

*На правах рукописи*

**Шустов Александр Дмитриевич**

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

**14.01.27 – наркология**

**14.01.06 – психиатрия**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Москва-2021**

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

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор

**Клименко Татьяна Валентиновна**

Научный консультант:

доктор медицинских наук **Козлов**

**Александр Александрович**

**Официальные оппоненты: Сиволап Юрий Павлович –**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры психиатрии и наркологии  
федерального государственного автономного  
образовательного учреждения высшего  
образования «Первый Московский  
государственный медицинский университет  
имени И.М. Сеченова»

**Брюн Евгений Алексеевич –**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой наркологии ФГБОУ  
ДПО «Российская медицинская академия  
непрерывного профессионального  
образования» Минздрава России

**Ведущее учреждение:**

ФГБОУ ВО «Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Защита состоится «25» января 2022 г., в \_\_\_\_\_ на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, Москва, Кропоткинский пер., 23.

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

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Алкогольная зависимость (АЗ) до настоящего времени остается актуальной общественной и медицинской проблемой, что связано с масштабом ущерба, наносимым здоровью населения, влиянием на демографическую ситуацию, экономическим бременем болезни, ухудшением ситуации с обеспеченностью лечением (Клименко Т.В., Козлов А.А., 2014; Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2016; Degenhardt L. et al., 2017). 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 (Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012; Голенков А.В., 2017; Немцов А.В., 2015; Rompili M. et al., 2010; WHO, 2018). Существенное негативное влияние на течение и развитие неблагоприятных последствий АЗ оказывают сочетающиеся с ней различные психические расстройства (Гофман А.Г., 2003; Рыбакова К.В., 2018; Conway K.R. et al., 2006; NIDA, 2010; Sartorius N., 2013) и расстройства личности (Volkan K., 2016), которые по данным разных авторов встречаются у половины пациентов, страдающих АЗ (Echeburua E. et al., 2007; Коек Р., Walter M., 2018). Среди личностных расстройств с АЗ чаще всего сочетается пограничное личностное расстройство (ПЛР) (Torgersen S., 2009; Trull T.J. et al., 2018), которое по определению Американской психиатрической ассоциации (АРА) является тяжелым и распространенным психическим расстройством, проявляющимся эмоциональной нестабильностью и импульсивностью, расстройством идентичности, проблемными межличностными взаимоотношениями, злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ), совершением суицидальных попыток и эпизодов самоповреждений (АРА, 2013). По данным национального эпидемиологического исследования США (NESARC), среди лиц с ПЛР 58,3 % имеют диагноз АЗ, а среди лиц с АЗ от 9,8 % до 14,7 % имеют ПЛР (Gianoli M.O. et al., 2012). ПЛР обладает высоким аутоагрессивным

потенциалом (Leichsenring F., Leibing E., Kruse J. et al., 2011; Новиков С.В., 2014). Суицидальные попытки встречаются у 75% пациентов с ПЛР, и примерно у 10% из них суицидальные попытки завершаются летально. Частота самоубийств у лиц с ПЛР в 400 раз выше, чем среди населения в целом (Oumaya M. et al., 2008). При сочетании ПЛР с АЗ проявления аутоагрессивного поведения утяжеляются, а лица с АЗ становятся резистентными к лечению без заметной тенденции к улучшению даже в течение многолетней терапии (Links P.S. et al., 1995; Zanarini M.S. et al., 2004). АЗ, развившаяся на фоне ПЛР, отличается высокой прогрессивностью, более частыми развитием психотических эпизодов и рецидивов болезни, сочетанным употреблением других ПАВ или лекарственных средств, более высоким суицидальным риском, более короткими периодами воздержания от употребления алкоголя, более низкой приверженностью к лечению, а также более низким уровнем социального функционирования и неблагоприятным долгосрочным прогнозом течения заболевания (Kienast T. et al., 2014; Heath L.M. et al., 2017).

