

12. Лиманкина И.Н. Электрокардиографические феномены в психиатрической практике. СПб.; 2009.
13. Моисеев В.С., Сумароков А.В., Стяжкин В.Ю. Кардиомиопатии. М.; 1993.
14. Мостбауер Г.В. Therapia 2010; 1 (43). URL: <http://therapia.ua/therapia/2010/01/alkogolnaya-kardiomiopatiya> (дата обращения: 05.03.2012).
15. Терещенко С.Н., Джауани Н.А. Сердечная недостаточность. 2001; 3 (2): 58—60.
16. Шумаков В.И., Хубутия М.Ш., Ильинский И.М. Дилатационная кардиомиопатия. Тверь; 2003.
17. Coulter D.M., Bate A., Meyboom R.H.B. et al. Br. Med. J. 2001; 322: 1207—9.
18. Gavazzi A., De Maria R., Parolini M. et al. Am. J. Cardiol. 2000; 85: 1114—8.
19. Murak E. Psychiatr. Pol. 1995; 29 (3): 349—58.
20. Otašević P., Popović Z.B., Vasiljević J.D. et al. Eur. J. Heart Failure. 2003; 7 (1): 49—56.
21. Piano M.R. Chest. 2002; 121 (5): 1638—50.
22. Yan S.V., Finato N., Di Loreto C. et al. Anal. Quant. Cytol. Histol. 1999; 21 (2): 174—80.

Поступила 29.12.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.89-008.441.13-085-039.57:614.2

В.М. Николаев, Е.В. Петрова, О.А. Петров*

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ХАРАКТЕРА

Кафедра психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава России, 440060, Пенза, Россия

*Николаев Виктор Михайлович (Nikolaev Viktor Michaylovich). E-mail: petrovaelena2010@yandex.ru

♦ Представлены амбулаторная психотерапевтическая программа для пациентов с алкогольной зависимостью с использованием когнитивно-поведенческого подхода, а также дифференцированное применение когнитивно-поведенческих методов и техник у лиц с разными типами характера. В целом из 116 больных основной группы ремиссию свыше 1 года наблюдали у 81 (69,8%), двухгодичную ремиссию — у 35 (30,2%).

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, амбулаторная программа, алкогольная зависимость, типы характера

V.M. Nikolayev, E.V. Petrova, O.A. Petrov

THE DIFFERENTIATED OUT-PATIENT COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF ALCOHOL ADDICTION IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF CHARACTER

The Penza institute of post-graduate training of physicians of Minzdrav of Russia, 440060 Penza, Russia

♦ The article presents the out-patient psychotherapy program for patients with alcohol addiction. The program applies the cognitive behavioral approach and differentiated implementation of cognitive behavioral techniques and methods to patients with different types of character. In toto, at the sampling of 116 patients of main group one remission longer than one year was observed in 69.8% of patients and two year remission was observed in 30.2% of patients

Key words: cognitive behavioral psychotherapy, out-patient program, alcohol addiction, types of character

В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее перспективных современных психотерапевтических подходов в лечении алкоголизма [10, 12]. В процессе КПТ возможно достижение комплексных терапевтических целей — становление критической оценки своей болезни, убеждение необходимости и возможности лечения, желание активной борьбы со своим недугом, выработка положительных ценностно-смысловых установок, нормативного общественного поведения, что способствует формированию длительных и качественных ремиссий [3, 5, 9, 11]. Стационарные поведенческие психотерапевтические антиалкогольные программы достаточно хорошо описаны в зарубежной и отечественной литературе и применяются специалистами [7, 10, 12, 13]. В амбулаторной практике лечения больных алкоголизмом конкретные когнитивно-поведенческие психотерапевтические методы используют пока недостаточно широко, данные по их научной оценке пока весьма незначительны [4, 6], что и определило наш научный интерес.

Целью нашей работы стало изучение возможностей амбулаторного когнитивно-поведенческого подхода при лечении больных алкоголизмом в зависимости от их личностных особенностей на этапе становления терапевтической ремиссии и во время длительной поддерживающей терапии в течение двух лет.

