

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ**

На правах рукописи

ЭПОВ ЛЕВ ЮРЬЕВИЧ

**ПРИМЕНЕНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

14.00.45 – наркология

**Диссертация на соискание учёной степени кандидата  
медицинских наук**

Научный руководитель:  
Кандидат медицинских наук Т.В. АГИБАЛОВА

**Москва-2004**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Введение	3-7
	Глава 1. Обзор литературы	8
1. 1	Мотивационная система больного алкогольной зависимостью в преморбиде и в динамике алкогольной зависимости.....	8-14
1. 2	Использование психотерапии в комплексном лечении пациентов с зависимостью от алкоголя.....	14-26
1. 3	Мотивационная психотерапия в комплексном лечении и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью.....	26-36
	Глава 2. Материал и методы исследования	37
2. 1	Общая характеристика обследованных пациентов.....	37-47
2. 2	Характеристика методов исследования.....	47-71
	Глава 3. Результаты собственных исследований	72
3. 1	Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью с преимущественно синтонными и неустойчивыми чертами характера.....	74-86
3. 2	Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью с преимущественно астеническими и психастеническими чертами характера.....	87-101
3. 3	Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью с преобладанием истерических и возбудимых черт характера.....	102-117
3. 4	Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью с преобладанием шизоидных и эпилептоидных черт характера.....	118-133
	Заключение.....	134-137
	Выводы.....	138-139
	Указатель литературы.....	140-165

## **ВВЕДЕНИЕ.**

### **Актуальность проблемы.**

Одним из важнейших принципов терапии алкогольной зависимости является комплексность. Она включает в себя медикаментозный, психотерапевтический и социальный компоненты (Иванец Н. Н., Игонин А.Л., 1976, 1979, 1983; Валентик Ю. В., 1983, 1984, 1985; Иванец Н. Н. 1995; Анохина И. П., 1995; Иванец Н. Н., Савченко Л.М., 1996; Иванец Н. Н. и др., 1998; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002). На практике специализированная помощь больному алкогольной зависимостью в стационаре часто ограничивается фармакотерапевтическим вмешательством (Анохина И. П., 1976, 1988; Валентик Ю. В., 1988, 1998, 2001; Иванец Н. Н., 2001). В настоящее время разработаны и совершенствуются терапевтические программы с использованием новых средств психофармакотерапии (Альтшулер В.Б., 1980, 1984, 1989). В тоже время эффективность изолированной лекарственной терапии достоверно ниже (Братусь Б. С., Сурнов К. Г., 1983; Валентик Ю. В., 1993, 1994, 1995), чем терапевтического воздействия, использующего медикаментозный и психотерапевтический подходы одновременно. Психотерапевтическое воздействие, так же как использование психофармакотерапии, является патогенетической терапией, влияющей на стержневое звено зависимости – патологическое влечение к алкоголю (Валентик Ю.В., 1984; Анохина И. П., 1995).

Однако психотерапия в наркологическом стационаре как компонент комплексного подхода чаще всего представлена лишь рациональной беседой и лекциями, тогда как мотивационная терапия используется редко (Валентик Ю.В., 1996). Целью мотивационной психотерапии при лечении пациентов с зависимостью от алкоголя являются формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема алкоголя.

Отдельные исследователи считают, что мотивационная работа является основой лечения и реабилитации людей употребляющих психоактивные вещества (Austi L., Trautman F., 2002).

Tausch R. (1970) предложил принципы мотивационной терапии больных с зависимостью от алкоголя, основанной на недирективных методиках, разработанных Rogers C. (1956).

Prochaska J.O. (1967), Ellis E. (1984), Miller W. R., Rollnick S. (1991), DiClemente C. C. (1992), напротив, в мотивационной работе с пациентами с зависимостью от алкоголя используют поведенческие техники.

По данным литературы, применение психотерапии у пациентов с алкогольной зависимостью становится все более дифференцированным и прицельным. С другой стороны, недостаточно информации о зависимости структуры, динамики и эффективности определенного типа психотерапии от особенностей личности больного. Это видно из особенностей исследований: либо изучается эффективность какого-либо одного типа психотерапии с учетом или без учета особенностей характера пациента, либо сравниваются два типа психотерапии без учета личностной структуры исследуемой выборки. Если первая особенность исследований эффективности психотерапии у больных с алкогольной зависимостью характерна для отечественных работ, то вторая для зарубежных (Casriel D., 1964; Hanson P.G., Sheldon R.B., 1967; Ermann M., 1974; Miller W.R., 1999; Аусти Л., 2002).

В литературе мало информации об особенностях динамики мотивации к отказу от алкоголя у пациентов с различными особенностями личности в процессе комплексной терапии. Учитывая тот факт, что мотивационная система является одной из характеристик личности (Леонтьев А.Н., 1982, 1983; Братусь Б.С., 1984; Завьялов В.Ю., 1993; Ильин Е.П., 1995, 1998, 2000), можно предположить, что личности

с различными особенностями характера будут отличаться друг от друга по таким факторам как мотивация к отказу от алкоголя и её динамика в процессе комплексной терапии, чувствительность пациентов к разным типам мотивационной психотерапии и эффективность комплексной терапии. Для проведения адекватной и эффективной мотивационной психотерапии важно изучить эти факторы и применить их на практике в каждом конкретном клиническом случае.

### **Цель исследования.**

Изучить структуру и динамику мотивации у пациентов с алкогольной зависимостью с различными характерологическими особенностями для создания эффективных дифференцированных программ мотивационной психотерапии.

### **Задачи исследования:**

1. Разработать диагностический инструмент оценки уровня мотивации у больных алкогольной зависимостью.
2. Определить особенности структуры и динамики мотивации в процессе мотивационной психотерапии в зависимости от характерологических особенностей больных алкоголизмом.
3. Разработать дифференцированные программы мотивационной психотерапии для пациентов с алкогольной зависимостью с различными характерологическими особенностями в условиях стационара.
4. Оценить эффективность разработанных мотивационных психотерапевтических подходов.

### **Научная новизна.**

Впервые проведен анализ структуры и динамики мотиваций в ходе дифференцированной мотивационной психотерапии у пациентов с

алкогольной зависимостью с различными характерологическими особенностями.

С помощью созданного оригинального мотивационного вопросника на базе модели «Колеса мотивационных изменений» (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1992) впервые оценивалась динамика уровня мотивации у больных алкогольной зависимостью как критерий эффективности мотивационной психотерапии.

Впервые разработаны основные принципы и этапы краткосрочной стационарной мотивационной психотерапии на основе поведенческой и клиент-центрированной психотерапии в зависимости от особенностей характера пациентов.

Впервые изучен краткосрочный и долгосрочный эффекты дифференцированной мотивационной психотерапии у пациентов с различными характерологическими особенностями.

### **Практическая значимость результатов исследования.**

Практическое применение в наркологическом стационаре разработанной краткосрочной стационарной мотивационной психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью с различными характерологическими особенностями будет способствовать повышению эффективности их лечения.

Использование мотивационного вопросника поможет оценить уровень мотивации у больных алкогольной зависимостью и эффективность проводимой мотивационной психотерапии.

Использование в клинической практике дифференцированных программ психотерапии дает возможность более целенаправленно создавать группы-мишени больных с алкогольной зависимостью (в зависимости от их чувствительности к поведенческой или клиентцентрированной терапии) с целью более эффективного

повышения мотивации к лечению. Это структурирует комплексную терапию больных с алкогольной зависимостью, дает широкие возможности в создании и поддержании терапевтической среды. Психотерапевтический процесс становится более последовательным, прозрачным и измеряемым объективными методами.

### **Структура и объем диссертации.**

Работа изложена на 165 страницах, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, указателя литературы. Диссертация включает в себя 11 таблиц, 9 рисунков и содержит клинические примеры. Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме.

Глава 2 содержит общую характеристику наблюдавшихся пациентов и методов исследования.

В главе 3 обсуждаются полученные результаты.

Материалы диссертации доложены на клинических конференциях Национального научного Центра наркологии Министерства здравоохранения и социального развития.

По материалам диссертации опубликовано 4 работы.

## Глава 1.

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

#### 1. 1 Мотивационная система больного алкогольной зависимостью в преморбиде и в динамике алкогольной зависимости

Личко А.Е., Битенский В.С. (1991) указывают на необходимость разграничения понятий: мотивации (как стимула к деятельности, определяемой потребностями) и мотивировки (субъективного объяснения своих поступков). Задачей мотивационной психотерапии при лечении больных с зависимостью от алкоголя является поэтапный перевод мотивировки отказа от алкоголя (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от алкоголя как полноценную потребность в трезвой жизни.

Целью мотивационной психотерапии при лечении пациентов с зависимостью от алкоголя являются формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема алкоголя.

В ранних работах исследователей большое внимание уделяется поиску специфических характеристик личности, которая в будущем окажется больной алкоголизмом.

В исследовательских работах чаще всего описываются такие личностные особенности, предшествующие алкоголизму, как пассивно – зависимые черты характера, созерцательность и неприспособленность (Hoff E., 1964; Koehler W., 1969; Helmchen H., 1972).

Blane H. T., Cafetz M. E (1971) говорят о неуверенности в себе, чувстве неполноценности.

Половая незрелость, нарушение половой идентификации и «негативный опыт детства» с последующей «неудачливостью» во взрослой жизни также считаются возможными особенностями



личностей, ставших впоследствии зависимыми от алкоголя (Mezel A., Levendel L., 1968; Chafetz M., Blane H., Hill M., 1970; McCord J., 1972).

Мучник М.М., Райзман Е.М. (2003) сообщают, что в большинстве случаев (более 30% от всего количества пограничных пациентов, и более 70% среди пострадавших от сексуальных травм) отцы страдали тяжелой формой алкоголизма.

Кроме того, Hoffmann H., Noem A. (1975) обращают внимание на преморбидную импульсивность и авторитарный конфликт, Loper R., Kammeier M., Hoffmann H. (1973) на импульсивность и конформность, Slancy G. (1960) на «невротический сверхконтроль эмоций», нарушение чувства будущего, Barnes G.E. (1979) низкую самооценку, бедный «Я-образ», несогласованность компонентов в структуре «идеального Я».

Barnes G.E. (1979) сгруппировал 18 личностных факторов-предикторов алкоголизма. Им был описан такой фактор второго порядка как слабость «Я», в состав которого входили следующие факторы: нарушение сексуальной идентификации, негативная самоконцепция, психопатические черты, враждебность, незрелость в целом, импульсивность, низкая толерантность к фрустрациям, преимущественная ориентация на настоящее время.

Конституционально-биологические факторы больных алкоголизмом играют важную роль в формировании различных клинических вариантов алкогольной зависимости (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1981; Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1981; Иванец Н.Н., 1987, 1995).

Характерологические особенности больных имеют значение в формировании индивидуальных психологических мотивов употребления алкоголя и поэтому должны учитываться при выработке стратегий как фармакотерапевтической (Небаракова Т.П., 1977; Павлов И.С., 1978), так и психотерапевтической коррекции (Ураков И.Г.,

Куликов В.В., 1971; Подорога В.Я., 1988; Судаков К.В., 1990; Даренский И.Д., 1997;)

В медицинской практике эти вопросы имеют исключительное значение, так как знание иерархии деятельностей и мотивов личности – это знание «ядра личности» больного (Леонтьев А. Н., 1983). Изменение иерархии мотивов, организовавших психологический срыв является обязательным компонентом мотивационной терапии, главная цель которой – создание психологической устойчивости больного (там же).

По мнению Weitbreht H. J. (1967) и Battegay R. (1971) основной движущий мотив аддиктивного поведения – неподдающаяся контролю потребность «изменить свое психическое состояние». Схемы реализации этой потребности «определяют все содержание психической жизни, личностных императивов» (Чирко В.В., Демина М.В. 2002). По убывающему порядку значимости Чирко В.В. (1997, 2001) располагает их следующим образом: замещение самоубийства; оппозиция к обществу и ненависть к себе; бегство в призрачный мир фантазий; ненасытность, необузданность желаний; желаемое усиление активности; невозможность достижения спонтанных дружеских отношений и удовольствий; дефицит истинных отношений и замкнутость; желание видеть реальный мир таким, как хочется; претенциозность; душевная пустота.

По мнению Чирко В.В., Деминой М.В. (2002) в одних случаях «изменить свое состояние означает: избавиться от усталости, скуки, душевной пустоты, болей, ощущения внутренней скованности, недовольства собой, поднять настроение и работоспособность...». В других случаях это «...стремление в опьянении пережить такой внутренний подъём, ощутить такую силу и могущество, какого в повседневной жизни никогда не переживают». Третьи ищут в «...тупой

оглушенности, апатическом оцепенении или глубоком сне как «суррогате смерти» забвения себя, своих забот и безысходности».

В подобной классификации мотивов опьянения на самом деле обнаруживается много точек соприкосновения с психодинамической позицией. Miller W.R., Sovereign R.G. (1989) описывают следующие психоаналитические гипотезы развития алкоголизма: защита от депрессии, которая порождена неудовлетворенностью оральной зависимостью; защита от латентного гомосексуализма; защита от внутренней бессознательной тревоги; самодеструктивное поведение, связанное с неразрешенным враждебно-зависимым отношением к матери.

Ильин Е.П. (2000) считает, что у взрослых поводом для употребления алкоголя может быть стремление разрешить конфликт, устранить напряженность между желаемой целью и средствами ее достижения. Одна из функций алкоголя может заключаться в том, чтобы временно «вызволить» человека из напряженности повседневного существования с его кажущимися или действительно неразрешимыми конфликтами.

Завьялов В.Ю. (1988, 1993) разделил все мотивы потребления алкоголя на три группы. В первую группу социально-психологических мотивов приема алкоголя входят культурально - распространенные мотивы, субмиссивные (отражающие подчинение давлению других людей), псевдокультурный тип мотивов. Вторая триада по Завьялову Ю.В. состоит из группы личностных мотивов: гедонистические, атарактические, мотивы гиперактивации поведения и насыщение стимулами при относительной «сенсорной депривации» с помощью выпивки, отражающее стремление выйти из состояния скуки, психологической пустоты. В третью триаду по Завьялову Ю.В. входят

собственно патологические мотивы: «похмельные», аддиктивные, как эквивалент патологического влечения к алкоголю, самоповреждение.

При алкоголизме алкоголь становится самостоятельным мотивом поведения и начинает побуждать самостоятельную деятельность, то есть происходит «сдвиг мотива на цель» (Леонтьев А.Н., 1983). Мотив изменения сознания с помощью алкоголя становится мотивом личностного смысла и входит в «ядро личности» больного (Меньшикова Е.С., 1980; Братусь Б.С., Лишин О.В., 1982; Махова Т.А., 1986). Таким образом, изменение в содержании потребностей (доминирование потребности в алкоголе) означают собой и изменения строения личности больного алкоголизмом (Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984).

У больных алкоголизмом, кроме содержания потребностей и мотивов меняется и их структура. Значимость потребности в алкоголе повышается, причем эта потребность не просто «надстраивается» над прежней иерархией потребностей и мотивов, но и преобразует эту иерархию, самые мотивы и потребности личности (Братусь Б. С., 1974; Братусь Б. С., Лишин О.В., 1982; Братусь Б. С. и др., 1988). Потребность в алкоголе, с одной стороны, как бы «придавливает» их, вытесняя все, что требует сложноорганизованной деятельности, оставляя лишь несложные и примитивные потребности (Сурнов К.Г., 1982). С другой стороны, она придает даже неалкогольным видам деятельности способы реализации и установки, выработанные в деятельности по удовлетворению потребности в опьянении (там же).

В исследовании Толстых Н.Н. и Кулакова С.А. (1989) показано, что ранний алкоголизм приводит к изменению мотивационной сферы юношей 15-17 лет. У них сужается временная перспектива. Распределение объектов удовлетворения потребностей происходит у них в «ближайшем будущем» (сегодня, в течение недели, месяца) и в «актуальном периоде», не превышающем 1-2 лет. Эти же исследователи

показали, что у юношей с аддиктивными наклонностями снижена потребность в общении, но повышен мотив личной автономии, с собственной личностью, с «Я».

Деятельность больного алкоголизмом теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезает прежняя иерархия мотивов, потребность в алкоголе переходит во влечение, которое становится доминирующим в жизни больного (Зейгарник Б.В., Божович Л.И., Леонтьев А.Н., 1984).

Именно такой доминирующий характер влечения позволяет соотносить патологическое влечение к алкоголю с обсессивными и компульсивными расстройствами (Пятницкая И.Н., 1981, 1988).

Альтшулером Б.В. (1986, 1994) патологическое влечение к алкоголю трактуется как психопатологическое формирование, близкое к паранойяльному бреду и существующее по закону доминанты Ухтомского А.А. (1951). Тогда вышеописанные изменения иерархии мотивов, ее дезинтеграция, упрощение с формированием одного единственного мотива, который поглощает остальные четко укладываются в схему развития доминанты. Доминанта способна «притягивать» к себе возбуждение, адресованное другим мозговым центрам, тормозя при этом всякую другую активность.

Чирко В.В. (2002) указывает на следующие особенности патологического влечения к алкоголю: глубокая личностная опосредованность, тесное слияние с личностью. Больные видят в нем выражение собственной сущности и в борьбе за его реализацию они ведут борьбу за собственную личность. Это позволило предположить близость патологического влечения к алкоголю к бредовым или сверхценным образованиям (Чирко В.В., 1979, 1982, 2001; Брагин Р.Б., Чайка Ю.В., 1985; Дёмина М.В., 1999).

## **1. 2. Использование психотерапии при комплексном лечении пациентов с зависимостью от алкоголя.**

Психотерапия является важным компонентом комплексного лечения пациентов с алкогольной зависимостью (Анучин В.В. и др., 1988; Валентик Ю.В., 1989; Валентик Ю.В., Даренский И.Д., 1990; Даренский И.Д. 1994, 1995).

Важность первого интервью (первичного собеседования, «знакомства») подчеркивается многими исследователями. По мнению Tausch R. (1970) главными задачами первого интервью являются диагностика заболевания и мотивирование пациента к терапии.

Lange D. (1972), исследуя гипнотическое воздействие на зависимых от алкоголя пациентов, обнаружил, что внешний гипноз более эффективен у пациентов с начальной стадией алкогольной зависимости, тогда как пациенты со средней стадией болезни наиболее чувствительны к аутогипнозу.

В отечественной практике для лечения алкоголизма применяются методы гипно-суггестивной психотерапии, разработанной Бехтеревым В.М. (Рожнов В.Е., 1974, 1975, 1996).

Энтин Г.М. (1994, 1995) предложил другой вариант гипноза для терапии больных алкоголизмом. Суть этого метода состоит в замене внушения ощущений, приводящих к отвращению к алкоголю, императивными формулами, фиксирующими в сознании пациента стойкие опасения за здоровье в случае употребления алкоголя (Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., 1991).

В отечественной практике лечения алкоголизма также используются такие разновидности гипносуггестивной психотерапии как «кодирование» (Довженко А.Р., 1987), электротранквилизация с помощью аппарата «Лэнар» (Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И., 1991, 1992; Даренский И.Д., 1994, 1995, 1997; Иванец Н.Н., Даренский И.Д.,

Стрелец Н.В., Уткин С.И., 1997). При этом важным условием эффективности гипноза считается определенный уровень внушаемости. Бурно М.Е. (1969, 1981) отмечает, что наиболее внушаемыми являются истерики, неустойчивые психопаты, циклоиды, эпилептоиды, неврастеники, фобические невротики. Косвенным признаком внушаемости называются высокая чувствительность к седативным психотропным средствам и электротранквилизации (Даренский И.Д., 1997).

Активно изучается психоаналитическая психотерапия при алкоголизме. Мишенями психоанализа и психоаналитической терапии при алкоголизме являются оральная характеристика, слабое «Я», стремление к зависимости и пассивности, низкий уровень переносимости стрессовых ситуаций (Blum E.M., 1966).

Отдельные психоаналитические исследователи считают, что алкоголизм есть ни что иное как «общественный невроз» (Bräutigam W., 1959). Другие психоаналитически ориентированные психотерапевты заявляют, что «алкоголизм – симптом невроза» (Fox R., 1967).

Психотерапевтическое лечение психоаналитическим методом осложняется контрпереносом: инфантильно-зависимый алкоголик провоцирует у терапевта мощную защиту (Wieser S., 1972). По мнению Blum E.M. (1966), подобные обстоятельства значительно снижают показания к индивидуальному психоанализу у больных алкоголизмом.

Белокрыловым И.В. (2001) на базе психотерапевтического отделения наркологического стационара разработан метод краткосрочной групповой психодинамической психотерапии больных алкоголизмом. Автор отмечает, что подобный метод в течение ограниченного срока стационарного лечения позволяет мотивировать больных на длительную работу и максимально редуцировать

симптоматику зависимости у пациентов, не мотивированных на последующую реабилитацию.

Одной из важных форм психотерапии при алкоголизме остается семейная психотерапия (Satir V.M., 1970), главная цель которой восстановить семейные отношения, нарушенные в процессе длительного употребления алкоголя пробандом.

Различают три классические формы семейной психотерапии при алкоголизме (Wilchfort D., 1978).

Это, во-первых, коммуникационный тренинг, при котором в процессе общения психотерапевта и семейной пары происходит анализ коммуникаций и осознание и переработка патологических коммуникаций (Вацлавик П., Бивин Д.Б., Джексон Д., 2000; Москаленко В.Д., 2002).

Второй вариант семейной психотерапии представлен поведенческой семейной психотерапией (Mandel A., Mandel K.H., Stadter E., 1971), во время которой партнеры обучаются позитивному партнерскому поведению (свободному выражению чувств, обсуждению актуальных потребностей).

Третий вариант семейной психотерапии представлен глубинным анализом конфликтов детства, которые являются причиной возникших семейных проблем (Zimmer D., 1971).

Семейная психотерапия при алкоголизме возможна при соответствующей подготовке терапевта и готовностью пациента к взаимодействию (Satir V.M., 1970, P.138).

Первые исследования эффективности семейной психотерапии при алкоголизме (Gallant D.M., 1970) показали до 50% успешных случаев (неконтролируемое исследование).

O'Farrell T.J. (1992, 1995) считает, что для эффективной семейной психотерапии необходимы достаточная мотивация, образованность,



наличие работы, пожилой возраст, совместное проживание, тяжелые соматические осложнения алкогольной зависимости, отсутствие алкоголизма родственника, отсутствие жестокого обращения в семье.

Поведенческая психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью впервые стала использоваться Bloeschl L. (1952). Основой поведенческой терапии является поведенческий анализ – выяснение где, когда, в какое время, с кем, при каких обстоятельствах усиливается патологическое влечение к алкоголю (Ermann M., 1974). Сторонники этого направления в психотерапии считают, что через контроль обстоятельств, провоцирующих усиление ПВА можно контролировать само ПВА.

Поведенческая семейная психотерапия, по мнению Miller W.R. (1999) является единственным вариантом поведенческой психотерапии с точно доказанной эффективностью.

Аверсивная психотерапия является разновидностью поведенческой психотерапии и активно используется при лечении пациентов с алкогольной зависимостью (Kendell R.D., Staton M.C., 1966). Основным принцип аверсивной психотерапии состоит во временном соединении стимула «желание выпить» (обострение патологического влечения к алкоголю) с каким-либо неприятным стимулом (электрошок, визуализация, просмотр видеоряда и т.д.).

Аверсивная психотерапия посредством электрического шока по данным отдельных публикаций имеет хорошие кратковременные результаты (Vogler R.E., Lunde S.E., Jonson G.R., Martin P.L., 1971). В то же время долговременные результаты весьма сомнительны. В одном исследовании (Cohen M., 1971) пятнадцать пациентов из сорока в течение шести месяцев воздерживались от употребления алкоголя после аверсивной терапии, тогда как в контрольной группе лишь 7%.

В другом исследовании (Vogler R.E., Lunde S.E., Jonson G.R., Martin P.L., 1971) по данным восьмимесячного катамнеза рецидивы в группе пациентов, перенесших аверсивную терапию, наблюдались в 30-50% случаев, а в контрольной группе в 50-60%.

Изучение 12 месячного катамнеза у той же выборке также показало лучшие результаты у исследуемой группы в сравнении с контрольной (Vogler R.E., Lunde S.E., Martin P.L., 1970).

Вариантом аверсивной терапии является аффективная контр-атрибуция у больных алкоголизмом (Крупницкий Е.М., Гриненко А.Я., 1996), при которой используются негативные переживания, возникающие в эректильную фазу наркоза.

Другой разновидностью когнитивно-поведенческой психотерапии при алкоголизме является «жетонная система» (“marking-system”, “operant-conditioning”), разработанная Narrol G.H. (1970) Основной принцип этой терапии заключается в поддержании, поощрении положительного поведения у пациентов с алкогольной зависимостью (поддержании трезвого образа жизни) (McBrearty V., Dichter M., Garfield Z., 1968; Kemper J.C., 1972). Считается, что подобное психотерапевтическое воздействие может существенно повысить мотивацию к лечению пациентов с алкогольной зависимостью (Miller W.R., Sovereign R.G, 1989). Подобная экспериментальная система мотивированной терапии и реабилитации больных алкоголизмом «Путь к здоровью» была разработана в НИИ наркологии Валентиком Ю.В. (1996).

Вариантом когнитивно-поведенческой психотерапии при алкоголизме является тренинг социальных навыков (Аусти Л., 2002). Тренинг представляет собой программу обучения навыкам, которые необходимы для создания сети социальных контактов, помогающих

пациенту адаптироваться в окружающей среде при полном воздержании от алкоголя.

Тренинг социальных контактов не только улучшает межличностные отношения пациента, но и приводит к значительному уменьшению клинических симптомов и сводит к минимуму вероятность рецидива заболевания (Иванец Н.Н., Валентик Ю.В., 1986, 1987; Liebermann S.D., Eckman H.J., 1989; Hogarty G.E. et al., 1986). Пациенты, которые участвовали в обучении социальным навыкам, показали улучшение социального функционирования, тогда как у пациентов контрольной группы этого не отмечалось. Знания и умения, полученные во время обучения, сохранялись практически без изменений в течение последующего года (Wirshing W.C. et al., 1992). Образовательные программы являются более эффективными и дешевыми и дают более выраженный результат у пациентов с низким преморбидным социальным функционированием (Rung B.R. et al., 1994).

Валентиком Ю.В. и Даренским И.Д. (1990, 1992) была разработана динамическая система поэтапного психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом, основанная на принципах поведенческой психотерапии. Лечебный процесс с использованием этого метода происходит в особой психотерапевтической среде, под которой авторами подразумевается оптимальный психологический климат наркологического отделения (там же). В дополнении к этому поведенческому методу воздействия была разработана методика когнитивной психотерапии алкоголизма, направленная на коррекцию аддиктивных представлений больного (Даренский И.Д., 1996). Основу этого метода составляет интенсивное изучение алкогольных и трезвеннических представлений больных с помощью выяснения субъективного значения состояний трезвости и опьянения.

В комплексном лечении алкоголизма эффективно используется когнитивная психотерапия, основанная на теории Ellis А. (1962, 1974) о патологических мыслях, которые активизируются в периоды обострения ПВА и приводят к рецидиву заболевания. В работе с пациентами с алкогольной зависимостью используется программа когнитивного анализа мыслительной деятельности пациента (Glantz M., 1980; McCourt W., 1981). По данным этих и ряда других авторов (Brenner H. et al., 1980), больные, прошедшие эту терапию, демонстрировали лучший когнитивный статус, более высокий уровень социальной адаптации, более низкий уровень последующего рецидивирования. Peter K., Najek O. (1989) обнаружили у таких пациентов способность к использованию полученных навыков переработки информации за пределами ситуаций научения.

Во многих исследованиях подчеркивается необходимость сочетания когнитивно - поведенческой психотерапии с другими видами психотерапии и фармакотерапией (Hogarty G.E et al., 1986; Breslin N.A., 1992). Подобное сочетание позволяет минимизировать такие недостатки данного варианта психотерапевтического воздействия как патернализм со стороны врача, манипулятивность и поверхностность метода (Matussek, 1976; Lazarus A., Fay A., 1984).

Cartwright D., Zander A. (1968) указывают на такую опасность поведенческого воздействия в группе как превращение динамической группы в дидактическую.

Кроме того, есть мнение, что поведенческая психотерапия обладает недостаточными возможностями мотивирования больных к лечению и коррекции личностных структур, блокирующих эту мотивацию (Вид В.Д., 1993).

По наблюдению многих исследователей, пациенты с алкогольной зависимостью, как правило, хорошо реагируют на групповую

психотерапию (Battegay R., 1969; Бокий И.В. и др., 1977; Бажин А.А., 1993). Её основными целями являются – создание мотивации к лечению, уменьшение уровня анозогнозии, формирование навыков адекватного взаимоотношения с окружением (Fox R., 1966; Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1982).

Другие исследователи находят в групповой терапии, как преимущества, так и недостатки в сравнении с индивидуальной. Преимущества – возможность значительно большего охвата больных при меньших затратах для этого времени врача, положительную взаимную «индукцию» больных, преодоление влияния «отрицательных» лидеров в условиях стационара (Бурно М.Е., 1981, 1982). Недостатки – невозможность строго индивидуального воздействия, пассивность части больных (Короленко Ц.П., 1987; Busch H., 1988).

Всеми авторами подчеркивается необходимость создания «терапевтического сообщества» («тотальной терапевтической атмосферы», Fox R., 1967). Принцип «терапевтического сообщества» был разработан и введен в практику лечения больных с алкогольной зависимостью в конце сороковых годов (Jones K.L., 1935). Этот принцип базируется на поддержании паритетно – демократических отношений, когда пациенты наделены такими же правами, как и медперсонал. Актуальность этого принципа для зависимых пациентов выводилась автором метода из склонности этих больных к пассивности в отношениях с окружающими людьми.

Отдельные исследователи (Dominicus R.D., 1974) предупреждают об опасностях преждевременного использования паритетного паттерна отношений между пациентом и психотерапевтом. Dominicus R.D., Hochinke C., Zentara R. (1973) указывают в таких случаях на усиление страха, тревоги и противодействия, которые могут быть постепенно уменьшены в ходе дополнительных психотерапевтических воздействий.

По данным отечественных авторов, устойчивые психотерапевтические сообщества в групповой психотерапии больных с алкоголизмом обеспечивают наиболее длительные терапевтические ремиссии (Бурно М.Е., 1982; Гузиков Б.М., 1982; Гузиков Б.М. и др., 1986; Гузиков Б.М., Ерышев О.В., 1989; Энтин Г.М. и др., 1991).

Считается, что во время длительного пребывания больных с алкогольной зависимостью в таких сообществах быстрее формируются и окончательно утверждаются трезвеннические установки, изменяется образ жизни и самосознание больных (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1986).

Гузиков Б.М., Мейроян А.А., (1987) по срокам формирования терапевтических сообществ различают краткосрочную стационарную групповую терапию (30 дней), среднесрочную в стационарных и амбулаторных условиях (от 2 месяцев до 2 лет), долгосрочную амбулаторную групповую психотерапию (от 2 до 10 лет).

Лукомский И.И. (1962, 1968; Лукомский И.И., Энтин Г.М., 1973) рекомендует использовать в групповой психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью педагогические принципы Макаренко А.С. – самоуправление, ответственность каждого члена коллектива и ответственность коллектива за каждого его члена.

Имеются данные о применении особых форм групповой психотерапии при алкоголизме – «тематической» психотерапии взаимоотношений (*themenzentrierte und interaktionelle Psychotherapie bei Alkoholismus*), марафонная групповая психотерапия, психотерапия по Casriel D. (*Daytop-Prinzip-Therapy*).

«Тематическая» групповая психотерапия взаимоотношений у больных алкоголизмом разработана Kohn R.C. (1973), и основана на обсуждении и анализе различных специфических тем для данного заболевания. Основные темы – это «наказывающая мать»,

беспомощность, неспособность выражения чувств и т. д. (Sands P.M., Hanson P.G., Sheldon R.B., 1967).

Отдельные авторы сообщают о применении марафон-терапии (психотерапии, продолжающейся непрерывно в течение 36 и более часов) у пациентов с алкогольной зависимостью (Dichter M., Driscoll G.Z., Ottenberg D.J., Rosen A., 1971). По их наблюдениям, применение такой психотерапии ограничено необходимостью в специальной подготовке психотерапевта, как минимум нормальным уровнем интеллекта пациента, его способностью к самонаблюдению.

