ПАВ – психоактивное вещество

ПИ – провитальное интервью

ПЛР – пограничное расстройство личности

СТ – схема-ориентированная терапия

ТБ – традиционная беседа

ТСП – терапия, сфокусированная на переносе

ЦНС – центральная нервная система

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Агазаде, Н. В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: автореф. дис ... докт. мед. наук : 14.00.18 / Агазаде Назим Вахид Оглы. – М.: ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, 1989. – 339 с.
2. Агибалова, Т. В. Оценка эффективности применения альянс-центрированной психотерапии в процессе стационарного лечения больных опиоидной наркоманией [Текст] / Т. В. Агибалова, П. В. Тучин // Вопросы наркологии. – 2013. – № 6. – С. 161-175.
3. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) [Текст] / С. Г. Климанова [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26. – № 3. – С. 80-104.
4. Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике [Текст] / Д. И. Шустов, А. В. Меринов, А. Д. Шустов, Т. В. Клименко // Суицидология. – 2020. – Т. 11. – № 1. – С. 84-97.
5. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
6. Альтшулер, В. Б. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10) [Текст] / В. Б. Альтшулер, С. Л. Кравченко / Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 294-331.
7. Амбрумова, А. Г. Предупреждение самоубийств: изучение и проведение предупредительных мер [Текст] / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин. – М.: Академия МВД СССР, 1980. – 164 с.
8. Бейтман, Э. У. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие: пер. с англ. [Текст] / Э. У. Бейтман, П. Фонаги. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. – 248 с.

9. Берн, Э. Что вы говорите после того, как сказали «Привет», или Психология человеческой судьбы [Текст] / Э. Берн. – М.: РИПОЛЛ КЛАССИК, 2004. – 415 с.
10. Булыгина, В. Г. Психологические основы профилактики опасных действий психически больных [Текст] / В. Г. Булыгина, И. А. Кудрявцев. – М.: Спринтер, 2016. – 421 с.
11. Вайт, Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке [Текст] / Т. Вайт. – Київ: Інтерсервіс, 2017. – 366 с.
12. Валентик, Ю. В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ [Текст] / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии под ред. проф. Н. Н. Иванца, 2-е изд. – М.: Нолидж, 2000. – С. 341-364.
13. Валентик, Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии [Текст] / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии под ред. проф. Н. Н. Иванца, 2-е изд. – М.: Нолидж, 2000. – С. 295-308.
14. Голенков, А. В. Супружеские убийства (судебно-психиатрические аспекты) [Текст] / А. В. Голенков // Психическое здоровье. – 2017. – №1. – С. 45-49.
15. Горски, Т. Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва [Текст] / Т. Т. Горски. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013. – 160 с.
16. Гофман, А. Г. Клиническая наркология [Текст] / А. Г. Гофман. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.
17. Гринберг, Э. Лечение пограничных расстройств [Текст] / Э. Гринберг. – М.: КТЦ «Гештальт-Анализа», 2011. – 52 с.
18. Гулдинг, М. Психотерапия нового решения. Теория и практика [Текст] / М. Гулдинг, Р. Гулдинг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 288 с.
19. Загоруйко, Е. Н. Пограничное личностное расстройство и алкогольное аддиктивное поведение у женщин: автореф. дис ... канд. мед. наук: 14.0018 / Загоруйко Елена Николаевна. – Новосибирск: Новосибирский медицинский институт, 1999. – 26 с.

20. Индин, А. С. Агрессивное поведение у больных алкоголизмом с коморбидными расстройствами личности (факторы риска, клиника, терапия, профилактика): дис ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Индин Александр Сергеевич. – М.: ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2009. – 280 с.
21. Кассинов, Г. Психотерапия гнева. Полное практическое руководство [Текст] / Г. Кассинов, Р. Тафрейт. – М., СПб: АСТ издательство «Сова», 2006. – 477 с.
22. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О. Кернберг. – М.: Класс, 2001. – 464 с.
23. Колпаков, Я. В. Изучение когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению у лиц, зависимых от алкоголя, в связи с задачами профилактики [Текст] / Я. В. Колпаков, В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2016. – № 1. – С. 10-19.
24. Коэн, Ш. Т. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания [Текст] / Ш. Т. Коэн, Р. Вейсс // Флеминг Н. Ф. Наркология: пер. с англ. / Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс, С. Е. Хайман; под ред. Л. С. Фридман [и др.]. – 2-е изд., испр. – М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2000. – 320 с.
25. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. [Текст] / М. Лайнен. – М.: ООО «И. Д. Вильямс», 2015. – 592 с.
26. Лайнен, М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности: пер с англ. [Текст] / М. Лайнен. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2017. – 336 с.
27. Ламонт, К. Иллюзия бессмертия [Текст] / К. Ламонт. – М.: Политиздат, 1984. – 288 с.

- 28.Ласовская, Т. Ю. Диагностика пограничного личностного расстройства: критерии, трудности, проблемы [Текст] / Т. Ю. Ласовская, С. В. Яичников // Сибирский психологический журнал. – 2010. – №35. – С. 33-35.
- 29.Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе [Текст] / Н. Мак-Вильямс. – М.: Класс, 2015. – 592 с.
- 30.Меринов, А. В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис ... докт. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / Меринов Алексей Владимирович. – М.: ФГБУ ННЦН Минздравсоцразвития России, 2012. – 48 с.
- 31.Меринов, А. В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью [Текст] / А. В. Меринов. – СПб.: Экспертные решения, 2017. – 192 с.
- 32.Мозг, познание, разум: введение в когнитивные нейронауки: в 2. Ч. Ч. 2 [Текст] / под ред. Б. Баарса, Н. Гейдж; пер. с англ. под ред. проф. В.В. Шульговского. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 464 с.
- 33.Москаленко, В. Д. Зависимость: семейная болезнь [Текст] / В. Д. Москаленко. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2014. – 368 с.
- 34.Наркология: национальное руководство [Текст] / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 944 с.
- 35.Немцов, А. В. Российская смертность в свете потребления алкоголя [Текст] // Демографическое обозрение. – 2015. – Т.2 – №4. – С. 111-134.
- 36.Новиков, С. А. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование): автореф. дис ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Новиков Сергей Андреевич. – М.: ФГБУ ННЦ Наркологии МЗ РФ, 2014. – 24 с.

37. Поттер-Эфрон, Р. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика [Текст] / Р. Поттер-Эфрон. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 416 с.
38. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Использование пакета прикладных программ STATISTICA [Текст] / О. Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
39. Роль первичного звена здравоохранения в выявлении лиц с расстройствами алкогольного спектра и мотивировании их на получение специализированной наркологической помощи [Текст] / Клименко Т. В. [и др.] // Вопросы наркологии. – 2018. – № 8. – С. 5-17.
40. Рыбакова, К. В. Алгоритм диагностики коморбидных психических расстройств при алкогольной зависимости [Текст] / К. В. Рыбакова // Вопросы наркологии. – 2018. – №1. – С. 18-28.
41. Стюарт, Я. Современный Трансактный Анализ [Текст] / Я. Стюарт, В. Джойнс. – СПб: Метанойя, 2017. – 444 с.
42. Тучин, П. В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: дис ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Тучин Павел Викторович. – М.: ФГБУ ННЦН, 2014. – 170 с.
43. Хильденбранд, Б. Введение в работу с генограммой [Текст] / Б. Хильденбранд. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. – 176 с.
44. Холмогорова, А. Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности [Текст] // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – №2. – С. 78-87.
45. Шитов, Е. А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности [Текст] / Е. А. Шитов [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2015. – №4. – С. 87-90.



46. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. [Текст] / Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
47. Шустов, А. Д. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности: психотерапия и психофармакотерапия [Текст] / А. Д. Шустов, Т. В. Клименко // Вопросы наркологии. – 2019. – № 4. – С. 5-17.
48. Шустов, Д. И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия [Текст] / Д. И. Шустов. – СПб: СпецЛит, 2016. – 207 с.
49. Шустов, Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм [Текст] / Д. И. Шустов. – М.: КогитоЦентр, 2005. – 214 с.
50. Шустов, Д. И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов [Текст] / Д. И. Шустов, А. В. Меринов, Ю. В. Валентик. – М.: Секция наркологии МЗ РФ, 2000. – 20 с.
51. Шустов, Д. И. Психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / Д. И. Шустов, О. Д. Тучина. – СПб: СпецЛит, 2016. – 415 с.
52. Шустов, Д. И. Психотерапия аутоагрессивного поведения наркологических больных / Д. И. Шустов // Наркология: национальное руководство/ под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 731-740.
53. Шустов, Д. И. Состояние «Я» за шаг до суицида (анализ предсмертных записок [Текст] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 30-34.
54. Шустов, Д. И. Трансакционный анализ в наркологии: зарубежный опыт и российский вклад / Д. И. Шустов [и др.] // Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 723-731.
55. Шутценбергер, А. А. Синдром предков [Текст] / А. А. Шутценбергер. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 256 с.