**Степень разработанности темы.** Клиническая диагностика и терапия ПЛР нуждаются в совершенствовании и составляют «новый приоритет общественного здравоохранения» (Chanen A., Sharp C., Hoffman P., 2017). Поскольку аутоагрессивное поведение и злоупотребление ПАВ являются неизменными атрибутами ПЛР (Лайнен М., 2015), требуется изучение клиники АЗ, сочетающейся с ПЛР, изучение аутоагрессивных проявлений у пациентов с ПЛР в аспекте предупреждения аутоагрессивных актов. Актуальной остается проблема мотивирования таких пациентов к лечению, в том числе с использованием легко воспроизводимых методик (Клименко Т.В., Козлов А.А. и соавт., 2018), в том числе с позиции «концепции амбивалентности» (Ambivalence Model of Craving) (Breiner M.J., Stritzke W.G., Lang A.R., 1999; Hollet R.S. et al., 2017), отражающей у данных пациентов внутриличностный пограничный сплиттинг (Masterson J., 1976) и алкогольное расщепление личности (Валентик Ю.В., 2000).

**Цель исследования.** Разработать вариант мотивирующей психотерапии, ориентированной на повышение приверженности больных алкогольной зависимостью, ассоциированной с ПЛР, к долгосрочной терапии 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 с АЗ, ассоциированной с ПЛР.
2. Выявить особенности суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения у лиц с АЗ, сочетающейся с различными типами ПЛР.
3. Предложить мотивирующий психотерапевтический инструмент, повышающий приверженность данных пациентов к долгосрочной терапии АЗ и оценить его эффективность.
4. Разработать рекомендации к дифференцированной краткосрочной мотивирующей психотерапии пациентов с АЗ и аутоагрессивным поведением, сформировавшимся на фоне ПЛР.

**Объект и предмет исследования.** Объектом исследования явились пациенты с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.20) и сопутствующим диагнозом «Пограничное личностное расстройство», установленным в соответствии с критериями МКБ-10 для «эмоционально неустойчивого расстройства личности» (F60.3): импульсивный тип (F.60.30) и пограничный тип (F60.31). В качестве группы сравнения использовались пациенты с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.20) без сопутствующего ПЛР.

Предметом исследования явились: (1) клинические особенности АЗ, ассоциированной с ПЛР, их социо-демографические особенности и особенности аутоагрессивного поведения, в том числе у пациентов с различными типами ассоциированного ПЛР; (2) эффективность

мотивирующего провитального интервью (ПИ) у пациентов с данной формой сочетанной психической патологией.

**Научная новизна работы.** Впервые показано, что сочетание АЗ с ПЛР увеличивает ее прогрессивность, утяжеляет суицидальное поведение за счет учащения самоповреждений и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения. Впервые выделены клинические отличия аутоагрессивного поведения у пациентов различных типов ПЛР, сочетающихся с АЗ.

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

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

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

1. Клиника АЗ, ассоциированная с ПЛР, отличается высокопрогрессивным течением, высокой психопатологической нагрузкой с увеличением депрессивных расстройств, количества самоповреждений и частоты виктимного поведения.

2. Пациенты с импульсивным типом ПЛР в отличие от пограничного типа ПЛР отличаются более прогрессивным течением АЗ, более высоким коэффициентом суицидальной опасности, чаще демонстрируют несуйцидальное аутоагрессивное поведение в виде виктимного и рискованного.

3. АЗ, в том числе ассоциированная с ПЛР, является аутоагрессивным заболеванием с высоким суицидальным риском и широким диапазоном феноменов несуйцидального аутоагрессивного поведения, таких как

самоповреждения, виктимное и рискованное поведение, причинение себе вреда в различных сферах жизнедеятельности.

4. Включение мотивирующего ПИ в комплексную терапию АЗ, в том числе ассоциированную с ПЛР, 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 АЗ, ассоциированной с ПЛР, 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 ПИ.

**Теоретическая значимость работы.** Установлена связь АЗ, ПЛР и аутоагрессивного поведения. Выявлены особенности клиники АЗ, сочетанной с ПЛР, в том числе особенности суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения. Доказано, что сочетание АЗ и ПЛР повышает суицидальную активность. ПИ с акцентом на аутоагрессивное поведение, которые не осознавалось, вытеснялось или обесценивалось, имеет мотивирующий эффект в отношении долгосрочной терапии АЗ независимо от выраженности личностной патологии. Измерение степени выраженности амбивалентных личностных статусов является основой для оценки личностных ресурсов, необходимых для принятия жизненно важных решений, и требует дальнейшего изучения у самых разных контингентов зависимых лиц.