Терапия по Casriel D. (1964) впервые была использована у пациентов с алкоголизмом в 1963 году. Основная цель этой терапии – через интенсивное выражение «базисных» чувств (боль, страх, ярость и любовь) в различных межличностных отношениях изменить одно личностное состояние на другое (Daytop-Principe-Therapy). Комбинация терапии по Casriel D. с марафонной терапией, по наблюдениям авторов (там же), значительно сокращает продолжительность психотерапии у больных алкоголизмом.

Энтин Г.М. (1979, 1990) предложил методику активирующей групповой терапии в работе с пациентами с алкогольной зависимостью в стационарных и амбулаторных условиях.

Агибалова Т.В. (2000, 2001) выявила особенности психотерапии больных алкоголизмом в зависимости от типов черт характера в соответствии с концепцией о личностных адаптациях Транзакционного направления.

Гузиков Б.М. и Мейроян А.А. (1988) предлагают дифференцированный психотерапевтический подход в зависимости от характерологических особенностей пациента. В отношении пациентов с пассивно-зависимыми и астеническими чертами характера они рекомендуют использовать прямое внушение, императивное,

эмоционально насыщенное, аргументированное воздействие. В психотерапии более организованных пациентов («просвещенные пациенты») рекомендуется косвенное внушение, общение в форме диалога, дискуссии, смена ролей. У пациентов с чертами претенциозности, завышенной самооценкой и низкой критикой в отношении болезни используется конфронтационный стиль взаимоотношений. Тактика «паузы» результативна в отношении импульсивных, эксплозивных и гипертимных больных (Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., 1986); Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1987, 1988)

Bräutigam W., 1959 обнаружил специфическую функцию групповой психотерапии у пациентов с алкоголизмом – уменьшение потребности переносить ответственность за свои поступки на окружение (феномен «это может случиться с кем угодно, только не со мной», “Ich nicht – Die auch”).

Fox R. (1967) описывает три фазы аналитической групповой терапии у пациентов с алкоголизмом.

- 1) Вводная фаза представлена указаниями и информацией.
- 2) В основной фазе активно анализируются защитные механизмы, и происходит отреагирование неотреагированных чувств.
- 3) В последней фазе, фазе окончания, пациенты обучаются поддерживать длительное воздержание от алкоголя.

Rieth E. (1971) различает в групповой психотерапии 4 стадии:

- 1) Инициальная стадия – обозначение целей и задач терапии.
- 2) Во второй стадии психотерапевт пассивен, старается больше молчать; все основное внимание направлено на реплики пациентов.



- 3) В третьей стадии пациенты обучаются вербализации собственных чувств, и происходит разделение группы на пассивных наблюдателей и активных участников.
- 4) Во время последней, четвертой, стадии происходит анализ высказанных мыслей.

Братусь Б. С., Сурнов К. Г.(1978) выделяют при психотерапии четыре этапа: мотивационный, ориентировочный, установочный, деятельностный. Цель мотивационного этапа - создание у больных высокой личностной, эмоциональной заинтересованности в психотерапии. Речь идет о мотивации к психотерапии, то есть о мотивации к поддержанию психотерапевтического союза, или альянса. Цель ориентировочного этапа – введение многочисленных мотивов трезвеннической жизни, чтобы опредметить существующее потребностное состояние. В установочном этапе на основе достижений второго этапа происходит формирование лично приемлемых для данного пациента мотивов трезвеннической жизни. На этапе деятельности выполняется разработка для каждого пациента развернутых планов организации будущей трезвой жизни.

Brinc A.D. (1996) выделяет следующие этапы мотивационной психотерапии у пациентов с алкогольной зависимостью.

- 1) Помочь осознать болезнь и сформировать мотивацию к лечению.
- 2) Вмешательства, направленные исключительно или в первую очередь на уменьшение или полное прекращение потребления алкоголя.
- 3) Формы комплексной терапии, направленные на то, чтобы наряду с изменением привычки к потреблению алкоголя достичь перемен в других сферах жизни.

Агибалова Т.В. (2001) в своей работе с больными алкоголизмом отмечает наличие следующих четырех этапов:

- 1) Установление контакта.
- 2) Определение мишеней психотерапии и выявление стратегий личностного ухода от позитивных изменений.
- 3) Подбор психотерапевтических методов в зависимости от личностных особенностей пациента и мишеней психотерапии.
- 4) Проведение поддерживающей психотерапии в ремиссии.

Валентик Ю.В. (1994) выделяет в процессе континуальной психотерапии больных алкоголизмом следующие фазы.

Первая фаза инициального контакта, диагностики и присоединения включает обязательную процедуру выработки целей работы группы.

Вторая фаза, фаза конфронтации представляет собой «противопоставление алкогольного и неалкогольного «Я»».

В третьей фазе, которую автор называет рабочей, происходит «отход актуального «Я» от алкогольного».

В четвертой, завершающей фазе «вскрываются и высвобождаются процессы, составляющие нормативную субличность больного».

Групповая психотерапия подходит не для всех пациентов с алкогольной зависимостью. Выделяется две группы пациентов, которые не могут участвовать в групповой психотерапии (Curlee J., 1970). Первая группа – это пациенты с выраженной депрессией и «слабым Я». Вторая группа - пациенты с низкой самооценкой и выраженной потребностью быть в центре внимания, использующие группу как сцену в театре. Обе эти группы, по мнению исследователя, нуждаются в индивидуальной психотерапии, причем у женщин этих групп пациентов эффективность даже индивидуальной психотерапии сомнительна. Автор считает (там же), что групповая психотерапия при алкоголизме подходит больше для мужчин, чем для женщин.

Долговременное сравнительное исследование (Ends E.J., Page S.W., 1957) показало, что недирективная групповая психотерапия у пациентов с хроническим алкоголизмом наиболее эффективна, в то время как эффективность поведенческой групповой психотерапии оказалась ниже, чем даже в контрольной группе (без психотерапии).

### **1.3 Мотивационная психотерапия в комплексном лечении и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью.**

Под «мотивом» в нашем исследовании понимается мотив как предмет удовлетворения потребности (Леонтьев А.Н., 1992). Мотив (там же) дан человеку изначально готовым, его невозможно сформировать, но он может актуализироваться и запускать процесс «мотивации» в результате внешних (психогенных) и внутренних (психическая болезнь) процессов.

Под мотивацией мы понимаем средство или механизм реализации имеющихся мотивов. Иначе можно сказать, что «мотивация» - это динамический процесс развития и формирования мотива (Ильин Е.П., 2000, С. 67 - 69). Первичная мотивация проявляется в форме потребности, влечения (Леонтьев А.Н., 1992). Применительно к алкогольной зависимости этот термин («первичная патологическая мотивация употребления алкоголя») является частью понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю».

Следует уточнить такие понятия как мотивация употребления алкоголя и мотивация отказа от алкоголя. Мотивация употребления алкоголя может быть психологической (психологически выводимой из ситуации и понятной по Jaspers К.) и патологической (Ильин И.П., 2000). В нашем исследовании изучалась именно патологическая мотивация употребления алкоголя, которая, по нашему предположению, является частью синдрома патологического влечения к алкоголю, особенно частью его идеаторного и поведенческого компонентов.

Мотивация отказа от алкоголя не связана с синдромом патологического влечения к алкоголю, а отражает, скорее всего, отношение личности к своей болезни (в нашем случае к алкоголизму).

Есть психологические и психопатологические факторы (аффективные расстройства, расстройства личности), которые участвуют в конкретном мотивационном процессе и обуславливают принятие человеком решения. Эти факторы называются «мотиваторами» и являются аргументами принятого решения. При действии подобных «мотиваторов» (плохое настроение, ссора с близким родственником) врождённый мотив изменения сознания с помощью алкоголя актуализируется, развивается поисковая деятельность, этот мотив опредмечивается в «алкогольном напитке» и сама мотивация становится вторичной, то есть определяется конкретным мотивом – алкоголем (Леонтьев А.Н., 1992). В клинко-психопатологическом аспекте здесь можно говорить о развитии вторичного патологического влечения к алкоголю.

Психологические мотиваторы («мотивировки» по Личко А.Е., 1991) выделяются в следующие группы (Ильин Е.П., 2000, С. 85 – 87): нравственный контроль (наличие нравственных принципов), предпочтения (интересы, склонности), внешняя ситуация, собственные возможности (знания, умения, качества), собственное состояние в данный момент, условия достижения цели (затраты усилий и времени), последствия своего действия, поступка.

Задачей мотивационной психотерапии при лечении больных с зависимостью от алкоголя является поэтапный перевод мотивировки (мотиватора) отказа от алкоголя (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от алкоголя как полноценную потребность в трезвой жизни (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1982; Бажин Е.Ф.,

Голынкина Е.А., 1986; Валентик Ю.В., Курышев В.Н., 1992). Уточним сразу, что речь идет об усилении уже имеющегося мотива отказа от алкоголя. Тогда средством мотивационной психотерапии будет воздействие на мотиваторы. В отдельные моменты сама психотерапия будет исполнять роль мотиватора.

Уровень эффективности мотивационной психотерапии можно оценить по наличию резистентного поведения со стороны пациента. Керими Н.Б. и др. (1996) различают четыре категории резистентного поведения пациента:

- 1) Спор (вызов, недоверие, враждебность).
- 2) Прерывание (переговаривание, обрывание разговора).
- 3) Отрицание (обвинение, несогласие, оправдание, декларация отсутствия опасности, преуменьшение, пессимизм, нежелание меняться).
- 4) Игнорирование (невнимание, неправильные ответы, отсутствие ответа, переход на другие темы).

Основой современной мотивационной терапии служит модель «поэтапных изменений», которая была разработана как общая теория поведенческих изменений в психотерапии пациентов с зависимостью от психоактивных веществ в начале 80-х годов DiClemente С.С., Prochaska J.O. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. Эта модель согласуется с теорией Ильина И.П. (2001), что психотерапевт не может создавать мотив, но имеет все возможности для влияния на процесс формирования мотива извне.

Основой мотивационной терапии является мотивационная беседа, структура которой разработана Miller W.R., Gribskov С.J., Mortell R.L. (1992). Авторами указывается, что эта беседа может использоваться в

сочетании с любым терапевтическим подходом. Проведение мотивирующих бесед в узком смысле не является лечением, но повышает готовность к медикаментозной терапии и психотерапии. Мотивирующие беседы разработаны специально для того, чтобы помочь пациентам, принять положительное решение об участии в терапии (Бринк Ван ден В., 1999). Мотивирующие беседы (Miller W.R., Taylor S.A., West J.C., 1980) базируются на безоговорочном принятии и конструктивной самоконфронтации. Безоговорочное принятие – это позитивное отношение к пациенту, предоставление вселяющей надежду поддержки, признание и уважение его выбора.

Конструктивная самоконфронтация, базируется на директивности в начальных фазах беседы. Директивность здесь заключается в том, что терапевт сам выборочно задает вопросы, делает обзор и резюмирует, направляя пациента или предоставляя ему информацию, выделяет в первую очередь те моменты из беседы, которые являются самомотивирующими для изменения установок в отношении потребления алкоголя. Главные требования к конструктивной самоконфронтации – задавать открытые вопросы, слушать, размышлять и систематизировать, давая краткую характеристику (Miller W.R., Rollnick S., 1991).

Аусти Л. (2002) различает в мотивационной работе с зависимыми пациентами четыре варианта взаимодействия между пациентом и врачом: конфронтационный, директивный, недирективный и истинно мотивационный. Проводя различия между этими техниками, исследовательница считает, что эффективнее работает истинно мотивационное взаимодействие и описывает его следующими характеристиками: понимание через рефлексивное слушание, выражение принятия и утвердительных высказываний, выяснение и избирательное подкрепление самостоятельных мотивационных

утверждений пациента, подтверждение свободы выбора и самостоятельности пациента. Анализируя мотивационный потенциал конфронтационного, директивного и недирективного подходов, она находит в каждом из них демотивирующие характеристики. Эти характеристики приведены автором в следующем списке:

- 1) Терапевт вступает в спор с пациентом о наличии проблемы.
- 2) Предлагается директивный совет или решение без согласия пациента.
- 3) Отсутствие попытки со стороны терапевта стимулировать пациента, чтобы он сделал свой выбор самостоятельно.
- 4) Терапевт выступает с позиции авторитета, оставляя пациента в пассивной роли.
- 5) Врач говорит большую часть времени.
- 6) Используется диагностический ярлык.
- 7) Используется принудительный или карательный стиль поведения.

По мнению Miller W.R., Sovereign R.G. (1989) изменения мотивации не линейны, а цикличны. Они выделяют шесть стадий изменений: стадия предварительных размышлений, стадия размышления, стадия принятия решений, стадия действий, стадия поддержки и стадия рецидива. Стадия предварительных размышлений характеризуется злоупотреблением алкоголя без осознания, возникающих в связи с этим злоупотреблением проблем. Во время стадии размышлений принимается твердое решение об изменении алкогольного поведения и происходит оценка всевозможных планов таких изменений. Когда человек вовлекается в определенные формы активности (лечение, психотерапия, отказ от употребления алкоголя, уменьшение потребления алкоголя и т. д.), то речь идет о стадии действий. Стадия поддержки считается наиболее важной, так как здесь

пациент нуждается не только в поддержке со стороны обслуживающего персонала, но и со стороны значимых лиц ( Miller W.R., Taylor C.A., West J.C., 1980; Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1982). Исследователи (там же) считают, что обычно пациент совершает несколько циклов, прежде чем утвердится на стадии поддержки.

Этот вывод, тем не менее, не согласуется с исследованиями Юрченко Л.Н. (1999), в которых было обнаружено, при наличии опыта предшествующего лечения пациенты достоверно чаще обнаруживались в группе неудачного лечения. При этом был определен фактор зависимости эффективности предшествующего лечения, который проявился в том, что «при неудачном опыте предшествующего лечения (ремиссия менее 1 года)» пациенты достоверно чаще попадали в группу неудачного лечения. С другой стороны фактор «удачный опыт лечения не показал никакой достоверной корреляции. Такие противоречивые сведения и мнения подчеркивают важность дальнейшего изучения взаимосвязи предшествующего лечения с частотой срывов.

DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1982) разработали FRAMES-модель, структурирующую любое взаимодействие с зависимым пациентом. Её основные принципы следующие:

- 1) Обратная связь. Полное и объективное информирование о всех последствиях употребления алкоголя.
- 2) Акцент на личной ответственности. Разрушение игры в «Алкоголика». Алкоголизм у пациента, а не у терапевта.
- 3) Предложение советов. Выполняется обязательно с предоставлением выбора.
- 4) Предложение свободы выбора возможностей в организации целей и методов осуществления изменений.
- 5) Эмпатия, то есть принятие пациента со всеми достоинствами и недостатками.



б) Способствование эффективной самореализации.

Miller W.R., Rollnick S. (1996) разработали одиночную консультацию для находящихся в стационаре пациентов с алкогольной зависимостью, которые были выявлены специалистами общего профиля, где было показано, что краткое мотивационное собеседование более эффективно, чем тренинг навыков. «Короткий совет» (пять минут) как техника мотивационного консультирования у больных алкоголизмом была изучена Лукомской М.И. (1997). Оказалось, что более адекватным этот метод был у лиц с невысоким интеллектуальным уровнем и у пациентов с выраженными чертами стеничности. У лиц с чертами сенситивности, мнительности, ипохондричности, которые не раз пытались сократить употребление спиртного и для предотвращения тяги к выпивке ищут врачебного совета, более целесообразным было применения метода «Консультации», которая отличалась от «Короткого совета» лишь тем, что длилась дольше по времени (20 минут).

Юрченко Л. Н. (1999) обнаружила, что пациенты, поступившие из стационара, статистически достоверно чаще обнаруживаются в группе, давших рецидив в течение первого года. Эти результаты исследователь объясняет вынужденным характером мотивации пациентов, проходивших лечение в стационаре.

Валентиком Ю.В., Курнышевом В.Н., Осиповой Н.Р. (1993) было показано, что у пациентов с внешними терапевтическими установками на трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей преобладали непродолжительные ремиссии (до шести мес.). В то же время у половины больных с промежуточными и у основной части больных с внутренними терапевтическими установками на трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей терапевтическая ремиссия длилась год и более.

Юрченко Л. Ю. (1999), анализируя зависимость эффективности терапии от мотивации к лечению, обнаружила статистически достоверное различие только при одном типе мотивации: «желание изменить образ жизни». Остальные типы мотивации лечения - семейные проблемы, здоровье, работа, административное воздействие - не оказали влияние на эффективность терапии. Эти данные подчеркивают важность мотивационной составляющей в психотерапии пациентов алкогольного профиля.

Под мотивационной психотерапией при алкоголизме мы понимаем любое как по качеству психотерапевтических техник, так и по длительности взаимодействие между врачом и пациентом, в результате которого происходит уменьшение мотивации потребления алкоголя.

Как вариант мотивационной терапии многие исследователи рассматривают противорецидивную подготовку (Wanigrate S., Wallace W., Pullin J., Keaney F., Farmer R., 1990; Dimeff M.A., Marlatt, 1995; Casselman J., 1996).

Marlatt G.A., Gordon J.R. (1995) предложили противорецидивный тренинг для пациентов с алкогольной зависимостью, который состоит из трех стадий. Противорецидивный тренинг включает в себя оценку, анализ и позитивную переработку ситуаций, пребывание в которых усиливает ПВА, с целью нейтрализации ситуации.

Важными противорецидивными факторами в мотивационной терапии пациентов с алкогольной зависимостью считаются ежедневный самоотчет; участие в консультации с наркологом в плановом порядке и по необходимости; продолжение выполнения домашних заданий после выписки из стационара (Wikler A., 1973) .

Azrin N.H., Sisson R.W., Meyers R.W., Godley M. (1982) разработали мотивационную психотерапию с акцентом на предотвращении рецидива заболевания после выписки из стационара.

Она базируется на «функциональном анализе», главная цель которого повышение уровня знаний о негативных последствиях употребления алкоголя (Hunt G.M., Azrin N.H., 1973). Повышение пациентом осведомленности о своей болезни достигается за счет структурированных и подробных вопросов о ситуациях, проблемах, при которых усиливается патологическое влечение к алкоголю (Smith J.E., Meyers R.J., 1995).

В принципе при любом психотерапевтическом воздействии врач, так или иначе, работает с мотивационной системой личности пациента. Специфичность собственно мотивационной психотерапии определяется феноменом анозогнозии, которая является обязательным проявлением зависимости от психоактивных веществ. В клинко-психопатологическом смысле объектом мотивационной психотерапии пациентов с зависимостью от алкоголя является именно анозогнозия как компонент патологического влечения к алкоголю (Вассерман Л.И. и др., 1993).

Мотивационное взаимодействие не ограничено во времени и соответственно может условно подразделяться на следующие этапы: этап формирования мотивации к первой встрече с терапевтом, этап поддержания мотивации к участию в следующих психотерапевтических встречах и, наконец, формирование мотивации к освобождению от зависимости от терапевта (Marlatt G.A., 1985). В этом длиннике опосредованно формируется мотивация на различный по времени отказ от алкоголя, на поддержание трезвеннического образа жизни, то есть мотивация к стремлению получения новых навыков социального функционирования и навыков длительного приема поддерживающей медикаментозной терапии, и, наконец, мотивация к своевременному обращению к терапевту в случае срыва (предрецидивная и пострецидивная подготовка) (Miller W.R., Taylor C.A., West J.C., 1980).

Индивидуальность мотивационной психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью определяется также вариантами динамики мотивации потребления алкоголя. Можно выделить приступообразный тип мотивации, когда пациент будет нуждаться в постоянном или периодическом участии внешней среды в виде индивидуальной терапии, групповой терапии, участию в реабилитационных программах.

Внезапное беспричинное исчезновение мотивации употребления алкоголя описано как самовыздоровление (Forschungsprojekt Selbstheiler, 1989, 1990), спонтанная ремиссия (“Spontanremission”, Stall R., Biernacki R., 1996), самовзреление через болезнь (“Herauswachsen aus der Sucht”, Weber G., Schneider W., 1992), “auto remission” (Klingemann H., 1990), “natural recovery” (Biernacki R., 1986). При такой динамике мотивации больной не нуждается в постоянном наблюдении, возможны лишь эпизодические встречи с врачом для индивидуальной работы или с группой других пациентов (Weber G., Schneider Wolfg., 1992).

Возможна стабилизация мотивации употребления алкоголя на постоянном уровне (стационарное течение болезни по Чирко В.В., 2002). Такая мотивация, по мнению исследователей, является самой резистентной к большинству видов мотивационной терапии (Schloemer H., 1986). Отдельные исследователи призывают ограничиться информационной беседой о вреде употребления алкоголя (Biernacki R., 1986).

Согласно данным литературы, чаще всего становятся зависимыми от алкоголя личности с измененной мотивационной системой. Эти изменения характеризуются особым личностным изменением. Здесь речь идет об особом неспецифическом поражении глубинных структур мотивационной системы, а именно о нарушении функционирования глубинных, личностных мотивов. Это расстройство можно условно обозначить «исходным недостатком мотивационной системы в

преморбиде больного алкоголизмом». В дальнейшем в процессе развития зависимости от алкоголя происходит структурная и содержательная перестройка мотивационной системы. Мотив изменения сознания с помощью алкоголя становится потребностью и встраивается в глубинный уровень мотивационной системы. Можно говорить о своеобразном процессуальном развитии исходного личностного изменения. Особенностью влияния алкоголя на мотивационную систему является то, что, постепенно поглощая все предшествующие глубинно – личностные мотивы, он разрастается и становится главным, доминирующим мотивом. Поэтому увеличивается и опустошение личности. Мотив изменения сознания с помощью алкоголя меняет и конкретно – ситуативные мотивы, так что все их содержание становится связанным с алкогольной тематикой. Мотив употребления алкоголя становится патологическим.

В литературе мало информации об особенностях мотивации к отказу от алкоголя у пациентов с различными особенностями личности. Учитывая тот факт, что мотивационная система является одной из характеристик личности (Леонтьев А.Н., 1982, 1983; Братусь Б.С., 1984; Завьялов В.Ю., 1993; Ильин Е.П., 1995, 1998, 2000), то можно предположить, что личности с различными особенностями характера будут отличаться друг от друга по таким факторам как мотивация к отказу от алкоголя и её динамика в процессе комплексной терапии, чувствительность пациентов к разным типам психотерапии и эффективность комплексной терапии. Для проведения адекватной и эффективной мотивационной психотерапии важно изучить эти факторы и применить их на практике в каждом конкретном клиническом случае.

## Глава 2.

### Общая характеристика клинического материала и методов исследования

#### 2.1 Общая характеристика обследованных больных

В сравнительное исследование было включено 90 человек с алкогольной зависимостью, проходивших стационарное лечение в отделении клинической психофармакологии НИЦ наркологии МЗ РФ. В исследовании были включены мужчины, возраст которых составлял на момент обследования от 23 до 59 лет.

Все обследуемые были разделены случайным образом на три группы: 1-ю основную (30 пациентов), 2-ю основную (30 человек) и контрольную (30 пациентов), которые клинически, по основным клинико-динамическим и характерологическим показателям значимо не отличались (смотри таблицы 1, 3, 5). Пациенты 1-ой основной группы участвовали в поведенческой мотивационной психотерапии. Пациенты 2-ой основной группы участвовали в клиентцентрированной мотивационной психотерапии. Пациенты контрольной группы не участвовали в специальной психотерапии.

**Таблица 1. Распределение больных по возрасту**

Возраст (лет)	1-я основная группа		2-я основная группа		Контрольная группа		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
<b>23 - 30</b>	9	10,0	7	7,8	10	11,1	26	28,9
<b>31 - 40</b>	11	12,2	12	13,3	10	11,1	33	36,6
<b>41 - 50</b>	6	6,7	8	8,9	7	7,8	21	23,4
<b>51 - 59</b>	4	4,4	3	3,3	3	3,3	10	11,1

У 43% больных (39 человек) выявлена наследственная отягощенность. Отягощенность по зависимости от алкоголя по линии отца наблюдалась в 43% случаев. Алкогольная зависимость по материнской линии была обнаружена у 4,4% (4 человека). Расстройства личности у отцов пациентов отмечались в 5,5% (5 человек), против 1,1% (1 человек) у матерей пациентов. Зависимость от алкоголя во второй линии родства встречался в 7,7% случаев (см. таблицу 2).

**Таблица 2. Наследственная отягощенность (из числа пациентов всех групп)**

Психическое расстройство по МКБ-10	Отец		Мать		Другие родственники	
	абс. число	%	абс. Число	%	абс. число	%
<b>Зависимость от алкоголя</b>	39	43,3	4	4,4	6	6,7
<b>Зависимость от наркотиков</b>	0	0	0	0	3	3,3
<b>Расстройство личности</b>	3	3,3	1	1,1	2	2,2
<b>Шизофрения</b>	1	1,1	0	0	0	0
<b>Аффективное расстройство</b>	0	0	2	2,2	0	0
<b>Эпилепсия</b>	2	2,2	0	0	0	0
<b>Всего:</b>	45	49,9	7	7,7	8	8,9

45,5% (41 человека) пациентов воспитывались в неполных семьях, в основном матерями. В 16,7% случаев (15 человека) воспитание проходило в условиях гипоопеки, 3,3% пациентов (3 человека) в условиях доминирующей гиперпротекции («ежовые рукавицы»), 52,2% больных (47 человек) воспитывались потворствующей гиперопеки (по типу «кумир семьи»).

Анализ уровня образования показывает практически равномерное распределение качества образования пациентов в группах (см. таблицу 3).



**Таблица 3. Распределение больных по уровню образования**

Образование	1-я основная группа		2-я основная группа		Контрольная группа		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Незаконченное среднее	7	7,8	8	8,9	6	6,7	21	23,4
Среднее	4	4,4	3	3,3	3	3,3	10	11,1
Средне-специальное	5	5,6	4	4,4	5	5,6	14	15,6
Студенты вузов	2	2,2	1	1,1	2	2,2	5	5,6
Незаконченное высшее	3	3,3	6	6,7	7	7,8	16	17,8
Высшее	9	10,0	8	8,9	7	7,8	24	26,7

По характеру трудовой деятельности распределение было следующим: работали 74,4% (67 пациента); учились и совмещали работу с учебой 7,8% (7 человек); временно не работали 17,8% (16 больных).

Структура семейного положения (для всех групп пациентов) показана в таблице 4.

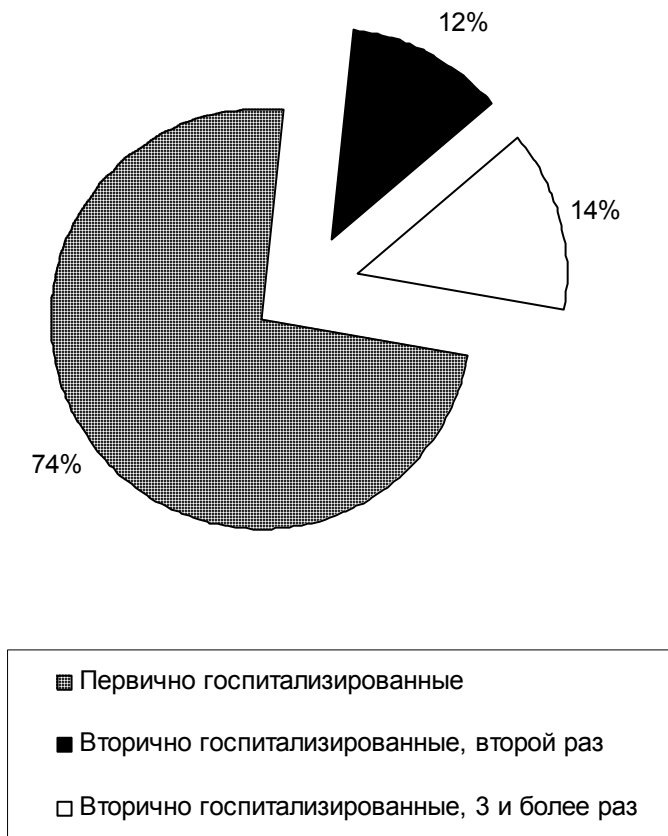
**Таблица 4. Структура семейного положения обследованных пациентов.**

<b>Семейное положение</b>	<b>абсолютное число</b>	<b>%</b>
<b>Холост / проживает гражданским браком</b>	6 / 4	6,7 / 4,4
<b>Разведён / проживает гражданским браком</b>	58 / 13	64,4 / 14,4
<b>Женат впервые / проживает отдельно от семьи</b>	12 / 3	13,3 / 3,3
<b>Повторный брак / проживает отдельно от семьи</b>	14 / 8	15,6 / 8,9

Возраст начала систематического употребления алкоголя составлял  $17,4 \pm 2,5$  лет. Формирование алкоголизма происходило в возрасте  $22,4 \pm 2,8$  лет. Длительность настоящего заболевания варьировала от 5-ти до 25 лет.

74,0% пациентов (67 человек) до настоящего лечения за наркологической помощью не обращались, 25,6% больных (23 человека) госпитализировались повторно (см. рисунок 1).

**Рисунок 1. Процентное соотношение первично и вторично госпитализированных пациентов.**



При диагностике зависимости от алкоголя, клинической оценке его симптомов и синдромов, а также стадийности руководствовались "Глоссарием стандартизированных психопатологических симптомов и синдромов для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов" (1976), разработанным сотрудниками Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии имени В.П. Сербского Качаевым А.К., Иванцом Н.Н., Игониным А.Л., Ураковым И.Г., Шумским Н.Г.. Прогрессиентность алкоголизма оценивалась согласно методическим указаниям "Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма" (Ураков И.Г., Качаев А.К., 1976) и

критериями Морозова Г.В. и Иванца Н.Н. (1981), критериями для алкогольной зависимости МКБ-10. Диагнозы оформлялись по схеме, рекомендованной Иванцом Н.Н. (1988), Иванцом Н.Н., Савченко Л.Н. (1996) и по критериям МКБ-10.

Количество пациентов (данные по всей выборке) с длительностью алкогольной зависимостью от 5 до 10 лет составило 28,9% (26 человек), от 10 до 20 лет - 30% (30 больных) и от 20 до 30 лет 26,7% (24 пациента). Из всей выборки у 4,4% пациентов (4 человека) наблюдался высокий темп прогрессивности заболевания, у 82,2% (74 человека) – средний и у 13,3% (12 больных) – низкий. Псевдозапой на момент исследования были диагностированы (данные по всей выборке) у 90% пациентов (81 человек), перемежающаяся форма употребления алкоголя – у 4,4% (4 человека), постоянная форма употребления алкоголя – у 5,6% (5 больных). Клинико-динамическая характеристика пациентов основных и контрольной группы показана в таблице 5.

Таблица 5. Характеристика пациентов по основным клинико-динамическим показателям

Основные клинико-динамические показатели	1-я основная группа		2-я основная группа		контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Стадия алкогольной зависимости</i>						
средняя (85 чел. – 94,5%)	29	32,2	27	30,0	29	32,2
конечная (5 чел. – 5,5%)	1	1,1	3	3,3%	1	1,1
<i>Длительность заболевания (годы):</i>						
от 5 до 10	12	13,3	13	14,4	11	12,2
от 10 до 20	10	11,1	9	10,0	11	12,2
от 20 до 30	8	8,9	8	8,9	8	8,9
<i>Темп прогрессивности:</i>						
высокий	1	1,1	2	2,2	1	1,1
средний	25	27,8	26	28,9	23	25,6
низкий	4	4,4	2	2,2	6	6,7
<i>Форма злоупотребления алкоголем:</i>						
псевдозапой	27	30,0	25	27,8	29	32,3
перемежающаяся	2	2,2	2	2,2	-	-
постоянная на фоне низкой толерантности	1	1,1	3	3,3	1	1,1
истинные запои	-	-	-	-	-	-
Всего:	30		30		30	

Из исследования исключались больные с сопутствующими психическими заболеваниями; с органическими поражениями центральной нервной системы, так как выраженное интеллектуально-мнестическое снижение вследствие органического поражения центральной нервной системы делает невозможным анализ внутренних переживаний и представлений пациента с привлечением его интеллектуальных усилий, а также включение больного для этих же целей в психотерапевтическую группу; с острыми психотическими расстройствами, а также больные с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Все больные были осмотрены терапевтом. У 16,7% больных (15 человек) было диагностировано алкогольное поражение сердца. С учетом биохимических данных у 78,9% больных (71 человека) был диагностирован алкогольный жировой гепатоз, у 28,9% больных (26 человек) – хронический алкогольный гепатит вне обострения. При необходимости для консультаций привлекались и другие специалисты: невропатологи, психологи. Всем больным были проведены необходимые клинико-лабораторные исследования.

При квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификация психопатий Ганнушкина П.Б. (1933), Кербикова О.В. (1971), классификация акцентуаций характера (Личко А.Е., 1983; Леонгард К., 1968). На основании данных объективного и субъективного анамнеза, психического состояния, а также дополнительных данных психологического обследования с помощью теста СМИЛ, по характерологическим особенностям пациенты распределились следующим образом: с преобладанием астенических и тревожно-мнительных черт характера – 21,1% (19 пациентов), неустойчивых – 25,6% (23), синтонных – 12,2% (11), истерических – 4,4% (4), возбудимых – 10,0% (9), шизоидных – 8,9% (8), эпилептоидных – 17,8% (16).

Степень выраженности личностных особенностей в преморбиде – норма или акцентуация характера. Типологическая группировка преморбидных личностных особенностей была проведена в соответствии с установившимися принципами клинического подхода – на основе учета доминирующей симптоматики. В тех случаях, когда по различным причинам не удавалось четко определить основные черты характера, присущие пациенту до начала заболевания, больные в исследование не включались. Распределение больных по преморбидным характерологическим особенностям показано в таблице 6.

**Таблица 6. Распределение пациентов в основных и контрольной группе по характерологическим особенностям**

<b>Особенности характера в преморбиде</b>	<b>1-я основная группа</b>		<b>2-я основная группа</b>		<b>контрольная группа</b>	
	<b>абс.</b>	<b>%</b>	<b>абс.</b>	<b>%</b>	<b>абс.</b>	<b>%</b>
<b>Шизоидные и эпилептоидные</b>	8	8,9	8	8,9	8	8,9
<b>Истерические и возбудимые</b>	5	5,6	4	4,4	4	4,4
<b>Астенические и психастенические</b>	6	6,7	7	7,8	6	6,7
<b>Неустойчивые и синтонные</b>	11	12,2	11	12,2	12	13,3

Т.о. исследуемые больные составляли нозологически однородную группу и не имели коморбидных заболеваний.

## **2.2 Характеристика методов исследования.**

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных использовалась карта обследования на основе карты эпидемиологического исследования больных алкоголизмом, разработанная и использовавшаяся в наркологических отделениях ВНИИОСП им. Сербского, а в последующем в ННЦ наркологии (Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1985). Карта включала в себя сведения о наследственной отягощенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций, внутрисемейных взаимоотношениях, физическом состоянии, проводимой психофармакотерапии и психотерапии. Диагностические критерии зависимости проводились по МКБ – 10.

Изучение патологического влечения к алкоголю проводилось с помощью шкалы, отражающей психопатологическую структуру данного синдрома (Чередниченко Н.В., Альтшулер В.Б., 1992). Осознанное влечение к алкоголю характеризовалось наличием постоянных или периодически возникающих мыслей о спиртном, воспоминаний, представлений, которые сопровождались поведенческими, аффективными, диссомническими расстройствами различной степени выраженности. Отсутствие осознанных мыслей о возможности употребления алкоголя, совокупность аффективных расстройств различной глубины, нарушений сна, вегетативных расстройств и поведенческих реакций, позволяла диагностировать неосознанное влечение к алкоголю.

Использовались разработанная в отделении клинической психофармакологии шкала оценки психопатологических проявлений в алко-



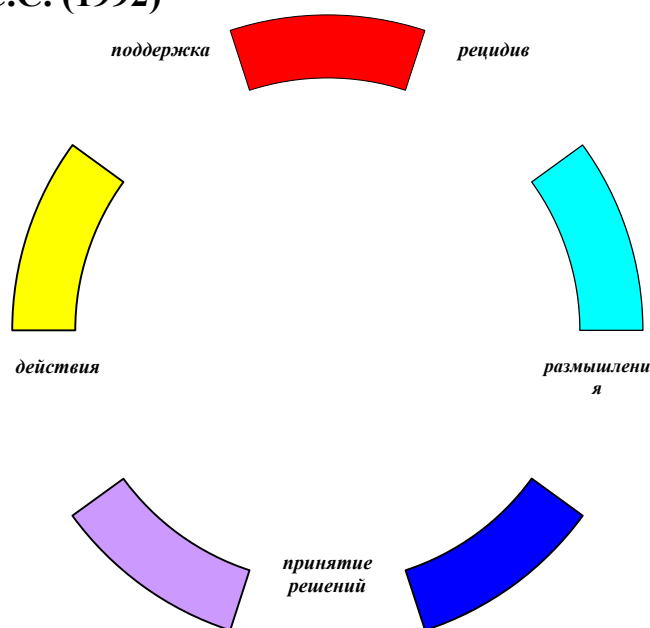
гольном абстинентном синдроме и постабстинентном состоянии. Обследование больных осуществлялось в день поступления (0 день), в дальнейшем на 3, 7, 10, 14, 20 и 30 дни проведения терапии.

Мотивационного опросник разработан на основе модели «Изменения мотивации» (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1992).

Модель описывает шестистадийное изменение мотивации отказа от алкоголя у пациентов с алкогольной зависимостью (см. рис. 2). Пациент, который не считает себя больным алкоголизмом, находится на стадии «Предварительных размышлений».

Через некоторое время неблагоприятные последствия болезни начинают нарастать, и больной переходит в стадию «Размышления об изменениях». На этой стадии пациент взвешивает недостатки и преимущества продолжения потребления алкоголя, а также преимущества и недостатки изменения поведения (напр. отказ от алкоголя или госпитализация в наркологический стационар). Пациент в ходе этих размышлений может принять решение об изменении своего поведения и оценить возможные варианты таких изменений (стадия «Принятие решений»).

**Рисунок 2. «Колесо изменений мотивации» по Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1992)**



В стадию «Действий» пациент переходит, если он принятые решения начинает выполнять на практике (напр. добровольно госпитализируется в стационар). В случае полного отказа от алкоголя больной переходит в стадию «Поддержки».

В зависимости от стадий мотивации у конкретного пациента определялись цели и задачи мотивационной терапии, методики и техники достижения намеченных целей и задач (см. Таблицу 7).

**Таблица 7. Цели мотивационной психотерапии в зависимости от стадии мотивации, на которой находится пациент (Schippers G.M. Brokken L.C.H.M., Verwey J., 1994)**

<b>Стадия мотивации, на которой находится пациент</b>	<b>Цель мотивационной психотерапии</b>
• Стадия предварительных размышлений.	1. вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением алкоголя. 2. помощь пациенту в осознании опасности употребления алкоголя через информирование.
• Стадия размышления об изменениях	1. поддержание мысли о возможном изменении поведения. 2. структурирование ожидаемых изменений.
• Стадия «принятие решений»	укрепление изменения образа поведения (эмоциональная поддержка врача или группы, родственников)
• Стадия действия	помощь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурирование этих действий.
• Стадия поддержки	совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники.
• Стадия «срыв (рецидив)»	1. уменьшение негативных эмоциональных последствий срыва. 2. подготовка пациента к переходу в стадию предварительных размышлений.

На основе описанной модели «Изменений мотивации» (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1992) был разработан и применялся оригинальный мотивационный опросник. Больному предлагалось на выбор четыре утверждения, каждое из которых описывало этап мотивации к изменению в определенной области межличностного и внутриличностного взаимодействия (4 варианта). Первое утверждение описывало пациента, у которого на момент опроса не было какой-либо мотивации. Если пациент выбирал первое утверждение, то этот выбор оценивался в ноль баллов. Второе утверждение опросника относилось к второму этапу мотивации – «Размышления». Выбор второго утверждения оценивался в 2 балла. Третье утверждение выбирали пациенты, находящиеся на третьем этапе мотивации – этапе «Принятие решений», что оценивалось в 3 балла. Если же пациент выбирал четвертое утверждение, то это говорило о том, что его мотивация находится на этапе «Действий», и пациент готов изменить свое поведение в отношении употребления алкоголя. Этот выбор пациента говорил о высоком уровне мотивации и оценивался в 4 балла. В каждом отдельном случае на определенном этапе мотивационной психотерапии пациент в каждой из предложенных областях межличностного взаимодействия мог находиться на разных этапах мотивации. Поэтому при сложении полученных баллов общий результат мог варьировать от 0 до 12 баллов. Этот результат отражал общую мотивацию и был важен скорее статистической обработки эффективности мотивационной психотерапии. Для проведения мотивационной психотерапии было важнее конкретное изменение уровня мотивации в каждой конкретной области межличностного и внутриличностного взаимодействия.

### **Мотивационный опросник.**

Подумайте, пожалуйста, есть ли у Вас проблемы, из-за приема алкоголя, в четырех областях Вашей жизни «Моё общение», «Моя работа», «Сам Я, моя личность» и «Моё тело».

- 1. Если проблем нет, то напишите «1».**
- 2. Если проблемы есть, но Вы не хотите их решать, то «2».**
- 3. Если проблемы есть, и Вы не знаете, как их решать, то «3».**
- 4. Если проблемы есть, и Вы хотите и знаете, как их решить, то «4».**

<p style="text-align: center;"><b>МОЁ ОБЩЕНИЕ</b> Коллеги по работе Друзья Знакомые Семья Дети Жена Подруга Друг Другие знакомые и незнакомые люди</p>	
<p style="text-align: center;"><b>МОЯ РАБОТА</b> Время работы Место работы Характер работы Качество работы Удовлетворенность своей работой Удовлетворение от зарплаты</p>	
<p style="text-align: center;"><b>САМ Я, МОЯ ЛИЧНОСТЬ</b> Моя психика Моя душа Сам «я» Моя личность Мои мысли Мои чувства Что я из себя представляю Уверенность в себе и своих действиях Мои желания Мои жизненные цели Мои увлечения</p>	
<p style="text-align: center;"><b>МОЁ ТЕЛО</b> Сердце Голова Ноги Руки Спина Печень Дыхание Общее самочувствие Сексуальное удовлетворение Мой аппетит Мой сон</p>	

Динамику мотивации отказа от алкоголя можно оценить по длительности пребывания пациента на одной стадии, по времени перехода из одной стадии в другую, по количеству стадий, которые пациент преодолел за время проведения мотивационной терапии.

Психологическое обследование больных осуществлялось на 10 день поступления и на 30 день лечения.

Краткосрочная эффективность мотивационной психотерапии оценивалась по динамике уровня мотивации отказа от алкоголя и динамике уровня патологического влечения к алкоголю в течение всего срока стационарного лечения. Для облегчения оценки психотерапевтической динамики в зависимости от характерологических особенностей пациенты основных и контрольной группы были разделены на четыре подгруппы.

В первую подгруппу включались пациенты с шизоидными и эпилептоидными чертами характера.

Во вторую подгруппу были объединены пациенты с истерическими и возбудимыми чертами характера.

В третью подгруппу были включены пациенты с астеническими и психастеническими чертами характера.

В четвертую подгруппу были объединены пациенты с неустойчивыми и синтонными чертами характера. Основанием для объединения пациентов с этими особенностями характера было отсутствие различий в динамике выходных параметров. Основанием для объединения пациентов в такие подгруппы было отсутствие различий в динамике уровня мотивации и уровня патологического влечения к алкоголю в процессе дифференцированной мотивационной психотерапии.

Все пациенты основных групп участвовали как в групповой, так и в индивидуальной мотивационной психотерапии. В процессе мотивационной психотерапии врач отслеживал изменения уровня мотивации к отказу от алкоголя и уровня патологического влечения к алкоголю. В случае отрицательной динамики врач менял модальность психотерапии (напр. с клиентцентрированной на поведенческую психотерапию, или наоборот). Если по клинико-динамическим и

объективным данным пациенту предпочтительнее было участвовать в индивидуальной психотерапии, то он выводился из группы и наоборот. В статистической обработке этот пациент учитывался в той основной группе, где он начинал участвовать в психотерапии, но как пациент с отрицательным результатом.

Долгосрочная эффективность мотивационной психотерапии оценивалась по частоте срывов, рецидивов, а также по продолжительности поддерживающей терапии в течение 12 месяцев после выписки из стационара.

Под срывом понималось усиление ПВА, завершившееся употреблением алкоголя не более 1 дня в течение 1 месяца. Под рецидивом понималось обострение ПВА, завершившееся развитием либо запоя, либо постоянным употреблением алкоголя.

Статистическая обработка результатов производилась при помощи компьютерной программы Statistica (версия 5.1).

### **Схема исследования.**

Принцип индивидуальности (Иванец Н.Н, 1995) при проведении медикаментозной терапии реализовывался в том, что медикамент и его дозировки подбирались строго индивидуально и по показаниям на всем протяжении пребывания пациента в клинике и при амбулаторном наблюдении. Терапия ААС включала в себя детоксикацию, общеукрепляющую терапию, применение антиконвульсантов по показаниям (карбамазепин – 400-600 мг в сутки, вальпроат натрия – 600-1200 мг в сутки), транквилизаторов по показаниям (диазепам – до 30 мг в сутки, феназепам – до 4-8 мг в сутки). В постабстинентном состоянии пациенты получали антиконвульсанты строго по индивидуальным показаниям. При наличии выраженной аффективной симптоматики, нарушений сна в постабстинентном периоде больные получали

антидепрессанты (циталопрам – 20-60 мг в сутки, миансерин – 30-90 мг в сутки, тианептин – 37,5 мг в сутки, amitриптилин – 75-125 мг в сутки).

По завершении ААС проводилось полное психологическое обследование.

Пациенты всех групп участвовали в рациональной психотерапии и посещали образовательные лекции. Основу рациональной психотерапии составляет метод убеждения, основанный на законах логики. При этом пациент убеждается врачом в несостоятельности своих опасений. Врач демонстрирует пациенту его логические заблуждения и ошибки.

К рациональной психотерапии следует относить следующие методики. «Умышленное пренебрежение», когда врач сознательно пренебрегает теми или иными симптомами болезни. «Субординационно-авторитарные реакции», когда от больного в определенной ситуации требуют беспрекословного подчинения. «Возбуждающие воспоминания» - беседа, затрагивающая особо волнующие больного моменты.

Рациональная терапия проводилась лечащим врачом каждый день (за исключением выходных дней) по 30-50 минут во время беседы с пациентом.

Образовательные, или информационные лекции читались ежедневно (за исключением выходных дней) по 1-2 часа. Главная задача лекций – информирование, то есть сообщение информации, связанной с алкоголем, последствиями его злоупотребления на доступном для пациента языке. Использовалась только информация, основанная на строгих исследовательских данных. Принцип «следования за пациентом» здесь реализовался с помощью «прицельного информирования». Стратегия «прицельного информирования» заключалась в том, что вначале читалась вводная лекция, объединяющая в себя все возможные темы для обсуждения, после чего пациентам предлагалось решить самим, какую из этих тем обсудить в первую очередь, а какую позже. Пациенты получали

информацию по темам «Что такое алкоголизм», «Патологическое влечение к алкоголю», «Соматические последствия алкоголизма», «Неврологические последствия алкоголизма», «Психические последствия алкоголизма», «Изменения личности при алкоголизме», «Алкогольные психозы», «Алкогольная эпилепсия», «Алкогольная энцефалопатия», «Лечение алкоголизма», «Что делать при срыве/рецидиве».

Психотерапия проводилась поэтапно. Первый этап – инициальный – необходим для формирования у пациента мотивации к общению с психотерапевтом. Второй этап – ориентировочный – расширяет положительную мотивацию от мотивации поддержания отношений с психотерапевтом до мотивации приема медикаментов, мотивации отказа от алкоголя, мотивации обучению предотвращению перехода срыва в рецидив. Третий этап – структурирования мотивации – предусматривает выработку и фиксацию трезвого поведения через развитие таких мотивов как семья, работа, здоровье, увлечения и т. д. На каждом из этих этапов психотерапевтом использовались соответствующие техники и методики, при этом степень участия пациента и принятия им ответственности на каждом этапе была разной. Этапы, структура и содержание исследования наглядно представлены в таблице 8.



**Таблица 8. Этапы, структура и содержание исследования**

<b>Этапы исследования</b>	<b>1-я основная группа 30 человек</b>	<b>2-я основная группа 30 человек</b>	<b>контроль ная группа 30 человек</b>
<b>1. Терапия ААС</b>	дифференцированная и индивидуальная медикаментозная терапия		
<b>2. Терапия ПВА</b>	дифференцированная и индивидуальная медикаментозная терапия		
<b>3. Рациональная психотерапия</b>	каждый день по 30-50 минут		
<b>4. Информационные лекции</b>	«Что такое алкоголизм», «Патологическое влечение к алкоголю», «Соматические (неврологические, психические) последствия алкоголизма», «Изменения личности при алкоголизме». «Алкогольные психозы», «Алкогольная эпилепсия», «Лечение алкоголизма».		
<b>5. Дифференцированная мотивационная психотерапия</b>	поведенческая мотивационная психотерапия 5 раз в неделю по 50 минут (групповая /индивидуальная)	клиент-центрированная мотивационная психотерапия 5 раз в неделю по 50 минут (групповая /индивидуальная)	-----
<b>6. Оценка краткосрочной эффективности комплексной терапии</b>	а) динамика уровня ПВА (0, 3, 7, 14, 21 день) по шкале ПВА (В.Б. Альтшулер) в течение 1 месяца стационарного лечения б) динамика мотивации к отказу от употребления алкоголя (0, 3, 7, 14, 21 день) (по мотивационному вопроснику) в течение 1 месяца стационарного лечения		
<b>7. Оценка долгосрочной эффективности комплексной терапии</b>	а) частота рецидивов в течение 12 месяцев после выписки из стационара б) частота срывов в течение 12 месяцев после выписки из стационара в) продолжительность участия пациента в поддерживающей медикаментозной терапии в течение 12 месяцев после выписки из стационара		

Пациенты 1-ой основной группы участвовали в индивидуальной и/или групповой мотивационной терапии на основе поведенческой психотерапии.

Основная цель поведенческой мотивационной психотерапии – изменение поведения как критерия адекватности взаимодействия с окружающей средой. Теоретики и практики этого направления считают, что человек есть продукт обучения. В ходе такого обучения он может приобретать как позитивные, так и негативные навыки. Согласно этой теории необязательно изменять личность пациента, достаточно уменьшить негативные и усилить позитивные навыки. В основу этого психотерапевтического направления легли теория безусловных рефлексов Павлова И.П. (1927), теория обусловливания Уотсона Д.Б. (1921), теория оперантного обусловливания Скиннера Б.Ф. (1971). Используемые в наркологии авersive (запретительные) процедуры, при которых стимул «алкоголь» соединяется с неприятным стимулом («рвота» и др.), относятся к поведенческим.

Главный принцип поведенческой психотерапии – принцип обучения – предполагает ознакомление с основами адаптивного поведения и усиление такого поведения, ослабление и устранение патологических видов поведения.

Важным мотивирующим методом поведенческой психотерапии является сократический диалог. Он представлен несколькими методиками, которые могут быть использованы в каждом отдельном случае как вместе, так и изолированно (Ильин Е.П., 2000, С. 93 – 94).

«Фундаментальная методика» - классический вариант «сократического диалога» и представляет собой прямое обращение к собеседнику, которого сразу и открыто знакомят с информацией, составляющей основу доказательства правильности предлагаемого решения.

«Методика противоречия» - основана на выявлении противоречий в доводах убеждающего на тщательной проверке собственных аргументов на непротиворечивость с целью предотвратить контрнаступление.

«Методика извлечения выводов» - аргументы излагаются не все сразу, а постепенно, шаг за шагом, добиваясь согласия на каждом шагу.

«Методика кусков» - аргументы убеждаемого делят на сильные (точные), средние (спорные) и слабые (ошибочные). Первых стараются избегать, а основной удар наносят по последним.

«Методика игнорирования» - если изложенный собеседником факт не может быть опровергнут.

«Методика акцентирования» - расставляются акценты на приводимых собеседником и соответствующих общим интересам доводов («ты же сам говоришь...»).

«Методика двусторонней аргументации» - для большей убедительности излагают сначала преимущества, а затем и недостатки предлагаемого способа решения проблемы. Лучше, если собеседник узнает о недостатках от убеждающего. Особенно эффективна методика при убеждении пациента с хорошим уровнем интеллекта. Больные с низким уровнем интеллекта лучше поддаются односторонней аргументации.

«Методика бумеранга» - собеседнику возвращают его же аргумент, но направленные в противоположную сторону. Аргументы «за» превращаются в аргументы «против».

### **Когнитивно-поведенческая психотерапия.**

Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с зависимостью от алкоголя представляет собой процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения (Концевой Ю.А., 1981; Гончарская Т.В., Мальков Н.Р., 1984). В отличие от авersive процедур, использующих стимуляцию субъективно тягостных и неприятных ощущений, возникающих в результате

употребления алкоголя, в когнитивно-поведенческой психотерапии каждый шаг больного в нужном направлении подкрепляется положительным стимулом. В результате подобных изменений пациент устанавливает причинно-следственные связи между собственным поведением и поведением окружающих, что способствует снижению уровня собственной конфликтности и улучшению социальной адаптации.

Когнитивно-поведенческая психотерапия способствует овладению пациентами навыками, расширяющими их адаптационные возможности. Пациенты, участвующие в ней, обучаются навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к алкоголю, умению благополучно справляться с ситуациями и состояниями, ранее приводившему к рецидиву заболевания. Цель когнитивно-поведенческой психотерапии – заложить в пациента новую программу поведения, улучшающую процесс реабилитации в среде без алкоголя. Для этого используется многократное повторение и закрепление необходимых реакций.

В работе над информацией следует стремиться к отчетливой подаче небольшой по объему информации, упрощать, конкретизировать, структурировать высказывания, повышать их наглядность, по возможности повторять и уточнять их, избегая абстрактных формулировок (Hartwich P., 1983). Терапевт стремится охватить хаотичную когнитивную структуру больного, объяснить ее и снабдить больного образцами адекватного когнитивного функционирования, которыми пациент может в дальнейшем пользоваться самостоятельно (Вид В.Д., 1993).

### **Когнитивный анализ.**

Ellis A. (1962, 1974) предложил находить «патологические мысли» или «автоматические представления», которые находятся в подсознании и активизируются в процессе заболевания. Влияние патологических мыслей можно обнаружить, когда оценка человеком своих проблем наносит ему больший вред, чем сами проблемы. В этом случае восприятие

проблемы и отношение к ней патологически искажено посредством определенных искажающих («патологических») когнитивных установок (мыслей).

Согласно концепции Ellis A., в когнитивной сфере пациента выделяются три части: события, с которыми взаимодействует личность (область А), мысли и представления о возникшей ситуации (область В) и эмоциональное следствие этих размышлений – область С. Тогда причинно-следственную связь можно описать в виде схемы «события А – представления и размышления В – эмоции С».

При нарастании патологического влечения к алкоголю патологические мысли взаимодействуют с адекватными мыслями (В) и изменяют, искажают их. Вследствие подобного искажения изменяются и эмоциональные реакции С. Таким образом, схема «события А – представления и размышления В – эмоции С» меняется на «события А – измененные «патологической мыслью» размышления и представления В – измененные и неадекватные эмоции С». Если учесть, что патологические мысли находятся у пациента в подсознании, то в конечном итоге измененная цепочка выглядит таким образом – «события А – неадекватные эмоции С».

Цель когнитивно-поведенческой психотерапии состоит в обнаружении патологических мыслей. В результате подобного поиска патологическая цепочка «события А – неадекватные эмоции С» переформулируется в адекватную «события А – представления и размышления В – эмоции С». Пациенты в процессе подобных исследований обучаются умению наблюдать последовательность внешних событий и свои собственные реакции на них. Одновременно пациентами осознается неустойчивость, непригодность и негативное влияние своих патологических мыслей. Пациенты изменяют свое отношение к автоматическим представлениям и отдаляются от них. Отдаление возможно, если пациент

оказывается способным проводить различия между «я предполагаю, что знаю» и «я знаю». Собственно в процессе подобного отдаления происходит осознанное разделение личности и болезни, начинает формироваться критика к болезни, снижается уровень анозогнозии.

На первом этапе мотивационной поведенческой терапии – инициальном – создавалась мотивация к поддержанию отношений с психотерапевтом и долгосрочному участию пациентов в психотерапии.

Психотерапия начиналась с проведения диагностической беседы. В ходе диагностической беседы происходило знакомство пациента и психотерапевта, психотерапевт получал необходимую информацию о болезни пациента. Главная цель этого этапа – за счет уменьшения уровня анозогнозии усилить мотивацию к отказу от алкоголя. Для уменьшения уровня анозогнозии использовались методики «сократический диалог», «адвокат дьявола» и «проверка гипотезы».

Во время сократического диалога психотерапевт все внимание фиксировал на патологической мысли пациента и доводил эту мысль до абсурда. Пациент начинал осознавать абсурдность своей идеи и становился способным к более объективному восприятию своего поведения.

Методика «адвокат дьявола» строится на полном принятии психотерапевтом патологического стиля поведения пациента. Психотерапевт демонстративно и активно поддерживает и защищает употребление алкоголя пациентом, указывая на возможные положительные последствия алкоголизма для пациента. Такое поведение психотерапевта способствовало объективному восприятию пациентом его проблем и болезни.

Методика «проверка гипотезы» позволяет оценить положительные и отрицательные последствия алкоголизма. Во время этой оценки строится «баланс плюсов и минусов».

Использование подобных методик позволяет продуктивно и безболезненно для пациента обсуждать его болезнь, собирать полную ин-

формацию о проблемах больного и намечать цели дальнейшего психотерапевтического воздействия.

На этом же этапе пациент начинал вести дневник, в котором каждый день отмечались его собственные чувства, мысли и поступки, связанные с алкоголем (напр. где, когда, при каких обстоятельствах возникло желание употребить алкоголь и т. д.). Эта информация обязательно зачитывалась перед началом следующей сессии и разбиралась вместе с психотерапевтом. В конце каждого занятия психотерапевт давал домашние задания. Домашние задания и ведение дневника способствовали структурированию времяпрепровождения пациента вне психотерапевтических занятий.

На втором, ориентировочном, этапе мотивационной терапии на базе поведенческой психотерапии основным инструментом мотивации был когнитивный анализ. Цель когнитивного анализа – обнаружение патологической мысли, ее осознание и изменение. Патологические мысли у пациентов, страдающих алкоголизмом, являются основой алкогольной анозогнозии. Основой когнитивного анализа являются следующие техники – «заполнение пустоты», «декатастрофизация», «реатрибуция», «позитивное переформулирование» и «децентрализация».

«Заполнение пустоты» - восстановление событий, мыслей, чувств, происшедших между неприятным событием (ссора с женой) и следствием (употребление алкоголя). Выявленную последовательность мыслей, чувств и событий анализируют, чтобы затем изменить. Э. Эллис (1975) считает, что при изменении внутренней последовательности мыслей и аффективной сферы изменяется следствие - поведение (употребление алкоголя). Подобное изменение осуществляется с помощью следующих техник. «Декатастрофизация» - обучение способности видеть реальные последствия проблемы. «Реатрибуция» - поиск альтернатив-

ных причин проблемы. «Позитивное переформулирование» - перевод общих фраз типа «я одинок» в конкретные и реальные мысли - «я должен общаться, тогда со мной кто-то рядом будет». «Децентрализация» - освобождение пациента от его стремления связывать себя с событиями, не имеющими к нему никакого отношения. Продолжается использование дневника и выполнение домашних заданий.

На третьем этапе мотивационной поведенческой терапии, этапе структурирования, используются различные поведенческие тренинги.

В ходе «тренинга умений» пациент отрабатывает полезные навыки (напр. навык отказа от употребления алкоголя в приятельской компании).

Тренинг «поведенческая репетиция» позволяет отработать комплексные навыки (напр. познакомиться с девушкой в трезвом состоянии).

Тренинг «ролевые игры» позволяет моделировать различные ситуации, провоцирующие обострение патологического влечения к алкоголю. После моделирования подобной ситуации пациенты ищут новые способы поведения, которые позволяют снизить патогенность провоцирующей ситуации.

Тренинг «представление ситуации срыва *in vitro*» представляет собой представление пациентом в своем воображении ситуации срыва. Пациент описывает подробно саму ситуацию, свои чувства и мысли. Одновременно пациент анализировал причины срыва и искал способы уменьшения вероятности возникновения подобной ситуации. Структурировать тренинги помогают прошлый опыт пациентов и информация, полученная из их дневников.

Таким образом, в ходе мотивационной поведенческой терапии достигались определенные изменения поведения пациента в отношении с самим собой и с окружающими значимыми людьми, что, в конце кон-



цов, приводило к изменению внутриличностных и межличностных отношений. Вышеописанные техники поведенческой мотивационной терапии представлены в таблице 9.

**Таблица 9. Методики и техники поведенческой терапии, использованных на различных этапах мотивационной терапии.**

<b>Этапы поведенческой мотивационной терапии</b>	<b>Методики и техники поведенческой мотивационной психотерапии</b>
<b>Инициальный этап</b>	а) диагностическая беседа б) «сократический диалог» в) «адвокат дьявола» д) проверка гипотезы е) ведение дневника ф) выполнение домашних заданий
<b>Ориентировочный этап</b>	а) когнитивный анализ б) декатастрофизация в) реатрибуция д) переформулирование е) децентрализация ф) десенсибилизация
<b>Этап структурирования мотивации</b>	а) тренинг умений б) поведенческая репетиция в) ролевые игры д) задания с постепенным усложнением задачи е) планирование деятельности ф) представление ситуации срыва <i>in vitro</i>

Для пациентов 2-ой основной группы проводилась индивидуальная мотивационная психотерапия с применением психотерапии по Роджерсу.

**Клиент-центрированная психотерапия больных алкоголизмом.**

Философские, теоретические и практические аспекты клиент-центрированного подхода были разработаны Rogers C.R. (1942a, 1942b, 1948a, 1948b, 1951, 1954). При создании своей концепции Роджерс К. исходил из того, что любая личность стремится к саморазвитию, «постоянно себя создает заново», при отсутствии помех осознает свой смысл в жизни и способна в определенной степени регулировать свои собственные границы.

Личностная динамика виделась автором метода в постоянном соединении представлений личности о самой себе (самосознание) и опыта полученной информации о себе со стороны других наблюдателей (объективная информация) (Rogers C.R., 1951). Если свои собственные представления и опыт, полученный извне, не противоречат друг другу, то они успешно ассимилируются. Вследствие ассимиляции целостность личности увеличивается.

Если же опыт противоречит с представлениями о самости («самосознание» по К. Ясперсу), то он не допускается к сознанию. Расщепление объективного опыта и субъективных знаний о себе приводит к двойственности в мыслительной, эмоциональной и поведенческой сфере (Rogers C.R., 1942b).

Пациент начинает себя вести неадекватно и непредсказуемо, но все его действия и поступки становятся деструктивными, и усиливают исходную несогласованность между представлениями самого пациента о себе и мнением наблюдателей о пациенте. Самосознание пациента ослабляется. Уровень социальной адаптации (функционирования) при этом снижается (Rogers C.R., 1948a). Клинически это проявляется в виде повышенного фона тревожности, беспокойства, раздражительности, высказываний внешних обвинений, снижения работоспособности и т.д. Появляется неудовлетворение от собственной деятельности и социальных контактов, нарастает напряжение, усиливается

патологическое влечение к алкоголю. Разумеется, личность пытается некоторое время подавить вторичную тревогу с помощью различных видов защитного поведения (отказ от деятельности, ограничение контактов) (Rogers C.R., 1948a, 1949). Но с течением времени уровень патологического влечения к алкоголю возрастает настолько, что защитные механизмы не справляются – происходит рецидив болезни (Rogers C.R., 1951).

Конструктивное разрешение создавшейся проблемы автором видится в создании обстановки абсолютной безопасности для «самости» больного. При этом «опыты, не согласующиеся с личностью, могут недирективно проверяться, а структура самосознания может изменяться, чтобы принять и включить опыты» (Rogers C.R., 1951, 1952).

В клиент-центрированной модели основным лечебным средством можно назвать способность терапевта создать обстановку полной безопасности для личности пациента. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией психотерапевта (Rogers C.R., 1952; Роджерс К.Р., 1997). Триада Роджерса К.Р. состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии и конгруэнтности переживаний и поведения психотерапевта.

Конгруэнтность – это способность воспринимать и осознавать чувства, которые испытываются в данный момент и «жить этими чувствами и сообщать о них, если это требуется» (Rogers C.R., 1962).

Безусловное позитивное отношение – бескорыстная теплота, забота, высокая оценка, принятие и уважение (там же).

Эмпатия – «ощущение внутреннего мира пациента, как будто это ваш собственный внутренний мир» (Rogers C.R., 1957), но при сохранении качества «как будто».