- 56.6D11.5 Borderline pattern // ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2006821354>
57. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder [Текст] / R. J. Gregory [et al.] // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2008. – Vol. 45. – № 1. – P. 28-41.
58. Adler, G. *Borderline Psychopathology and Its Treatment* [Текст] / G. Adler. – N.Y.: Jason Aronson, 1977. – 255 p.
59. Akiskal, H. S. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm [Текст] / H. S. Akiskal // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1981. – Vol. 4 – № 1. – P. 25-46.
60. Ambivalence model of craving: a latent profile analysis of cue-elicited alcohol craving in an inpatient clinical sample [Текст] / R. C. Schlauch, S. L. Rice, G. J. Connors, A. R. Lang // *Journal of studies on alcohol and drugs*. – 2015. – Vol. 76. – № 5. – P. 764-772.
61. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)* [Электронный ресурс]. Arlington, 2013. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> APA 2013
62. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder* [Текст] // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – Suppl. 10. – P. 1-52. APA 2001
63. Assessment of substance cue reactivity: Advances in reliability, specificity, and validity [Текст] / W. G. K. Stritzke, M. J. Breiner, J. J. Curtin, A. R. Lang // *Psychology of Addictive Behaviour*. – 2004. – Vol. 18. – P. 148-159.
64. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission [Текст] / M. C. Zanarini [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2004. Vol. 161. № 11. – P. 2108-2114.

65. Ball, S. A. Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results [Текст] / S. A. Ball, J. E. Young // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2000. – Vol. 7 – №3. – P. 270-281.
66. Bateman, A. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment [Электронный ресурс] / A. Bateman, P. Fonagy. – New York: Oxford University Press, 2004. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>
67. Borderline personality disorder [Текст] / F. Leichsenring [et al.] // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 377. – № 9759. – P. 74-84.
68. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment [Электронный ресурс] / T. Kienast, J. Stoffers, F. Vermpohl, K. Lieb // *Deutsches Aerzteblatt Online*. – 2014. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
69. Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity [Текст] / P. S. Links [et al.] // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1995. – Vol. 40. – P. 9-14.
70. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration [Текст] / T. J. Trull [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2000. – Vol. 20. – № 2. – P. 235-253.
71. Borderline: an adjective in search of a noun [Текст] / H. S. Akiskal [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1985. – Vol. 46. – № 2. – P. 41-48.
72. Boyd, H. Blocking tragic script / H. Boyd, L. Cowles-Boyd [Текст] // *Transactional Analysis Journal*. – 1980. – Vol. 10. – P. 227-229.
73. Bradizza, C. M. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review [Текст] / C. M. Bradizza, P. R. Stasiewicz, N. D. Paas // *Clinical Psychology Review*. – 2006. – Vol. 26. – P. 162-178.
74. Bradley, R. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents [Текст] / R. Bradley, J. Jenei,

- D. Westen // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2005. – Vol. 193. – P. 24-31.
75. Brady, J. The association between alcohol misuse and suicidal behavior [Текст] // *Alcohol and Alcoholism*. – 2006. – Vol. 41. – Issue 5. – P. 473-478.
76. Brady, K. T. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress [Текст] / K. T. Brady, R. Sinha // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – №8 – P. 1483-1493.
77. Breiner, M. J. Approaching avoidance. A step essential to understanding of craving [Текст] / M. J. Breiner, W. G. Stritzke, A. R. Lang // *Alcohol Research Health*. – 1999. – Vol. 23. – № 3. – P. 197-206.
78. Burrow-Sanchez, J. J. Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment [Текст] / J. J. Burrow-Sanchez, K. J. Lundberg // *Addictive Behaviors*. – 2007. – Vol. 32. – № 1. – P. 199-204.
79. Can suicide attempt be related to problem drinking: cohort study [Текст] / K. Dambrauskiene, R. Zalinkevicius, V. Adomaitiene, G. Jariene // *Alcohol and Alcoholism*. – 2018. – Vol. 54. – № 1. – P. 104-111.
80. Carroll, K. M. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. PsycEXTRA Dataset [Электронный ресурс] // American Psychological Association (APA). – 1998. Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1037/e722512007-001>
81. Chanen, A. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority [Текст] / A. Chanen, C. Sharp, P. Hoffman // *World Psychiatry*. – 2017. – Vol. 16. – № 2. – P. 215-216.
82. Chanen, A. M. Developmental pathways to borderline personality disorder [Текст] / A. M. Chanen, M. Kaess // *Current Psychiatry Reports*. – 2012. – Vol. 14. – № 1. – P. 45-53.
83. Changes in the relative balance of approach and avoidance inclinations to use alcohol following cue exposure vary in low and high risk drinkers [Электронный ресурс] / R. S. Hollet, W. Stritzke, P. Edgeworth, M. Weinborn // *Frontiers in*

Psychology. – 2017. – Vol. 8. – Режим доступа:  
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00645>

- 84.Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning / R. L. Tomko, T. J. Trull, P. K. Wood, K. J. Sher // *Journal of Personality Disorders*. – 2014. – Vol. 28. – № 5. – P. 734-750.
- 85.Chesney, E. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review [Текст] / E. Chesney, G. M. Goodwin, S. Fazel // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13. – № 2. – P. 153-160.
- 86.Choi-Kain, L. W. Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care [Текст] / L. W. Choi-Kain, E. B. Albert, J. G. Gunderson // *Harvard Review of Psychiatry*. – 2016. – Vol. 24. – № 5. P. 342-356.
- 87.Clarkin, J. F. Factor structure of borderline personality disorder criteria [Текст] / J. F. Clarkin, J. W. Hull, S. W. Hurt // *Journal of Personality Disorders*. – 1993. – Vol. 7. – № 2. – P. 137-143
- 88.Cloninger, C. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism [Текст] / C. Cloninger // *Science*. – 1987. – Vol. 236. – № 4800. – P. 410-416.
- 89.Collins, S. Motivation to change and treatment as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents [Текст] / S. Collins, D. Malone, M. Larimer // *Addictive Behaviour*. – 2012. – Vol. 37. – № 8. – P. 931-939.
- 90.Comorbidity: Addiction and Other Mental Illneses [Электронный ресурс] // NIDA. NIH Publication Number 10-5771. Revised September 2010. Режим доступа: [drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf](http://drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf)
- 91.Davis, C. Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: Associations with a dopamine multilocus genetic profile [Текст] / C. Davis, N. J. Loxton // *Addictive Behaviors*. – 2013. – Vol. 38. – Iss. 7. – P. 2306-2312.

92. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence / M. M. Linehan [et al.] // *American Journal on Addictions*. – 1999. – Vol. 8. – № 4. – P. 279-292.
93. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month randomized clinical trial in the Netherlands [Текст] / R. Verheul [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 182. – № 2. – P. 135-140.
94. Dimeff, L. A. Dialectical behavior therapy for substance abusers 2008 [Текст] / L. A. Dimeff, M. M. Linehan // *Addiction Science & Clinical Practice*. – 2008. – Vol. 4. – № 2. – P. 39-47.
95. Does comorbid substance use disorder exacerbate borderline personality features? A comparison of borderline personality disorder individuals with vs. without current substance dependence [Текст] / H. J. Lee, C. L. Bagge, J. A. Schumacher, S. F. Coffey // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. – 2010. Vol. 1. – № 4. – P. 239-249.
96. Dunbar, F. Symbiosis of parent and child [Текст] // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 1952. – Vol. 22. – № 4. – P. 809-824.
97. Echeburua, E. Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study [Текст] / E. Echeburua, R. B. De Medina, J. Aizpiri // *Alcohol and Alcoholism*. – 2007. – Vol. 42. – P. 618-622.
98. Effectiveness of iconic therapy for the reduction of borderline personality disorder symptoms among suicidal youth: study protocol for a randomised controlled trial [Электронный ресурс] / S. Hurtado-Santiago, J. Guzmán-Parra, R. M. Bersabé, F. Mayoral // *BMC Psychiatry*. – 2018. – Vol. 18. – № 1. Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1857-x>
99. Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial [Текст] / U. Kramer [et al.] // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2014. – Vol. 83. – № 3. – P. 176-186.
100. Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder [Электронный