В исследовании участвовали пациенты (все мужчины) со сформировавшейся зависимостью от алкоголя в соответствии с критериями МКБ-10, подписавшие информированное согласие. Исключали больных с острыми и хроническими психотическими состояниями; больных с клиническими признаками конечной III стадией алкоголизма, алкогольной деградацией; больных с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Для реализации цели исследования пациентов по методике простой рандомизации были разделены на две группы. В 1-ю (основная) группу вошли 116 больных со сформировавшейся зависимостью от алкоголя, проходившие программу амбулаторной КПТ, во 2-ю (контроль) — 30 со сформировавшейся зависимостью от алкоголя, прошедшие только стандартное лечение в наркологическом стационаре.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Подробно рассматривали и оценивали жалобы, анамнестические сведения: наследственность, характер воспитания, взаимоотношения со сверстниками; выясняли образование, трудовой статус, семейное положение, взаимоотношения в семье, а также характерологические особенности. Психопатологическое исследование включало комплексное изучение эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферы психической деятельности. В рамках клинико-психопатологического метода

проводили клиническое наблюдение за больными и их родственниками, а также заполнение специально разработанной нами карты наркологического больного, включающей общую (анамнез жизни и болезни) и клиническую части. Экспериментально-психологическое тестирование осуществляли с помощью характерологического опросника по К. Леонгарду — Г. Шмишеку, опросника "Мотивы потребления алкоголя" В.Ю. Завьялова.

В структуре проведения и исследования амбулаторной КПВ выделили четыре этапа (табл. 1): этап показаний; создание терапевтических отношений и прояснение проблемы и целей терапии; проигрывание терапевтического научения; оценка эффективности терапии. Эти этапы различались по промежуточным целям, процедурам и срокам.

В течение 1-го года провели 16 психотерапевтических сеансов по 60 мин каждый. В 1-м месяце терапию осуществляли в более интенсивной форме — 1 сеанс в неделю. Кратность сеансов в последующие месяцы такова: 2 сеанса во 2-м месяце терапии, затем по 1 сеансу в месяц. На 2-й год противорецидивной терапии кратность обращения к врачу-наркологу составила 1 раз в 3 мес.

В комплексные мероприятия становления ремиссии и профилактики алкогольных рецидивов входили следующие когнитивно-поведенческие техники и тренинги:

- ♦ когнитивное реструктурирование — техника, которая позволяла пациентам понять, что они могут управлять своими чувствами, мыслями, а следовательно, и поведением; при этом объяснялось, что неприятные чувства и эмоции вызываются негативной самовербализацией и нереалистическими ожиданиями;
- ♦ техника самоконтроля — формировалось сознательное сопротивление желаниям и попыткам относительно алкоголя, больные обучались эффективному поведению в ситуациях, когда предлагаются или навязываются алкогольные напитки;
- ♦ тренинг уверенности в себе — упражнения с моделированием ситуаций, требующих навыков самоуверждения, совладания с перегрузками, умения общаться с окружающими и вступать в контакты; особое внимание уделялось возникающим чувствам как индикаторам релевантных для поведения нерациональных установок;
- ♦ релаксационные техники.

На всех этапах амбулаторной программы КПТ с родственниками пациентов проводили ежемесячно психокоррекционную работу по следующим направлениям:

- ♦ преодоление созависимости;
- ♦ обучение навыкам общения с больными алкогольной зависимостью, создание реабилитационной среды в семье.

Основными показателями эффективности терапии стали отсутствие рецидива и длительность ремиссии, дополнительными — изменение личностных особенностей (ценностные установки, социальные факторы — семья, профессия, карьера).

Результаты исследования обрабатывали при помощи статистической программы "Statistica 6.0".

Результаты проведенного клинического обследования всех 146 пациентов показали преобладание лиц среднего возраста от 30 до 55 лет (43,5±6 лет). Как видно из табл. 2, в основной группе состояли в браке, в том числе в гражданском, 73,3% больных, разведены 14,7%, холосты 12%. По уровню образования преобладали лица со средним специальным (58,6%) и высшим (25%) образованием. По характеру трудовой деятельности постоянно работающими были 73,3%, временно неработающими — 19,8%, пенсионерами — 6,9%.

Наследственная алкогольная отягощенность и терпимое отношение к употреблению алкоголя в родительской семье были характерны для 34% пациентов. Данные о характере семейных отношений в родительской семье продемонстрировали особенности ее патогенного влияния на пациентов в подростковом возрасте. Недостаток внимания со стороны родителей, воспитание по типу гипоопеки отметили 31,8% пациентов, гиперопеки — 44%, "отвержения" и "ежовых рукавиц" [3] — соответственно по 12,1%. Неправильный подход к воспитанию оказался у всех обследованных, что не способствовало развитию у них эмоционально-волевых качеств, адаптационных возможностей.