Rogers C.R. (1947) считает, что если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изме-

няться и развиваться в нужном направлении, что повлечет за собой уменьшение болезненной симптоматики.

На инициальном этапе мотивационной терапии на основе клиент-центрированной терапии по Роджерсу К.Р. психотерапевт вначале проводил диагностическую беседу. Беседа строилась с помощью методики «открытые вопросы» и «техники эмпатического выслушивания».

Открытые вопросы, в противоположность наводящим вопросам, лишены какой-либо специфичности, эмоционального отношения психотерапевта и не содержат в себе варианты ответов.

Техника «эмпатическое выслушивание» представляет собой вариант активного слушания, при котором психотерапевт дает возможность максимально выговориться пациенту. При эмпатическом выслушивании нельзя оценивать суждения пациента, критиковать его, давать советы, высказывать свое мнение.

Чтобы структурировать беседу и направить ее в определенное русло, использовалась техника «избирательное отражение». При избирательном отражении психотерапевт сознательно фиксирует свое внимание на определенных темах разговора, задавая уточняющие вопросы.

Техникой «отражающее слушание» пользуются для большего понимания и ясности психотерапевтом того, о чем говорит больной. Примером использования такой техники может быть фраза: «...я расскажу, что я понял из сказанного Вами, и Вы меня поправите, если я ошибся».

При «подведении итогов» психотерапевт в сжатой форме проговаривает все сказанное пациентом, чтобы сделать проблему более ясной и понятной.

Техника «парафраз» строится на проговаривании психотерапевтом сказанного пациентом, но другими словами и/или с перестановкой смысловых акцентов. Пациент, таким образом, может получить представле-

ние о своей проблеме с другой стороны. Эти техники проводились на всех этапах мотивационной терапии.

На инициальном этапе начинался проблемно-ориентированный анализ. Психотерапевт поддерживал пациента в признании болезни (работа с анозогнозией), помогал пациенту повысить понимание проблемы.

На втором этапе мотивационной терапии с использованием психотерапии по Роджерсу К.Р. психотерапевт продолжал использовать техники, описанные для первого этапа.

Также использовалась техника «структурирование гипотезы». При структурировании гипотезы о возможном плане изменений психотерапевт задает вопросы, побуждающие пациента к поиску возможных решений проблемы. Можно спросить, «Как Вы думаете, что нужно сделать, чтобы ситуация изменилась, чтобы легче переносилось желание выпить». С помощью этой техники продолжается проведение проблемно-ориентированного анализа.

На втором этапе мотивационной терапии определяется проблема, структурируются цели, и стимулируется поиск пациентом возможных способов решения проблемы. При поиске возможных решений проблемы используется техника «мозговая атака». Сущность мозговой атаки заключается в том, что пациенту предлагается проговаривать вслух все возможные способы решения проблемы, которые приходят в голову. Все мысли пациента записываются психотерапевтом на листке бумаги или на доске. Предложенные варианты решения проблемы обсуждаются, анализируются и оцениваются самим пациентом. Самые необычные и неприменимые идеи отсекаются, а остальные группируются.

На третьем этапе клиентцентрированной терапии пациент выбирает одно или несколько возможных вариантов решения проблемы. Больной самостоятельно разрабатывает подробный план действия, в ко-

тором он отражает промежуточные цели, критерии эффективности достижения этих целей. Психотерапевт продолжает использовать техники «открытые вопросы», «эмпатическое выслушивание», «избирательное отражение», «отражающее слушание», «обобщение суждение», «подведение итогов». Техники и методики клиентцентрированной мотивационной психотерапии в зависимости от стадии мотивации представлены в таблице 10.

**Таблица 10. Таблица методик и техник клиентцентрированной терапии, использованных на различных этапах мотивационной терапии.**

<b>Этапы клиентцентрированной мотивационной терапии</b>	<b>Техники и методики клиентцентрированной мотивационной психотерапии</b>
<b>инициальный этап</b>	a) диагностическая беседа b) эмпатическое выслушивание c) избирательное отражение d) отражающее слушание
<b>ориентировочный этап</b>	a) открытые вопросы b) избирательное отражение c) обобщение суждений d) подведение итогов
<b>этап структурирования</b>	a) сравнение b) метафоры c) повторение d) рефлексия e) проблемно-ориентированный анализ

В таблице 11 кратко излагаются принципиальные различия между поведенческой и клиент-центрированной мотивационной психотерапией.

**Таблица 11. Отличия между поведенческой и клиент-центрированной терапией**

<b>Критерий</b>	<b>Поведенческая терапия</b>	<b>Клиент-центрированная терапия</b>
<b>Соотношение между изменением поведения и системы межличностных отношений</b>	через изменение поведения изменяется система межличностных отношений	через изменение системы межличностных отношений изменяется поведение
<b>Уровень директивности психотерапевта</b>	максимальный в начале терапии и умеренный при завершении	минимальный на всем протяжении терапии
<b>Уровень самостоятельности и пациента</b>	минимальный в начале терапии и умеренный при завершении терапии	максимальный на всем протяжении терапии
<b>Тип отношений между психотерапевтом и пациентом.</b>	патерналистский	равноправный

Контрольная группа однократно консультировалась психотерапевтом.

Дифференцированная мотивационная психотерапия в исследуемой группе проводилась с частотой 5 раз в неделю, с длительностью психотерапевтического сеанса 50 минут.

По завершении мотивационной психотерапии проводилось полное повторное психологическое обследование.

После выписки из стационара пациенты всех групп подробно и обстоятельно информировались как в индивидуальном порядке, так и в виде групповой лекции о сути, структуре и значении амбулаторного лечения. Пациенту выдавался план амбулаторных консультаций с фиксированием частоты и времени встреч врача и пациента. Кроме этого, с пациентами всех групп обсуждались наиболее частые признаки обострения патологического влечения к алкоголю, чтобы пациент мог своевременно обращаться к врачу в неплановом порядке за медикаментозной и психотерапевтической поддержкой. При амбулаторном лечении продолжалась поддерживающая терапия, которая также была строго индивидуальной и комплексной (неспецифическая психотерапия и психофармакотерапия). В течение первых 12 месяцев после выписки пациента из стационара изучалась продолжительность участия в лекарственной терапии, длительность полного воздержания от приема алкоголя, частота срывов и рецидивов.

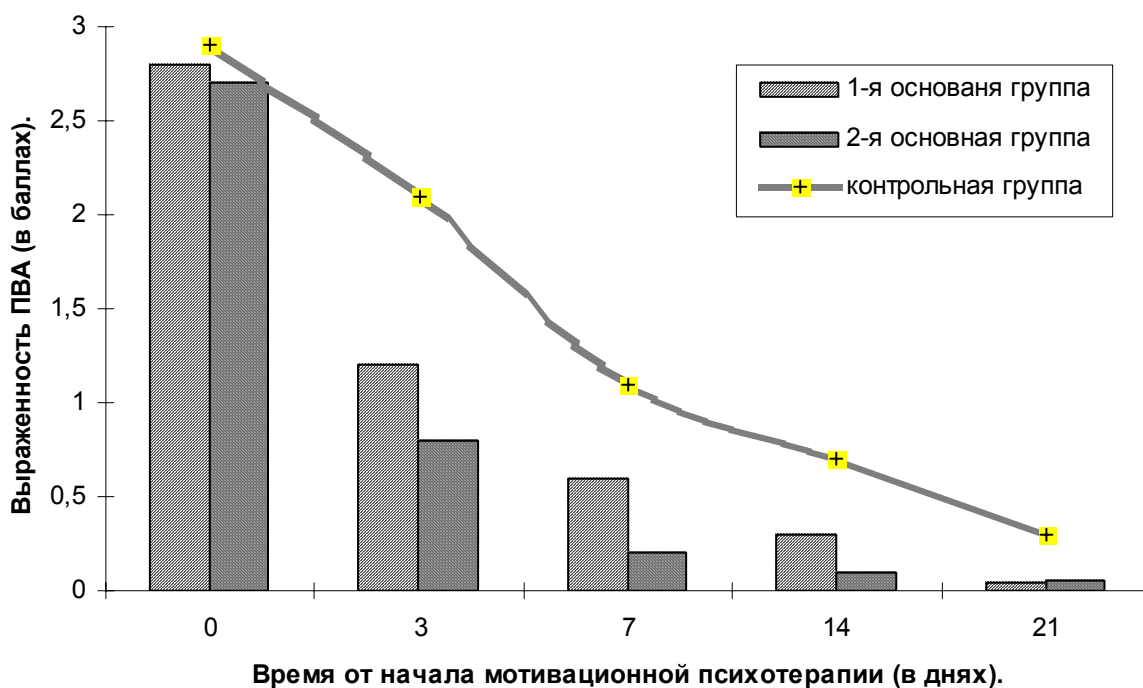


### Глава 3.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Патологическое влечение к алкоголю в постабстинентном периоде достоверно быстрее редуцировалась в основных группах, по сравнению с контрольной группой (см. рисунок 3).

**Рисунок 3. Выраженность ПВА у исследуемых пациентов основных и контрольной группы.**



Примечание. \* -  $p < 0.1$  (межгрупповое сравнение)  
\*\*-  $p < 0.05$  (межгрупповое сравнение)  
\*\*\* -  $p < 0.005$  (межгрупповое сравнение)

В первой основной группе уровень патологического влечения к алкоголю достовернее был меньше по сравнению с контрольной группой на 14( $p < 0,05$ ) и 21( $p < 0,01$ ) день. Во второй основной группе редукция патологического влечения к алкоголю достоверно была

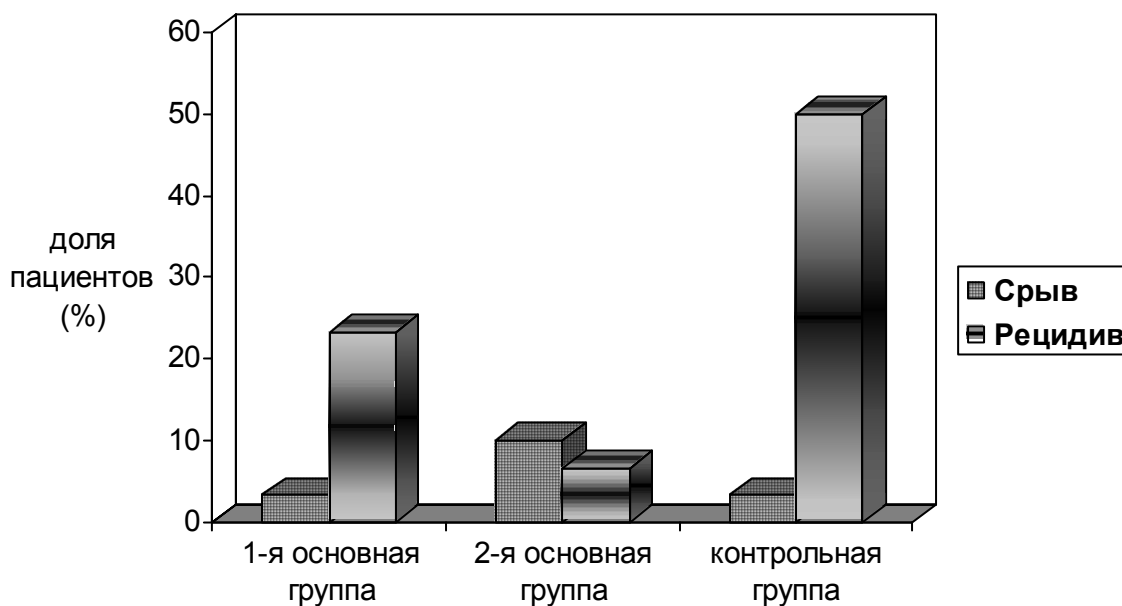
больше в сравнении с контрольной группой на 7 ( $p < 0,005$ ), 14 ( $p < 0,05$ ) и 21 ( $p < 0,01$ ) день.

Для оценки долгосрочной эффективности комплексной терапии использовались следующие критерии: частота срывов, частота рецидивов, доля пациентов, прекративших участие в антикрейвинговой терапии в течение 12 месяцев после выписки из стационара.

В течение 12 месяцев после выписки частота срывов (см. рисунок 4) в первой группе (поведенческой психотерапии) составила 3,3% (1 человек), во второй группе (лично-ориентированной психотерапии) – 10% (3 человека), в контрольной группе – 3,3% (1 человек).

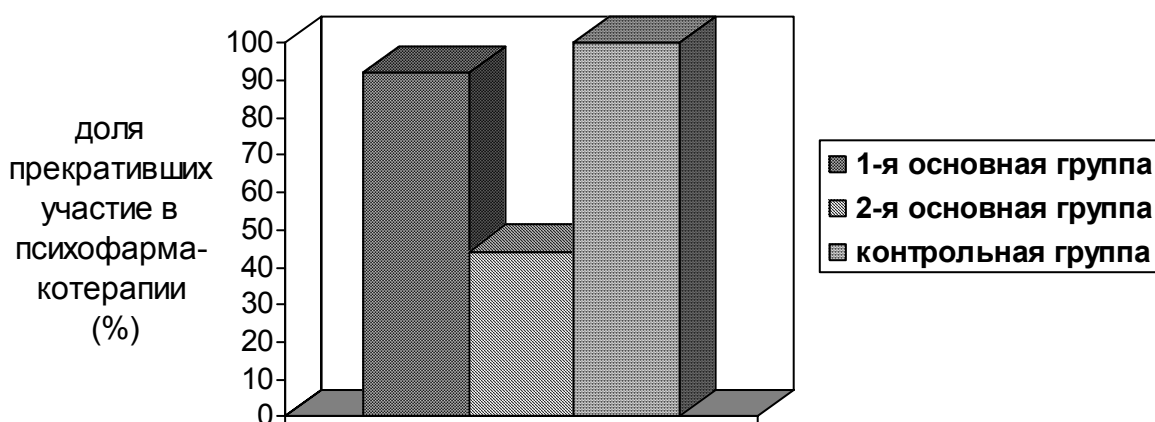
В течение 12 месяцев после выписки частота рецидивов (см. рисунок 4) в первой группе (поведенческой психотерапии) составила 23,3% (7 человек) ( $p < 0,05$ ), во второй группе (лично-ориентированной психотерапии) – 6,6% (2 человека) ( $p < 0,01$ ), в контрольной группе – 50% (15 человек).

**Рисунок 4. Долгосрочная эффективность (12 месяцев после выписки из стационара)**



Через 12 месяцев после выписки самостоятельно прекратили поддерживающую медикаментозную терапию в первой группе 92% (22 человека) ( $p \geq 0,1$ ), во второй – 44% (11 человек) ( $p < 0,01$ ), в контрольной – 100% (30 человек) (см. рисунок 5).

**Рисунок 5. Участие в психофармакотерапевтической программе (в течение 12 месяцев)**



### **3.1 Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью неустойчивыми и синтонными чертами характера.**

Доля пациентов с преобладанием неустойчивых и синтонных черт характера составила 37,8% (34 пациента).

Общими особенностями у пациентов этой подгруппы была общительность, неразборчивость в выборе знакомств, неустойчивость, подверженность внешним влияниям, безынициативность, пассивность. Они легко вступали в контакт, но не были способны на глубокие и длительные отношения. Обычно у них не было определенной цели в жизни. Низкая психическая и социальная активность сочеталась у них с

легкой податливостью, зависимостью от ситуационных влияний. Они неконфликтны, не могли, открыто проявлять агрессивные чувства, бороться за самоутверждение. В процессе психотерапии стремились быть максимально комплиментарными врачу.

Наиболее характерным для этой подгруппы больных было легкомыслие, неспособность к зрелому умозаключению, обобщению, поверхностность суждений, поспешность выводов. По данным анамнестических сведений эти больные в детстве отличались пассивностью, легко подчинялись и соглашались с другими. У многих из этих пациентов матери были властными, стеничными женщинами при слабохарактерных, отстраненных от воспитания детей отцах. С другой стороны эти больные отличались эмоциональной мягкостью, любили похвалу, обижались на замечания. Формы реагирования на трудные ситуации оформлялись по истерическому, возбудимому или астеническому типам. Чувствовали себя среди людей непринужденно. Преобладало нормальное или несколько повышенное настроение с оптимизмом, жизнерадостностью, довольством окружающими и самими собой. Больные из этой подгруппы обычно являлись душой компании, добродушными шутниками. Изменения личности характеризовались заострением преморбидных особенностей. 15 больных из этой подгруппы не были женаты, на лечение их приводили матери.

Алкоголь начали употреблять в период от 17 до 20 лет. Длительность этапа систематического злоупотребления спиртными напитками составляла от 3 до 5 лет. В первой стадии алкоголизма преобладала утрата контроля над количеством употребляемого алкоголя. В состоянии алкогольного опьянения настроение у больных повышалось, они легко устанавливали контакт с окружающими. Длительность первой стадии заболевания была в большинстве случаев от 5 до 9 лет. Вторая стадия заболевания характеризовалась нарастанием интенсивности первичного

патологического влечения к алкоголю, которое не осознавалось больными и не сопровождалось «борьбой мотивов». Злоупотребление алкоголем по типу псевдозапоев преобладало над постоянной формой. Длительность псевдозапоев была от 3-х до 12-ти дней. Отмечались амнезии периодов алкогольного опьянения. В структуре алкогольного абстинентного синдрома были как сомато-вегетативные, неврологические так и психопатологические проявления. Ситуационный контроль не нарушался. Толерантность к алкоголю сохранялась на максимальном уровне. Настроение по сравнению с преморбидным периодом становилось менее устойчивым, обнаруживались непродолжительные вспышки раздражения.

Таким образом, клинические проявления хронического алкоголизма у пациентов с синтонными и неустойчивыми характерологическими особенностями соответствуют закономерностям, типичным для популяции больных алкоголизмом.

Пациенты с синтонными и неустойчивыми чертами характера оказались одинаково резистентными к обоим видам мотивационной психотерапии, и динамика мотиваций не обнаружила никаких отличий при проведении мотивационной психотерапии поведенческого и клиент-центрированного типа.

У этих больных преобладали мотивировки отказа от алкоголя над истинной мотивацией. Такие пациенты поступали всегда под давлением внешних обстоятельств (семья, работа).

Пациенты с синтонными чертами характера во время первого контакта с психотерапевтом часто воспроизводили «аутопластический» паттерн поведения, то есть стремились вести себя так, как требовала, по их мнению, окружающая обстановка.

Пациенты с неустойчивыми чертами характера декларировали, что они лечатся не по своей воле, а идут на уступки родственникам ради по-

лучения какого-либо поощрения или чтобы избежать неприятностей (увольнение с работы, развод).

Первый этап мотивационной психотерапии (7-8 дней) строился на полном принятии таких пациентов, высоком уровне эмоциональной поддержки со стороны врача и на его конгруэнтности. Такое поведение врача способствовало эмоциональному раскрепощению пациента и своеобразному эмоциональному «отреагированию» агрессии как реакции на контролирующее поведение родственников. Использовались техники «сократический диалог», «адвокат дьявола», проверка гипотезы – при поведенческой психотерапии, эмпатическое выслушивание, избирательное отражение – при клиентцентрированной мотивационной психотерапии.

На втором этапе мотивационной психотерапии пациент с помощью врача (в индивидуальной психотерапии) или/и других пациентов (в группе) анализировал свои чувства, мысли и поведение и учился брать на себя ответственность за собственные мысли и поступки. Такое обучение происходило с использованием когнитивного анализа – при поведенческой психотерапии или техник «открытые вопросы», «обобщение суждений» и «подведение итогов» - при клиентцентрированной мотивационной психотерапии. Это способствовало формированию истинной мотивации, которую у данной группы пациентов можно назвать «мотивацией на перенос ответственности на себя», что соответствует «слабому месту» в личности таких пациентов по А. Е. Личко. Значимость таких мотивов как семья, работа была изначально существенной, так как собственно эти мотивы составляли мотивировку обращения за наркологической помощью, что позволило сократить второй этап (2-3 дня) мотивационной психотерапии и больше уделить времени на участие в третьем этапе.

Сущность третьего этапа (10-12 дней) заключалась в изменении отношений больных с родственниками, работодателем, коллегами по работе, а именно в обучении пациента активному ограничению контроля с их стороны и, соответственно, расширению ответственности за свое поведение. При проведении поведенческой терапии это осуществлялось с помощью тренинга умений, поведенческой репетиции, ролевых игр и планирования деятельности. При клиентцентрированной мотивационной психотерапии основным способом достижения поставленных целей оставался проблемно-ориентированный анализ. Таким образом, достигался необходимый баланс ответственности.

Особенностью мотивации на отказ от алкоголя у этой подгруппы пациентов был изначально низкий ее уровень (3-4 баллов). Повышение уровня мотивации на отказ от приёма алкоголя при проведении как клиентцентрированной, так и поведенческой мотивационной психотерапии был незначительным и практически не отличался от такового в контрольной подгруппе (см. рисунок 4).

При поведенческой мотивационной психотерапии (групповой) уровень мотивации увеличивался в первые 4-6 дней терапии быстрее, чем при проведении клиентцентрированной мотивационной терапии (6-7 баллов против 4-5 баллов соответственно). С другой стороны, положительные изменения мотивации. Достигнутые при проведении поведенческой мотивационной психотерапии отличались выраженной лабильностью с явной тенденцией к обратному развитию (от 6-8 до 4-5, у некоторых пациентов до 3-4 баллов на 8-14 дни комплексной терапии). При прекращении проведения поведенческой терапии отмечалась медленная устойчивая регрессия показателей мотивации отказа от алкоголя порой до исходного уровня, что сопровождалось параллельным усилением ПВА и заканчивалось рецидивом.

При клиентцентрированной мотивационной психотерапии уровень мотивации отказа от алкоголя повышался с гораздо меньшей скоростью (1-2 балла каждые 7-8 дней) и не достигал тех максимальных значений, которые фиксировались при проведении поведенческой психотерапии (до 5-6 против 7-8 баллов). С другой стороны, при клиентцентрированной психотерапии уровень достигнутой мотивации был более стабильным и сравнительно редко подвергался обратному развитию, даже после ее прекращения. Удержание достигнутого уровня мотивации без поддерживающей психотерапии длилось 2-3 недели, тогда при проведении поведенческой мотивационной терапии его практически не наблюдалось. После 1 месяца после прекращения психотерапии различия в уровнях мотивации сглаживались.

Уровень ПВА отличался сравнительно медленной положительной динамикой (с 3,0-2,5 баллов в начале комплексной терапии, до 2,4-2,1 баллов к седьмому дню, до 1,3-1,2 баллов к 14 дню и к 0,6-0,7 баллам к 21 дню), явной нестабильностью, склонностью к периодическим подъёмам. Различия в динамике уровня ПВА в основных и контрольных подгруппах было незначительным в первые три недели комплексной терапии. Различия в первые 2 недели после прекращения психотерапии сгладились в первой основной и контрольной подгруппе, а в последующем не выявлялись во всех трёх подгруппах.

Особенностями психотерапевтического процесса у пациентов этой подгруппы являются – низкая чувствительность пациентов к обоим типам мотивационной психотерапии; отсутствие краткосрочной эффективности поведенческой мотивационной психотерапии и долгосрочной эффективности обоих видов мотивационной психотерапии; в большинстве случаев медленная и неустойчивая положительная динамика уровня мотивации и ПВА и достаточно быстрое возвращение уровня мотивации и ПВА к исходным значениям.



В целом, можно говорить о резистентности пациентов данной подгруппы к мотивационной психотерапии.

### **Клинический пример № 1.**

Больной Е., 1951 г. р., находился на лечении в отделении психофармакологии НИИН с 11.12.2001 по 11.01.2002. На лечение поступил в первый раз самостоятельно.

Анамнез со слов больного, супруги и старшего брата.

Перенесенные заболевания: в 1988 году - аппендэктомия, в 1989 году перелом правой пяточной кости в состоянии опьянения.

Наследственность отягощена: отец и старший брат злоупотребляют алкоголем. Один из младших братьев в молодости злоупотреблял алкоголем, после запретительной процедуры не пьет в течение 10 лет. Мать умерла в возрасте 69 лет, страдала астмой, гипертонической болезнью.

С возраста 2-х лет больной воспитывался бабушкой, по характеру человеком мягким, добрым. Бабушка никогда не наказывала, баловала. Мать приезжала редко, раз в месяц, жила в другом селе. Мать имела среднее образование, работала в колхозе. По характеру была мягкосердечной и добродушной. В связи тяжелой болезнью бабушки в возрасте 7 лет вернулся в дом родителей. Отец, 75 лет, человек строгий, верующий, в воспитании сына участие принимал формально, в подготовке домашних заданий не помогал, больше наказывал за проступки. Образование среднее, работал в совхозе, затем на быткомбинате, в настоящее время пенсионер.

Мать родила без акушерской помощи и к врачам после родов не обращалась. Пациент детских дошкольных учреждений не посещал. Был веселым, шумным, подвижным ребенком, любил играть с другими детьми. Читать научился в школе, куда пошел в 7 лет. Учился самостоятельно. Предпочитал заниматься гуманитарными предметами - русская литература, рисование. В поведении отличался конформностью, был «любимчиком» среди учителей. Участвовал в художественной самодеятельности (играл на мандолине, домре, однорядной гармонии, пел). Вел общественную работу в комсомольской организации. Занимался в футбольной секции с 5 класса. 8 класс закончил с отличием, с наградным листом. В 15 лет впервые попробовал вино в группе с одноклассников «за компанию» вино, выпил 50 грамм, быстро опьянел, почувствовал себя плохо, тошнило, кружилась голова. На выпускном вечере выпил 100 грамм сухого вина, но опьянение уже не было таким тяжелым, как в первый раз. Состояние опьянения нравилось приливом эйфории,

расслабленностью, легкостью мыслей и действий. Выпивал, чтобы «...быть как все, чтобы легче общаться, быть смелее...».

После окончания школы год работал мастером связи в родном селе, получил 4 разряд. Там стал выпивать с сотрудниками по 50-100 г сухого вина по праздникам.

В 18 лет поступил в Московский Лесотехнический Институт на факультет автоматизации сельскохозяйственных предприятий. Учился в институте 2 года, в это время продолжал периодически выпивать с ровесниками в дни получения стипендии. Тогда впервые отмечались состояния тяжелого опьянения. Окончил учебу на 3 курсе в связи с неуспеваемостью и был призван в Вооруженные Силы в Кантемировскую дивизию, танковые войска. Во время службы в Армии употребление алкоголя отрицает.

В 22 года вернулся из армии, остался жить в Москве. Поступил на работу на АЗЛК. Работал много, занимался тяжелым физическим трудом, уставал. К этому времени относится начало формирования систематического приема алкоголя. По окончании рабочего дня стремился расслабиться с помощью алкоголя до 100-200 мл водки. Затем стал часто менять места работы, увольнялся в связи с пребыванием в нетрезвом виде. В 1979 году (28 лет) сформировался алкогольный абстинентный синдром с преобладанием соматовегетативного компонента. В возрасте 30 лет была однократная проба конопли. Состояние интоксикации не понравилось.

В 30 лет женится, жене было 28 лет. В течение всей семейной жизни отмечает конфликты по поводу отсутствия детей в семье.

С 1985 года (31 год) сформировались запои продолжительностью 2-3 дня, с перерывами в 1,5-3 месяца, затем длительность запоев увеличивается, а светлых промежутков укорачивается. Со слов супруги, в состоянии опьянения больной становился агрессивным, драчливым, кричал, ломал мебель, двери, не спал.

До 1992 года занимал должность дежурного электрика в РСУ УД ЦК КПСС, обслуживал строительное оборудование на правительственных дачах, получал большую зарплату. Перерывы между 2-3 дневными запоями стали составлять неделю. Толерантность возросла до 1-1,5 литра водки в сутки. Отмечались тотальные амнезии опьянения.

С 1996 года (45 лет) пьет по две недели подряд, причем отмечает, что стал плохо переносить крепкие алкогольные напитки, говорит, что «один только запах водки вызывал отвращение и тошноту», стремился пить дробными дозами, постоянно, отмечает снижение как разовой, так и суточной дозы (до 50-100 мл крепленого

вина в день). В периоды обострений суточная доза возрастала до 200-300 мл крепленого вина.

В 1999 (48 лет) году впервые обратился за помощью к частному наркологу. Была проведена запретительная процедура сроком на 1 год, отмечалась ремиссия 6 месяцев. Все это время сохранялась персистирующая внутренняя тревога, усиливающаяся к вечеру, астения, постоянно думал об алкоголе, на пике алкогольных фантазий чувствовал вкус вина на кончике языка.

Последние 4 дня в структуре перемежающегося употребления алкоголя отмечается обострение в виде увеличения суточной дозы до 300 мл крепленого вина. Поступил на лечение самостоятельно.

#### СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Изо рта запах алкоголя. Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Тургор кожи снижен. Кожа серая, влажная, теплая. Лицо гиперемированно. Дермографизм лабильный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 17 в минуту. Сердечные тоны глухие, ритмичные, правильные. ЧСС=пульсу=90 в минуту. АД 190/110 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 165 г/л; лейкоциты –  $8,5 \times 10^9$ /л; эритроциты –  $6,5 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 14 мм/ч. Биохимический анализ: АЛТ – 169 ЕД, АСТ – 185 ЕД, ГГТ – 169 ЕД. Глюкоза – 4,2 ммоль/л, общий белок – 6,2 г/л. Анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая. Исследование крови на антиген вирусного гепатита В – отрицательно, на RW и ВИЧ – отрицательно. Заключение терапевта – алкогольная болезнь печени.

#### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Язык по срединной линии. Зрачки одинаковые, широкие. Фотореакция зрачков снижена. В позе Ромберга неустойчив, падает при выполнении сложного варианта пробы. Пальценосовую пробу не выполняет. Походка шаткая. Рефлексы одинаковы, усилены равномерно. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Патологических рефлексов не обнаружено. Выраженный тремор языка, конечностей.

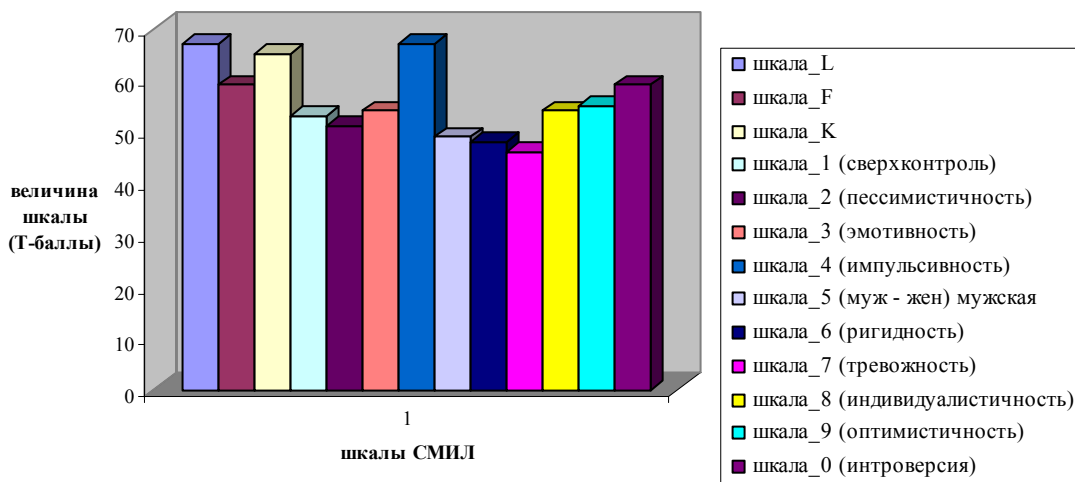
#### ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Заходит в ординаторскую неуверенной походкой. Поза расслаблена. Выглядит неопрятно. Речь смазана, несколько замедленна, при беседе отвечает с задержкой, склонен к излишней детализации, редко дает прямые ответы, беседу прерывает всхлипыванием, при разговоре о неприятном будущем у больного на лице тотчас же появляются слезы. В то же время при приятных воспоминаниях начинает смеяться. Настроение неустойчивое, с преобладанием тревоги. При беседе жалуется на чувство вины перед родственниками, сниженный аппетит, активно ищет помощи. Скорость мышления снижена, по содержанию на момент обследования не нарушено. Суждения инфантильны. Восприятие на момент обследования не нарушено. В беседе подчеркивает, что «с выпивкой сильно изменилась память, утратил способность сразу запоминать прочитанное, замечает, что вынужден пользоваться записной книжкой, чтобы вспомнить телефоны друзей». Больной особенно обеспокоен тем, что в состоянии опьянения нарушается ориентировка, долго не может понять, где находится. Внимание неустойчиво, нецеленаправленно, в ходе беседы быстро истощается. Волевые функции снижены. Критика к влечению устойчива, к заболеванию формальна. Знания соответствуют полученному образованию. Память на прошлые события, фиксационная, кратковременная снижена.