**Практическая значимость работы.** Полученные данные о клинике АЗ, сочетанной с ПЛР, позволяют персонализировать терапию данной категории пациентов, в том числе за счет терапии аутоагрессивного поведения. Использование мотивирующего ПИ позволяет повысить приверженность данных больных к долгосрочной терапии и снижает вероятность досрочного выбывания больных из программ лечения.

**Достоверность и обоснованность положений, результатов и выводов исследования.** Достоверность полученных результатов обусловлена корректной формулировкой цели и задач исследования, вытекающих из актуальной потребности общественного здравоохранения, достаточной степенью анализа современной отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, достаточным объемом фактического материала и адекватной статистической обработкой полученных данных с использованием традиционных компьютерных программ и современной методологии (Реброва О.Ю., 2002). Выводы и практические рекомендации логически верны и актуальны.

**Структура и объем диссертации.** Работа изложена на 154 страницах, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы (198 наименований), включающего – 54 отечественных и 144 – иностранных источников, списка сокращений, списка иллюстративного материала и приложений, где представлены диагностические инструменты, использованные в исследовании, протоколы записей ПИ. Диссертация содержит 15 таблиц и 1 рисунок.

### **Основное содержание работы**

Во **введении** обоснована актуальность исследования, его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

**Глава 1** посвящена анализу научной литературы по проблеме коморбидной патологии, сочетанию АЗ и ПЛР и вопросам их терапии.

В **главе 2** приведена общая характеристика пациентов, включенных в исследование, описание дизайна исследования и использованных методов.



В **главе 3** приведены результаты сравнительного исследования социодемографических, клинических, аутоагрессивных показателей у пациентов с АЗ и у пациентов с АЗ, ассоциированной разными типами ПЛР.

В **главе 4** приведены результаты и доказана эффективность ПИ по повышению приверженности пациентов с АЗ и пациентов с АЗ и ПЛР к долгосрочной терапии. Приведены данные, характеризующие алкогольное расщепление личности.

В **заключении** обобщены и обсуждаются результаты исследования.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Материалы диссертации доложены на клинических конференциях ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва, 2017,2018,2019), на 23 конгрессе Европейской ассоциации психотерапии (Белград, Сербия, 2018), на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Психотерапия и психофармакотерапия невротических расстройств» на базе ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России (Рязань, 2017, 2019).

Результаты исследования внедрены в практику Службы психолого-педагогической помощи студентам ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» и учебный процесс кафедры психиатрии и психотерапии ФПДО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

По материалам диссертации опубликовано 14 работ, из них 10 – в журналах, включенных в перечень ВАК, а 3 из них – в журналах Web of Science.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводилось на базе стационара клиники ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (41 человек) и наркологической клиники ООО «Клиника Спасение» (57 человек) с 2018 по 2020 гг. Всего обследовано 68 больных.

**Критерии включения** в исследование: (1) наличие АЗ; (2) наличие ПЛР при его сочетании с АЗ; (3) мужской пол; (4) возраст от 18 лет до 65 лет; (5) наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

**Критерии не включения** в исследование: (1) синдром зависимости от других ПАВ; (2) наличие коморбидных по отношению к АЗ тяжелых психических расстройств; (3) отсутствие добровольного информированного согласия на участие в исследовании или его отзыв в ходе или после исследования.

Все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа – пациенты с АЗ, ассоциированной с ПЛР (28 человек), контрольная группа – пациенты с АЗ без ПЛР (40 человек). В основной группе были выделены пациенты с импульсивным типом ПЛР (подгруппа 1.1. – 9 человек) и пограничным типом ПЛР (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).

Клиника АЗ, ПЛР и его тип определялись в ходе полуструктурированного клинического интервью. Все сведения заносились в «Анкету оценки больного». Для объективизации полученных сведений изучалась медицинская документация, проводились беседы с родственниками.

Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования. Также использовались психометрические тесты: определение коэффициента суицидальной опасности (КСО) (Меринов А.В., 2012, 2017), «Опросник SOCRATES или Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться» (Miller W. R., Tonigan J. S., 1996). Количественный анализ высказываний пациентов «за» и «против» изменения

зависимого поведения проводился по опубликованной методике контент-анализа (Шустов Д.И., 2000; Shustov D. et al., 2018) с вычислением коэффициента согласованности мнений Kendall. Изучение эффективности ПИ проводилось в двух рандомизированных случайным образом группах пациентов с помощью опросника SOCRATES.

**Статистические методы и организация исследования.** Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» и проводилось с соблюдением принципов «Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации». От всех пациентов получено в письменной форме добровольное информированное согласие на участие в исследовании и на обработку полученных данных. Дополнительное согласие было получено на проведение диктофонной записи ПИ и контрольной беседы.

Полученные данные обработаны клинико-статистическим методом с использованием стандартных программ Statistica for Windows (V.10.0): t-критерий Стьюдента,  $\chi^2$  Пирсона, критерий Фишера, коэффициент корреляции Кендалла, U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок, критерий Z Вилкоксона. За критический уровень значимости «р» при проверке гипотез был принят 0,05.

Для установления различий между пациентами из основной группы (АЗ и ПЛР) и контрольной группы (АЗ без ПЛР), а также между пациентами из подгруппы 1.1. (импульсивный тип ПЛР) и подгруппы 1.2. (пограничный тип ПЛР) проводилось их сопоставление по социо-демографическим и клинико-психопатологическим характеристикам, отражающим клинические особенности АЗ и ПЛР, а также по характеристикам суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения. Полученные данные проанализированы с использованием методов сравнительной статистики.

В качестве психотерапевтического инструмента (техники), мотивирующей пациентов на приверженность к долгосрочному лечению АЗ, использовался краткий вариант мотивирующего ПИ, основанного на

повышении у пациента осознания аутоагрессивного контекста значимых для него привычных стилей поведения и стилей мышления (Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В., 2020). Основная цель мотивирующего ПИ – выявить наличие у пациента аутоагрессивные тенденции, стимулировать пациента к их осознанию и мотивировать его к участию в долгосрочной терапии в стационарных и амбулаторных условиях, в реабилитационном центре или в терапевтическом сообществе.

Эффективность ПИ оценивалась по методике SOCRATES, которая используется для оценки мотивации пациента на лечение (Burrow-Sanchez J.J., Lundberg K.J., 2007; Rosa C. et al., 2012; Small J. et al., 2012; Collins S. et al., 2012; Myers B. et al., 2016; Тучин П.В., 2014). Для оценки эффективности ПИ все пациенты (68 человек) с предварительным и итоговым тестированием по методике SOCRATES были разделены на две рандомизированные случайным образом подгруппы: 1) в подгруппу «ПИ-1» включались пациенты, которые поступали на стационарное лечение по понедельникам и средам, соответствовали критериям включения/невключения (37 человек), и с ними проводилось мотивирующее ПИ; 2) в контрольную подгруппу «КГ-1» включались пациенты, которые поступали в стационар по вторникам и четвергам (31 человек), и с ними проводилась традиционная мотивирующая беседа по вопросам зависимости от алкоголя и иных ПАВ (Woody G. et al., 1999; Тучин П.В., 2014), которая по объему времени и внимания соответствовала ПИ.

Пациенты подгрупп ПИ-1 и КГ-1 сравнивались между собой по следующим показателям: «преждевременная выписка», «добровольное решение о продолжении долгосрочного лечения в реабилитационном центре», «продолжение долгосрочного лечения в реабилитационном центре после медицинской интервенции», участие в программе «долгосрочной лечебно-реабилитационной терапии». Данные показатели оценивались при клинико-катамнестическом обследовании пациентов, по медицинской документации и при выездных интервенциях в реабилитационные центры,

где пациенты находись в программах социальной реабилитации и ресоциализации.

Для анализа эффективности ПИ у пациентов с ПЛР проводилось сравнение по тесту SOCRATES и вышеописанным клиническим критериям пациентов с АЗ и ПЛР, получивших либо ПИ (подгруппа ПИ-2, 17 человек), либо традиционное интервью (подгруппа КГ-2, 10 человек).