- печуц] / L. Penzenstadler [et al.] // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. – 2018. – Vol. 13. – № 10. Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0145-6>.
101. Erikson, E. Childhood and society [Текст] / E. Erikson. – New York: Norton, 1950. – 397 p.
102. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys [Текст] / L. Degenhardt [et al.] // World Psychiatry. – 2017. – Vol. 16. – № 3. – P. 299-307.
103. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study [Текст] / J. F. Clarkin, K. N. Levy, M. F. Lenzenweger, O. F. Kernberg // American Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – № 6. – P. 922-928.
104. Farberow, N. Indirect self-destructive behavior [Текст] // Comprehensive Textbook of Suicidology. – New York, London: The Guilford Press, 2000. – P. 427-455.
105. Fein, G. Borderline personality symptoms in short-term and long-term abstinent alcohol dependence [Текст] / G. Fein, V. Nip // Alcoholism, clinical and experimental research. – 2012. – Vol. 36. – № 7. – P. 1188-1195.
106. Firestone, L. Suicide and the inner voice: the links between attachment and suicide [Текст] // GAINS Quarterly: Connections & Reflections. – 2006. – Vol. 1. – № 4. – P. 1-45.
107. Firestone, R. W. Voice therapy: a psychotherapeutic approach to self-destructive behaviour [Текст] / R. W. Firestone. – Santa Barbara, CA: Glendon Association, 1988. – 256 p.
108. Gregory, R. J. A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder [Текст] / R. J. Gregory, A. L. Remen // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 2008. – Vol. 45. – № 1. – P. 15-27.
109. Gregory, R. J. Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up [Текст] / R. J. Gregory, E. DeLucia-Deranja,

- J. A. Mogle // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2010. Vol. 198. – № 4. – P. 292-298.
110. Gunderson, J. Good psychiatric management: a review [Текст] / J. Gunderson, S. Masland, L. W. Choi-Kain // *Current Opinion in Psychology*. – 2018. – Vol. 21. – P. 127–131.
111. Gunderson, J. G. Borderline personality disorder [Текст] // *New England Journal of Medicine*. – 2011. – Vol. 364. – № 21. – P. 2037-2042.
112. Gunderson, J. G. Borderline personality disorder: a clinical guide. [Текст] / J. G. Gunderson. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001. – 329 p.
113. Gunderson, J. G. Borderline personality disorder: a clinical guide [Текст] / J. G. Gunderson (with P. S. Links) / 2nd Ed. American Psychiatric Publishing Inc: Washington DC, 2008. – 350 p.
114. Gunderson, J. G. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation [Текст] / J. G. Gunderson, M. E. Ridolfi // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2006. – Vol. 932. – № 1. – P. 61-77.
115. Gunderson, J. G. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder [Текст] / J. G. Gunderson (with P. Links). – American Psychiatric Publishing. – 2014. – 168 p.
116. Gutheil, T. G. Suicide, suicide litigation, and borderline personality disorder [Текст] // *Journal of Personality Disorders*. – 2004. – Vol. 18. – № 3. – P. 248-256.
117. Hernandez, A. Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria [Текст] / A. Hernandez [et al.] // *Journal of Personality Disorders*. – 2012. – Vol. 26. – № 5. – P. 727-736.
118. High-letality status in patients with borderline personality disorder [Текст] / P. H. Soloff [et al.] // *Journal of Personality Disorders*. – 2005. – Vol. 19. – № 4. – P. 386-399.
119. How psychosocial alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell / S. W. Feldstein Ewing [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2011. – № 35. – P. 643-651.



120. ICD-11 for Mortality and morbidity statistics (Version: 2018). 6D11.5 Borderline pattern.
121. Into TA: A Comprehensive Textbook on Transactional Analysis [Текст] / W. Cornell, A. de Graaf, T. Newton, M. Thunnissen. – London: Karnac books Ltd., 2016. – 425 p.
122. Jonas, W. B. Dictionary of complementary and alternative medicine [Текст] / W. Jonas. – St. Louis: Elsevier Mosby, 2005. – 519 p.
123. Kernberg, O. Severe personality disorders [Текст] / O. Kernberg. – New Haven and London: Yale University Press, 1994. – 396 p.
124. Kernberg, O. F. Borderline conditions and pathological narcissism [Текст] / O. F. Kernberg. – New York: Jason Aronson, 1975. – 377 p.
125. Kimbrel, N. A. Nonsuicidal self-injury in men: a serious problem that has been overlooked for too long [Текст] / N. A. Kimbrel, P. S. Calhoun, J. C. Beckham // World Psychiatry. – 2017. – Vol. 16. – № 1. P. 108-109.
126. Klein, D. F. Hysteroid dysphoria [Текст] / D. F. Klein, M. R. Liebowitz // American Journal of Psychiatry. – 1982. Vol. 139. – № 11. – P. 1520-1521.
127. Köck, P. Personality disorder and substance use disorder – an update [Текст] / Köck P., Walter M // Mental Health and Prevention. – 2018. – Vol. 12. – P. 82-89.
128. Lester, D. Alcoholism, substance abuse, and suicide / D. Lester // Comprehensive Textbook of Suicidology. – New York, London: The Guilford Press, 2000. – P. 357–375.
129. Levels of alcohol use and depression severity as predictors of missed therapy sessions in cognitive behavioral psycho-educational group treatment for depression [Текст] / C. Skule [et al.] // Addiction research & Theory. – 2016. – Vol. 25. – № 1. – P. 11-16.
130. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions [Текст] / K. P. Conway, W. Compton, F. S. Stinson,

- B. F. Grant // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. – № 2. – P. 247-258.
131. Linehan, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* [Текст] / M. M. Linehan. – Guilford Press: London, 1994. – 556 p.
132. Linehan, M. M. *Dialectical behavior therapy manual of treatment interventions for drug abusers with borderline personality disorder* [Текст] / M. M. Linehan, L. A. Dimeff. – Seattle: University of Washington, 1997.
133. Links, P. S. *Assessing and managing suicide risk* [Текст] / P. S. Links, N. Kolla // *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* Edited by J. M. Oldham, A. E. Skodol, and D. S. Bender. – Washington: D.C., American Psychiatric Publishing, 2005. – P. 449-462.
134. Mahler, M. *A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation* [Текст] // *The Psychoanalytic Study of the Child*. – 1971. – Vol. 26. – P. 403-424.
135. Mahler, M. *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation* [Текст] / M. Mahler, F. Pine, A. Bergman. – N.Y.: Basic Books, 1975. – 320 p.
136. Maniglio, R. *The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders* [Текст] // *Journal of Addictive Diseases*. – 2011. Vol. 30. – № 3. – P. 216-228.
137. Masterson, J. *Psychotherapy of borderline adult. A developmental approach* [Текст] / J. Masterson. – New York: Brunner/Mazel, 1976. – 377 p.
138. Masterson, J. *Treatment of the borderline adolescent: a developmental approach* / J. Masterson. – Wiley-Interscience, Chichester and New York, 1972. – 289 p.
139. Masterson, J. F. *The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality* [Текст] / J. F. Masterson, D. B. Rinsley // *The International journal of psychoanalysis*. – 1975. – Vol. 56. – № 2. – P. 163-177.

140. McGoldrick, M. Genograms: assessment and intervention (3-d ed.) [Текст] / M. McGoldrick, R. Gerson, S. Petry. – New York, London: W. W. Norton, 2008. – 380 p.
141. Meninger, K. Man against himself [Текст] / K. Meninger. – New York: Harcourt, Brace and Company, 1938. – 485 p.
142. Mental disorders and comorbidity in suicide [Текст] / M. M. Henriksson [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – № 6. – P. 935-940.
143. Miller, W. R. Assessing drinkers' motivation for change: the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES) [Текст] / W. R. Miller, J. S. Tonigan // Psychology of Addictive Behaviors. – 1996. Vol. 10. – № 2. – P. 81-89.
144. Miller, W. R. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior [Текст] / W. R. Miller, S. Rollnick. – New York: Guilford Press. – 1991. – 348 p.
145. Miller, W. R. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior [Текст] / W. R. Miller, S. Rollnick. – New York: Guilford Press. – 2002. – 348 p.
146. Miller, W. R. Toward a theory of motivational interviewing /W. R. Miller, G. S. Rose // American Psychologist. – 2009. – Vol. 64. – P. 527–537.
147. Millon, T. Disorders of personality: DSM-III: Axis II. [Текст] / T. Millon. – New York City: Wiley, 1981. – 458 p.
148. Millon, T. Personality-Guided Therapy / T. Millon. – John Wiley & Sons, 1999. – 776 p.
149. Motivation to Change as a Mediator for the Longitudinal Relationships of Gender and Alcohol Severity With One-Year Drinking Outcome [Текст] / J. Small, S. Ounpraseuth, G. M. Curran, B. M. Booth // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. – 2012. – Vol. 73. – № 3. – P. 504-513.
150. Motivational models of substance use: a review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana, and tobacco [Текст] / M. L. Cooper [et al.]