#### Данные психологического обследования.

Результаты тестирования с помощью теста ММРІ:

Рисунок 6. Показатели шкалы СМІЛ больного К.



Код 4' 093821- 567/ (см. рисунок 6).

Тест является валидным ( $30 \leq K \leq 70$ ;  $30 \leq L \leq 70$ ;  $30 \leq F \leq 70$ ). Индекс диссимуляции равен 4 (подтверждает предположение о достоверности теста).

$L=67$  ( $L>51$ ) в данном клиническом случае подтверждает тенденцию нашего пациента быть чрезвычайно уступчивым и социально конформным. Такое значение шкалы  $L$  указывает на возможные ригидность, наивную оборонительность, самоцентрированность, неоригинальность в мышлении и негибкость в подходах решений проблем и необычайно традиционный стиль жизни у данного пациента. С другой стороны, такое значение шкалы  $L$  предполагает тенденцию пациента быть незащищенным, подавленным, отрицающим и маскирующим неприятные черты в самом себе. Для этого больного характерно слабое понимание мотивов своего поведения. По мнению Рукавишников А.А, Соколовой М.А. (1993) такие пациенты являются плохими кандидатами для психотерапии.

Конфигурация шкал СМИЛ у нашего пациента наводит на мысль, что пациент активно защищается от признания своих психологических проблем, так как рассматривает их как проявление слабости. Такие пациенты избегают ситуаций, в которых их результаты были бы хуже, чем у других. Этот больной, скорее всего, склонен к подчинению, чаще и легко попадает под влияние, он внушаем и чрезмерно чувствителен к оценкам окружающих, «групповой зависимости». Пациенты с таким профилем СМИЛ также робки, тревожны, заторможены, имеют интеллект, выше среднего. Сравнительный подъем по шкале 4 указывает на высокий риск употребления психоактивных препаратов (в нашем случае алкоголя).

#### ДИАГНОЗ.

МКБ-9: Алкоголизм, третья стадия, перемежающаяся форма злоупотребления алкоголем, среднепрогредиентное течение у синтонной личности с умеренной социальной дезадаптацией. Абстинентный синдром средней степени с преобладанием соматовегетативных расстройств.

МКБ-10: Зависимость от алкоголя, конечная стадия, активное употребление, постоянная форма, синдром отмены алкогольный неосложненный средней степени тяжести F 10.2532, F10.30

Динамическое наблюдение, лечение.

Пациент поступил на 1 день абстинентного синдрома. С первого дня начал получать финлепсин по 600 мг/сутки и адекватную дезинтоксикационную терапию.

Первые 4 дня получал феназепам по 4 мг/сутки. С первого же дня отмечается повышенная сонливость и сонливость днем, усиливается слабость. Первые два дня наблюдаются единичные эпизоды просоночного сознания. Дезориентировка в сравнении с днем поступления даже несколько усиливается, пациент путается в датах, месте пребывания, в окружающих лицах, причем интенсивность дезориентировки носит ундулирующий характер. Со второго дня отмечается исчезновение тремора, снижение тяги к алкоголю, снижение тревоги, исчезновение снов с алкогольной тематикой. На 10-11 день снизилась ипохондрия, дисфория, появился повышенный аппетит.

На 6 день оказалось возможным включить больного в индивидуальную поведенческую психотерапию. С этого времени стал более общительным с соседями по палате, играл в настольные игры, смотрел телевизор, активно помогал по отделению. За время пребывания в стационаре пациент отмечает, что тяга к алкоголю снижалась не сразу, а постепенно, и к 23-25 дням интенсивность ПАВ была сопоставима с таковой в двух других изучаемых группах.

На инициальном этапе поведенческой мотивационной психотерапии пациент с помощью врача в индивидуальной психотерапии анализировал свои чувства, мысли и поведение и учился брать на себя ответственность за собственные мысли и поступки. Такое обучение происходило с использованием когнитивного анализа. Это способствовало формированию истинной мотивации. Использовались техники «сократический диалог», «адвокат дьявола», «проверка гипотезы».

На втором и третьем этапе (10-12 дней) целью психотерапии было изменение отношений больного с родственниками, именно в обучении пациента активному ограничению контроля с их стороны. Это осуществлялось с помощью тренинга умений, поведенческой репетиции, ролевых игр и планирования деятельности.

За пределами психотерапевтической ситуации также происходили изменения психического состояния больного. У пациента уменьшились прямые и косвенные признаки патологического влечения к алкоголю (прекратились мысли об алкоголе, больной был нейтрален при нахождении рядом с больными, смаковавшими выпивку в прошлом, у больного при беседе о приятных аспектах выпивки отсутствовали какие-либо вегетативные признаки, «голова заполнилась мыслями о работе и о будущем»). Пациент стал более общительным с другими больными, с чувством радости встречался с родственниками во время свиданий, активно помогал медперсоналу. Активность пациента носила конструктивный характер, не вызывала нареканий со

стороны медицинского персонала и не отражалась на процессе засыпания, и потому не требовала медикаментозной коррекции.

При поведенческой мотивационной психотерапии (групповой) у этого пациента уровень мотивации увеличивался медленно (на 5 день – 5 баллов, на 7 день – 6 баллов, на 10 день – 7 баллов). Положительные изменения мотивации, достигнутые при проведении поведенческой мотивационной психотерапии у этого пациента отличались выраженной лабильностью с явной тенденцией к обратному развитию (от 6-7 до 4-5 баллов на 14 день комплексной терапии). При прекращении проведения поведенческой терапии отмечалась медленная устойчивая регрессия показателей мотивации отказа от алкоголя порой до исходного уровня, что сопровождалось параллельным усилением ПВА и заканчивалось рецидивом.

Уровня ПВА отличался сравнительно медленной положительной динамикой (с 2,5 баллов в начале комплексной терапии, до 2,4 баллов к седьмому дню, до 1,3 баллов к 14 дню и к 0,7 баллам к 21 дню), явной нестабильностью, склонностью к периодическим подъёмам.

#### Заключение.

Больной происходит из наследственно отягощенной семьи. Отец и родные братья злоупотребляли алкоголем.

Семья – дисфункциональна. Дисфункциональность определяется отсутствием семьи как таковой – отец постоянно в состоянии опьянения, а мать большую часть времени проводит на работе. Со стороны обоих родителей ребенок не получал эмоциональной поддержки, «воспитывался улицей». Воспитание в условиях гипопеки и отсутствием эмоциональных отношений со стороны матери и отца.

С раннего возраста больному были свойственны такие черты характера как конформность, уступчивость, общительность, подчиняемость групповым нормам – «старался быть как все...».

Первые пробы алкоголя относятся к 15 годам. Начальная стадия зависимости от алкоголя сформировалась в 21 год, проявлялась первичным влечением к алкоголю, частым употреблением спиртного и снижением количественного контроля.

Средняя стадия алкогольной зависимости сформировалась у больного в 30 лет. Тогда же был сформирован алкогольный абстинентный синдром с преобладанием соматовегетативных расстройств с утренним опохмелением. С того времени отмечаются алкогольные амнезии, выраженное первичное влечение к алкоголю.

Конечная стадия сформировалась в 45-46 лет и определялась перемежающимся паттерном употребления алкоголя, снижением переносимости алкогольных напитков, снижением разовой и суточной толерантности.

Изменения личности выступают в виде заострения преморбидных черт. Интеллектуально - мнестического снижения наблюдается в незначительной степени.

Особенностями психотерапевтического процесса у данного пациента являются – низкая чувствительность к мотивационной психотерапии; отсутствие краткосрочной и долгосрочной эффективности мотивационной психотерапии; медленная и неустойчивая положительная динамика уровня мотивации и ПВА и достаточно быстрое возвращение уровня мотивации и ПВА к исходным значениям при прекращении поведенческой мотивационной психотерапии.



### **3.2 Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью с преобладанием астенических и психастенических характерологических особенностей.**

Доля пациентов с преобладанием с преобладанием астенических и психастенических черт характера составила 21,1% (19 больных).

Чаще, чем в других подгруппах, у них встречались перенесенные в дошкольном и младшем школьном возрасте полиморфные страхи. Ключевая характерологическая особенность больных этой группы выражалась в преобладании тревожности, ананкастической робости, создающей предпосылки для возникновения сомнений, опасений и нерешительности, неуверенности в себе, заниженной самооценки, избегания неопределенных ситуаций, ожидания неприятностей. Это сочеталось с истощаемостью, неспособностью к длительным усилиям, как интеллектуальным, так и физическим, подверженностью внешним влияниям. Они избегали повышенных нагрузок, ответственности, были недостаточно инициативными, неспособными к волевому длительному напряжению.

Настроение у них характеризовалось неустойчивостью, преимущественно пониженным фоном. Среди малознакомых лиц они чувствовали себя неуверенно, старались держаться в стороне. Пребывание в обществе всегда было связано для них со значительным напряжением, что свидетельствовало о затруднении межличностных контактов. Они предпочитали уединенные занятия, при этом легко приходили в отчаяние при неудачах. В таких случаях ощущали слабость, разбитость, чувствовали себя неспособными выполнять повседневные обязанности.

На фоне пониженного настроения у таких лиц легко возникали различные страхи, чувство вины, навязчивые опасения за состояние

своего здоровья. Вместе с тем, эти люди отличались трудолюбием, добросовестностью и повышенным чувством долга. Раздражительность, нередко наблюдавшаяся у этих больных, проявлялась в кратковременных вспышках и быстро сменялась чувством утомления, истощения, сожалениями по поводу своего «неправильного» поведения.

Изменения личности обычно исчерпывались заострением преморбидных особенностей. При этом выявлялась склонность к фобиям ипохондрического содержания.

Алкоголь начали употреблять в период от 18 до 20 лет. Алкоголизм формировался у них под влиянием неблагоприятного микросоциального окружения. Вначале спиртные напитки часто служили, как бы средством снять тревожность, неуверенность в себе, обеспечить возможность непринужденного поведения в психологически трудной ситуации. Длительность этапа систематического злоупотребления алкоголем составляла от 3 до 8 лет.

Признаки первой стадии алкоголизма в большинстве случаев формировались в возрасте 19-25 лет. Влечение к алкоголю появлялось не только в субъективно значимых, психотравмирующих ситуациях, но и спонтанно, сопровождалось «борьбой мотивов». Часто состояние больных в опьянении менялось, появлялась раздражительность, беспокойство. Длительность первой стадии заболевания составляла в большинстве наблюдений от 3 до 10 лет.

Во второй стадии алкоголизма первичное патологическое влечение к алкоголю превалировало над вторичным. При этом чаще обострение первичного патологического влечения к алкоголю сопровождалось изменением настроения с появлением депрессивно-дисфорического оттенка. Употребление алкоголя носило характер постоянного пьянства на фоне высокой толерантности. Реже наблюдались продолжительные псевдозапой. На этом этапе заболевания

утяжелались и вторичные формы патологического влечения к алкоголю. Амнестические расстройства проявлялись в виде алкогольных палимпсестов.

В структуре абстинентного синдрома у больных этой подгруппы психопатологические расстройства явно преобладали над соматовегетативными. Характерным для этих состояний было угнетенно-тревожное настроение, которое сопровождалось самообвинениями.

Таким образом, у больных данной подгруппы симптомы алкоголизма формировались заметно медленнее, чем обычно это наблюдается в общей популяции больных алкоголизмом. Социальное снижение слабо выражено и по глубине отставало от тяжести клинических проявлений заболевания.

Пациенты с психастеническими и астеническими чертами характера оказались наиболее чувствительными к поведенческой мотивационной психотерапии.

Эти пациенты поступали чаще всего в состоянии так называемого мотивационного когнитивного диссонанса. Они, с одной стороны, были достаточно внешне и внутренне замотивированы на отказ от алкоголя, а с другой, имели большой опыт лечения собственной тревоги и различных проблем с помощью алкоголя. Оба мотива – и отказ от алкоголя, и подавление тревоги с помощью алкоголя – оказывались равносильными. Поэтому на первом этапе (2-3 дня) психотерапии достаточно было в директивном стиле помочь сделать выбор в пользу мотива отказа от алкоголя. Эта цель достаточно быстро достигалась с использованием методик «сократический диалог» «адвокат дьявола». Именно эти техники у данной подгруппы пациентов в большей степени способствовали разрушению анозогнозии.

Пациенты вели дневник наблюдений за своими чувствами, поведением, и мыслями, связанными с патологическим влечением к алкоголю. Когда мотивация отказа от алкоголя была создана, что определялось соответствующими изменениями, как уровня мотивации, так и уровня ПВА, сразу переходили в следующий этап мотивационной терапии.

Следует отметить, что этап индивидуальной мотивационной психотерапии был самым минимальным у данной подгруппы пациентов (2-4 дня), и основная психотерапевтическая работа и динамика происходили в группе (групповой психотерапии).

На втором этапе (4-5 дней) обозначались наиболее значимые для пациента мотивы, связанные с высоким уровнем тревоги и чувством неполноценности. Психотерапия происходила практически только в группе.

Прежде всего, использовался когнитивный анализ, цель которого найти, проанализировать и изменить патологические мысли, которые входят в идеаторный компонент ПВА. Средствами для поиска подобных мыслей были собственные наблюдения (в том числе и записанные в дневнике), техника «мозговая атака». Анализ найденных мыслей осуществлялся с помощью методик «сократический диалог» и «проверка гипотезы». Изменение найденных патологических мыслей происходило в результате применения техник «декатастрофизация», «реатрибуция», «переформулирование», «децентрализация». В ходе когнитивного анализа значительно снижался уровень ПВА (см. далее динамику ПВА) в основном за счет идеаторного и аффективного компонентов.

На третьем этапе (16-18 дней) пациенты обучались новым и конструктивным способам поведения в ситуациях, провоцирующих тревогу, чувство собственной неполноценности и усиливающих желание

употребить алкоголь. Участвуя в тренингах умений, пациенты приобретали навыки отказа от предложенного алкоголя в компании, избегания рискованных ситуаций, умению выразить свои чувства в тот момент, когда они переживаются. В ходе поведенческих репетиций и ролевых игр подобные навыки закреплялись и усиливались.

В третьей стадии в поведенческой групповой психотерапии пациенты активно участвовали в противорецидивных тренингах с представлением ситуации срыва (рецидива) *in vitro*. В противорецидивном тренинге прорабатывались чувства, мысли и поведение в группе и планировалась дальнейшая деятельность после срыва (рецидива). У пациентов этой подгруппы эффективность противорецидивных тренингов напрямую зависела от количества проработанных проблемных ситуаций.

Разумеется, на всех трех стадиях использовались и элементы клиентцентрированной мотивационной психотерапии (эмпатия, конгруэнтность), но им отводилась второстепенная роль.

Особенностью развития мотивации на отказ от алкоголя был изначально низкий ее уровень (4-6 баллов). Дальнейшая динамика мотивации и уровня ПВА зависела от типа мотивационной психотерапии.

При применении поведенческой мотивационной психотерапии фиксировался быстрый подъем уровня мотивации (до 7-8 баллов на 5 день, до 9-10 баллов на 12 день) и до максимального 11-12 баллов на 14 день лечения. После достижения определенного уровня мотивация продолжала оставаться стабильной на всем протяжении мотивационной психотерапии (11-12 баллов с 15 дня терапии).

Изменения уровня мотивации в ходе комплексной (медикаментозной и поведенческой) терапии у данной подгруппы пациентов соответствовали сравнительной быстрой обратной динамике

уровня ПВА – с 3,0-2,5 баллов в начале комплексной терапии, до 2,2-1,0 баллов к седьмому дню, до 0,3-0,4 баллов к 14 дню. С 16-18 дня терапии ПВА стабилизировалось на уровне 0,1-0 баллов.

### **Особенности применения клиентцентрированной мотивационной психотерапии у пациентов с астеническими и психастеническими чертами характера.**

При применении клиентцентрированной мотивационной психотерапии подъем вначале был медленным (до 6-7 баллов на 5 день, до 7-8 баллов на 8 день), но затем (с 9-10 дня) у восьми человек из данной группы снова снижался до 5-6 баллов и в дальнейшем либо оставался на этом уровне, либо уменьшался (у четырех пациентов - до 4-5 баллов).

ПВА у пациентов с астеническими чертами характера, в первые 3-5 дней (когда применялась только изолированная медикаментозная терапия) медленно, но стабильно уменьшалось с 2,5-2,9 баллов до 1,8-1,6 баллов. При присоединении клиентцентрированной мотивационной психотерапии ПВА 2-3 дня оставалось на достигнутом уровне (1,8-1,6 баллов), но затем повышалось практически до исходного (2,3-2,8 баллов) и стабилизировалось на этом уровне.

При анализе шкалы ПВА оказалось, что как начальное снижение, так и следующий подъем уровня ПВА происходил в большей степени за счет аффективного и в меньшей степени за счёт идеаторного и поведенческого компонента. Клинически это проявлялось в том, что пациенты жаловались на появление трудностей засыпания, частые пробуждения, на навязчивые и мучительные мысли об алкоголе, на усиление внутренней тревоги к вечеру, снижение аппетита. У пациентов изменялось поведение – они высказывали мысли о досрочной выписке, выражали сомнение в необходимости долгосрочного лечения. Подобные

психопатологические расстройства расценивались как усиление патологического влечения к алкоголю. Направленность психотерапии менялась на поведенческую, происходила коррекция фармакотерапии, в результате чего на 3-4 день после изменения типа мотивационной терапии вышеназванные расстройства купировались. Последующая динамика мотивации и ПВА соответствовала таковой у пациентов с астеническими чертами характера изначально участвовавших в комплексной терапии с поведенческой направленностью.

Особенностями психотерапевтического процесса у пациентов этой подгруппы являются – высокая чувствительность пациентов к поведенческой мотивационной психотерапии и низкая чувствительность к клиентцентрированной; приоритет групповой психотерапии над индивидуальной на всех этапах мотивационной психотерапии; достаточно быстрая положительная динамика уровня мотивации и ПВА при исходно низких значениях.

Можно предположительно говорить, что для пациентов данной подгруппы основой мотивационной психотерапии на всех этапах является поведенческая психотерапия.

### **Клинический пример № 2.**

Больной Д., 1961 г. р., находился на лечении в отделении психофармакологии НИИН с 17.05.2002 по 17.06.2002. На лечение поступил в первый раз, в сопровождении матери.

Анамнез заболевания со слов больного, матери и медицинской документации:

Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Отец в состоянии опьянения становился подавленным, высказывал мысли о самоубийстве, мог беспричинно плакать, упрекать себя. Воспитанием сына не занимался, так как очень много работал, со слов матери «мог несколько дней подряд работать по ночам, не возвращаясь домой». Родители в разводе, пациент больше воспитывался матерью.

Беременность поздняя, с явлениями токсикоза беременности легкой степени, масса тела 3,5 кг. Закричал после похлопывания.

Раннее развитие пациента отличается сильной привязанностью к матери, не мог на долгое время оставаться в одиночестве, начинал громко кричать и плакать, долго не мог успокоиться. В первые три года не мог посещать детский сад из-за болезненности и выраженной реакции расставания с матерью: когда мать уходила из детского сада, долго плакал, искал мать и после истощения стремился к уединению, любил играть в одиночестве. Среди ровесников в ДДУ отличался выраженной застенчивостью, скромностью, подчиняемостью, не мог постоять за себя, прослыл тихоней. Среди воспитателей был любимчиком за исполнительность и примерное поведение.

Воспитание дисгармоничное. Со стороны отца безнадзорность, со стороны матери – гиперопека. С 2 лет в связи с заиканием наблюдается невропатологом. По поводу косоглазия наблюдается у окулиста.

Учился в школе с углубленным изучением английского языка с 7 лет. Сразу же обнаружил высокие способности. Был лучшим учеником в классе. Со слов матери «среди ровесников из-за слабости характера был объектом насмешек и издевательств, несколько раз резали на нем школьную форму, а он стоял и плакал». Друзей практически не было. Свободное время проводил за чтением книг, увлекался фантастической литературой. Любил мечтать, что когда-то станет всемогущим, будет помогать слабым и обездоленным. Предпочитал заниматься точными науками, участвовал в олимпиадах по математике, физике и химии, занимал призовые места. Посещал математический кружок. Окончил школу с золотой медалью и поступил без труда в Московский авиационный институт, который также заканчивает с красным дипломом. После окончания института служит на Байконуре начальником радиолокационной станции. Там же, в возрасте 21 год, начинает периодически употреблять спирт по 50-100 мг в сутки «после каждого успешного запуска космической ракеты, так как перед этим долго и интенсивно работал, и накапливалась страшная усталость». В состоянии опьянения исчезала тревога, напряжение, наступала приятная расслабленность. Первые приемы алкоголя длительное время сохранялась рвотная реакция.

Через два года после окончания службы женится. Есть дочь 16 лет, с высоким интеллектом.



После службы в армии поступает в аспирантуру космический НИИ, там же защищается, отмечает неумную страсть к работе, мог работать несколько дней напролет. Во время «перестройки» меняет место работы, работает в банке сетевым администратором.

В возрасте 30 лет отмечается начало систематического употребления алкоголя, которое усиливалось во время приступов тоски и апатии. В связи с употреблением алкоголя периодически меняет места работы, но удерживается за счет отличных знаний информатики и большого опыта работы. По поводу злоупотребления алкоголем с 1994 года (33 года) неоднократно «кодировался», сроки выдерживал.

В 1999 (38 лет) году состояние опять изменилось, появилась тревога, не мог спать ночами, возобновил прием алкоголя. Отмечает, что в этот раз алкоголь действовал как лекарство, хорошо его успокаивал, запой длился около 1 месяца, суточная толерантность достигала 5-6 литров крепкого пива. Запой прекратился лишь после вызова частного нарколога на дом. За период 2000-2001 (39-40 лет) года такие запои повторялись до 3-4 раз в год, длительностью до 2-4 недель, с той же толерантностью. Алкогольный синдром отмены сформировался в 1999 (38 лет) году, причем на первый план ААС выступали психопатологические изменения в виде идей самообвинения, мощной генерализованной внутренней тревоги, которую стремился снять с помощью транквилизаторов (феназепам до 3-4 мг в сутки, реланиума до 30-40 мг в сутки). Расстройства восприятия и мышления, припадки, утрату сознания в состоянии похмелья отрицает. Отмечает за последние десять лет полную утрату памяти на период опьянения. Последний запой 17 дней с толерантностью 6 литров крепкого пива в сутки. Последние пять дней до госпитализации ничего не ест, последние три дня не спит.

#### СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Изо рта запах алкоголя. Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Тургор кожи снижен. Кожа серая, влажная, теплая. Лицо гиперемированно. Дермографизм лабильный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 17 в минуту. Сердечные тоны глухие, ритмичные, правильные. ЧСС=пульсу=85 в минуту. АД 140/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 165 г/л; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9$ /л; эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 4 мм/ч. Биохимический анализ: АЛТ – 89 ЕД, АСТ – 78 ЕД, ГГТ – 140 ЕД. Глюкоза – 4,2 ммоль/л, общий белок – 6,2 г/л. Анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая. Исследование крови на антиген вирусного гепатита В – отрицательно, на RW и ВИЧ – отрицательно. Заключение терапевта – алкогольная болезнь печени.

#### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Язык по срединной линии. Зрачки одинаковые, широкие. Фотореакция зрачков снижена. В позе Ромберга неустойчив. Пальценосовую пробу выполняет с грубыми ошибками. Походка шаткая. Рефлексы одинаковы, усилены равномерно. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Патологических рефлексов не обнаружено. Выраженный тремор языка, конечностей

#### ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Заходит в ординаторскую неуверенной походкой. Выглядит опрятно. Мимика малоподвижная, депрессивная. Взгляд унылый, неуверенно смотрит в глаза собеседнику. Речь правильная, несколько замедленная. Настроение с преобладанием подавленности и тревоги. При разговоре о неприятном для больного прошлом, на его глазах появляются слёзы. Мышление абстрактное, скорость мышления снижена, мышление по содержанию на момент обследования не нарушено. Суждения эгоцентричны, инфантильны, фокусированы на депрессивных переживаниях, на чувстве вины. Жалуется на внутреннее беспокойство, неуверенность, на угасание интереса к жизни, навязчивые мысли о бессмысленности жизни, мешающие уснуть, на чувство вины, «все кажется серым». Беспокоит ощущение, что «он выбит из колеи», усталость, раздражительность. Восприятие на момент обследования изменено по депрессивному типу, весь мир воспринимается в сером цвете, все тяготит, кажется тусклым, опустошенным. Внимание неустойчиво, в ходе беседы истощается. Волевые функции снижены. Критика к влечению устойчива, к заболеванию есть. Знания соответствуют возрасту и полученному образованию. Память на прошлые события, фиксационная, кратковременная снижена. Самооценка снижена.

Диагноз:

МКБ-09: Хронический алкоголизм, вторая стадия, запойное пьянство на фоне высокой толерантности, среднепрогредиентное течение у личности с

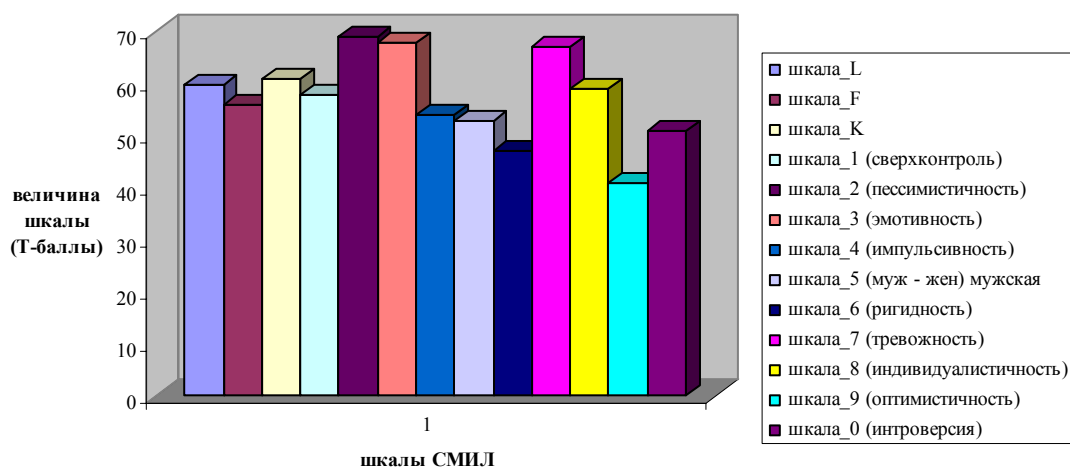
психастеничными чертами характера со слабой социальной дезадаптацией, Абстинентный синдром с выраженным психопатологическим компонентом (депрессивным) средней степени тяжести.

МКБ-10: Зависимость от алкоголя, средняя стадия, периодическое течение, обострение, с умеренными соматическими последствиями. Алкогольный синдром отмены средней степени тяжести неосложненный. F 10.2520 F 10.30

Данные психологического обследования.

Результаты тестирования с помощью теста ММРІ:

Рисунок 7. Показатели шкалы СМІЛ больного Д.



Код 237' 8150-69/ (См. рисунок 7).

Тест является валидным ( $30 \leq K \leq 70$ ;  $30 \leq L \leq 70$ ;  $30 \leq F \leq 70$ ). Индекс диссимуляции равен -5 (подтверждает предположение о достоверности теста).

Кодом 23 у нашего пациента указывает на тревожность, беспокойство о многих вещах и раздражительность. Наш больной чувствует себя несчастным, дисфоричным и лишенным инициативы. Это человек интровертирован, гиперсензитивен. Для него очень важно то, что о нём думают люди. Он является пассивным исполнителем, и имеет сильную тенденцию направлять чувство вины и свой гнев на себя.

Наш больной сдержан, чувствует себя полным сомнений в себе и беспомощно ощущает неспособность что-то сделать или даже начать что-то. Часто (при низком

показателе девятой шкалы, как в нашем случае) он будет ощущать слабость, утомление и истощение. Он, скорее всего, имеет трудности в выражении своих чувств (высокий уровень алексетимии). Для него характерно развитие подавленности как реакции на стресс.

Высокий показатель по шкале 7 указывает на склонность нашего пациента быть obsессивно беспокойным, напряженным, нерешительным, и неспособным к концентрации. Часто это проявляется в навязчивых мыслях и «умственной жвачке», постоянном сомнении и связанной с ним депрессией. Если такой пациент (как в нашем случае) имеет высокие интеллектуальные способности, то некоторое время ему будет удаваться контролировать тревожность с помощью защитных механизмов (напр. интеллектуализация).

Злоупотребление алкоголем характерно может именно для таких пациентов в первую очередь. Потребность в терапии у таких пациентов очень низкая. Они устойчивы к несчастьям и имеют низкий жизненный тонус. У них отсутствует самопонимание, они сопротивляются психологической интерпретации и редко ищут помощи. Пациентов с повышением по шкалам 2, 3, 7 трудно лечить, так как они, кажется, научились жить со своими жалобами и использовать их. Несмотря на то, что пациент может показать хороший результат при краткосрочном лечении, симптомы могут быстро вернуться вновь.

Динамическое наблюдение и лечение.

Пациент поступил в стационар на 1 день алкогольного абстинентного синдрома, в структуре которого были как вегетосоматический компонент в виде тремора, тошноты, потливости, анорексии, так и психопатологический в виде выраженной тревоги, беспокойства, чувства вины и подавленности. Пациент начал получать депакин с первого дня в дозе 1200 мг в сутки, наряду с массивной дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии.

Первые 4 дня пациент получал реланиум в суточной дозе до 20-30 мг внутримышечно. В первые четыре дня пациент отмечал значительное улучшение соматического самочувствия: появился аппетит, исчезла потливость, приливы жара и холода. Улучшилось и неврологическое состояние: исчез тремор, прекратились головные боли и головокружения, стала ровной походка. Кроме этого пациент отмечает резкое снижение патологического влечения к алкоголю: исчезли мысли о выпивке, прекратились сны на алкогольную тему. Нейтрально чувствовал себя в кругу больных, обсуждавших удовольствие от выпивки. В это время пациент стал

участвовать в индивидуальной клиентцентрированной мотивационной психотерапии.

На инициальном этапе мотивационной клиентцентрированной психотерапии начинался проблемно-ориентированный анализ. Психотерапевт поддерживал пациента в признании болезни (работа с анозогнозией), помогал пациенту повысить понимание проблемы.

В первую очередь, создалась мотивация на общение пациента с врачом через недирективное усиление доверия пациента к врачу. Была сформирована безопасная, целостная и человеческая среда. Психотерапевт вначале проводил диагностическую беседу, которая строилась с помощью методики «открытые вопросы» и «техники эмпатического выслушивания».

Чтобы структурировать беседу и направить ее в определенное русло, использовалась техника «избирательное отражение». При «подведении итогов» психотерапевт в сжатой форме проговаривает все сказанное пациентом, чтобы сделать проблему более ясной и понятной.

Поддерживалось любое выражение чувств, в том числе страха и тревоги, врач помогал проговаривать мысли, связанные с этими чувствами.

На 5-7 день после начала клиентцентрированной мотивационной психотерапии, тревога, до этого лишь незначительно подавленная реланиумом, стала усиливаться, появились трудности с засыпанием, частые пробуждения от навязчивых мыслей о работе, от беспокойства, что без него на работе не справятся. Пациент начал испытывать чувство вины, что «он здесь лежит как в санатории, а его напарник работает за двоих без выходных». Отмечались состояния близкие к паническим, особенно когда пациент представлял себе, что что-то произойдет с его коллегой и вся работа большого предприятия остановится. Больной стал напряженным, неусидчивым, беспокойным, стремился часто звонить на работу, интересовался как там дела. После телефонного разговора тревога снижалась лишь на некоторое время, затем возобновлялась с прежней силой, причем ее уровень как по шкале Тревога-Гамильтон, так и субъективным тестам была значительно выше уровня тревоги при поступлении. Эти клинико-динамические изменения были расценены как усиление патологического влечения к алкоголю, клиентцентрированная психотерапия была форсированно и под прикрытием мощной медикаментозной терапии (амитриптилин до 60 мг парентерально и до 125 мг перорально) изменена на поведенческую мотивационную психотерапию.

Главная цель поведенческой психотерапии заключалась в поддержании искренности в чувствах, мыслях и поведении пациента, вначале в пределах психотерапевтической ситуации, а затем и вне неё (в отношениях с пациентами отделения, родственниками, медицинским персоналом). Этому способствовало использование вначале индивидуального тренинга (когнитивный анализ, тренинг умений выражения чувств, ролевая игра), а затем и группового тренинга (поведенческая репетиция, ролевая игра в группе, планирование деятельности в группе).