Также изучали амбивалентные высказывания пациентов в диалогах «психотерапевт-клиент», записанных на диктофон в ходе проведения мотивирующего ПИ. Были изучены диалоги 25 пациентов, из которых 13 имели диагноз АЗ и ПЛР, а 12 – только АЗ. Выбор диалогов для анализа был лимитирован только согласием пациентов на запись диалога. Личностная диагностика осуществлялась через несколько дней после записи диалога, чтобы данная информация не могла повлиять на терапевта, который задавал стандартные вопросы в ходе ПИ. Высказывания пациентов анализировались на наличие в них: а) различных форм алкогольного отрицания (Горски Т., 2013) и/или вербальных признаков обесценивания возможности справиться с АЗ или вылечиться (высказывания типа А или высказывания «против» изменения зависимого поведения), б) критического отношения к АЗ с оптимистическим отношением к возможности изменения зависимого поведения (высказывания типа Б или высказывания «за» изменение зависимого поведения). Также выделялись высказывания типа В («неопределенные» высказывания), согласно критериев и инструкций, данных в приложении к диссертации. Предполагалось, что высказывания типа А относились к алкогольной части личности, высказывания типа Б – к нормативной (Валентик Ю.В., 2000; Stritzke W. et al., 2007; Hollet R.S. et al., 2017). Диалоги с пациентами в печатном формате анализировались 4 независимыми экспертами по методике, предложенной для контент-анализа статусов Я (Шустов Д.И., 2000; Shustov D. et al., 2018). С помощью стандартных программ Statistika определялся коэффициент конкордантности

экспертных оценок Кендалла, а также разница между исследованными группами пациентов и корреляции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Особенности клиники АЗ, ассоциированной с ПЛР.** При отсутствии отличий между пациентами основной (АЗ и ПЛР; n=28) и контрольной (АЗ без ПЛР; n=40) групп по уровню образования, месту проживания, наличию судимости пациенты основной группы были моложе (по группам соответственно 33,5 и 41,54 лет;  $p = 0,0001$ ), достоверно чаще были холостыми (56,5 % и 16,7 %;  $p = 0,002$ ), имели в среднем меньше детей (33,3 % и 86,2 %;  $p = 0,0001$ ), достоверно чаще имели признаки тесной симбиотической связи с родителями (79,2 % и 33,3 %;  $p=0,001$ ). Сложности сепарации и индивидуации, присущие лицам с ПЛР (Gunderson J.G., 2011, 2014), создавали трудности в создании собственной семьи и снижали у них возможности в полной мере воспользоваться здоровым, лишенным симбиотических отношений поддерживающим окружением (Москаленко В.Д., 2013, 2016; Stone M.N., 1990).

У пациентов основной группы в отличие от пациентов контрольной группы достоверно чаще диагностировался высокий темп прогрессивности АЗ ( $p = 0,02$ ) с короткими сроками формирования этапов болезни, высоким уровнем толерантности к алкоголю, длительными запоями (по группам соответственно 14,87 и 9,6 дней;  $p=0,05$ ), изменёнными формами алкогольного опьянения, развитием синдрома отмены алкоголя тяжелой степени, и с тенденцией к увеличению частоты алкогольных психозов (16,7% в основной и 7,1% - в контрольной), высокой психопатологической нагрузкой с формированием аффективных расстройств широкого депрессивного спектра с переживанием вины, стыда, одиночества и бессмысленности жизни (50% в основной и 21,4% в контрольной;  $p=0,042$ ). Они достоверно чаще, чем пациенты группы контроля сообщали об эпизодах самоповреждений без цели расстаться с жизнью (36,4 % и 7,1 %;  $p = 0,01$ ). У них было выше значение КСО (4,66 и 3,46;  $p = 0,041$ ), что отражало наличие

повышенного суицидального риска. Среди форм несуицидального аутоагрессивного поведения (Farberow N., 2000) у них достоверно преобладало виктимное поведение в виде подверженности физическому насилию (40,9 % и 14,3 5%;  $p=0,03$ ).