- / In: K. J. Sher, editor. The Oxford handbook of substance use disorders. – New York: Oxford; 2016. – P. 375-421.
151. Najavits, L. M. Creating change: a new past-focused model for PTSD and substance abuse [Электронный ресурс] / L. M. Najavits // Handbook of Trauma, PTSD and Substance Use Disorder Comorbidity / Eds. P. Ouimette, J. P. Read. – Washington, DC: American Psychological Association Press, 2013. – Режим доступа: <https://graduate.lclark.edu/live/files/17472-nwias-2014-najavits-creating-change-2>
152. Najavits, L. Seeking Safety: A treatment Manual for PTSD and substance abuse [Текст] / L. Najavits. – New York: Guilford Press, 2002. – 401 p.
153. Nakken, C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior [Текст] / C. Nakken. – Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. – 144 p.
154. Nielsen, P. Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment [Текст] / P. Nielsen, S. Røjskjær, M. Hesse // American Journal on Addictions. – 2007. – Vol. 16. – № 5. – P. 357-364.
155. Nordholm, D. Personality disorders among Danish alcoholics attending outpatient treatment / D. Nordholm, B. Nielsen // European Addiction Research. – 2007. – Vol. 13. – № 4. – P. 222-229.
156. Oldham J. M. Integrated treatment planning for borderline personality disorder [Текст] // Integrated Treatment of Psychiatric Disorder / ed. by Kay J. – Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001. – P. 51-77.
157. Oldham, J. M. Borderline personality disorder and suicidality [Текст] // American Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – № 1. – P. 20-26.
158. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder [Текст] / J. Giesen-Bloo [et al.], R. van Dyck, S. Spinhoven, W. van Tilburg, C. Dirksen, T. van Asselt, I. Kremers, M. Nadort, A. Arntz // Archives of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – № 6. – P. 649-658.

159. Paris, J. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 5. – № 1. – P. 277-290.
160. Parmar, A. Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: a narrative review / A. Parmar, G. Kalojya // *Indian Journal of Psychological Medicine*. – 2018. – Vol. 40. – № 6. – P. 517-527.
161. Personality Disorders in Alcohol-Dependent Individuals: Relationship with Alcohol Dependence Severity [Текст] / U. W. Preuss [et al.] // *European Addiction Research*. – 2009. – Vol. 15. – № 4. – P. 188-195.
162. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature [Текст] / M. Oumaya [et al.] // *L'Encéphale*. – 2008. – Vol. 34. – № 5. – P. 452-458.
163. Pompili, M. Suicidal behavior and alcohol abuse [Текст] / M. Pompili [et al.] // *International journal of environmental research and public health*. – 2010. – Vol. 7. – № 4. – P. 1392-1431.
164. Prochaska, J. O. Applying the stage of change [Текст] / J. O. Prochaska, J. C. Norcross, C. C. DiClemente // *Psychotherapy in Australia*. – 2013. – Vol. 19. – № 2. – P. 10-15.
165. Prochaska, J. O. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente . – Homewood, IL: Dorsey Press, 1984. – 193 p.
166. Prospective assessment of reports of drinking to selfmedicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence [Текст] / M. Crum Rosa [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70. – № 7. – P. 718-726.
167. Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence [Текст] / S. A. Ball, L. M. Maccarelli, D. M. LaPaglia, M. J. Ostrowski // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2011. – Vol. 199. – № 5. – P. 319-328.

168. Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency departments [Текст] / B. Myers [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2016. – Vol. 16. – № 1. – P. 1-12.
169. Risk factors for borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: an international multicenter study [Текст] / M. Wapp [et al.] // *European Addiction Research*. – 2015. – Vol. 21. – № 4. – P. 188-194.
170. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder [Текст] / P. H. Soloff [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151. – № 9. P. 1316-1323.
171. Rosa, C. Selection and utilization of assessment instruments in substance abuse treatment trials: the national drug abuse treatment clinical trials network experience [Текст] / C. Rosa, U. Ghitza, B. Tai // *Substance Abuse and Rehabilitation*. – 2012. – Vol. 3. – № 1. – P. 81-89.
172. Sartorius, N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century [Текст] // *Shanghai archives of psychiatry*. – 2013. – Vol. 25. – № 2. – P. 68-69.
173. Sher, L. Alcohol consumption and suicide [Текст] // *QJM: An International Journal of Medicine*. – 2006. – Vol. 99. – № 1. – P. 57-61.
174. Shustov, D. The social relationships of suicidal individuals: a neglected issue [Текст] / D. Shustov, O. Tuchina, D. Lester // *The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide?* / Ed. By David Lester. – New York: Nova Science Pub., 2019. – Ch. 14. – P. 127-133.
175. Shustov, D. I. Games abstainers play [Текст] / D. I. Shustov, O. D. Tuchina, T. V. Agibalova // *Transactional Analysis Journal*. – 2018. – Vol. 148. – № 1. – P. 43–58.
176. Siever, L. J. Relationship between impulsivity and compulsivity: a synthesis [Текст] // *Impulsivity and Compulsivity* / Eds. J. M. Oldham, E. Hollander,

- A. E. Skodol. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. – P. 261-272.
177. States of self as agents of self-killing: an egogram-based suicide note analysis study in Russia [Текст] / D. I. Shustov, O. D. Tuchina, T. V. Agibalova, N. L. Zuikova // International Journal of Transactional Analysis Research and Practice. – 2018. – Vol. 9. – № 1. – P. 5-22.
178. Stone, M. N. The fate of borderline patients. Successful outcome and psychiatric practice [Текст] / M. N. Stone. – N.Y., London: Guilford Press, 1990 – 357 p.
179. Substance misuse is associated with increased psychiatric severity among treatment-seeking individuals with borderline personality disorder [Текст] / L. M. Heath [et al.] // Journal of Personality Disorders. – 2018. – Vol. 35. – № 5. – P. 694-708.
180. Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders [Текст] / U. W. Preuss [et al.] // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2006. – Vol. 30. – № 5. – P. 866-877.
181. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention [Текст] / D. W. Black, N. Blum, B. Pfohl, N. Hale // Journal of Personality Disorders. – 2004. – Vol. 18. – № 3. – P. 226-239.
182. Supervised disulfiram in relapse prevention in alcohol-dependent patients suffering from comorbid borderline personality disorder – a case series [Текст] / J. Mutschler [et al.] // Alcohol and Alcoholism. – 2010. – Vol. 45. – № 2. – P. 146-150.
183. The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior [Электронный ресурс] / H. Blasco-Fontecilla [et al.] // Frontiers in Psychiatry. – 2016. – Vol. 7. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2016.00008>
184. The impact of personality disorders on alcohol-use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid Axis I disorders [Текст] / E. Ralevski [et al.] // American Journal on Addictions. – 2007. – Vol. 16. – № 16. – P. 443-449.

185. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study [Текст] / K. Kõlves, A. Värnik, L-M. Tooding, D. Wasserman // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 36. – № 7. – P. 923-930.
186. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study [Текст] / M. C. Zanarini [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164. – № 6. – P. 929-935.
187. The yin and yang of indulgence and restraint: The ambivalence model of craving [Текст] / W. G. K. Stritzke [et al.] // In: O'Neal P.W., editor. *Motivation of health behavior*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers. – 2007. – P. 31-47.
188. Torgersen, S. The nature (and nurture) of personality disorders [Текст] // *Scandinavian Journal of Psychology*. – 2009. – Vol. 50. – № 6. – P. 624-632.
189. Torgersen, S. The prevalence of personality disorders in a community sample [Текст] / S. Torgersen, E. Kringlen, V. Cramer // *Archives of General Psychiatry*. – 2001. – Vol. 58. – № 6. – P. 590-596.
190. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations [Текст] / M. O. Gianoli, J. S. Jane, E. O'Brien, E. Ralevski // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 20. – № 4. – P. 333-344.
191. Trull, T. J. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review [Электронный ресурс] / T. J. Trull [et al.] // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. – 2018. – Vol. 5. – № 1. Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
192. Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior [Текст] / F. Rebok [et al.] // *Psychiatric Quarterly*. – 2014. – Vol. 86. – № 1. – P. 49-60.
193. Volkan, K. Personality disorders: a review of the current state of knowledge [Электронный ресурс] // *WebmedCentral PSYCHOLOGY*, 2016. 7(4): WMC005089. Режим доступа:



[https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.webmedcentral.com%2Farticle\\_view%2F5089](https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.webmedcentral.com%2Farticle_view%2F5089)

194. Watson, K. Hallows humor in medicine [Текст] / K. Watson // The Hastings Center Report. – 2011. – Vol. 41. – № 5. – P. 37-45.
195. Woody, G. Dual diagnosis [Текст] / G. Woody // NIDA-Pavlov Medical University International Workshop “Pharmacotherapies For Addiction: Basic and Clinical Science” (Abstracts/Slides). – St. Peterburg, 2003.
196. Woody, G. E. Individual psychotherapy for substance use disorders [Электронный ресурс] / G. E. Woody, D. S. Mercer, L. Luborsky // Textbook of Substance Abuse Treatment / Edited by M. Galanter, H. D. Kleber. – Washington DC: The American Psychiatric Press, 1999. – P 343-352. – Режим доступа: <http://uhrn.civica.org/library/psy/index.htm>
197. Young, J. E. Schema therapy: a practitioners guidet [Текст] / J. E. Young, J. Klosko, M. E. Weishaar. – New York: Guilford Press, 2003. – 436 p.
198. Zanarini, M. C. Psychotherapy of borderline personality disorder [Текст] / M. C. Zanarini // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2009. – Vol. 120. – № 5. – P. 373-377.

## СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

## Перечень таблиц

Порядковый номер	Наименование таблицы	Страница
1.	Распределение пациентов по возрасту	39
2.	Распределение пациентов по различным группам сравнения	42
3.	Распределение пациентов по уровню образования	49
4.	Распределение пациентов по семенному положению	50
5.	Социо-демографические характеристики пациентов основной и контрольной групп	51
6.	Особенности клиники АЗ у пациентов основной и контрольной групп	55
7.	Сравнительная характеристика пациентов АЗ с различными типами ПЛР по клиническим показателям (достоверные отличия)	61
8.	Динамика значений теста SOCRATES, характеризующая различие мотиваций к изменению пациентов ПИ-1 и КГ-1 при поступлении (1 тест) и выписке (2 тест) (внутригрупповое сравнение методом Z – Вилкоксона)	72
9.	Динамика межгруппового сравнения значений стадий изменения (тест U-Манна-Уитни)	73
10.	Эффективность проведения мотивирующего ПИ	75
11.	Динамика значений теста SOCRATES, характеризующая различие мотиваций к изменению пациентов из групп ПИ-2 и КГ-2, определенных в момент госпитализации в стационар (1 тест) и при	

	выписке из стационара (2 тест) (внутригрупповое сравнение методом Z - Вилкоксона)	77
12.	Приверженность к долгосрочному лечению у пациентов из групп ПИ-2 и КГ-2	79
13.	Анализ согласованности экспертных оценок	85
14.	Частота высказываний типа А, Б, В у пациентов подгруппы 1(АЗ+ПЛР) и подгруппы 2 (АЗ без ПЛР) (U, Манна-Уитни)	87
15.	Критерии, по которым имеются значимые различия подгрупп А и Б, с использованием критерия Пирсона ( $\chi^2$ )	89

### Перечень рисунков

Порядковый номер	Название рисунка	Страница
1.	Возрастной состав обследованных пациентов	39

## Карта исследования больного с синдромом зависимости от алкоголя

### Паспортная часть:

- № истории болезни: \_\_\_\_\_
- Ф.И.О. \_\_\_\_\_
- Пол: \_\_\_\_\_
- Дата рождения, полных лет: \_\_\_\_\_
- Адрес (прописка, проживание): \_\_\_\_\_
- Телефон (домашний, сотовый): \_\_\_\_\_
- Образование: \_\_\_\_\_
- Место работы, занимаемая должность: \_\_\_\_\_
- Семейное положение: \_\_\_\_\_ Количество детей: \_\_\_\_\_
- Дата поступления в стационар: \_\_\_\_\_
- Дата выписки из стационара: \_\_\_\_\_
- Кратность обращения (первично, повторно) \_\_\_\_\_

### Анамнез жизни (vitaе):

- Наследственность
  - отягощена (психическими, наркологическими) заболеваниями  
\_\_\_\_\_
  - не отягощена.
- Где родился: \_\_\_\_\_
- Родился в семье (рабочих, служащих, военнослужащих, безработных)  
\_\_\_\_\_
- Каким по счету ребенком \_\_\_\_\_
- Воспитывался в полной (не полной) семье \_\_\_\_\_
- В детстве рос и развивался:
  - нормально.

– отставал в развитии от сверстников (поздно начал ходить, говорить, заикался, страдал энурезом, снохождением, судорожными приступами)

- 
- Помнит себя с \_\_\_\_\_ лет.
  - В детстве по характеру был \_\_\_\_\_
  - В школу пошел с \_\_\_\_\_ лет.
  - Учился (отлично, хорошо, посредственно, плохо, дублировал классы)
  - Увлечения в детстве (любимые предметы в школе, спортивные достижения)  
\_\_\_\_\_.
  - В \_\_\_\_\_ году закончил \_\_\_\_\_ классов
  - поступил учиться \_\_\_\_\_
  - начал работать \_\_\_\_\_
  - Трудовая деятельность с \_\_\_\_\_ года.
  - Служба в армии с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ г.г. Нет (причина)

- 
- **Анамнез развития заболевания:**
  - Впервые ПАВ попробовал в \_\_\_\_\_ лет.
  - Вид ПАВ, путь введения \_\_\_\_\_
  - Эпизодически начал употреблять \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ года.
  - Приобщение к \_\_\_\_\_ произошло (мотивы)  
\_\_\_\_\_ Систематическое употребление с \_\_\_\_\_ года.

Предпочитаемый путь введения \_\_\_\_\_

Длительность действия ПАВ (часы, дни) \_\_\_\_\_

- Наличие «запоев» (да, нет, длительность) \_\_\_\_\_
- Светлые промежутки до \_\_\_\_\_ (дней, недель, месяцев).
- Толерантность суточная \_\_\_\_\_.
- Сроки формирования АС с момента систематического употребления

- 
- Преобладающие расстройства в структуре АС:

– Психопатологические расстройства (дисфорическая депрессия, выраженное влечение к наркотику, суицидальные мысли, чувство страха)

---

– Астенические проявления (общая слабость, утомляемость, бессилие, невозможность концентрировать внимание) \_\_\_\_\_

– Вегетативные проявления (снижение аппетита, тошнота, головокружение, повышенная сонливость или бессонница, тахикардия, бледность кожных покровов) \_\_\_\_\_

– Соматические проявления (мышечные боли, колебания АД)

---

– Длительность АС \_\_\_\_\_.

• Сопутствующее употребление (да, нет, вид ПАВ) \_\_\_\_\_

• Сопутствующее употребление эпизодическое/систематическое

---

• Ремиссии в анамнезе \_\_\_\_\_

• Причина настоящего срыва \_\_\_\_\_

• Психозы в анамнезе (да, нет) \_\_\_\_\_

• Эпилептические припадки (да, нет) \_\_\_\_\_

• Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

• Диагноз: \_\_\_\_\_

---

• Клинические проявления интоксикации:

• Клинические проявления абстинентного синдрома:

• Клинические проявления постабстинентного состояния:

• Клинические нарушения в ремиссии:

**Жалобы:** \_\_\_\_\_

---

**Приложение 2**  
**(Справочное)**

**Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться**  
**SOCRATES**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

**ИНСТРУКЦИЯ:** Пожалуйста, внимательно прочитайте следующие утверждения. Каждое утверждение описывает то, что Вы можете чувствовать (или не чувствовать) *по отношению к употреблению психоактивных веществ Вами*. По каждому утверждению обведите одну цифру от 1 до 5, показывающую, насколько Вы согласны или не согласны с ним *непосредственно в данный момент*. Обведите одну и только одну цифру для каждого утверждения.

**Персональный опросник по приему психоактивных веществ**

	<b>НЕТ!</b> Абсолютно не согласен	<b>НЕТ</b> Не согласен	<b>?</b> Не решил / не уверен	<b>ДА</b> Согласен	<b>ДА!</b> Абсолютно согласен
1. Я действительно хочу внести изменения в прием наркотиков	1	2	3	4	5
2. Иногда я спрашиваю себя, неужели я зависимый	1	2	3	4	5
3. Если я вскоре не внесу изменений в свой прием наркотиков, мои проблемы усугубятся	1	2	3	4	5
4. Я уже начал вносить изменения в свой прием наркотиков	1	2	3	4	5

5. Одно время я употреблял слишком много наркотиков, но я сумел это изменить	1	2	3	4	5
6. Иногда я спрашиваю себя, неужели прием наркотиков мною причиняет боль другим людям	1	2	3	4	5
7. У меня есть проблема с наркотиками	1	2	3	4	5
8. Я не просто думаю об изменении приема наркотиков, я уже что-то делаю для этого	1	2	3	4	5
9. Я уже изменил свой прием наркотиков, и я ищу способы, как не вернуться к старой модели приема	1	2	3	4	5
10. У меня есть серьезные проблемы с наркотиками	1	2	3	4	5
11. Иногда я спрашиваю себя, контролирую ли я прием наркотиков	1	2	3	4	5
12. Мой прием наркотиков приносит много вреда	1	2	3	4	5
13. Сейчас я активно действую, чтобы сократить или прекратить прием наркотиков	1	2	3	4	5
14. Я хочу, чтобы мне помогли удержаться от возвращения к тем же проблемам с наркотиками, которые у меня были раньше	1	2	3	4	5
15. Я знаю, что у меня есть проблема с наркотиками	1	2	3	4	5



16. Временами я задаю себе вопрос, не принимаю ли я слишком много наркотиков	1	2	3	4	5
17. Я наркозависимый	1	2	3	4	5
18. Я много работаю, чтобы изменить свой прием наркотиков	1	2	3	4	5
19. Я сделал ряд изменений в приеме наркотиков, и хочу, чтобы мне помогли удержаться от возвращения к тому, как я употреблял их раньше	1	2	3	4	5

### Форма оценки опросника SOCRATES

Впишите ответы пациента на вопросы опросника.