Возраст на начало алкоголизации составил 16,9±4,3 года. Продолжительность сформировавшейся зависимости от алкоголя варьировала от 3 до 16 лет (в среднем 8,2±4,3 года). В соответствии с клиническими критериями алкоголизма по А.А. Портнову и И.Н. Пятницкой I стадию алкоголизма диагностировали у 33,6% больных, II стадию — у 66,4%. На момент первичной психотера-

Таблица 1

Этапы когнитивно-поведенческой психотерапии

| Этап КПТ | Цель | Процедура | Срок |
|--|--|--|---------------|
| Показания | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Постановка диагноза ♦ Выбор когнитивно-поведенческих методов ♦ Информация о терапии ♦ Информированное согласие | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Интервью ♦ Диагностические методы: клинко-психопатологический, клинко-психологический | 1—2 сеанса |
| Создание терапевтических отношений и прояснение проблемы и целей терапии | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Рольевое структурирование (объяснение пациенту его роли, прояснение ролей других членов семьи) ♦ Формирование ожидания позитивных изменений ♦ Создание терапевтических отношений | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Терапевтический контакт ♦ Применение конкретных психотерапевтических методов и техник в зависимости от личностных особенностей больных ♦ Психотерапевтическая работа с членами его семьи | 1—3 сеанса |
| Проигрывание терапевтического научения | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Систематическое овладение навыками и умениями ♦ Реструктурирование образа "я" | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Применение конкретных психотерапевтических техник ♦ Наблюдение и промежуточная оценка течения терапии ♦ Психотерапевтическая работа с членами его семьи | 3—18 сеансов |
| Оценка эффективности терапии | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Психодиагностика достижения терапевтической цели, сверка с критериями эффективности ♦ Формальное окончание терапевтических отношений | Диагностические методы: клинко-психопатологический, клинко-психологический методы | 19—20 сеансов |

Клиническая характеристика обследованных пациентов

| Показатель | Прошедшие КППТ (n = 116) | Не проходившие КППТ (n = 30) |
|---|----------------------------|------------------------------|
| Средний возраст, годы | 42,6±6,9 | 44,4±5,1 |
| Семейный статус, %: | | |
| холост | 12,0 | 13,3 |
| женат | 58,6 | 40,0** |
| разведен | 14,7 | 26,7** |
| гражданский брак | 14,7 | 20,0** |
| Уровень образования, %: | | |
| высшее | 25,0 | 23,3 |
| среднеспециальное | 58,6 | 60,0 |
| среднее | 16,4 | 16,7 |
| Трудовая деятельность, %: | | |
| работающие | 73,3 | 70,0 |
| временно неработающие | 19,8 | 23,3* |
| пенсионеры | 6,9 | 6,7 |
| Средний возраст на начало заболевания, годы | 16,9±4,3 | 17,2±4,4 |
| Средняя продолжительность заболевания, годы | 8,2±4,3 | 7,9±5,0 |
| Стадия алкоголизма в соответствии с критериями А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой, %: | | |
| I | 33,6 | 33,6 |
| II | 66,4 | 66,7 |
| Проводилось ли психотерапевтическое лечение | Да — 67,2%; нет — 32,8% | Да — 60%; нет — 40% |

Примечание. Достоверность различий (*p*) показателей в группах: * — *p* < 0,01 и ** — *p* < 0,001.

психотерапевтической консультации всем больных провели дезинтоксикационную и симптоматическую фармакотерапию с купированием алкогольного абстинентного синдрома, период трезвости составил не менее 14 сут. 32,8% больным психотерапевтическая помощь оказывалась впервые.

Контрольная группа была изначально сопоставима с основной по возрастным и клиническим характеристикам. Однако по социальным параметрам, в частности по более высокому числу разведенных пациентов, можно сделать вывод об их меньшей заинтересованности в сохранении семейного статуса (табл. 2).

В процессе исследования в основной группе выделили четыре группы больных с различными характерологическими особенностями, к которым применяли дифференцированные когнитивно-поведенческие методики.

Эпилептоидный склад характера выявили у 26 (22,3%) пациентов. Для этих больных были характерны изначальное отсутствие контроля или быстрая его утрата на этапе злоупотребления алкоголем, высокая толерантность к алкоголю. Влечение к опьянению резко усиливалось в ответ на психотравмирующую ситуацию, ущемляющую авторитарную ролевую позицию пациентов [2]. Частыми были аттрактивные мотивы алкоголизации. Исходя из личностных особенностей больных данной группы, акцент противорецидивной терапии сделали на освоении релаксационных техник с десенсибилизацией к психотравмирующей ситуации.