В течение второго этапа структурировались цели, и стимулировался поиск пациентом возможных способов тренировки «искренного поведения». При поиске возможных решений проблемы использовалась техника «мозговая атака».

На 12-14 день сам отмечает полное восстановление самочувствия, удивляется, что нет тяги к пиву при просмотре роликов с пивной рекламой и во время прогулок по улице при обращении внимания на пьющих алкоголь прохожих.

На третьем этапе клиентцентрированной терапии пациент выбирал несколько возможных вариантов решения проблемы. С 19 дня пребывания больного в клинике отмечалось нарастание активности, что особенно проявлялось в психотерапевтической работе: больной активнее и эффективнее занимался структурированием своей деятельности после выписки, участвовал в противорецидивных тренингах. Больной самостоятельно разрабатывал подробный план действия, в котором он отражает промежуточные цели, критерии эффективности достижения этих целей.

Во время работы с психотерапевтом продемонстрировал качественный и количественный прогресс в самооценке и оценке своих отношений с окружающими.

Катамнез:

После выписки продолжал принимать только amitriptylin в суточной дозе 75 мг в течение 12 месяцев, отмечалось отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю. За первые пять дней после выписки восстановил свою обычную рабочую нагрузку. Срывы отрицает, что подтверждалось объективными сведениями от родственников пациента. Какие-либо побочные эффекты от приема тимолептика отрицает.

Заключение.

Больной происходит из наследственно отягощенной семьи. Отец страдал алкогольной зависимостью и обладал такими характерологическими особенностями как застенчивость, склонность к минорному настроению.

Воспитывался в неполной семье (без отца) в условиях гиперопеки со стороны матери. Рос слабым ребенком, часто болел. С 2 лет в связи с заиканием наблюдается невропатологом. По поводу косоглазия наблюдается у окулиста.

С раннего возраста больному были свойственны такие черты характера как застенчивость, скромность, подчиняемость, не мог постоять за себя, был «тихоней», объектом для насмешек и издевательств со стороны ровесников, стремился к общению с взрослыми (особенность реакции группирования). Пациент стремился к уединению, любил играть в одиночестве. В школе, в условиях продолжающегося неприятия со стороны ровесников реализует себя через увлечение компьютерами, книгами, «уходом в учебу» (реакция гиперкомпенсации по типу интеллектуального хобби). Пациентом использовался также такой вариант гиперкомпенсации как «фантазирование о всемогуществе».

Первые пробы алкоголя относятся к 21-22 годам. Защитная реакция (рвота) сохранялась достаточно длительное время – 2-3 года. Начальная стадия зависимости от алкоголя сформировалась в 25-26 лет, проявлялась первичным влечением к алкоголю, частым употреблением спиртного и снижением количественного контроля.

Средняя стадия алкогольной зависимости сформировалась у больного в 32-34 лет. Тогда же был сформирован алкогольный абстинентный синдром с преобладанием преимущественно аффективных (депрессивно-тревожных) и слабо выраженных соматовегетативных расстройств. С того времени отмечаются алкогольные амнезии, выраженное первичное влечение к алкоголю.

Изменения личности выступают в виде заострения преморбидных черт. С одной стороны, это проявлялось в усилении дезадаптации (снижении работоспособности, памяти, появление усталости после незначительных нагрузок), уменьшении периодов адаптации (снижение рабочей квалификации, уменьшение длительности пребывания на рабочем месте из-за лечения в психиатрической больнице). С другой стороны, это проявлялось в увеличении удельного веса аффективных расстройств в структуре ПВА и ААС.

Особенностью развития мотивации на отказ от алкоголя был изначально низкий ее уровень (4 балла). В дальнейшем фиксировался медленный подъем

уровня мотивации (до 6 баллов на 4 день). На 5 день после начала проведения индивидуальной клиентцентрированной мотивационной психотерапии отмечается резкое снижение уровня мотивации отказа от алкоголя (до 2-3 баллов) и нарастание уровня ПВА до исходных значений (до 2,9 баллов). На четвертый день после смены клиентцентрированной психотерапии на поведенческую, уровень мотивации отказа от алкоголя достаточно быстро увеличился до 9 баллов, а уровень ПВА уменьшился (на 3 день после смены направленности психотерапии до 2,2 баллов, на 6 день – до 1,4 баллов, на 13 день – до 0,6 баллов). В дальнейшем достигнутые изменения мотивации на отказ от алкоголя оставались стабильными, отмечалось отчетливая позитивная клинико-динамическая динамика в виде уменьшения аффективных расстройств, восстановления сна и аппетита, повышения общей активности как в пределах психотерапевтической ситуации, так и вне неё (был активным в групповой психотерапии, помогал по отделению).



### **3.3 Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью истерическими и возбудимыми чертами характера.**

Доля пациентов с преобладанием истерических и возбудимых черт характера составила 14, 4% (13 человек).

У первых уже с детского возраста в поведении и суждениях выявлялись выраженный эгоцентризм, стремление любыми способами привлечь к себе внимание окружающих, демонстративность, переоценка своих возможностей. С достаточным постоянством проявлялись эмоциональная неустойчивость, капризность, склонность к псевдологии и фантазиям. Речь живая, образная.

Вспышки раздражения у них часто сопровождались демонстрацией обиды, ссылками на поправную справедливость. Пациенты этой подгруппы проявляли чрезвычайную зависимость от внимания окружающих. Стремление быть на глазах, среди людей, занимать центральное положение в социуме проецировалось и на мотивы самоутверждения в семье, профессии, межличностных отношениях. На врача старались произвести выгодное впечатление.

Изменения личности у больных данной подгруппы имели весьма выраженный характер. Они выделялись карикатурным эгоцентризмом, черствостью, пренебрежением семейными и служебными обязанностями, снижением критики к своему поведению, но отсутствовали такие признаки алкогольной деградации, как упадок инициативы, утрата семейных привязанностей, ухудшение памяти и интеллекта. Были выражены нарушения социально-трудовой адаптации.

Госпитализация больного, как правило, была связана с выраженными социальными последствиями пьянства, заставлявшими окружающих искать пути воздействия на его поведение.

Больным с возбудимыми чертами характера с детских лет были свойственны нарушения поведения, выражающиеся в повышенной возбудимости, агрессивности, несдержанности.

В пубертатном возрасте к повышенной аффективной возбудимости присоединялись и другие патохарактерологические нарушения: своеобразная демонстративность, склонность к возникновению «дисфорических вспышек» под влиянием различных ситуационных моментов, асоциальное поведение. Аффективные разряды, как правило, отличались кратковременностью.

В целом ведущими в структуре личности этих больных были сниженный контроль над эмоциональными реакциями с повышенной возбудимостью. Изменения личности у больных данной подгруппы имели весьма выраженный характер. Они выделялись особенно заметной возбудимостью, снижением критики к своему поведению. Отмечались выраженные нарушения социально-трудовой адаптации — больных увольняли за прогулы, они часто меняли места работы, жили на иждивении близких. Часто отмечалось расторжение брака, привлечение к ответственности за мелкие правонарушения в состоянии опьянения.

Алкоголь начали употреблять систематически в период от 17 до 20 лет. Длительность начальной стадии заболевания была в большинстве случаев от 2 до 3 лет. В структуре алкогольного абстинентного синдрома были как сомато-вегетативные, так и психопатологические проявления.

Эти пациенты поступали всегда под давлением внешних обстоятельств, а уровень истинной мотивации был минимален.

Мотивационная психотерапия на основе клиентцентрированной психотерапии оказалась психотерапией выбора на первом этапе у больных с истерическими и возбудимыми характерологическими особенностями.

Первый этап мотивационной психотерапии базировался на установлении эмоциональных отношений между пациентом и врачом, а именно на безусловном принятии, конгруэнтности и высоком уровне эмпатии со стороны психотерапевта. Использовались такие техники как эмпатическое выслушивание, избирательное отражение, открытые вопросы, обобщение суждений и подведение итогов.

В целом, задачей врача на первом этапе клиентцентрированной мотивационной психотерапии у этой подгруппы пациентов было создание и поддержание доверия к врачу, поддержка свободного выражения чувств по отношению к терапевту.

Особенностью техники избирательное отражение было в поддержании свободного выражения неприятных чувств, провоцирующих употребление алкоголя. Таким образом, врач поддерживал больного в поиске, выражении и анализе аффективного компонента патологического влечения к алкоголю. Этот путь разрушения анозогнозии оказался наиболее эффективным у пациентов данной подгруппы.

Как правило, первый этап мотивационной психотерапии у таких больных затягивался (10-12 дней), так как они пытались проверить сформировавшиеся отношения на прочность. Складывалось впечатление, что пациенты старательно делают все, чтобы быть отвергнутыми врачом. Любая директивность и конфронтационное поведение со стороны терапевта разрушали, уже сложившиеся отношения с пациентом. Поэтому, мотивационная поведенческая психотерапия у данной подгруппы пациентов оставалась психотерапией второго этапа (4-5 дней), когда происходила своеобразная кристаллизация отношений, и полное недоверие к врачу сменялось абсолютным доверием и сверхидеализацией врача со стремлением пациента к подчинению. Со второго этапа использовались такие

поведенческие методики и техники как «сократический диалог», «адвокат дьявола», проверка гипотезы, переформулирование.

Введение поведенческой мотивационной психотерапии со второго этапа позволяло структурировать психотерапевтический сеанс и блокировать стремление больного к «оккупации врача» (просьбы и требования об учащении встреч и увеличению их продолжительности). Главным правилом в таких случаях было четкое структурирование бесед по времени и количеству встреч.

В условиях директивности и мощной эмоциональной поддержки происходила работа над формулированием неалкогольных мотивов. Информация, полученная на первом этапе с помощью методики избирательное отражение, использовалась на втором и третьем этапах при когнитивном анализе ситуаций, при которых усиливается патологическое влечение к алкоголю.

На третьем этапе (6-8 дней) пациенты участвовали в групповой психотерапии, где применялись такие поведенческие техники как тренинг умений, поведенческая репетиция, ролевые игры, представление ситуации *in vitro*. На этом этапе психотерапии происходила дезидеализация психотерапевта. Пациенты старались брать на себя ответственность за формирование целей дальнейшей психотерапии.

По окончании психотерапии у пациентов была высокая готовность к проведению предметно-опосредованной психотерапии (запретительных процедур – «торпедо», «эспераль», кодирование).

Особенностью развития мотивации на отказ от алкоголя был изначально низкий ее уровень (4 балла). В дальнейшем фиксировался медленный подъём уровня мотивации (до 6 баллов на 5 день, до 7 баллов на 12 день) и до максимального до 9 баллов на 16 день лечения. После достижения определенного уровня мотивация продолжала оставаться нестабильной (8-9-10 баллов с 17 дня терапии).

Изменения уровня мотивации в ходе комплексной терапии у данной подгруппы пациентов соответствовали медленной и неустойчивой обратной динамике уровня ПВА – уровень ПВА медленно снижался с начала лечения с 2,9-2,8 баллов, к десятому дню до 2,6-2,3 баллов, к 14 дню до 1,9-1,7 баллов, к 21 дню – 0,9-0,8 баллов.

Особенностями психотерапевтического процесса у пациентов этой подгруппы являются - приоритет индивидуальной психотерапии над групповой, особенно на начальных этапах мотивационной психотерапии; изначально низкий уровень доверия больного к врачу; медленное развитие, хрупкость и неустойчивость эмоциональных отношений между пациентом и врачом.

Можно предположительно говорить, что для пациентов данной подгруппы необходимо сочетанное применение обоих типов мотивационной психотерапии в разном соотношении на различных этапах мотивации.

Психотерапией выбора на первом этапе является клиентцентрированная мотивационная психотерапия. Со второго этапа мотивации необходимо присоединения элементов поведенческой мотивационной психотерапии. С третьего этапа основной становится поведенческая мотивационная психотерапия с элементами клиентцентрированной.

### **Клинический пример № 3.**

Больной С., 21 год. В ННЦ наркологии поступает впервые. Находился на стационарном лечении в отделении психофармакологии с 13.05.2002 по 13.06.2002. Ранее в наркологических стационарах не лечился, пользовался услугами частных наркологов. Неоднократно «кодировался» различными методами. Поступает добровольно в сопровождении матери.

Анамнез со слов больного, матери и отца.

Живет вместе с матерью, отцом, бабушкой. Родители развелись, когда сыну было 16 лет из-за алкоголизма отца, но продолжают жить в одной квартире.

Старший брат, женат, живет отдельно, поддерживает с семьей формальные отношения. Брат – военнослужащий, периодически употребляет алкоголь.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные. В 18 лет в состоянии алкогольного опьянения трижды перенес черепно-мозговую травму с потерей сознания. Один раз стационарировался по поводу резаной раны лица. Из больницы был выписан за нарушение режима за употребление алкоголя.

Наследственность отягощена: отец злоупотребляет алкоголем, родной брат матери страдает алкоголизмом и опийной наркоманией.

Мать по характеру ригидная, эмоциональна, авторитарна, склонна к гиперопеке и суперконтролю, стенична, педантична, религиозна. Такие особенности ее характера часто приводят к конфликтам в семье. Мать работает в НИИ педиатрии и детской хирургии, медсестрой, где много времени проводит с детьми с физическими недостатками.

Отец – военнослужащий. В отношениях к сыну отец мягкий, доброжелательный, добродушный, жалостливый, находится под контролем жены.

Воспитание дисгармоничное (со стороны матери доминирующая гиперпротекция, отец – потворствующая гиперпротекция). Семья дисфункциональная.

Зачатие произошло против желания отца, и было спланировано матерью, которая считала, что «...муж отобрал у меня одного сына, сделав военным, поэтому другой должен остаться при ней и воспитываться, как она сама хочет...».

Отношения между матерью и сыном с самого раннего детства были сформированы по типу полной эмоциональной зависимости сына от матери. Сама мать отмечает, что стремилась постоянно контролировать сына, «растворилась мыслями и поступками в его жизни». В 17-19 лет, когда сын стал появляться в нетрезвом состоянии, эмоции матери реверсировались, что выразалось в словах «ты не мой сын...», «...я от тебя отказываюсь, не буду тебя больше кормить, уходи из моей квартиры и живи на улице».

С детского возраста пациент отличался хитростью, лживостью, изворотливостью, высокой проницательностью. Легко входил в доверие к воспитателям, манипулировал ими. Учитывая достаток семьи, всегда имел, что хотел (игрушки и техника были самые лучшие, чем любил хвастаться перед ровесниками). Когда мать заставляла его ходить в музыкальную школу, ухитрился подговорить отца, обмануть ее, причем так, что вся ответственность за обман легла на отца.

В школу пошел с желанием, но учился избирательно, предпочитал заниматься компьютерами и информатикой. Другие предметы посещал формально. Благодаря хорошей памяти и высокому интеллекту получал удовлетворительные и хорошие отметки. Хобби - компьютеры, чтение. Отношения с учителями всегда были равными. С 9 класса был старостой, легко справлялся с этими обязанностями. Всегда находил общий язык с товарищами по классу. Стремился доминировать и быть на виду. Был инициатором различных праздников, в том числе употребления алкоголя.

Стремился общаться со старшими подростками, что особенно прослеживалось с 9 класса. Нравилось праздно проводить с ними время. Тогда же в первый раз попробовал марихуану, что не вызвало неприятные физические и психические ощущения (длительная тошнота и головная боль, рассеянность, подавленное настроение с раздражительностью). Тогда же начал выпивать. Опьянение нравилось ощущением расслабленности, расторможенности, чувством «избытка энергии», приливом сил и идей. Суточная толерантность в то время была 3-4 бутылки пива.

Закончил 11 классов, затем пытался поступить в академию МЧС, но не выдержал вступительные экзамены. Поступил в коммерческий институт на факультет вычислительной техники. Учеба давалась легко. Два года назад поступил на работу в компьютерную фирму.

В 18 лет первая платоническая любовь к ровеснице, но из-за злоупотребления алкоголем произошел разрыв по инициативе девушки. Тяжело переживал размолвку. На глазах у отца резал вены, угрожал выпрыгнуть из окна.

Во время школьного похода в возрасте 15 лет в первый раз перенес состояние тяжелого алкогольного опьянения. В опьянении был развязным, многоречивым, стремился привлечь внимание, громко пел, танцевал, чем очень удивил учителей.

В 18 лет мать обратила внимание, что сын возвращаясь в состоянии опьянения, изменяется в поведении: становится возбужденным, несколько грубым, ночью включает громко музыку и сам же громко поет, будит тем самым всю семью.

Последние два года в состоянии опьянения участвовал в драках, трижды напивался до полного оглушения, был несколько раз избит (удары в голову), обворован. В таком состоянии мог уснуть на лестнице у магазина. С 2001 года (21 год) появляются амнезии периодов опьянения. За последние два года сформировался алкогольный абстинентный синдром преобладанием

соматовегетативных проявлений. В это же время сформировались псевдозапой по 1-2 дня с межзапойными промежутками до 1-3 недель. Суточная толерантность в течение последних 9 месяцев до поступления в стационар возросла до 10 литров пива, однако пациент отмечает, что может выпить и больше (до 15 литров).

Длительность запоя в последний год до 3-4 дней, межзапойные промежутки до 4-7 дней. В связи с запоями пропускает учебу в институте. В настоящее время находится в академическом отпуске около года. Последние шесть месяцев не работает из-за злоупотребления алкоголем. Последний год неоднократно попадает в милицию в связи с драками и нарушением общественного порядка в нетрезвом виде, но отец, используя свое служебное положение, помогает пациенту избежать наказания. Состояния опьянения часто купируются матерью, которая проводила инфузионную дезинтоксикационную терапию (как и отцу в прошлом). Мать неоднократно вызывала наркологов для «кодирования». Прошел много процедур запретительного характера, но быстро (через 7 дней – 2 недели) возобновлял употребление алкоголя. Самая большая ремиссия - 4 месяца, когда принимал лидевин, но в этот период было выражено первичное влечение к алкоголю, сопровождавшееся дисфорией, мыслями о желании выпить, снижением работоспособности, заторможенностью, замедленностью мышления. В связи с этим отказался принимать препарат лидевин. Возобновил прием алкоголя по стереотипной схеме с той же толерантностью.

Поступает на первый день алкогольного абстинентного синдрома. Выказывает желание лечиться, ищет помощи. Пациент настроен на долговременное лечение.

#### СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Пикнического телосложения. Повышенного питания. Тургор кожи снижен. Кожа серая, влажная, теплая. Лицо гиперемированно. Дермографизм лабильный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 19 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, правильные. ЧСС=пульсу=90 в минуту. АД 180/100 мм рт. ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин–145 г/л. Лейкоциты– $5,5 \times 10^9$ /л. Эритроциты– $4,5 \times 10^{12}$ /л. СОЭ–4 мм/ч. Биохимический анализ: АЛТ–69



ЕД, АСТ–85 ЕД, ГГТ–128 ЕД. Глюкоза – 4,2 ммоль/л, общий белок – 8,2 г/л. Анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1023, реакция кислая. Исследование крови на антиген вирусного гепатита «В» – отрицательно, на RW и ВИЧ – отрицательно. Заключение терапевта – алкогольная болезнь печени.

#### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Язык по срединной линии. Зрачки одинаковые, нормальной ширины. Фотореакция зрачков снижена. В позе Ромберга пациент неустойчив. Пальценосовую пробу не выполняет. Походка шаткая. Рефлексы одинаковы, усилены равномерно. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Патологических рефлексов не обнаружено.

#### ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

В ясном сознании. Больной ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. Заходит в ординаторскую неуверенной походкой. Сидит в напряженной позе. Выглядит опрятно. Мимика подвижная. Взгляд беспокойный, тревожный. Пациент неуверенно смотрит в глаза собеседнику. Речь смазана, несколько ускоренная. Настроение с преобладанием тревоги. В разговоре при воспоминании о событиях прошлого, на глазах появляются слезы. Жалуется на мысли об выпивке, раздражительность, сниженный аппетит. В ходе беседы быстро истощается. Мышление абстрактное, скорость несколько повышена, по содержанию на момент обследования не нарушено. Суждения эгоцентричны, инфантильны. Восприятие не нарушено. В разговоре подчеркивает, что «пью только очень качественное пиво, какую-то дрянь пить не буду». Уточняет, что в состоянии опьянения нравится эйфория, расслабление, прилив энергии, легкость в общении на любые темы. Внимание неустойчиво. Волевые функции снижены. Критика к заболеванию формальна. Знания соответствуют возрасту и полученному образованию. Память не нарушена. Острой психопатологической симптоматики на момент осмотра (бреда, галлюцинаций) не обнаружено. Суицидальные мысли отрицает.

Диагноз: МКБ-09: Алкоголизм (пивной), вторая стадия, запойная форма употребления алкоголя на фоне высокой толерантности, среднепрогредиентное течение у истерической личности, с умеренной социальной дезадаптацией. Абстинентный синдром средней степени с преобладанием соматовегетативных расстройств.

МКБ-10: Зависимость от алкоголя, средняя стадия, активное употребление, периодическая форма с соматическими последствиями. Синдром отмены алкогольный неосложненный легкой степени тяжести. F 10.2621, F10.30

Данные психологического обследования.

Результаты тестирования с помощью теста ММРІ:

Код 34' 608-195/72

Тест является валидным ( $30 \leq K \leq 70$ ;  $30 \leq L \leq 70$ ;  $30 \leq F \leq 70$ ). Индекс диссимуляции равен 9, , что подтверждает предположение о достоверности теста.

$L=57$  ( $L>51$ ) в данном клиническом случае указывает на стремление пациента представить себя в более привлекательном свете, неготовность признать себя таким какой есть на самом деле, отказ признать в себе даже самые незначительные недостатки.

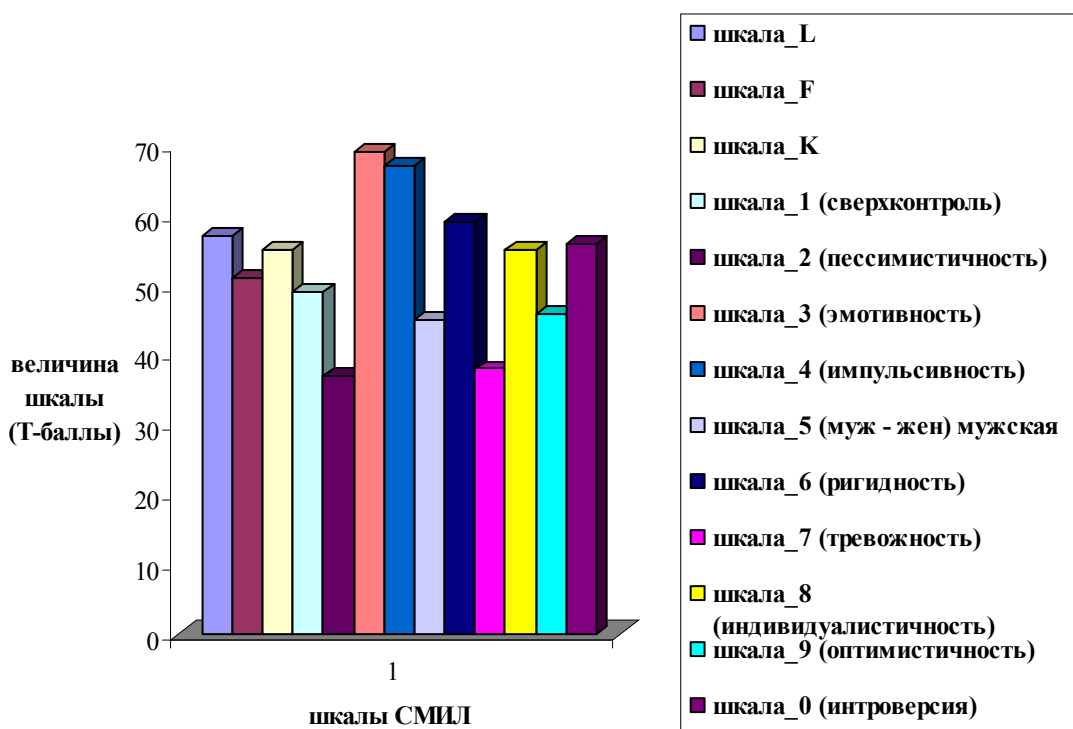
Высокая оценка по шкале 3 и 4 предполагает высокую эксцентричность, незрелость и инфантильность пациента. Наш пациент стремится к избыточному вниманию и манипулирует межличностными отношениями. Он склонен к расторможенности, особенно в состоянии опьянения (в нашем случае алкогольного) и отчужденности в социальных контактах. Общение пациентов с таким профилем СМІЛ как у нашего пациента характеризуется поверхностностью и незрелостью. Их бесчувственность по отношению к другим людям и отсутствие эмпатии выражает их эгоцентризм. Их основная защита – отрицание и подавление. Такие пациенты обычно выглядят защищенными и сверхконтролируемыми.

Низкие показатели 8-й и 9-й шкал указывают на возможность рационального подхода к решению проблем у нашего больного. У лиц с подобным кодом обычно «...наблюдается супружеская дисгармония, плохая сексуальная приспособленность, разводы и алкоголизм» (Рукавишников А.А., Соколова М.А., 1993, С.30). Этот больной одновременно желает быть зависимым и независимым. Близкие взаимоотношения и ожидания со стороны других людей эмоциональной близости вызывают у него сильное раздражение. При этом он требует внимания и поддержки от других, очень чувствителен к отказам и становится враждебным, когда его критикуют, особенно в состоянии алкогольного опьянения. Хотя внешне кажется, что он социально конформен, в душе наш больной склонны к бунтарству. У лиц с кодом 34 отсутствуют знания о причинах своего поведения.

Часто могут иметь место суицидные мысли и попытки, особенно после эпизодов чрезмерного пьянства.

Из-за своей сильной потребности быть любимыми и желания производить хорошее первое впечатление на других, они часто оказываются хорошими кандидатами на психотерапию. Их жажда внимания и поддержки предполагает, что им будет доставлять удовольствие общение с врачом. Их театральный стиль обычно так глубоко укореняется, что они его не осознают. Когда врач показывает реальность данной ситуации, они часто не могут увидеть свою роль в ней и жалуются, что врач их не понимает. Поэтому, несмотря на благоприятное первое впечатление, любая форма психотерапевтического вмешательства будет неблагодарной и изнурительной для клинициста, особенно при слишком ранней и интенсивной интервенции.

**Рисунок 8. Показатели шкалы СМИЛ больного К.**



#### **Динамическое наблюдение, лечение.**

Пациент поступил на первый день абстинентного синдрома. С первого дня пребывания в стационаре начал получать депакин по 200 мг/сутки и

дезинтоксикационную терапию. Первые три дня получал феназепам по 5 мг/сутки. В дальнейшем из психотропных препаратов продолжал получать лишь ламотридин.

С третьего дня отмечается снижение влечения к алкоголю (нет мыслей, связанных с выпивкой, отсутствовали кошмарные сновидения). На 6-7 день снижается тревога, дисфория, появляется повышенный аппетит, восстанавливается сон. С этого времени становится более общительным с соседями по палате, играет в настольные игры, смотрит телевизор, активно помогает по отделению. За все время пребывания в стационаре пациент не оговаривал сроки выписки, пребыванием в стационаре не тяготился. Часто выказывал удовлетворение в отсутствии каких-либо неприятных ощущений от медикаментозного лечения, что благоприятно влияло и на продолжение его участия в психотерапии.

В первую очередь, создалась мотивация на общение пациента с врачом через недирективное усиление доверия пациента к врачу. Была сформирована безопасная, целостная и человеческая среда. Психотерапевт вначале проводил диагностическую беседу, которая строилась с помощью методики «открытые вопросы» и «техники эмпатического выслушивания».

Чтобы структурировать беседу и направить ее в определенное русло, использовалась техника «избирательное отражение». При «подведении итогов» психотерапевт в сжатой форме проговаривает все сказанное пациентом, чтобы сделать проблему более ясной и понятной.

Поддерживалось любое выражение чувств, в том числе страха и тревоги, врач помогал проговаривать мысли, связанные с этими чувствами.

Первый этап мотивационной психотерапии у данного пациента был более длительным, чем остальные, составляя 50-60% от всего времени психотерапии, но именно от этого этапа зависела эффективность мотивационной психотерапии в целом.

В начале психотерапии пациент длительное время использовал сопротивление (первые 5-7 дней, стремился к сокращению длительности психотерапии, ссылаясь на усталость, слабость, сонливость, скуку).

Любая директивность и конфронтационное (даже конструктивное!) поведение со стороны врача могли уменьшить и без того слабый уровень доверия больного к врачу. Больной постоянно делал попытки «проверить» искренность чувств, слов и поступков врача, ту искренность, которой у самого пациента не было.

Основная цель первого этапа мотивационной психотерапии у данного больного было создание и поддержание доверия к врачу, поддержка свободного выражения чувств по отношению к терапевту. С помощью подобной тактики пациент медленно и осторожно начинал верить, а потом и доверять врачу настолько, чтобы быть самому искренним. Как только этот момент «кристаллизации доверия» совершался, можно было говорить о переходе во вторую стадию мотивационной психотерапии.

На втором этапе мотивационной терапии наряду с использованием психотерапии по Роджерсу К.Р. психотерапевт начинал использовать техники и методики поведенческой психотерапии.

Главная цель поведенческой психотерапии заключалась в поддержании искренности в чувствах, мыслях и поведении пациента, вначале в пределах психотерапевтической ситуации, а затем и вне неё (в отношениях с пациентами отделения, родственниками, медицинским персоналом). Этому способствовало использование вначале индивидуального тренинга (когнитивный анализ, тренинг умений выражения чувств, ролевая игра), а затем и группового тренинга (поведенческая репетиция, ролевая игра в группе, планирование деятельности в группе).

В течение всего второго этапа структурировались цели, и стимулировался поиск пациентом возможных способов тренировки «искренного поведения». При поиске возможных решений проблемы использовалась техника «мозговая атака».

На 10-12 день сам отмечает полное восстановление самочувствия, удивляется, что нет тяги к пиву при просмотре роликов с пивной рекламой и во время прогулок по улице при обращении внимания на пьющих алкоголь прохожих.

На третьем этапе клиентцентрированной терапии пациент выбирал одно или несколько возможных вариантов решения проблемы. С 15 дня пребывания больного в клинике отмечается нарастание активности, что особенно проявляется в психотерапевтической работе: активнее и эффективнее занимается структурированием своей деятельности после выписки, строит реальные планы найти работу, чтобы уменьшить свою зависимость от родителей, снять отдельную квартиру.

Больной самостоятельно разрабатывал подробный план действия, в котором он отражает промежуточные цели, критерии эффективности достижения этих целей. Врач продолжал использовать техники «открытые вопросы», «эмпатическое

выслушивание», «избирательное отражение», «отражающее слушание», «обобщение суждение», «подведение итогов».

Во время работы с психотерапевтом продемонстрировал качественный и количественный прогресс в самооценке и оценке своих отношений с окружающими. Самостоятельно проанализировал свои отношения с матерью и их созависимую подоплеку.

Катамнез:

После выписки продолжал принимать только ламотриджин в суточной дозе 200 мг в течение 7 месяцев, отмечалось отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю. За первые пять дней после выписки нашел работу. Через 5 месяцев продолжил учебу в институте. Срывы отрицает, что подтверждалось объективными сведениями от родственников пациента. Отмечает улучшение отношений с матерью и отцом, что подтверждается в телефонной беседе с матерью. Какие-либо побочные эффекты от приема депакина отрицает.

Заключение.

Больной происходит из наследственно отягощенной семьи. Отец страдает алкогольной зависимостью. Родной брат матери страдает алкогольной зависимостью и зависимостью от наркотиков (опиаты, гашиш).

Мать – доминантная, склонная к суперконтролю, гиперопеке. Со стороны матери воспитание можно охарактеризовать доминирующая гиперпротекция по типу «кумир семьи».

Отец, напротив, мягкий, добросердечный, подчиняемый. Со своей стороны отец стремился исполнять любое желание сына, потворствовал ему во всем, являлся «эмоциональным прибежищем» для пациента, к которому можно было прийти и поплакаться. Воспитание со стороны отца можно оценить как потворствующая гиперпротекция с элементами воспитания по типу «кумира семьи».

Игра в «плохого (мать) и хорошего (отец) полицейского» позволяла пациенту манипулировать ситуацией и всегда оставаться в выигрыше, что культивировало его истерические особенности характера.