	Признание	Амбивалентность	Активные действия
	1 _____	2 _____	4 _____
	3 _____	6 _____	5 _____
	7 _____	11 _____	8 _____
	10 _____	16 _____	9 _____
	12 _____		13 _____
	15 _____		14 _____
	17 _____		18 _____
			19 _____
ИТОГО	Признание	Амбивалентность	Активные действия
	_____	_____	_____
Возможный диапазон	7-35	4-20	8-40»

---

### Профиль опросника SOCRATES

ИНСТРУКЦИЯ: Перенесите итоговые данные из формы оценки опросника SOCRATES в пустые ячейки в последней строке Профиля. Затем для каждой строки ОБВЕДИТЕ такое же значение в столбце над каждой ячейкой, чтобы определить диапазон десятичного балла.

ДЕСЯТИЧНЫЙ БАЛЛ	Признание	Амбивалент- ность	Активные действия
90 Очень высокий		19-20	39-40
80		18	37-38
70 Высокий	35	17	36
60	34	16	34-35
50 Средний	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 Низкий	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 Очень низкий	7-26	4-8	8-25
СЫРЫЕ БАЛЛЫ (из Формы оценки)	Признание__	Амбивалент- ность__	Активные действия__

### Обработка опросника SOCRATES

В профиле опросника SOCRATES обводится «сырой» балл пациента в каждом из трех столбцов. Данный балл дает информацию, являются ли результаты пациента низкими, средними или высокими по сравнению с показателями людей, которые уже готовы лечиться от зависимости от наркотических веществ.

Далее представлено общее руководство по интерпретации баллов, но в индивидуальных случаях необходимо исследовать отдельные ответы на вопросы для получения дополнительной информации.

### **Признание**

Пациенты, набравшие высокий балл, прямо признают, что у них есть проблемы, связанные с приемом наркотиков; склонны выражать желание измениться и понимают, что если они не изменятся, заболевание будет по-прежнему причинять много вреда.

Пациенты, набравшие низкий балл, отрицают, что наркотические вещества причиняют им серьезные проблемы; отрицают диагностические ярлыки, такие как «зависимый» или «наркоман», и не выражают желания измениться.

### **Амбивалентность**

Пациенты, набравшие высокий балл, говорят, что они иногда спрашивают себя, контролируют ли свой прием наркотиков; принимают ли они слишком много наркотиков; причиняют ли боль другим людям и/или являются наркозависимыми. Таким образом, высокий балл отражает амбивалентность или неопределенность. Высокий балл здесь показывает определенную открытость для рефлексии, что можно особенно ожидать на стадии изменения «Размышление».

Пациенты, набравшие низкий балл, говорят, что они не спрашивают себя, принимают ли они слишком много наркотиков; причиняют ли боль другим людям и/или являются наркозависимыми. Человек может набрать меньше баллов по амбивалентности либо из-за того, что он «знает», что прием наркотиков приносит ему проблемы (высокий уровень Признания), либо из-за того, что он «знает», что у него нет проблем с наркотиками (низкий уровень Признания). Таким образом, интерпретация баллов по Амбивалентности должна проводиться с учетом баллов по Признанию.

### **Активные действия**

Пациенты, набравшие высокий балл, говорят, что они уже делают определенные вещи, чтобы внести положительные изменения в их прием наркотиков, и, вероятно, сделали определенные успехи на этом поприще. Изменение находится в процессе воплощения в жизнь, и, возможно, они хотят, чтобы им помогли сопротивляться или предотвратить рецидив. Обнаружено, что высокий балл по этой шкале предсказывает успешное изменение.

Пациенты, набравшие низкий балл, говорят, что в данный момент они ничего не делают, чтобы изменить прием наркотиков, и не делали таких изменений недавно».

**КСО-коэффициент суицидальной опасности**

## Вопросы для подсчета КСО

1. Наблюдались ли Вы у психиатра (F1)?
2. Были ли в Вашей семье трагические смерти близких родственников? (F2)
3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством? (F3)
4. Вы имели тесный опыт общения с самоубийцей? (F4)
5. Вам характерно долго переживать вину? (F5)
6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда? (F6)
7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? (F7)
8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии? (F8)
9. Бывают ли у Вас моменты безысходности? (F9)
10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказу от пищи? (F10)
11. Подвергались ли Вы серьезному физическому насилию? (F11)
12. Наносили Вы себе самоповреждения? (F12)
13. У вас бывают эпизоды, Вы не видите в жизни никакого смысла? (F13)
14. Вас часто мучают угрызения совести? (F14)
15. Были ли у вас черепно-мозговые травмы? (F15)
16. Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки? (F16)
17. Склонны ли Вы к неоправданному риску? (F17).

$$\begin{aligned} \text{КСО-коэффициент суицидальной опасности (для мужчин)} = \\ (F1 \times 0,24 + F2 \times 0,25 + F3 \times 0,85 + F4 \times 0,27 + F5 \times 0,22 + F6 \times 0,15 + F7 \times 0, \\ 34 + F8 \times 0,31 + F9 \times 0,36 + F10 \times 0,2 + F11 \times 0,41 + F12 \times 0,22 + F13 \times 0,21 + \\ F14 \times 0,2 + F15 \times 0,31 + F16 \times 0,33 + F17 \times 0,25) \times 10/5,11 \end{aligned}$$

## Приложение 4

### ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА СТЕНОГРАММ

- Пожалуйста, подчеркните **КРАСНЫМ** карандашом высказывания пациента, сделанные им из Нормативного Я (НЯ), и **СИНИМ** карандашом – высказывания пациента из Алкогольного Я (АЯ).
- Подчеркивайте только те высказывания (предложения), которые, **БЕЗУСЛОВНО**, по Вашему мнению, принадлежат НЯ или АЯ, согласно нижеприведенным критериям. Оставляйте неподчеркнутыми нейтральные слова, словосочетания или предложения, а также высказывания, в принадлежности которых к АЯ или НЯ Вы сомневаетесь.

### КРИТЕРИИ АЯ И НЯ

**АЛКОГОЛЬНОЕ Я (АЯ).** Высказывания направлены против изменений алкогольного поведения, а также отражают внешнее и внутреннее сопротивление лечению. К критериям АЯ относятся также следующие:

Предложения, содержащие **отрицание**. Различают

- (1) абсолютное отрицание («у меня нет проблем»);
- (2) преуменьшение («Я пью мало, я знаю, что это проблема, но она не настолько серьезна, как думают другие»);
- (3) уход с помощью отказа («Я буду говорить о чем угодно, только не о моем пьянстве»); уход с помощью забалтывания («Я буду говорить о чем угодно, только не о моем пьянстве, и я заговорю тебя до смерти»);
- (4) уход с помощью скандала («Попробуй, только скажи еще что-нибудь о моем пьянстве»);
- (5) поиск козла отпущения («Я пью только из-за своей жены/начальника и проч.»);
- (6) рационализация («Когда мне указывают на мое пьянство, я могу обвести вокруг пальца любого, приводя доводы в пользу употребления»);

- (7) интеллектуализация («Проблема употребления уходит в наше социокультурное...бла-бла-бла»);
- (8) сравнение («Я пью не так много, как мой начальник, а у него нет проблем»); (9) постановка себе безнадежного диагноза («Я слишком далеко зашел в своем алкоголизме, мне ничто уже не поможет»);
- (10) перелет в здоровье («Я чист и трезв уже 25 минут, я понимаю, в чем моя проблема, много знаю, чтобы когда-нибудь вернуться к употреблению»);
- (11) обусловленная трезвость («О, я знаю, как ужасна будет моя жизнь, если я снова буду употреблять, я могу умереть, поэтому я никогда не буду употреблять! Но тогда зачем мне лечиться?»);
- (12) уступчивость («Я сделаю все, что ты хочешь, только отстань»);
- (13) манипуляция («Я позволю тебе помочь мне, если ты будешь делать то, что я хочу. А если ты будешь заставлять меня делать то, что я не хочу, то я пойду и напьюсь»);
- (14) демократическая поддержка болезни («Я имею право допить до смерти, даже если я алкоголик и даже если я умру») [15].