По истечении двух лет наблюдения результаты лечения у данных больных оказались следующими: 10 (38,5%) имели ремиссию 2 года, 14 (53,8%) — более 1 года, 2 (7,7%) — менее 1 года.

Для больных с шизоидными особенностями характера (*n* = 14, или 11,9%) алкоголь являлся своеобразным адаптогеном для социальной коммуникации, поэтому во время ремиссии наиболее слабым местом в возникновении рецидивов было возникающее весьма мучительное чувство ущемленности в связи с неспособностью к полноценному общению. У данных пациентов использовали когнитивное реструктурирование с изменением дезадаптивных мыслительных паттернов.

В конце 2-го года амбулаторной терапии 5 (35,7%) больных имели ремиссию 2 года, 7 (50%) — более 1 года, 2 (14,3%) — менее 1 года.

У гипертимных личностей (*n* = 49, или 42,1%) доминировали гедонистические установки, отражающие стремление получить психическое и физическое удовольствие, психосоматический комфорт, а также опыт переживания алкогольной эйфории. Возобновление алкоголизации у этих пациентов было связано со стремлением выйти из состояния "сенсорной депривации". В терапии данных больных применяли поведенческие методы — технику самоконтроля и моделирования.

Результаты лечения после двух лет наблюдения показали, что 14 (28,6%) пациентов имели ремиссию 2 года, 22 (44,9%) — более 1 года, 13 (26,5%) — менее 1 года.

У неустойчивых больных (*n* = 27, или 23,8%) на первый план выступали неспособность иметь и защищать собственное мнение, и, как следствие, пассивная подчиняемость с неспособностью отказаться от давления алкогольного окружения. Из когнитивно-поведенческих техник у этих больных наиболее успешным оказались тренинги самоконтроля и уверенности в себе с развитием ассертивного поведения.

Результаты были следующими: 6 (22,3%) больных имели ремиссию 2 года, 11 (40,7%) — более 1 года, 10 (37%) — менее 1 года.

В целом из 116 больных основной группы ремиссию более 1 года наблюдали у 81 (69,8%), 2-годичную ремиссию — у 35 (30,2%), а у больных из контрольной группы после 3-недельного стационарного лечения отмечали не-

продолжительные, не более 4—5 мес, ремиссии с последующим рецидивированием алкогольной зависимости и повторными госпитализациями в течение календарного года.

Разработанная нами долгосрочная амбулаторная программа поддерживающей противорецидивной когнитивно-поведенческой терапии больных с алкогольной зависимостью и дифференцированное использование когнитивно-поведенческих методов с учетом характерологических особенностей больных позволяют формировать более качественную и продолжительную ремиссию.

При дифференцированной когнитивно-поведенческой психотерапии у лиц с эпилептоидными и шизоидными характерологическими особенностями отмечается стойкая тенденция к более высоким показателям длительности ремиссии, чем у гипертимных и неустойчивых больных алкоголизмом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю. М.; 1994.
2. *Гофман А.Г.* Клиническая наркология. М.: "Миклош"; 2003: 46—54.
3. *Карвасарский Б.Д.*, ред. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком; 1999: 200; 203—6; 495—500.
4. *Перре М., Бауманн У.*, ред. Клиническая психология: Пер. с англ. СПб.: Питер; 2002: 577—82.
5. *Иванец Н.Н.*, ред. Лекции по клинической наркологии под ред. М.: Медпрактика; 2001: 244—68.
6. *Николаев В. М., Петрова Е. В., Петров О. А.* Когнитивно-поведенческая терапия больных с алкогольной зависимостью. Вопросы ментальной медицины и экологии. 2005; 11 (3): 7—9; 109.
7. *Петрова Е.В., Николаев В.М., Петров О.А.* Принципы и оценка эффективности противорецидивной амбулаторной программы когнитивно-поведенческой терапии больных с алкогольной за-

- висимостью. В кн.: Материалы международной конференции: Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. Казань; 2004: 228—32.
8. *Портнов А.А., Пятницкая И.Н.* Алкоголизм: Руководство для врачей. М.: Мегаполис; 2012: 176—232.
9. *Федоров А.П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер; 2002.
10. *Annis H. M.* Relapse to substance abuse: Empirical findings within

- a cognitive social learning approach. *Psychoactive Drugs*. 1990; 22: 117—24.
11. *Ellis A.* Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New York: Pergamon; 1988: 56—7.
12. *Meichenbaum D.* Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press; 1977.
13. *Miller W.R., Rollnick S.* Motivational interviewing. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.