Подобный «...значительный перевес авторитета одного родителя над другим [в нашем случае матери над отцом], когда лишенный власти родитель [в нашем случае - отец] оказывается поставленным в один ряд с ребенком», описывается в литературе как тип дисфункциональных семейных взаимоотношений,

способствующих формированию истерической личности (Haugaard J., Reppucci N., 1988).

N. Green (1977) указывает на другой семейный паттерн, ответственный за развитие истерических черт в ребенке, когда «...плохая, доминирующая и контролирующая мать заботится не только о ребенке, но и о пассивном и зависимом отце».

Следует отметить, что в далеко зашедших случаях, особенно когда алкоголизм у отца протекает злокачественно и имеет место сексуальное насилие со стороны отца в отношении ребенка, возможно развитие пограничного расстройства личности (Мучник М.М., Райзман Е.М., 2003). Авторы (там же) описывают внутрисемейные отношения схожим образом: «...властная мать тянет на себя семью, но психологически и физически подавлена мужем, а ребенок и отец объединяются как беспомощные и зависимые от всемогущей матери».

В целом семью нашего больного можно оценить как дисфункциональную, особенно учитывая склонность матери к поддержанию активной и тотальной зависимости от неё сына («...ты моя собственность»). Уровень эмоциональности в семье можно оценить как чрезмерно интенсивный.

С раннего возраста больному были свойственны такие черты характера как хитрость, лживость, изворотливость, высокая проницательность, хвастовство. В детстве пациент использовал такие механизмы компенсации как манипулятивный шантаж, истероформные припадки, истерические побеги. Пубертатный криз можно оценить по степени выраженности как психологический, отмечался эпизод истерического парасуицида.

Первые пробы алкоголя относятся к 15 годам. Опыянение можно расценивать как истероформное. Начальная стадия зависимости от алкоголя сформировалась в 17 лет, проявлялась первичным влечением к алкоголю, частым употреблением спиртного и снижением количественного контроля.

Средняя стадия алкогольной зависимости сформировалась у больного в 18-19 лет. Тогда же был сформирован алкогольный абстинентный синдром с преобладанием психопатологических расстройств в виде истероформного возбуждения и соматовегетативных расстройств. С того времени отмечаются алкогольные амнезии, выраженное первичное влечение к алкоголю.

Изменения личности выступают в виде заострения преморбидных черт. Интеллектуально - мнестического снижения не наблюдается.

Особенностью развития мотивации на отказ от алкоголя был изначально низкий ее уровень (4 балла). В дальнейшем фиксировался медленный подъём уровня мотивации (до 6 баллов на 5 день, до 7 баллов на 12 день) и до максимального до 9 баллов на 16 день лечения. После достижения определенного уровня мотивация продолжала оставаться нестабильной (8-9-10 баллов с 17 дня терапии).

Изменения уровня мотивации у данного больного соответствовали медленной и неустойчивой обратной динамике уровня ПВА – уровень ПВА медленно снижался с начала лечения с 2,0 баллов, к десятому дню до 1,4 баллов, к 14 дню до 0,8 баллов, к 21 дню – 0,6 баллов. Подобные изменения ПВА со своей стороны показывают некоторое соответствие положительной динамики как в психическом статусе (редукция психопатологических проявлений), так и в психотерапевтическом (улучшение межличностных и внутрличностных отношений пациента).

Особенностями психотерапевтического процесса в данном случае являются - приоритет индивидуальной психотерапии над групповой; изначально низкий уровень доверия больного к врачу; медленное развитие, хрупкость и неустойчивость эмоциональных отношений между пациентом и врачом.

Несмотря на особенности своего характера, пациент положительно отреагировал на создание мощной поддерживающей психотерапевтической среды, что дало мощный толчок в его собственном развитии, как в пределах психотерапевтической ситуации, так и в отделении в целом. «Абсолютное недоверие» сменилось «абсолютным доверием» и сверхидеализацией врача. Со второго этапа мотивационной психотерапии использовались поведенческие техники («адвокат дьявола», проверка гипотезы, когнитивный анализ, переформулирование, домашние задания, и т. д.).

Введение поведенческой мотивационной психотерапии со второго этапа позволяло структурировать психотерапевтический сеанс и блокировать стремление больного к «оккупации врача» (просьбы и требования об учащении встреч и увеличению их продолжительности).



### **3. 4 Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью с преобладанием шизоидных и эпилептоидных характерологических особенностей.**

Доля пациентов с преобладанием шизоидных и эпилептоидных черт характера составила 26,7% (24 больных).

Для пациентов с шизоидными характерологическими особенностями наиболее типичными чертами являлись аутистичность, интровертированность, отгороженность от окружающего, трудности в установлении контактов, парадоксальность поведения, невыразительность эмоций. Эти пациенты были склонны к мечтательности, отвлечённому аутистическому фантазированию, занятию абстрактными проблемами. Мышление у пациентов этой группы было в значительной мере абстрактным, аутистическим. Самопогруженность наших пациентов накладывала значительные ограничения на их социальные контакты, делала их поверхностными, формальными, лишала непосредственности и активности. Встречались как черты экспансивности, так и сенситивности. Выраженных изменений личности у больных данной группы заболевания не отмечалось. Наблюдалась некоторая нивелировка преморбидных черт характера у экспансивных шизоидов.

Для лиц с эпилептоидными чертами характера отличительной чертой являлась прямолинейность мышления с вязкостью, обстоятельностью. Наблюдалась и эмоциональная вязкость, склонность к сверхценным образованиям. Настроение характеризовалось фазностью, которая проявлялась склонностью к перепадам аффекта, как без видимой причины, так и под влиянием внешних факторов. В настроении преобладал злобно-тоскливый аффект. Как правило, эти свойства сочетались с излишней самоуверенностью, упрямством. У всех больных наблюдалось заострение личностных особенностей, при этом

социальная и трудовая адаптация заметно не нарушались: большинство из них продолжало работать по прежней специальности, причем некоторые — на одном и том же месте в течение многих лет продвигались по службе. Больные сохраняли привязанность к близким родственникам, состояли в браке.

Употреблять алкоголь они начинали довольно рано в 15 -16 лет. Быстрота развития алкоголизма от начала систематического пьянства в этой группе была различной – от 3 до 10 лет.

Форма злоупотребления алкоголем в первой стадии заболевания носила характер однократных алкогольных эксцессов. Изначально отмечалась высокая толерантность к спиртным напиткам. У больных с шизоидными характерологическими особенностями отмечалось выраженное первичное патологическое влечение к алкоголю. Период эйфории в состоянии опьянения был длительным.

При переходе от первой ко второй стадии в данной подгруппе больных отмечалось изменение формы употребления спиртных напитков – имело место постоянное, многодневное злоупотребление алкоголем. У части больных однократные алкогольные эксцессы чередовались с короткими псевдозапоями (по 2-3 дня). Появлялись также нерезко выраженные явления похмельного синдрома с отставленным эпизодическим опохмелением. Длительность первой стадии составляла 6-12 лет.

Вторая стадия заболевания характеризовалась утяжелением первичного патологического влечения к алкоголю. У большинства больных оно носило постоянный характер, что в значительной степени обуславливало ежедневное употребление спиртных напитков. Количественный контроль обычно сохранялся длительное время, еще позже развивалась утрата ситуационного контроля.

Во второй стадии наблюдалось нарастание толерантности к алкоголю, которая оставалась весьма высокой в течение многих лет. Алкогольные амнезии возникали в отдаленные сроки.

Значительное своеобразие абстинентных расстройств в данной группе составляли их незначительная выраженность и сравнительно позднее появление (на 12-15 году злоупотребления алкоголем). Структура похмельного синдрома определялась в основном вегетативно-соматическими расстройствами: общей слабостью, потливостью, головными болями, тахикардией, реже — диспепсическими нарушениями. Психопатологические расстройства возникали значительно реже и исчерпывались психопатоподобными проявлениями с дисфорическим фоном настроения, раздражительностью, конфликтностью.

Значимость мотивировки на отказ от алкоголя у таких пациентов была незначительной. Истинная мотивация имела свои особенности. За некоторое время до поступления истинная мотивация развивалась самостоятельно, без какого-либо вмешательства извне, а скорость формирования ее была низкой, что соответствовало особенностям протекания психических процессов у пациентов с шизоидными чертами характера («тормозимый» вариант по Павлову И.В.). Таких больных на стадии «созревания» истинной мотивации невозможно было стационарировать никакими усилиями, и, если это все-таки удавалось, то госпитализация была чаще неэффективной, так как после выписки происходил срыв и далее рецидив.

Больные с шизоидными и эпилептоидными чертами характера резко отличались от других пациентов своеобразием первого этапа мотивационной терапии.

На определенном этапе развития истинной мотивации пациент сам выражал желание в госпитализации. Это означало, что при

добровольном лечении у таких пациентов истинная мотивация была уже сформирована, но отличалась диффузностью, неопределенностью, отсутствием ясно очерченных мотивов, конкретных планов и способов реализации.

Основной задачей психотерапевта на первом этапе (1-2 дня) клиентцентрированной мотивационной психотерапии была безусловная эмоциональная поддержка для скорейшего перехода во второй этап (4-5 дней) мотивационной психотерапии. Пациенты этой подгруппы в условиях эмпатии и конгруэнтности в отношениях с психотерапевтом демонстрировали высокую готовность взятия ответственности за свое поведение на себя. Они старались редко пользоваться помощью психотерапевта в решении межличностных проблем и даже стремились самостоятельно структурировать психотерапевтические беседы, сами усложняли и расширяли домашние задания. У таких пациентов можно говорить о наличии «феномена эффективной самомотивации», что не наблюдалось у пациентов с шизоидными и эпилептоидными чертами характера 1-ой основной и контрольной группы.

На третьем этапе (12-14 дней) мотивационной психотерапии происходила некоторая задержка во времени в решении домашних заданий. Они очень внимательно и скрупулезно относились к их выполнению и старались структурировать долгосрочный жизненный план безалкогольной жизни.

Особенностью развития мотивации на отказ от алкоголя был изначально высокий ее уровень (8-9 баллов). При проведении клиентцентрированной мотивационной психотерапии отмечался быстрый подъем уровня мотивации (до 10-11 баллов на 3 день и до 12 баллов на 6 день терапии) до максимального и стабильность высокого уровня в дальнейшем ходе терапии (12 баллов с 6 дня терапии). Подход к

участию в психотерапии у таких пациентов можно охарактеризовать высоким уровнем интенциональности и целостности.

Изменения уровня мотивации в ходе комплексной терапии (с мотивационной психотерапией клиент-центрированного типа) у данной подгруппы пациентов соответствовали обратной динамике уровня ПВА – уровень ПВА сравнительно быстро снижался с начала лечения с 2,6-2,5 баллов, к десятому дню до 1,2-0,9 баллов, к 14 дню до 0,3-0,2 баллов, к 21 дню – 0,1 баллов.

Подобные изменения ПВА со своей стороны подтверждают положительную динамику как в психическом статусе (редукция психопатологических проявлений), так и в психотерапевтическом (улучшение межличностных и внутриличностных отношений пациентов).

При проведении поведенческой психотерапии отмечались те же изменения уровня мотивации отказа от алкоголя и уровня ПВА, что и в подгруппе пациентов, участвовавших в клиент-центрированной мотивационной психотерапии. Основное отличие было в меньшем темпе этих изменений и отсутствием феномена «эффективной самомотивации».

Особенностями психотерапевтического процесса у пациентов этой подгруппы являются - изначально высокий уровень мотивации пациента на отказ от алкоголя; приоритет индивидуальной психотерапии над групповой на всех этапах мотивационной психотерапии; сравнительно более быстрая положительная динамика мотивации отказа от алкоголя, уровня ПВА при проведении клиент-центрированной мотивационной психотерапии; феномен «эффективной самомотивации» при проведении клиент-центрированной мотивационной психотерапии; быстрое развитие, прочность и стабильность эмоциональных отношений между пациентом и врачом.

Можно предположительно говорить о мотивационной клиент-центрированной психотерапии как психотерапии выбора для пациентов данной группы.

#### **Клинический пример № 4.**

Больной К., 1955 г. р. Находился на лечении в отделении психофармакотерапии с 14.10.2002 по 10.11.2002. Поступил в первый раз, самостоятельно, добровольно.

Анамнез заболевания со слов больного и его родственников:

Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем братьев и жены, родной дядя повесился в состоянии опьянения.

Беременность матери с поздним токсикозом лёгкой степени. Раннее развитие без особенностей. Переболел корью в 5 лет, в 8 лет перенес тонзиллэктомия и аденоэктомию. В раннем и школьном возрасте часто болел простудными заболеваниями. В 32 года перенес операцию грыжесечения. Последние пять страдает лет гипертонической болезнью, принимает энап, анаприлин. В настоящий момент находится под наблюдением у «психотерапевта», «лечится от частых депрессий», принимает периодически феназепам.

Родился в полной семье. Отношения между родителями были противоречивыми, что определялось особенностями их характеров. Мать по натуре властный, доминантный человек, пуританка, обладала такими качествами как высокая самодисциплина, работоспособность, педантичность, обостренное чувство справедливости и независимости. Всего стремилась достигать собственными усилиями, категорически отвергая любую помощь. Самостоятельно защитила кандидатскую и докторскую диссертацию, стала профессором. В настоящий момент страдает ревматоидным артритом, при котором нарушены движения в суставах рук, одевается сама, преодолевая боль в суставах и раздражение от собственной слабости. Подобные качества пыталась культивировать в сыне, открыто и жестоко презирала его в минуты слабости (воспитание по типу перфектного, «ты должен быть всегда лучшим»), требовала достижений и наказывала отвержением в случае неудач.

Эмоциональную поддержку пациент получал большей частью от отца, всегда мог найти у него защиту от своенравного характера матери. Отец по характеру в противоположность матери человеколюбив, общителен, доброжелателен, мягкосердечен. Отец, по описаниям пациента, типичный «ученый», человек не от мира сего, быстро защитил докторскую диссертацию, много преподавал в

университете, мечтателен и рассеян, мог во время беседы забыться, размышляя о предстоящей лекции. Отрицательные эмоции стремился всегда подавлять, умер 10 лет назад от инсульта. Несмотря на страстное желание матери, воспитать сына подобным ей, сын принял отцовские качества.

ДДУ не посещал. Воспитывался бабушкой в условиях вседозволенности, отец и мать воспитанию уделяли мало времени в связи с высокой занятостью. По характеру был очень стеснительным, мнительным, «боялся быть среди большого количества людей».

В школу в 6 лет углубленным изучением иностранных языков (английского, немецкого и испанского языка). Изучение языков давалось легко. В общении со сверстниками проявил себя слабым, стеснительным, тревожным. Первые пять лет учебы, был «мальчиком для битья», не мог постоять за себя, часто приходил домой с синяками. Тяжело переживал побои и издевательства, не просил поддержки у родителей, так как боялся признать себя «трусом». Боялся заходить последним в класс. Пугался мысли, что все на него вдруг обратят внимание. С этим страхом выиграл поединок в 6 классе, когда по собственной воле пошел в театральный кружок. Первое выступление не выдержал, заплакал, убежал со сцены. Но затем агорафобия прошла, с удовольствием рассказывает, как мог потом играть на сцене, гордится подобной победой. Практически не было друзей, все свободное время посвящал учебе, уже в 5 классе читал Гегеля. С пятого класса физические унижения прекратились, расплачивался за свое спокойствие тем, что «давал списывать, подсказывал своим обидчикам, стал, таким образом, «интеллектуальным паханом». Любил заниматься литературой и историей (занимал призовые места на всероссийских олимпиадах). В олимпиаде в МГУ по философии получил вторую премию РСФСР среди студенческих работ. Закончил 10 классов золотой медалью. Без труда поступил на философский факультет Московского государственного университета, который окончил с красным дипломом. Затем поступает в институт марксизма-ленинизма, много работает по партийной линии. С 1991 года работает в Верховном Совете РСФСР, затем в комитете по национальностям при Государственной Думе Российской Федерации. В 2000 году в связи с расформированием комитета, пациента постоянно «бросают по другим комитетам», приходится заниматься нелюбимым делом, увольняется, первые шесть месяцев после увольнения не работает. Через некоторое время поступает на работу в РАН Госслужбы в качестве доцента, занимается преподавательской деятельностью.

Женат дважды. Первый раз в возрасте 22 лет, вместе проживали около 5 лет. Первая жена умерла от декомпенсации почечной недостаточности (инсульт). От первого брака есть ребенок, сын 14 лет. Отношения с ним в настоящее время удовлетворительные. Сын сильно изменился после смерти матери по поведению и характеру, стал молчалив, «мало смеется», пишет стихи депрессивного содержания с суицидальным контекстом, постоянно находится в «дисфорично-минорном» настроении, «замкнуто брезглив». Сын малообщителен, любит одиночество. Пациент уточняет, что у сына особый взгляд с «карамазовскими глазами». Женился второй раз в 45 лет, жена злоупотребляет алкоголем. Отношения по типу созависимых. Жена не может забеременеть из-за олигоспермии пациента, поэтому «любой контакт с бывшей женой был всегда скандалом».

Алкоголь попробовал впервые в 14 лет, выпил вина 400 мл, была выраженная рвотная реакция, «сильно развезло», уснул на солнце. Периодический прием с 1972-1973 года во время учебы в университете. Систематический прием с 27 лет, на государственной службе до 2-3-4 раз в неделю на банкетах, до 300-500 мл водки в сутки. Запой сформировались к 30 годам с суточной толерантностью до 700-800 мл водки и длительностью до 5-7 дней. Межзапойный промежуток составлял тогда 5-8 дней. Абстинентный алкогольный синдром с 32 лет с преобладанием соматоневрологических расстройств (тошноты, головной боли, головокружения, нарушения походки и тремора). С 1987 года неоднократно лечится у частных наркологов и в стационарах. В 1987 году «кодируется» по методу Довженко по настоянию матери. Срок не выдержал, срыв через 1 месяц. В 1988 году (33года) вместе с женой стационарируется в ЦКБ на 1 месяц, после выписки ремиссия составила 1,5 месяца. В 1998 (43 года) году по совету «психотерапевта» принимал лидевин и колме, ремиссия 1 год, после самостоятельного прекращения приема этих препаратов. В мае 2001 (46 лет) года лечился в частной клинике, где после детоксикации была произведена запретительная процедура «Биностин» на 1 год. Срыв через три месяца. В период с 1995 по 2001 год в межзапойные промежутки принимает антидепрессанты без наращивания доз (прозак, леривон).

Последний запой – 4 дня с толерантностью 800 мл водки в сутки. Феназепам и антидепрессанты не принимал. Стационарируется добровольно, самостоятельно, без сопровождения.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС:**



Из рта запах алкоголя. Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Тургор кожи снижен. Кожа серая, влажная, теплая. Лицо гиперемированно. Дермографизм лабильный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 17 в минуту. Сердечные тоны глухие, ритмичные, правильные. ЧСС=пульсу=90 в минуту. АД 140/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 165 г/л; лейкоциты –  $8,5 \times 10^9$ /л; эритроциты –  $6,5 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 14 мм/ч. Биохимический анализ: АЛТ – 169 ЕД, АСТ – 185 ЕД, ГГТ – 169 ЕД. Глюкоза – 4,2 ммоль/л, общий белок – 6,2 г/л. Анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая. Исследование крови на антиген вирусного гепатита В – отрицательно, на RW и ВИЧ – отрицательно. Заключение терапевта – алкогольная болезнь печени.

#### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Язык по срединной линии. Зрачки одинаковые, широкие. Фотореакция зрачков снижена. В позе Ромберга неустойчив, падает при выполнении сложного варианта пробы. Пальценосовую пробу не выполняет. Походка шаткая. Рефлексы одинаковы, усилены равномерно. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Патологических рефлексов не обнаружено. Выраженный тремор языка, конечностей.

#### ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Пациент в ясном сознании, ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. Заходит в ординаторскую неуверенной походкой. Долго не может найти себе удобное положение в кресле, подвижен, беспокоен. Выглядит неопрятно. Мимика подвижная, модулированная. Бравирует употреблением алкоголя, но за напыщенной эйфорией определяется с трудом скрываемая тревога и напряженность. Взгляд беспокойный и изможденный, пациент неуверенно смотрит в глаза собеседнику. Речь смазана, несколько ускоренная. Больной часто прерывает собеседника, но извиняется за свою несдержанность, делая это несколько театрально. Отвечает очень подробно, искренне. Активно строит беседу, пытается избегать отвечать на уточняющие вопросы относительно неприятных эпизодов прошлого, используя рассуждательство и перевод разговора на другую тему.

Настроение с преобладанием гипофории, смешанной с искусственным весельем («смех сквозь слезы»). Ипохондричен, с готовностью предлагает жалобы на внутреннее беспокойство, страх и напряжение, неуверенность, тремор, сниженный «...контроль над своими эмоциями», на нарушение походки, тошноту, неоднократную рвоту, двоение в глазах, дрожание конечностей, сильную головную боль, тягу к алкоголю. Восприятие на момент обследования не нарушено. Критика к болезни отсутствует. Знания соответствуют возрасту и полученному образованию. Память на прошлые события, фиксационная, кратковременная снижена. Острой психопатологической симптоматики (бреда, галлюцинаций) на момент осмотра нет. Суицидальные мысли отрицает.

**Данные психологического обследования.**

Результаты тестирования с помощью теста СМИЛ:

Код 84' 2056-7913/ (см. рисунок 9).

Тест является валидным ( $30 \leq K \leq 70$ ;  $30 \leq L \leq 70$ ;  $30 \leq F \leq 70$ ). Индекс диссимуляции равен -8, что подтверждает предположение о достоверности теста.

Профиль СМИЛ характерен для шизоидной (аутистической) личности. Выявляется повышение по 8-й и 4-й шкалам.

Подобный профиль свидетельствует об уходе от реальных проблем в мир иллюзий, мечтаний, фантазий, богатом воображении, ирреальности восприятия действительности. Наш пациент непредсказуем, эмоционально отдален от окружающих.

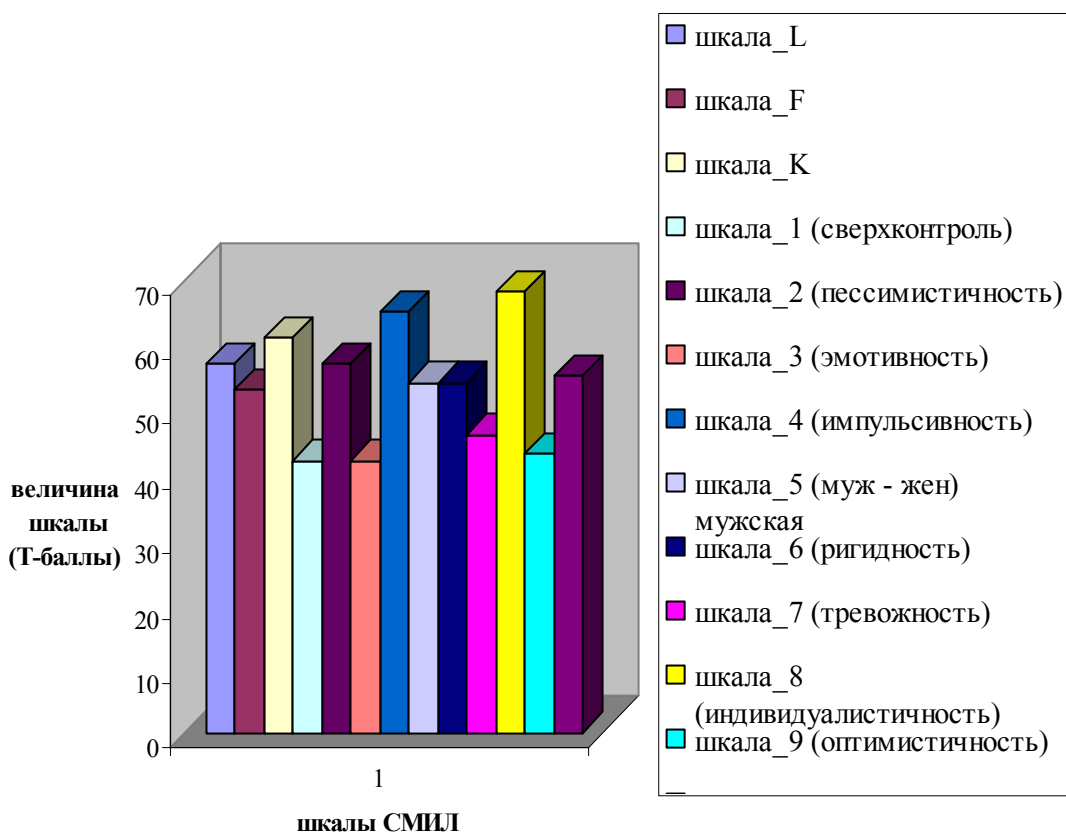
Такие люди часто переживают интенсивный семейный конфликт. У большинства пациентов выработана выраженная установка недоверия к миру довольно рано. Будучи детьми, такие пациенты научились видеть в окружающих враждебных, отвергающих и опасных людей. Они знают также (*в дополнении к занимаемой ими отчужденной позиции*), что должны защищать себя и предотвращать возможную обиду или отвержение, первыми проявляя гнев и возмущение. Когда эти установки гнева и возмущения переносятся на зрелый возраст, их социальное поведение постоянно вызывает избегание со стороны окружающих. Такое избегание усиливает и без того высокую изоляцию от общества и одиночество, что приводит к ощущению отчуждения и обиды.

Импульсивные черты в характере нашего больного (*повышение по 4-й шкале*) снижают продуманность и взвешенность принимаемых решений, добавляя интуитивный компонент. Кроме того, это снижает использование пережитого опыта

и повышает вероятность повторения уже совершенных ошибок. Для этого пациента характерен нонконформизм, импульсивность, отсутствие эмпатии. Такие пациенты часто одиноки. Если они и состоят в браке, вероятны супружеские разногласия, часто с сексуальными конфликтами и трудностями. Скорее всего, наш пациент боится эмоциональной близости с другими, и чрезмерно чувствителен ко всему, что требует проявления от него эмоциональной близости. При этом пациент имеет сильную потребность в любви и внимании, и получает его, создавая иллюзорный мир взаимопонимания с помощью эмоционального раскрепощения в состоянии опьянения (*в нашем случае алкогольного*).

Клинически пациенты с таким кодом часто эмоционально лабильны, имеют чувство вины, второсортности, низкой самооценки и безнадежности.

**Рисунок 9. Показатели шкалы СМИЛ больного К.**



Диагноз:

МКБ-09: Алкоголизм, вторая стадия, запойное пьянство на фоне высокой толерантности среднепрогредиентное течение с умеренно выраженной социальной дезадаптацией, у личности с шизоидными чертами характера, алкогольный абстинентный синдром с преобладанием соматовегетативных проявлений средней степени тяжести.

МКБ-10: Зависимость от алкоголя, средняя стадия, периодическая форма, обострение, с выраженными соматическими последствиями. Алкогольный синдром отмены тяжелой степени тяжести, неосложненный. F10.30. F10.2521.

Динамическое наблюдение, лечение.

Пациент поступил на 1 день алкогольного абстинентного синдрома. Первые три дня больной получал интенсивную дезинтоксикационную терапию и феназепам 5 мг в сутки. С первого же дня начал получать вальпроат натрия в суточной дозе 900 мг в три приема. С третьего дня назначался в качестве монотерапии. С третьего дня большинство проявлений алкогольного абстинентного синдрома (тревога, бессонница, тремор, шаткость походки, анорексия, потливость, приливы жара и холода и т. д.) значительно уменьшились, оставалась легкая слабость и трудности в сосредоточении.

Со второго дня активно и эффективно участвовал в индивидуальной клиентцентрированной психотерапии по Роджерсу К. Р..

Основной задачей врача в индивидуальной мотивационной психотерапии по К.Р. Роджерсу – было создать атмосферу доверия и безопасного окружения. Такая психотерапевтическая тактика необходима при любой психотерапии, но в случаях «...шизоидной личности значимость подобной тактики во взаимоотношениях врача и больного резко возрастает» (Джонсон С.М., 2001).

На инициальном этапе мотивационной терапии на основе клиентцентрированной терапии по Роджерсу К.Р. психотерапевт вначале проводил диагностическую беседу. Беседа строилась с помощью методики «открытые вопросы» и «техники эмпатического выслушивания».

Чтобы структурировать беседу и направить ее в определенное русло, использовалась техника «избирательное отражение». При «подведении итогов» психотерапевт в сжатой форме проговаривает все сказанное пациентом, чтобы сделать проблему более ясной и понятной.

На инициальном этапе мотивационной клиентцентрированной психотерапии начинался проблемно-ориентированный анализ. Психотерапевт поддерживал пациента в признании болезни (работа с анозогнозией), помогал пациенту повысить понимание проблемы.

В первую очередь, создалась мотивация на общение пациента с врачом через недирективное усиление доверия пациента к врачу. Была сформирована безопасная, целостная и человеческая среда. Поддерживалось любое выражение чувств, в том числе страха и тревоги, врач помогал проговаривать мысли, связанные с этими чувствами.

Эпизодически возникала ситуация экстремального выражения чувств – пациент выражал ненависть и ярость при анализе своих отношений с матерью, вскакивал из-за стола, в порыве чувств заявлял, что «убил бы ее в тот же момент», «изничтожил». Вслед за подобным заявлением спохватывался, садился за стол и начинал громко рыдать, проговаривая, что «...сильно любит, свою мать, кроме нее никого больше нет, что сильно виноват перед ней, что испытывает одновременно чувство жалости к ней и вины, не знает, как справиться с этим...». В этот момент врач устно фиксировал наличие у пациента одновременно несколько ярко выраженных чувств, в том числе и амбивалентных (ненависть, любовь, ярость, вина, стыд, тревога). Было важно удержать эту ситуацию выяснения чувств как можно дольше, в результате чего пациент вначале с ужасом, а затем с удивлением обнаруживал у себя наличие одновременно разнонаправленных чувств к матери. Больной открывал для себя, что раньше он «...позволял себе выражать только ненависть, ярость, или только любовь и чувство вины по отношению к матери». Одновременно с этим, пациент выражал благодарность врачу за «возможность подобного открытия, и, что врач был во время этого открытия рядом».

На втором этапе мотивационной терапии с использованием психотерапии по Роджерсу К.Р. психотерапевт продолжал использовать техники, описанные для первого этапа. Также использовалась техника «структурирование гипотезы».

На втором этапе мотивационной терапии определяется проблема, структурируются цели, и стимулируется поиск пациентом возможных способов решения проблемы. При поиске возможных решений проблемы использовалась техника «мозговая атака».

С четвертого дня начали уменьшаться прямые и косвенные признаки патологического влечения к алкоголю (прекратились мысли об алкоголе, был

нейтрален при нахождении рядом с больными, смаковавшими выпивку в прошлом, при беседе о приятных аспектах выпивки отсутствовали какие-либо вегетативные признаки, «голова заполнилась мыслями о работе и о будущем»).

На третьем этапе клиентцентрированной терапии пациент выбирал одно или несколько возможных вариантов решения проблемы. Больной самостоятельно разрабатывал подробный план действия, в котором он отражает промежуточные цели, критерии эффективности достижения этих целей. Врач продолжал использовать техники «открытые вопросы», «эмпатическое выслушивание», «избирательное отражение», «отражающее слушание», «обобщение суждение», «подведение итогов». С 5 сеанса пациент сам структурировал психотерапевтические сеансы. Домашние задания обсуждал с соседями по палате и в комнате отдыха, спонтанно создавал дискуссии, что в свою очередь позитивно структурировало времяпровождение остальных пациентов.

За пределами психотерапевтической ситуации также происходили изменения психического состояния больного. Если ранее пациент больше времени проводил в палате за чтением книг, относился к соседям свысока («это – птицы не моего полета»), то в процессе психотерапии он становился более общительным с другими больными, с чувством радости встречался с родственниками во время свиданий, активно помогал медперсоналу.

С 7 дня начал читать научную литературу, занимался подготовкой лекционного курса. Активность пациента носила конструктивный характер, не вызывала нареканий со стороны медицинского персонала и не отражалась на процессе засыпания, и потому не требовала медикаментозной коррекции.

В процессе психотерапии пациент достаточно быстро перестал использовать сопротивление, сам был инициатором обсуждения определенных проблемных сторон отношений с самим собой и с окружающими.

К концу психотерапии пациент обрадовано заявил врачу, что начал испытывать чувство «заземленности», что объяснял как ощущение опоры ног на землю, что теперь более ясно представляет себе, кто он есть, на что он реально способен и не нуждается больше в фантазировании». Больной выказывал уверенность, что «...долго еще после выписки из стационара сможет удержать такую позицию...».