**Особенности клиники АЗ, ассоциированной с различными типами ПЛР.** Пациенты с импульсивным типом ПЛР в отличие от пациентов с пограничным типом ПЛР были более старшего возраста (36,8; 2,9 и 32; 2 лет,  $p = 0,042$ ), у них наблюдались запои большей длительности (21; 4,2 дней против 12,3; 2,6 дней;  $p = 0,038$ ). У них достоверно чаще наблюдалось рискованное поведение как форма несуицидального аутоагрессивного поведения с высокой вовлекаемостью в рискованные предприятия, повышенной частотой несчастных случаев, получением черепно-мозговых травм и переломов (83,3 % и 35,3 %;  $p = 0,043$ ); а также – виктимное поведение с высокой подверженностью физическому насилию, нередко с его ненамеренной провокацией (83,3 % и 23,5 %;  $p = 0,01$ ).

**Эффективность мотивирующего ПИ для повышения приверженности пациентов с АЗ, в том числе ассоциированной с ПЛР, к долгосрочной терапии АЗ.** Сопоставление всех пациентов основной (АЗ, ассоциированная с ПЛР) и контрольной (АЗ без ПЛР) групп, которым проводилось ПИ (подгруппа ПИ-1;  $n=37$ ), с пациентами, которым проводилось традиционное интервью (подгруппа КГ-1;  $n=31$ ), показало, что психотерапевтический ответ в форме улучшения приверженности к долгосрочной терапии, оцененный по тесту SOCRATES в транстеоретической модели Прохазка Дж. и Диклементо К. (1994), был значимо выше у пациентов подгруппы ПИ-1 по сравнению с пациентами подгруппы КГ-1 ( $p = 0,0001$ ). После проведенного им ПИ у них значимо повышалась способность к осознанию АЗ и ее негативных последствий (стадия «Признание»), активизировался с повышением качества размышлений анализ всех «За» и «Против» в отношении целесообразности терапевтических изменений (стадия «Амбивалентности») и формировалось

значимо больше доводов к активным действиям в позитивном направлении (стадия «Действия»). Об этом свидетельствовало достоверное повышение у них всех трех значений по стадиям «Признание», «Амбивалентность» и «Действий» в тесте SOCRATES при повторном тестировании по сравнению с результатами первого тестирования при поступлении в стационар ( $p = 0,0001$ ). У пациентов, которые получали традиционную мотивирующую беседу (подгруппа КГ-1), значения всех этих показателей значимо не изменялись.

По данным клинико-катамнестического исследования пациенты подгруппы ПИ-1 достоверно чаще включались в долгосрочные программы лечения и реабилитации ( $p=0,005$ ), достоверно реже покидали эти программы ( $p=0,038$ ). Пациенты подгруппы КГ-1 достоверно чаще по сравнению с пациентами подгруппы ПИ-1 досрочно покидали программы терапии ( $p=0,005$ ).

Для оценки эффективности мотивирующего ПИ исключительно у пациентов с АЗ, ассоциированной с ПЛР, было проведено сравнительное исследование пациентов с АЗ и ПЛР, которым проводилось ПИ (подгруппа ПИ-2;  $n=17$ ), и пациентов с АЗ и ПЛР, которым проводилось традиционное интервью (подгруппа КГ-2;  $n=10$ ). Исследование показало, что в подгруппе ПИ-2 по сравнению с подгруппой КГ-2 по тесту SOCRATES от первого измерения ко второму наблюдался достоверный рост баллов на стадии «Признания» и на стадии «Действий», что расценивается как важный этап нарастания борьбы мотивов для формирования цель ориентированных действий (Miller W. R., Tonigan J. S., 1996). В группе КГ-2 такого достоверного роста баллов не отмечено. Также в подгруппе ПИ-2 наблюдалось достоверно меньше случаев досрочного выхода пациентов из программ долгосрочного лечения и реабилитации ( $p=0,037$ ).

Таким образом, установлено, что мотивирующее ПИ по сравнению с традиционной беседой достоверно более эффективно по формированию



приверженности к долгосрочной терапии у пациентов с АЗ, в том числе ассоциированной с ПЛР.