- Предложения с «Да ..., но» (форма игры АЯ, Берн Э., 1964) («Да, я согласен с Вами, но...у меня нет средств и т.д.).
- Предложения, **обесценивающие** себя и свои силы, а также других и ситуацию в целом («Я не могу, нет сил. Разве, кто-то сможет понять меня? Мы живем в мире, где не пить нельзя!»)
- Предложения, содержащие «**смех висельника**» [194] и/или «алкогольный юмор».
- Предложения, содержащие **обман и противоречия**.
- Предложения, **оправдывающие** употребление («Выпил – сразу стало легче!»).
- Предложения с элементами **идеализации** выпивок и связанных с ними эпизодов жизни или отношений («Когда я пьян, все кажется мне достижимым!»).
- Другое.

**НОРМАТИВНОЕ Я (НЯ).** Высказывания в пользу лечения и выздоровления; высказывания содержащие понимание (инсайты) вреда употребления и связанных с ним проблем; высказывания в позитивном смысле о будущем.

## Психотерапевтический алгоритм провительного интервью

### 1. Наблюдались ли Вы у психиатра?

Если ответ «нет», переходите ко 2 вопросу.

Если ответ «да», выясните, по поводу чего было обращение, связано ли оно с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) или суицидальной попыткой. Необходимо оценить психический статус пациента и его когнитивные способности, чтобы эффективно продолжать интервью.

### 2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством?

Если ответ «нет», переходите к 3 вопросу.

Если ответ «да», выясните давность попытки и если попытка была недавней – необходимо оценить существующий на данный момент риск и принять решение, например, о неотложной (в том числе, недобровольной) госпитализации, особенно, если на вопрос: «Думаете ли Вы повторить попытку?», пациент отвечает: «Да», и/или имеет план («Есть ли у Вас план, каким образом Вы собираетесь покончить с жизнью?») совершения новой попытки.

Если попытка или попытки были в анамнезе, необходимо выяснить их число, обстоятельства принятия суицидального решения в каждом случае, способ и что явилось непосредственной причиной суицида – «последней каплей», оценить связь с употреблением ПАВ. Необходимо выяснить – кто оказал помощь и где. Если пациент сам предпринял меры к сохранению жизни – дать позитивное подкрепление, например, похвалить, за эти действия, подчеркнуть провительные факторы, которые повлияли на это позитивное решение пациента.



Если на вопрос: «Думаете ли Вы повторить попытку?», пациент отвечает: «Нет», необходимо поддержать это решение, сказав, например, что это умное и ответственное решение. Необходимо пригласить пациента заключить «антисуицидальный контракт» в письменной форме [51; 48] или устной, получив обещание пациента не совершать суицидальной попытки, сделанное из Нормативного Я – нормативной части личности [12; 13] или Взрослого Эго-состояния [50]. Пригласите пациента составить «план безопасности» – записанного пациентом алгоритма быстрых действий на случай актуализации суицидального побуждения; план должен храниться в доступном пациенту и видном месте, например, на подоконнике [48; 49].

3. **Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?**

Если ответ «нет», переходите к 4 вопросу.

Если ответ «да», необходимо выяснить актуальность этих мыслей на сегодняшний день, в том числе, спросив о наличие или отсутствии реального плана суицидальных действий. Если такой план есть, необходимо оценить суицидальный риск и возможности пациента самостоятельно совладать с кризисом, а также поддерживающие провитальные возможности его окружения [133]. Если риск высокий, а возможности пациента и его окружения недостаточные, необходимо принять решение о госпитализации (см. пункт 2), или обратиться за помощью к родственникам (сопровождающим) корректно, возможно с разрешения пациента, поставив их в известность о существующей опасности для пациента, или пригласить пациента принять помощь третьих лиц, например, представителей терапевтического сообщества.

Если пациент говорит об отсутствии в настоящий момент актуальных суицидальных мыслей, необходимо подтвердить свою

удовлетворенность их отсутствием («Это хорошо, что сейчас Вы свободны от мыслей о суициде!»), а также спросить разрешения поговорить о ситуациях и причинах, которые способствуют появлению такого рода мыслей. Отдельно обсудить связь этих мыслей с приемом алкоголя и ПАВ. Необходимо также обсудить какие объективные или субъективные факторы способствуют выживанию, останавливают поток суицидальных мыслей и, тем более, действий. Нужно подчеркнуть значимость этих факторов, например: «Я согласен, что Ваша помощь и поддержка нужна Вашим детям!», а также дать позитивные стимулы личности пациента за поддержание провительного поведения, несмотря на факты интоксикации.

Пригласите пациента заключить антисуицидальный контракт и составить «план безопасности».

4. **Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей? Были ли в Вашей семье трагические смерти родственников (самоубийства, убийства, несчастные случаи и др.)?**

Если ответ «нет», переходите к 5 вопросу.

При работе с четвертым вопросом врач способен отметить часто встречающиеся трагические модели жизни в семье пациента или «сценарии жизни» в виде неосознаваемого жизненного плана, употребляя язык транзакционного анализа [9; 41; 48; 49; 50; 121]. Становится особенно наглядным изображение этой трагической передачи, если использовать метод генограмм [43; 140], который, однако, требует временных затрат.

Если ответ «да», то попросите пациента рассказать об этих случаях, время от времени поощряя его рассказ, поскольку возможно он впервые рассказывает об этом заинтересованному слушателю. Подчеркните связь трагических событий с употреблением алкоголя и

ПАВ (если она есть), обозначьте свое сочувствие пациенту. Уточните возраст трагически-погибших родственников и соотнесите этот возраст с настоящим возрастом пациента. Если вы диагностируете «синдром годовщины» [55] или «страх срочной смерти» [48; 49] необходимо оценить суицидальный риск (см. выше) и/или пригласить пациента к краткосрочной психотерапии этих состояний [51] сразу же в момент интервью или позже. Пригласите пациента заключить антисуицидальный договор (получить обещание пациента не предпринимать действий против своей жизни на тот или иной срок, или на неопределенный срок).

Следует отметить, что воспоминание о трагически погибших родственниках и связь их судеб с собственной судьбой (включение их в автобиографический нарратив) в контексте сценария жизни, способствует осознанию сценария и его изменению. Всегда нужно учитывать терапевтический контекст такого рода беседы, приглашая пациента изменить свой сценарий, прекратив употребление алкоголя и ПАВ.

Оцените вклад патологического или нормального траура в состояние пациента и поощрите его, если необходимо, к психотерапии утраты.

**5. Для Вас характерно долго переживать вину?**

Если ответ «нет», переходите к 6 вопросу.

Если ответ «да», то попросите пациента раскрыть это чувство и связанные с ним события. Если вина носит иррациональный характер [37], то нормализуйте ее, сказав, например: «Я не думаю, что Вы виноваты в случившемся. Каждый человек делает свой выбор».

Оцените, не являются ли идеи самообвинения частью депрессивного синдрома. Если «да», оцените суицидальный риск и примите решение относительно возможной фармакотерапии.

Продемонстрируйте пациенту свою готовность прощать и поощрите процесс самопрощения. Помните, что процесс прощения или самопрощения имеет стадийность и требует нескольких психотерапевтических сессий [21].

**6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?**

Если ответ «нет», переходите к 7 вопросу.

Если ответ «да», необходимо понимать, что чувство стыда связано с тщательно скрываемыми, «стыдными» событиями в жизни пациента. Не следует ожидать быстрого самораскрытия на этом этапе. Если же пациент намерен говорить об этих событиях, то следует эмпатически (безоценочно) его выслушать и, по возможности, нормализовать стыд, сказав, например: «Я понимаю, что в той ситуации Вы не могли действовать по-иному» или «У Вас не было ресурсов сопротивляться, Вы были еще маленькой(им)». С учетом ответов на предыдущие вопросы, подумайте о связи стыда с суицидальными идеациями и оцените суицидальный риск.

Пригласите пациента на индивидуальную сессию, чтобы терапевтически работать со стыдом [37]. Помните, что стыд или вина могут свидетельствовать о наличии ПТСР.

**7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? Были ли в течение последнего года особенно значимые для Вас потери?**

Если ответ «нет», переходите к 8 вопросу.

Если пациент отвечает «да», то следует задать уточняющий вопрос: «Это чувство сопровождает Вас всю жизнь или Вы столкнулись с ним в недавнем прошлом?»