Поступила 21.02.13

© О.И. САЛМИНА-ХВОСТОВА, Д.В. ЗЯБЛИЦЕВ, 2013

УДК 616.89-008.441.13-08:614.8

О.И. Салмина-Хвостова, Д.В. Зяблицев

ЗНАЧЕНИЕ МОТИВАЦИИ, СТАДИЙ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ, ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей" Минздрава России, 654005, г. Новокузнецк, Россия

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна (Salmina-Khvastova Olga Ivanovna). E-mail: Olga997006@rambler.ru

♦ Целью исследования является изучение мотивации, стадий готовности к формированию трезвого образа жизни, факторов повышения приверженности к лечению у пациентов с алкогольной зависимостью. Обследованы 50 мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет с установленным диагнозом "зависимость от алкоголя" (F10.2). На первом месте среди мотивов, побудивших обратиться к врачу с целью формирования трезвого образа жизни, оказались "проблемы на работе (угроза увольнения)" — 55% случаев. 31,8% обследованных находились на I стадии готовности к изменению поведения (предваряющая); всего стадий пять. Учет медико-психологических аспектов приверженности к лечению повышает его эффективность и улучшает качество жизни у пациентов с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: алкоголизм, мотивация, изменения, приверженность, лечение

O.I. Salmina-Khvastova, D.V. Zyablitsev

THE SIGNIFICANCE OF MOTIVATION, STAGES OF READINESS TO BEHAVIOR CHANGES, FACTORS OF COMPLIANCE TO TREATMENT OF ALCOHOL ADDICTION

The Novokuznetsk state institute of post-graduate training of physicians of Minzdrav of Russia, 654005 Novokuznetsk, Russia

♦ The study was carried out to analyze motivation, stages of readiness to behavior changes, factors of compliance to treatment of alcohol addiction. The sampling included 50 male and female patients aged from 35 to 65 years with established diagnosis "alcohol addiction" (F10.2). The study revealed that first place among the motives which stimulated patient to visit physician for the purpose of formation of life-style of temperance was for "the issues at workplace - threat of discharge" with 55%. Among examined patients, 31.8% were at the first stage of readiness for behavior changes. The results approved that among patients with alcohol addiction taking into account the medical psychological aspects of compliance to treatment increases effectiveness of therapy and improve the quality of life.

Key words: alcoholism, motivation, changes, compliance, treatment

Алкоголь наряду с кофеином и никотином относится к легальной триаде психоактивных веществ (ПАВ), употребление которых не преследуется в странах европейской культуры. Не менее 95% жителей России, Европы и США хотя бы иногда в тех или иных количествах употребляют спиртные напитки.

Алкоголизм является наиболее частой формой зависимости от ПАВ, требующей медицинской помощи и служащей причиной обращения к врачу [5].

Изменяя личность больного, алкоголь деструктивно влияет на социальные отношения, разрушая их. Алкоголизм сопряжен с тяжелыми экономическими и социальными последствиями. Поэтому проблема лечения больных алкоголизмом весьма актуальна.

В современных руководствах по лечению алкоголизма указывается на необходимость решения трех задач: 1) устранение нарушений в психической и соматической сферах; 2) подавление влечения к алкоголю; 3) формирование и поддержание установки на трезвый образ жизни [2]. Важными обстоятельствами, способствующими лечению, являются осознанное согласие на него больного, а также максимальная индивидуализация и комплексность

терапии — сочетание приема медикаментов с психотерапией и социальной реабилитацией [3].

Для успешного лечения от пациента требуются изменение образа жизни и неукоснительное следование терапевтическому режиму. Знание психологических особенностей, оказывающих выраженное влияние на поведение пациента, которое связано с заболеванием, дает возможность осуществить врачебный контроль для достижения и поддержания планируемого результата и привлечения самого больного к активному участию в процессе лечения.

Цель исследования — изучение мотивации, стадий готовности к формированию трезвого образа жизни, факторов повышения приверженности к лечению у пациентов с алкогольной зависимостью.

Обследованы 50 мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет с установленным диагнозом "зависимость от алкоголя" (F10.2). Критерием для постановки диагноза (F10.2) являлось наличие не менее трех критериев (по МКБ-10): сильная потребность или необходимость принять алкоголь, нарушение способности контролировать прием алкоголя, физиологическое состояние отмены алкоголя, признаки роста толерантности, прогрессирующее сниже-