**Исследование амбивалентных высказываний пациентов в процессе мотивирующего ПИ.** Анализировались 25 протоколов - диалогов «психотерапевт-клиент» в ходе проведения ПИ, которые были получены от случайным образом отобранных пациентов, которые были разделены на 2 подгруппы: подгруппа 1 - 13 пациентов из основной группы (АЗ, ассоциированная с ПЛР) и подгруппа 2 - 12 пациентов из контрольной группы (АЗ без ПЛР). Текст протоколов на наличие разного типа амбивалентных высказываний анализировался 4-мя независимыми экспертами. Эксперты определяли наличие высказываний типа А («против» изменения зависимого поведения), типа Б («за» изменения зависимого поведения), а также типа В («неопределенные» высказывания). Мнения экспертов оказались согласованными, что подтверждалось удовлетворительными значениями и высокой статистической значимостью коэффициента конкордации Кендалла.

Высказывания типа А отмечались в диапазоне от 0 до 69,8 процентов от всего текста, высказывания типа Б – от 13,5 до 77 процентов текста, и «неопределенные высказывания» (тип В) встречались в диапазоне от 9,9 до 91 процента текста. Различий между подгруппами 1 и 2 по содержанию высказываний типа А и типа Б на уровне значимости ( $P < 0,05$ ) не обнаружено. Этот факт подтверждал доминирование алкогольных механизмов «расщепления» («алкогольное Я» продуцировало высказывания типа А, «нормативное Я» - типа Б) над специфичным для ПЛР сплиттингом и указывал на необходимость проведения антиалкогольного лечения и мотивирования пациентов к участию в долгосрочных лечебных программах, поддерживая их высказывания типа Б.

В зависимости от типа преобладающих высказываний пациенты были разделены на подгруппы: 1) пациенты с преобладанием высказываний типа А с отрицанием и негативным отношением к терапевтическим изменениям

(подгруппа А; n=11); 2) пациенты с преобладанием высказываний типа Б с критичным отношением к АЗ и позитивными высказываниями по поводу терапевтических изменений (подгруппа Б; n=8); 3) пациенты с высказываниями типа В с неопределенным отношением к АЗ и терапевтическим изменениям (подгруппа В; n=6). Все подгруппы были сформированы на основании дискриминационных показателей, которые были получены в результате сравнения подгрупп между собой и решений экспертов. Все эти три подгруппы пациентов были проверены на наличие статистически достоверных различий с помощью показателя Краскела-Уоллиса и статистически достоверные различия были найдены.

Сравнение пациентов подгруппы А и Б с использованием критерия Пирсона показало, что у пациентов с преобладанием высказываний типа А (подгруппа А) было достоверно больше суицидальных попыток в анамнезе (50% и 0%;  $P=0,029$ ), они достоверно чаще подвергались физическому насилию (75% и 14,3%;  $P=0,019$ ), АЗ у них достоверно чаще была высокопрогредиентной (62,5% и 57,1%;  $P=0,024$ ) или среднепрогредиентной (37,5% и 42,9%;  $P=0,024$ ). Эти данные в определенной мере подтверждают мнение о том, что пациенты с преобладающим отрицанием и негативными оценками собственных терапевтических перспектив более суицидоопасны и чаще попадают в позицию «жертвы» (Коек Р., Walter М, 2018). Эти данные также указывают на необходимость специального изучения суицидологического анамнеза и суицидального психического статуса (suicidal state of mind) (Шнейдман Э., 2001; Булыгина В.Г., Кудрявцев И.А., 2016) у пациентов, активно демонстрирующих различные виды отрицания.

Таким образом, в процессе проведенного исследования было установлено, что типичное для пациентов АЗ алкогольное расщепление, которое определялось по преобладанию высказываний типа А или типа Б, не зависит от ассоциированного ПЛР, поскольку у всех пациентов с АЗ количество амбивалентных высказываний было примерно одинаково. Это свидетельствует о том, что при психотерапии пациентов с АЗ и ПЛР в

особенности на начальных этапах, после купирования острых абстинентных расстройств, необходимо использовать традиционные для АЗ психотерапевтические мишени без учета наличия или отсутствия ассоциированного ПРЛ (Ball S.A. et al., 2011). Это также подтверждается результатами лечения АЗ дисульфирамом и налтрексоном, которые не показали достоверной разницы по показателю эффективности у пациентов с ПЛР и без ПЛР (Ralevsky E. et al., 2007). Понятно, что на более поздних этапах терапии коморбидной патологии, предпочтителен терапевтический подход, одновременно направленный и на лечение АЗ, и на лечение ПЛР (Trull T.J. et al., 2018).