Если пациент отвечает, что «всю жизнь». Часто чувство одиночества связано с ощущением человеческой ненужности пациента, которое сформировалась в детстве. Чтобы уточнить это, вы можете задать вопрос: «Как Вы считаете, Вы были нужны своим

родителям?» Большинство пациентов, как показывает наш опыт работы, знает ответ на этот вопрос и с готовностью делится своей историей. Если пациент не считает себя нужным, пожалуйста, выслушайте его историю, воздержавшись, по возможности, от критики родителей, учитывая феномен «семейной лояльности» (состояние Я маленького ребенка внутри пациента будет бунтовать и сопротивляться прямой и грубой критике родителей как людей, которые дали ему жизнь и *позволили* ему выжить). В психотерапии ощущение ненужности родителям подразумевает и наличие у пациента раннего решения «Не живи», которое может лежать в основе суицидального поведения [11; 174] и нуждается в терапии перерешением [18]. Спросите о связи чувства одиночества и ощущения ненужности родителям с алкоголизацией. Поощрите пациента к дальнейшей глубокой психотерапевтической работе по перерешению его раннего решения «Не живи».

Если пациент отвечает, что «недавно». Попросите пациента рассказать историю его недавней потери, используя раскрывающие (подразумевающие развернутый ответ) вопросы, например: «Как много значил для Вас этот человек? Как Вы видите зависимость между Вашей потерей и учащением выпивок?» Пригласите пациента поразмышлять (пофантазировать) о том, что мог бы сказать утраченный человек пациенту прямо сейчас.

Оцените необходимость дополнительных сессий для работы с потерей и чувствами боли и одиночества.

#### 8. **Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?**

Данный вопрос необходим для диагностики коморбидного биполярного аффективного расстройства, наличие которого повышает суицидальный риск. Суицидальный риск нужно оценить с учетом ответов на предыдущие вопросы.

9. **Бывают ли у Вас эпизоды безысходности / беспомощности?**

Если ответ «нет», переходите к 10 вопросу.

Если «да», то попросите пациента описать, что чувствует и что думает пациент в эти моменты, как он совладает с ними? Поощрите его позитивное провитальное поведение, подчеркнув, что многие острые состояния в нашей психики преходящи и необходимо учиться их переживать.

При ощущении хронических чувств безысходности / беспомощности, которые вы можете диагностировать «прямо сейчас» оцените суицидальный риск и примите решение (см. выше).

10. **Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказам от пищи?**

Ответ на этот вопрос следует соотнести с 8 и 9 вопросами.

11. **Подвергались ли Вы серьезному физическому насилию?**

Если ответ «нет», переходите к 12 вопросу.

Если «да», попросите пациента рассказать об этом эпизоде (не нужно настаивать, если этот вопрос связан со стыдом) и проясните для него связь насилия с интоксикацией. Проявите заботу и эмпатию, предлагая, например, пройти обследование мозга или внутренних органов. Будьте «на стороне» потерпевшего, разделяя его чувства, и затем, осторожно, позвольте осознать пациенту связь между его интоксикацией, виктимным поведением с провокацией насилия: «Это ужасно, что с Вами так поступили, а между тем, если бы Вы ушли из бара чуть раньше или взяли бы такси, могли бы Вы избежать насилия? Не кажется ли Вам, что какая-то часть в Вас постоянно усугубляет ситуацию, действуя по принципу «чем хуже, тем лучше»?»

Положительные ответы на эти вопросы могут стать мостиком к будущей работе с аддиктивным расщеплением личности.

## 12. **Наносили ли Вы себе физические повреждения?**

Если ответ «нет», переходите к 13 вопросу.

Если «да», спросите пациента, какого рода были эти самоповреждения.

Если самоповреждения наносились с целью объективизировать психическую боль (психалгию), то необходимо оценить суицидальный риск в контексте наличия большой депрессии. Следует также принять во внимание мнение Э. Шнейдмана (2001) о психалгии как центральной суицидальной эмоции.

Если самоповреждения наносятся с целью уменьшить напряжение и тревогу, имеют привычный характер или совершаются импульсивно (что особенно опасно) и демонстративно с целью отомстить или повлиять на ближайших родственников, то следует предположить наличие коморбидного пограничного личностного расстройства (ПЛР). Пациенты с ПЛР особенно чувствительны к ситуациям расставания (потери), они значительно чаще, чем другие люди употребляют алкоголь и ПАВ, и совершают самоубийства. В условиях интервью следует уважительно конфронтровать их аутоагрессивное поведение, вместе с тем понимая, что успех лечения такого рода коморбидной патологии зависит в первую очередь от установившегося терапевтического альянса при активном содействии пациентов [47]. Следует также уточнить, не используют ли пациенты спиртные напитки, суррогаты алкоголя и передозировки препаратов с целью «непрямого» суицида? Интервьюер должен понимать также, что любые авersive (связанные с наказанием) терапевтические вмешательства, предметно-опосредованная терапия (кодирование) могут быть использованы такими пациентами с целью суицидального шантажа врачей или родственников. Поэтому уже на этапе интервью следует заручиться поддержкой нормативной части личности

пациента и пригласить его к заключению «контракта на не-самоповреждение» [48; 49; 51] – мягкого варианта антисуицидального контракта. Например, соединяясь с позитивной частью пациента через местоимение «мы» врач мог бы сказать: «О, *мы*, я думаю (уверен), сможем избежать с Вами поведения по типу «выколю себе глаз, чтобы у тещи был зять кривой!»!» Необходимо дождаться позитивной реакции пациента на конфронтацию и слов, доказывающих его осознание собственного аутоагрессивного стиля поведения.

Не будет лишним заключение письменного и устного контракта на «не-убегание из терапии» [51].

13. **У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?**

Если ответ «нет», переходите к 14 вопросу.

Если «да», то пригласите пациента поговорить на эту тему и будьте готовы к встречным вопросам, поскольку зависимые пациенты часто испытывают дефицит позитивных родительских интроектов.

Мы рекомендуем три способа беседы на тему смысла *поддержания* жизни. Во-первых, мы иногда не видим смысл жизни из-за ограниченности нашего собственного видения, тогда как любой наш родственник или ребенок видит в нашей жизни вполне определенный смысл. Во-вторых, мы обладаем так называемой «иллюзией бессмертия» [27] – чувством (это именно чувство), что не умрем никогда, поэтому иногда мы не ценим жизнь, растрачивая ее, совершаем самоубийства, по-детски думая, что можем снова проснуться утром или жить в какой-то новой форме. Никогда не поздно начать ценить жизнь. В-третьих, с позиций морального императива Э. Канта некоторые считают самоубийство грехом, так



что если после смерти есть что-то похожее на жизнь, то качество этой новой жизни будет зависеть и от того, каким образом мы прожили и закончили нынешнюю жизнь.

14. **Вас часто мучают угрызения совести?**

Если ответ «нет» или «не часто», переходите к 15 вопросу.

Если «да», то необходимо проверить, не касается ли такая поглощенность вопросами совести следствием совершения «несовместимых с жизнью» поступков? В этом контексте будет не лишним замечание о практике сообществ АА по «отмыванию поступков и возмещению ущерба» [15].

15. **Были ли у Вас черепно-мозговые травмы с потерей сознания?**

Если ответ «нет», переходите к 16 вопросу.

Если «да», то следует вернуться к обсуждению связи травм с интоксикацией, если эта тема еще не была проработана в 11 вопросе.

16. **Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?**

Если ответ «нет», переходите к последнему вопросу.

Если «да», то необходимо отделить социально-приемлемые виды деятельности от социально-неприемлемых, например, вождения автомобиля в нетрезвом состоянии, а также прояснить опасность последних и их связь с трагическим сценарием жизни. Иногда и социально-приемлемые формы опасных хобби бывают следствием сценария, например, в сценарий смерти от падения с высоты «вписываются» и занятия альпинизмом.

17. **Склонны ли Вы к неоправданному риску?**

Вопрос поднимает проблематику шестнадцатого вопроса, хотя и имеет некоторые нюансы. Из практики интервью известно, что отвечающие утвердительно на этот вопрос – субъекты рискованного поведения, любят рассказывать случаи своего чудесного спасения. Основная терапевтическая тактика – это осторожное

дистанцирование и конфронтация «смеха висельника», эмоции, необходимой для обесценивания естественного страха смерти. Например, врач может сказать: «Извините, но этот эпизод спасения не кажется мне веселым. Вы могли погибнуть» или «А что Вы на самом деле чувствуете, когда смеетесь?»

Заканчивать интервью необходимо в позитивном ключе, поддерживая убежденность пациента в его способности решить многочисленные проблемы. Обычно не хватает времени провести полноценное суммирование и закрепить инсайты пациента, поэтому можно сосредоточиться на чем-то одном, главном».