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

1. Шустов Д.И. Психотерапия больных алкогольной зависимостью с учетом типа их личности и проявлений аутоагрессивного поведения / Шустов Д.И., Новиков С.А., Шустов А.Д. // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2014.- Т.13,№5.- С. 112-117

2. **Шустов А.Д.**, Клименко Т.В. Стратегия и тактика при терапии пограничных клиентов // **Вопросы наркологии.** - 2017.-№6.- С. 117-119
3. **Шустов А.Д.** ТА психотерапия у зависимых бодерлайнов // Мультидисциплинарный подход в терапии психических расстройств: сборник статей Четвертой Всероссийской Научно-практической конференции с международным участием. - Рязань: ГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2017. - с. 64
4. **Шустов А.Д.** ТА-психотерапия лиц с зависимостью, ассоциированной с пограничным личностным расстройством // **Вопросы наркологии.** - 2017.-№9.-С.151
5. Shustov D.I., Tuchina O.D., **Shustov A.D.** Do we think about death more than death thinks about us? Script and death prospection//Sense and Sensibility in Psychotherapy (Abstract Book) 23 Congress of European Association for Psychotherapy. 8 Congress of Psychotherapists of Serbia-19-21 )ct 2018: Belgrade, Serbia, 2018 (438 p.), p.23-26
6. Солодов А.А., Галуцких Е.П., Чернышов Н.С., **Шустов А.Д.** Алкогольное расщепление личности //Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психотерапия и фармакотерапия невротических расстройств». -ФГБОУ РязГМУ Минздрава России. - Рязань: ОТСиОП, 2019. - С.139-141
7. **Шустов А.Д.**, Клименко Т.В. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности: психотерапия и психофармакотерапия // **Вопросы наркологии.** - 2019.-№4.- С. 5-18
8. Клименко Т.В., Козлов А.А., Положий Б.С., Игумнов С.А., Игонин А.Л., **Шустов А.Д.** Суицидальное поведение как маркер прогрессивности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности // **Суицидология.**- 2019.-Т. 10, №3 (36).-С. 87-92.
9. **Шустов А.Д.**, Клименко Т.В. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности: эпидемиологические и клинические особенности // **Вопросы наркологии.** - 2019.-№9.- С. 18-30

10. **Шустов А.Д.**, Клименко Т.В. Исследование эффективности провитального терапевтического интервью методом SOCRATES // **Вопросы наркологии.** - 2019.-№11.- С. 65-71
11. Шустов Д.И., **Шустов А.Д.**, Тучина О.Д., Клименко Т.В., Солодов А.А., Чернышов Н.С., Галуцких Е.П., Шустова С.А., Федотов И.А., Новиков С.А., Шитов Е.А. Изучение аддиктивного расщепления в условиях провитального интервью у зависимых от алкоголя пациентов с коморбидными личностными расстройствами // **Вопросы наркологии.** - 2019.-№11.- С. 38-49
12. **Шустов А.Д.**, Шустов Д.И., Тучина О.Д., Шустова С.А. Самоорганизующиеся терапевтические системы при амбулаторной терапии пограничных зависимых пациентов // **Консультативная психология и психотерапия.** -2019. -Т.27, №4. -С. 165-174.
13. Шустов Д.И., Меринов А.В., **Шустов А.Д.**, Клименко Т.В. Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике // **Суицидология.** - 2020; 11 (1):53-66.
14. Козлов А.А., Клименко Т.В., Игумнов С.А., Благов Л.Н., Корольков А.И., Кравченко С.Л., Кутарев Ф.Л., Лобачева А.С., Аркус М.Л., Шахова С.М., Коньков В.И., Петрухина О.С., Соболев Н.А., **Шустов А.Д.** Изучение закономерностей развития, клинических особенностей, патоморфоза психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ: обзор научных исследований, проведенных в Национальном научном центре наркологии в 2019 г. // **Вопросы наркологии.**-2020.-№2 (185).- С. 5-17