Одним из последних откровений больного было то, что «...он научился переживать очень неприятные чувства, даже если кто-то есть рядом...», что «в

случае неспособности пережить какое-либо эмоциональное потрясение, постарается как можно быстрее обратиться к врачу за поддержкой, вместо того, чтобы «напиться».

Заключение.

Больной происходит из наследственно отягощенной семьи. Родные братья злоупотребляли алкоголем. Родной дядя совершил суицид в состоянии опьянения.

Мать – доминантная, эмоционально холодная, жесткая до жестокости в воспитании. Со стороны матери воспитание можно охарактеризовать как «перфекционизм с эмоциональным отчуждением».

Отец, напротив, мягкий, добросердечный, подчиняемый. Важной особенностью отца является отдаленность от реальных проблем семьи, рассеянность, бытие «не от мира сего».

Семья – дисфункциональна. Воспитание неправильное, в условиях одновременного предъявления противоположных требований и ожиданий, амбивалентное. Эмоциональность подавлялась как со стороны матери, так и со стороны отца.

С раннего возраста больному были свойственны такие черты характера как замкнутость, интровертированность. В детстве использовал такие механизмы компенсации как интеллектуализация, хобби (библиофилия). Пубертатный криз можно оценить по степени выраженности как психологический.

Оценивая в целом преморбидные особенности личности больного, необходимо подчеркнуть, что, несмотря на притязания, пациент оставался пассивным в их достижении. Другой важной особенностью пациента является выбор в жены женщину уже зависимую от алкоголя.

Первые пробы алкоголя относятся к 14 годам. Начальная стадия зависимости от алкоголя сформировалась в 24-25 лет, проявлялась первичным влечением к алкоголю, частым употреблением спиртного и снижением количественного контроля. Средняя стадия алкогольной зависимости сформировалась у больного в 34 года. Тогда же был сформирован алкогольный абстинентный синдром с преобладанием соматовегетативных расстройств и с утренним опохмелением. С того времени отмечаются алкогольные амнезии, выраженное первичное влечение к алкоголю.

Изменения личности выступают в виде заострения преморбидных черт. Интеллектуально - мнестического снижения не наблюдается.

Особенностью психотерапевтического процесса в данном случае является приоритет индивидуальной психотерапии над групповой. Пациент положительно отреагировал на создание мощной поддерживающей психотерапевтической среды, что дало мощный толчок в его собственном развитии как в пределах психотерапевтической ситуации, так и в отделении в целом. Описанный случай наглядно демонстрирует развитие и особенности феномена «самотивации», характерного только для пациентов этой группы.

Особенностью развития мотивации на отказ от алкоголя был изначально высокий ее уровень (8 баллов), быстрый подъём уровня мотивации (до 11 баллов на 3 день и до 12 баллов на 6 день терапии) до максимального и стабильность высокого уровня в дальнейшем ходе терапии (12 баллов с 6 дня терапии). Подобные изменения соответствовали обратным изменениям ПВА – уровень ПВА у данного пациента быстро снижался с начала лечения с 2,9 баллов к восьмому дню до 1,4 баллов, стабильно держался на уровне 0,2-0,1 баллов с 9 дня лечения. Подобные изменения ПВА со своей стороны подтверждают положительную динамику как в психическом статусе (редукция психопатологических проявлений), так и в психотерапевтическом (улучшение межличностных и внутриличностных отношений пациента).



### **Заключение.**

В ходе нашего исследования было изучено применение мотивационной психотерапии у больных с алкогольной зависимостью. В качестве изучаемых факторов были определены тип мотивационного воздействия – поведенческий и клиентцентрированный - и характерологические особенности личности. Важно было, прежде всего, ответить на вопрос: у какой личности какой вид мотивационной психотерапии наиболее адекватен и эффективен как в долгосрочном, так и в краткосрочном плане.

Для корректного изучения взаимодействия этих факторов было выделено три этапа мотивационной терапии. Первый этап – инициальный – необходим для формирования у пациента мотивации к общению с психотерапевтом. Второй этап – ориентировочный – расширяет положительную мотивацию от мотивации поддержания отношений с психотерапевтом до мотивации приема медикаментов, мотивации отказа от алкоголя, мотивации обучению предотвращению перехода срыва в рецидив. Третий этап – структурирования мотивации – предусматривает выработку и фиксацию трезвого поведения через развитие таких мотивов как семья, работа, здоровье, увлечения и т. д. На каждом из этих этапов психотерапевтом использовались соответствующие техники и методики, при этом степень участия пациента и принятия им ответственности на каждом этапе была разной.

Для оценки динамики мотивации в ходе комплексной терапии был использован оригинальный мотивационный вопросник. Для повышения объективности и надежности объективной информации о клинической динамике использовалась шкала патологического влечения к алкоголю.

В проведенном нами исследовании получены убедительные данные об эффективности как поведенческой, так и клиентцентрированной психотерапии у пациентов с алкогольной

зависимостью. Это выражается в повышении мотивации на длительное воздержание от алкоголя, снижение частоты срывов и рецидивов, увеличении срока участия в медикаментозной терапии в течение 12 месяцев после выписки из стационара.

В ходе проведения исследования пациентов с алкогольной зависимостью обнаружилось различия в исходной мотивации на отказ от алкоголя и ее динамикой в зависимости от характерологических особенностей больных и вида психотерапии.

У пациентов шизоидного и эпилептоидного круга уровень мотивации на отказ от алкоголя при госпитализации был самым высоким среди пациентов основной группы. Для этой группы пациентов характерен феномен эффективной самомотивации, при котором пациенты стараются брать на себя ответственность за свое поведение с самого начала психотерапии. Психотерапией выбора у этой группы пациентов, как по краткосрочной, так и по долгосрочной эффективности является клиент - центрированная психотерапия.

У больных алкоголизмом с астеническими и психастеническими характерологическими особенностями уровень мотивации отказа от алкоголя и уровень мотивация употребления алкоголя оказывались равновеликими, что приводило к развитию когнитивного диссонанса (по Г. Фестингеру). У таких больных была наиболее эффективной мотивационная терапия на базе поведенческой психотерапии. В единичных случаях проведение клиентцентрированной психотерапии у таких пациентов приводило к усилению тревоги и повышению уровня патологического влечения к алкоголю. При изменении вида психотерапии на поведенческую и коррекции медикаментозной терапии состояние пациентов постепенно стабилизировалось, а затем начинало улучшаться.

Мотивация на отказ от алкоголя у пациентов с истеро-возбудимыми характерологическими особенностями характеризовалась неустойчивостью и диффузностью и по выраженности оказалась самой слабой. Первый этап мотивационной терапии у данной группы больных был самым длительным в сравнении с другими пациентами основной группы. Психотерапией выбора на этом этапе у пациентов этой группы являлась мотивационная психотерапия на основе клиентцентрированной психотерапии. Другой особенностью этих больных было стремление к «оккупации психотерапевта» на втором этапе мотивационной психотерапии, что выражалось в стремлении к увеличению продолжительности и частоты психотерапевтических сессий. Это требовало от психотерапевта смены клиентцентрированной мотивационной психотерапии на мотивационную психотерапию на основе поведенческой психотерапии.

У пациентов с синтонными и неустойчивыми характерологическими особенностями уровень мотивации отказа от алкоголя был низким и показывал самую незначительную положительную динамику в сравнении с динамикой мотивации у остальных пациентов основной группы. Можно говорить, что пациенты этой группы оказались самыми резистентными по отношению к мотивационной терапии обоих видов.

В целом долгосрочный эффект лично-ориентированной психотерапии оказался выше долгосрочного эффекта поведенческой психотерапии по показателю «частота рецидивов», «частота обострения ПВА», «продолжительность поддерживающей терапии после выписки из стационара» и достоверно не отличался по показателю «частота срывов».

Полученные результаты подтвердили начальные предположения, что личности с различными особенностями характера будут отличаться

друг от друга по таким факторам как мотивация к отказу от алкоголя и её динамика в процессе комплексной терапии, чувствительность пациентов к разным типам психотерапии и эффективность комплексной терапии.

В исследовании показана необходимость учета личностных особенностей в ходе проведения мотивационной психотерапии и подтверждена целесообразность разделения мотивационной терапии на три этапа. При этом было обнаружено, что на каждом этапе мотивации необходимо дифференцированное использование техник и методик соответствующей психотерапии, а у некоторых пациентов (особенно с истерическими и возбудимыми чертами характера) было важно также соблюдать баланс типов мотивационного воздействия на соответствующих этапах.

## Выводы.

1) Использование стационарной дифференцированной мотивационной психотерапии в составе комплексного лечения больных алкогольной зависимостью повышает длительность и качество ремиссии.

2) Эффективность клиент-центрированной психотерапии по таким показателям как «частота рецидивов», «продолжительность поддерживающей терапии после выписки из стационара» выше эффективности поведенческой психотерапии.

3) С помощью впервые разработанного мотивационного опросника обнаружено, что структура и динамика мотивации у пациентов с алкогольной зависимостью зависит от характерологических черт больных и претерпевает изменения в ходе мотивационной психотерапии.

4) Впервые разработанные дифференцированные программы поведенческой и клиентцентрированной мотивационной психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью в условиях стационара позволяют применять методики и техники на каждом этапе мотивационной психотерапии наиболее целенаправленно в зависимости от особенностей характера больного.

5) Эффективность клиент-центрированной и поведенческой мотивационной психотерапии у пациентов с неустойчивыми и синтонными чертами характера оказалась ниже, чем у пациентов других подгрупп.

6) Клиент-центрированная мотивационная психотерапия является психотерапией первого выбора у пациентов с шизоидными и эпилептоидными характерологическими особенностями на всех этапах, а у пациентов с возбудимыми и истерическими чертами характера только на начальном этапе мотивации – инициальном. Эффективность

клиент-центрированной мотивационной психотерапии у пациентов с астеническими и психастеническими чертами характера ниже, чем у пациентов других подгрупп.

7) Поведенческая мотивационная психотерапия является наиболее эффективной у пациентов с астеническими и психастеническими чертами характера на всех этапах, а у пациентов с истерическими и возбудимыми характерологическими особенностями только на втором и третьем этапе мотивации.

## Список литературы

1. Агибалова Т.В. Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера // Психическое здоровье населения России. Материалы конференции молодых психиатров России, Москва, 27-28 марта 2001г. – М. – 2001. – С. 163-164.
2. Агибалова Т.В. Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – С. 10-13 .
3. Агибалова Т.В., Даренский И.Д. Значение преморбидных особенностей характера для психотерапии больных алкоголизмом // XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М. – 2000. – С. 225 – 226.
4. Алкоголизм: Руководство для врачей. / Под ред. Г.В. Морозова и др. – М.: Медицина, 1983. – С. 432.
5. Альтшулер Б.В. Современная Фармакотерапия в клинике алкоголизма // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 25 - 39.
6. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю (клинический и терапевтический аспекты): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1984. – С. 33.
7. Альтшулер В.Б. Клинические варианты влечения к алкоголю и его терапия у больных хроническим алкоголизмом // Вопросы клиники и лечения алкоголизма: Сб. науч. тр. / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1980. – С. 54 – 61.
8. Альтшулер В.Б. Клиническое обоснование применения антиконвульсантов для подавления патологического влечения к алкоголю // В сб.: Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий: тез. докл. междунар. симпоз., 28-30 марта, 1989г., Гагра. – М., 1989. – С. 30.

9. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – М.: Имидж, 1994. – С. 216
10. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. – 1995. – № 2. – С. 27 – 31.
11. Анохина И.П. Нейробиологические аспекты алкоголизма // Вестн. АМН СССР. – 1988. – № 3. – С. 21 – 27.
12. Анохина И.П. Нейрохимические аспекты патогенеза хронического алкоголизма / В кн.: Патогенез и клиника алкоголизма, М., 1976. – С. 15 – 19.
13. Анучин В.В., Бегунов В.И., Калманов Г.Б. Обоснование системы комплексной поэтапной психотерапии больных в наркологическом отделении // 8-й Всесоюз. съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. 3. – С. 468 – 469.
14. Аустин Л. Мотивационная работа // Сб.: Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. – Ярославль: «Добро». – 2002. – С. 84 – 103.
15. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М.: Медицина, 1987. – 334 с.
16. Бадхен А.А., Певзнер М.М. Опыт групповой психотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Аффективные нарушения при алкоголизме. – Л. – 1983. – С. 117 – 121.
17. Бажин А.А. Выбор методов антиалкогольного лечения в зависимости от клинических особенностей алкоголизма // Вести, гипнологии и психотерапии. – СПб., 1993. – № 1(4). – С. 21 – 40.
18. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А. Уровень субъективного контроля у больных хроническим алкоголизмом и его роль в осуществлении восстановительного лечения // Науч. конф. "Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и



алкоголизмом, Ленинград, 25-26 ноября 1986г.: Тез. докл. – Л., 1986. – С. 349 – 351.

19. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений (ЦТО): Метод. рекомендации. – Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1984. – С. 18.

20. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации, больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (Фонд НАН). – М.: 2000 г. – С. 82 – 83.

21. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 14 – 18.

22. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 120 - 172.

23. Бокий И.В. Психотерапия в системе профилактики рецидивов при алкоголизме // 1-й съезд психиатров соц. стран. – М., 1987. – С. 420 – 424.

24. Бокий И.В., Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Групповая психотерапия больных алкоголизмом // Вопросы психотерапии: тез. докл. Всесоюзн. науч. конф. "Актуальные проблемы психиатрии и наркологии (психотерапевтический аспект)"- Харьков, 1977. – С. 289 – 292.

25. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Алкоголизм и самосознание личности // Науч. конф. "Реабилитация больных нервно - психическими заболеваниями и алкоголизмом", 25 – 26 ноября 1986г.: Тез. докл. – Л., 1986. - С. 351 – 354.

26. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Групповая психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Респ. сб. науч. тр. – Л., 1982. – С. 32 – 38.
27. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Задачи и методы психотерапии больных алкоголизмом // Аффективные нарушения при алкоголизме: Сб. науч. тр. – Л., 1983. – Т. 105. – С. 108 – 116.
28. Братусь Б.С. К вопросу о психологических основах психотерапии алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1974. – Т. 74. – Вып. 10. – С. 1863 – 1866.
29. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974. – С. 96.
30. Братусь Б.С., Лишин О.В. Закономерности развития деятельности и проблемы психолого-педагогического воздействия на личность // Вестн. Моск. Ун-та. – Сер. 14. – Психология. – 1982. – № 1. – С. 12 – 20.
31. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. – М.: Издательство МГУ. – 1988. – С. 14 – 26.
32. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – С. 144.
33. Братусь Б.С., Сурнов К.Г. Методика формирования установки на трезвость у больных алкоголизмом // Вестн. Моск. Ун-та. – Сер. 14. – Психология. – 1983. – № 3. – С. 53 – 63.
34. Бринк Ван ден В. Эффективные вмешательства при алкогольных проблемах // Сб.: Стратегии лечения алкогольных проблем. – Киев: «Сфера». – 1999. – С. 68 – 69.
35. Бурно Е.М. Антиалкогольный клуб. – М., 1982. – С. 18.
36. Бурно М.Е. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и

неврозов. – М.: ЦОЛИУВ, 1981. – С. 43.

37. Бурно М.Е. О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1969. – С. 16.

38. Бурно М.Е. Эмоционально - стрессовая психотерапия в амбулаторной практике // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно - психических заболеваниях: Респ. сб. науч. тр. – Л., 1982. – С. 35 – 41.

39. Бурно М.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов: Сб. науч. тр. / Под ред. В.Е. Рожнова - М., 1981. – С. 3 – 12.

40. Валентик Ю. В., Даренский И. Д. Применение психотерапевтического режима в стационарном лечении больных алкоголизмом // VI Всероссийский съезд психиатров / Тезисы докладов. - М., 1990. - Т. 2. – С. 123 – 124.

41. Валентик Ю. В., Даренский И. Д. Психотерапевтический режим наркологического стационара // Сборник трудов СО ГНЦПЗ АМН РФ. – Томск, 1992. – С. 81 – 90.

42. Валентик Ю.В. Использование психотерапевтического режима при лечении больных алкоголизмом // Междунар. симпоз., «Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий», Гагра, 28-30 марта 1989г.: Тез. докл. – Гагра, 1989. – С. 113.

43. Валентик Ю.В. К клинической характеристике вариантов патологического влечения к алкоголю // Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение): Сб. науч. тр. / Под ред. Г.В.Морозова. – М., 1983. – С. 32 – 38.

44. Валентик Ю.В. К клинической характеристике патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с преморбидными чертами характера неустойчивого круга // Клиника и патогенез алкогольных заболеваний. – М., 1984. – С. 35 - 41.

45. Валентик Ю.В. К характеристике клинической динамики первичного патологического влечения к алкоголю // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1985. – С. 131-134.

46. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом (Клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – С. 19.

47. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Дис. ... докт. мед. наук. - М., 1993.- 375с.

48. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – С. 342.

49. Валентик Ю.В. Континуальный подход в психотерапии алкоголизма // XII съезд психиатров России, Москва, 1-4 нояб. 1995 г.: М., 1995. – С. 684 - 686.

50. Валентик Ю.В. Подавление патологического влечения к алкоголю методами психотерапии // 8-й Всесоюз. съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988.- Т. 3.- С. 474 - 476.

51. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. - 1995. - № 2.- С. 65 - 68.

52. Валентик Ю.В. Система мотивированной терапии и реабилитации больных алкоголизмом «Путь к здоровью» // Вопр. наркологии. – 1996. – № 1. – С. 58 - 59.

53. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Континуальный подход к психотерапии больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. - 1994. - № 3.- С.8 - 12.

54. Валентик Ю.В., Курышев В.Н. Клинико-психологическая характеристика установок, формируемых в процессе лечения больных алкоголизмом // Вопр. наркологии.-1992. - № 3 - 4.- С.75 - 81.

55. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к

болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обозрение психиатр. и мед психол. им. Бехтерева. - 1993. - № 2. - С. 13 - 21.

56. Вацлавик П., Бивин Дж.Б., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций: Пер. с англ. – СПб.: «Речь», - 2000. – С. 34 - 37.

57. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом // Социал. и клинич. психиатрия. - 1991. - Вып. 1. - С. 71 - 74.

58. Гузиков Б.М. К вопросу о критериях эффективности групповой психотерапии больных алкоголизмом // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно - психических заболеваниях: Респ. сб. науч. тр. - Л., 1982.- С. 109 - 112.

59. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии // Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб. науч. тр. - Л., 1989.- С. 7 - 11.

60. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А. Психотерапевтическое сообщество в системе реабилитации больных алкоголизмом // Науч. конф. "Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом, Ленинград, 25-26 ноября 1986г.: Тез. докл. - Л., 1986.- С. 362-363.

61. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин.– Л.: Медицина, 1988. – С. 224.

62. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом: (Метод, рекомендации).- Л., 1987. – С. 16.

63. Даренский И. Д. Психотерапевтические аспекты алкогольного и трезвеннического образов поведения / Концептуальные

вопросы наркологии: Сборник научных трудов - М., 1995. - С. 124 - 128.

64. Даренский И. Д. Депрессивный клинико-терапевтический тип алкоголизма. - Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии. Материалы конференции. – Пенза, 1995. - С. 69 - 72.

65. Даренский И. Д. Личностные предикторы ремиссий у больных алкоголизмом // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. - М. – Орел, 1994 - С. 23 – 28.

66. Даренский И. Д. Психотерапевтический образ трезвости при алкоголизме // Тезисы докладов Всероссийской научной конференции. – Чита. – 1995. – Т. 2. - С. 238 - 239.

67. Даренский И. Д. Терапевтические программы при алкоголизме. - Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. - С. 711 - 713.

68. Даренский И. Д., Маслова А. Ф. Психофизиология невротического развития личности // Медицинский реферативный журнал, раздел Х1У. - 1990. - № 4. - С. 21.

69. Джонсон С. М. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия», М.: Центр психологической культуры, 2001. – С. 103 – 105.

70. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 222 - 271.

71. Дудко Т.Н. Терапевтические сообщества // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 271 - 290.

72. Завьялов В.Ю. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от алкоголя: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1993. – С. 41.

73. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1988. – С. 198.

74. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. – М.: Психологическая наука, 1969. – С. 63 – 67.

75. Иванец Н. Н. и др. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (краткое клиническое руководство) / Н.Н. Иванец, И. Д. Даренский, Н. В. Стрелец, С. И.Уткин, М.: Медпрактика-М, 1998. - С. 60.

76. Иванец Н.Н. Значение конституционально-биологических факторов для формирования различных клинических вариантов алкоголизма // Алкоголизм и наследственность. – М., 1987. – С. 72-76.

77. Иванец Н.Н. Клинические проблемы алкоголизма // Вестн. АМН СССР. – 1988. – № 3. – С. 43-48.

78. Иванец Н.Н. Результаты изучения роли личностного фактора в клинике алкоголизма // Всесоюзн. науч.-практ. конф. по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикоманий, 3-я: Тез. докл. – М., 1980. – С. 73-76.

79. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Место ситуационно-психологического тренинга в системе реабилитации больных алкоголизмом / Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Л., 1986. – С. 366-368.

80. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Психотерапевтический подход к профилактике рецидивов у больных алкоголизмом. – В кн.: Ремиссии при алкоголизме. – Л., 1987. – С. 77-82.

81. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Вопросы классификации наркологических заболеваний // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 189 – 212.

82. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 6 – 25.

83. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1983. – Т. 83, вып. 8. – С. 1222-1227.

84. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Значение преморбидных характерологических черт для формирования алкоголизма // Седьмой Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров, Москва, 26-30 мая 1981 г.: (Тез. докл.). – М., 1981. – Т.1. – С. 236-239.

85. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей / под ред. Г.В.Морозова. – М.,1983. – С. 432.

86. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. О типологии изменений личности при хроническом алкоголизме // Тезисы докладов на Пленуме Правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров (Львов, 27-29 сентября 1976 г.). - М. – 1976. - С. 122 - 125.

87. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. – М., 1996.- С. 47.

88. Ильин Е.П. Мотивация и мотив: теория и методы изучения. – Киев: Народна наука, 1998. – С. 23-25.

89. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2000. – С. 65 – 77.

90. Ильин Е.П. Сущность и структура мотива // Психологический журнал. – 1995. - № 2. – С. 35-36.

91. Карвасарский В. Д. Психотерапия.- М.: Медицина, 1985. – С. 304.



92. Катер П. Современный психоанализ: Пер. с нем. – СПб. – 1997. – С. 351.
93. Керими Н.Б. и др. Принципы мотивационного терапевтического вмешательства при опийной наркомании / Н.Б. Керими, Н.П. Генефико, А.А. Непесова, О.Р.Мамедова, Л.С. Ладыгина // Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – С. 23-38.
94. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии: Пер. с англ. – М.: Наука, 2000. – С. 464.
95. Козлова О.И. Комплексная терапия алкоголизма в условиях кабинета анонимного лечения // Современные аспекты профилактики и реабилитации наркозависимости: Материалы межрегиональной научно-практической конференции (Тамбов, 21-22 декабря 2000г.) / Под ред. А.К. Гажи. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2000. – С. 58-59.
96. Короленко Ц. П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. - Новосибирск: Наука, 1987. – С. 168.
97. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: «Нолидж», 2000. – С. 41-59.
98. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: в 2-х т. – М. – 1982. – Т. 2. – С. 251 - 261.
99. Леонтьев А.Н. Современная психология. – М. – 1983. – С. 134-137.
100. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. – Л.: Медицина, 1991. – С. 304.
101. Лукомская М.И. Современные тенденции в лечении алкоголизма // Проблемы наркологии - 89: Сб. науч. тр. - М., 1989. - С. 76 – 83.
102. Лукомский И.И. Проблемы психиатрии и патологическое развитие личности при алкоголизме // 4-й Всесоюз. съезд

невропатологов и психиатров: Тез. докл. – М., 1963. – Т.1. – С. 319-321.

103. Лукомский И.И., Никитин Ю.И. Лечение психических расстройств при алкоголизме. – Киев: Здоровье. – 1997. – С. 160.

104. Лукомский И.И., Энтин Г.М. Вопросы организации борьбы с алкоголизмом. – Москва: Медицина. – 1973. – С. 79.

105. Маданес К. Стратегическая семейная психотерапия: Пер. с англ. – М.: «Класс», - 1999. – С. 272.

106. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе: Пер. с англ. – М., 1998. – С. 480.

107. Маслоу А.Г. Мотивация и личность: Пер. с англ. – СПб.: Евразия. – 1999. – С. 6 – 23.

108. Махова Т.А. Некоторые механизмы изменения личности больных алкоголизмом // Проблемы алкоголизма. – М., 1986. – С. 152-155.

109. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - СПб.: Оверлайд, 1994. - С. 303.

110. Меньшикова Е. С. Личностные особенности больных хроническим алкоголизмом при разных вариантах течения заболевания. – Автореф. дисс. к. псих. наук. – М. – 1980. – С. 17.

111. Минков Е.Г. К вопросу о патологическом влечении к алкоголю // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. –Т.6. – Вып. 1. – С. 66 - 72.

112. Минков Е.Г. Некоторые аспекты мотивации при хроническом алкоголизме и вероятность возникновения ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т.3. – Вып. 1. – С. 54 - 60.

113. Минков Е.Г. Особенности преморбидной мотивационной

сферы у больных с зависимостью от психоактивных веществ // XII съезд психиатров России: (Материалы съезда). – М., 1995. – С. 770 - 771.

114. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Влияние личностного фактора на прогрессивность хронического алкоголизма // Алкоголизм (Клиника, терапия, патогенетич. и судеб.-психиатр. аспекты).– М.,1981.– С. 3 - 8.

115. Москаленко В.Д. Психокоррекционная работа с семьями больных с зависимостью от психоактивных веществ // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 172 - 187.

116. Москаленко В.Д. Созависимость в семьях наркологических больных // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 187 - 222.

117. Мучник М.М., Райзман Е.М. Ранний опыт: травма и фантазии // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. – С. 12 – 18.

118. Небаракова Т.П. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера астенического круга. - Автореф. дис. к. м. н. - М. - 1977. – С. 16.

119. Павлов И.С. Комплексная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей. - Автореф. дис. к. м. н. - М. – 1978. – С. 16.

120. Подорога В.Я. Комплексное применение психотерапевтических методов лечения алкоголизма в условиях наркологического стационара // Вопросы профилактики, диагностики и лечения вредных привычек у лиц молодого возраста: Тез. докл.-Чернигов, 1988.-С.81-84.

121. Психология и лечение зависимого поведения / Под. ред. С. Даулинга: Пер. с англ. – М.: «Класс». - 2000. – С. 240.

122. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная

стадия алкоголизма. – М.: Медицина, 1988. – С. 288

123. Пятницкая И.Н., Еникеева Д.Д. Проблема дифференциального диагноза при атипичной прогрессивности алкоголизма // Актуал. вопр. невропатологии, психиатрии и нейрохирургии: Тез. докл. – Рига, 1981. – С. 309 - 313.

124. Роджерс К. Р. К науке о личности // История зарубежной психологии: Тексты. – М.: МГУ. – 1986. – С. 199-230.

125. Роджерс К. Р. Клиентцентрированная психотерапия: Пер. с англ. – М.: «Рефл-бук», «Ваклер». – 1997.

126. Роджерс К. Р. Личные размышления относительно преподавания и учения // Открытое образование – 1993. – № 5. – С. 23.

127. Роджерс К. Р. Несколько важных открытий // Вестник МГУ. – 1990. – № 2. – Сер. 14. – «Психология». – С. 58-65.

128. Роджерс К. Р. Психология эмоций. Тексты. – М.: МГУ. – 1984. – С. 234 - 238.

129. Рожнов В.Е. Методика эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма // Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов: Сб. науч. тр. / Под ред. В.Е. Рожнова - М., 1974. - Т. 182. - С. 21 - 31.

130. Рожнов В.Е. О роли эмоционально-стрессового внушения в психотерапии алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. – № 2. – С. 153 - 154.

131. Рожнов В.Е. Психотерапия хронического алкоголизма. – М., 1975. - С. 24.

132. Рудестам К.Е. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика: Пер. с англ. – М.: Академический проект, 1990. – С. 387.

133. Рыбакова Т.Г., Фридленд Ю.М., Ерышев О.Ф. Этапы реабилитации больных алкоголизмом и профилактика рецидивов //

Ремиссии при алкоголизме. - Л., 1987.- С. 70 - 77.

134. Судаков К.В. Биологические мотивации как основа наркотической зависимости и алкогольного влечения // Вопр. наркологии. – 1990. – № 3. – С. 3 - 14.

135. Сурнов К.Г. Изменение установок личности при алкоголизме: Дисс... канд. Психол. Наук, М. – 1982.

136. Трубчанинова О.Н. Хронический алкоголизм у больных с преморбидными чертами характера стенического круга. - Автореф. дис. к. м. н. - М. – 1982. – С. 24.

137. Ураков И.Г., Куликов В.В. К характерологической оценке лиц страдающих хроническим алкоголизмом. – В кн.: Вопросы клиники и терапии психических состояний. – М., 1971. – С. 163-166.

138. Ураков И.Г., Мирошниченко Л.Д., Творогова Н.А. К динамике становления ремиссий у больных алкоголизмом // Ремиссии при алкоголизме. - Л., 1987. - С. 20 - 25.

139. Урбах В.Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. – М.: Медицина, 1975. – С. 293 – 297.

140. Цетлин М.Г., Батищев В.В., Зыков О.В. Сообщества (группы) само- и взаимопомощи наркологических больных // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 290 - 308.

141. Циркин С.Ю., Кулыгина М.А. Характерологические типы личности и стиль взаимодействия с пациентом в процессе психотерапии // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 2. – С. 44 - 48.

142. Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У. Гипнотерапия вредных привычек: Пер. с англ. – М.: «Класс». - 1998. – С. 213.

143. Чередниченко Н.В., Альтшулер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3-4. – С. 14-17.

144. Чернаенко Т.К. Экспериментально-психологические

исследования при поздних стадиях хронического алкоголизма: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1970. – С. 15 .

145. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. – М.: Медпрактика-М. – 2002. – С. 18 - 22.

146. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза). Дисс. докт. мед. наук. – М. – 2001. – С. 249.

147. Чирко В.В. Психопатология ранних токсикоманий // Сб.: «Акт. Вопр. Наркоманий». – Омск. – 1982. – С. 198 - 200.

148. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (Наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 14-17.

149. Чирко В.В., Ровенская О.А. Токсикомания у больных пожилого возраста // Сб.: Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. – М. – 1997. – С. 143-145.

150. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В. Семейная психотерапия. – СПб.: Питер. - 2000. – С. 512.

151. Энтин Г.М. Еще раз к вопросу о стресспсихотерапии алкоголизма по методу А.Р. Довженко // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова.-1991.- Т.91, вып.2.- С.132-133.

152. Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динеева Н.Р. Сравнительная оценка эффективности различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма // Социал. и клинич. психиатрия. - 1994. - Т. 4. – Вып. 1. - С. 90 - 95.

153. Энтин Г.М., Мухарлямова Ф.Г., Галкин В.А. Использование различных методов лечения больных алкоголизмом в наркологических учреждениях России в 1991-1993 гг. // Социал. и клинич. психиатрия. - 1995.- Вып. 3. - С. 114 - 119.

154. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. О повторном лечении больных алкоголизмом методом А.Р. Довженко // Вестн. гипнологии и психотерапии. - СПб., 1992. - № 2. - С. 45 - 47.

155. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. Характеристика рецидивов и прогноз эффективности при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко // Вестн. гипнологии и психотерапии.- Л., 1991.- № 1.-С. 18 - 22.

156. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка медицинских исследований. – Санкт – Петербург: Военно-медицинская Академия, 2002. – С. 12 – 33.

157. Юрченко Л.Н. Клинико-катамнестическое исследование эффективности психотерапии алкоголизма: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 1999. - С.

158. Abrams D.B., Niaura R.S. Social learning theory of alcohol use and abuse // H. Blane, K. Leonard (ed.) / Psychological theories of drinking and alcoholism. – N.Y.: Guilford. – 1987. – P. 21-23.

159. Azrin N.H., Sisson R.W., Meyers R.W. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy // J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. – 1982. – Vol. 13. – P. 105 – 112.

160. Battegay R. Der Mensch in der Gruppe // Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie. – Bern: Huber. – 1969. – Bd. 3. – S. 12 – 17.

161. Beck A.T. Cognitive therapy of depression. – N.Y.: Guilford, 1979. – 12 p.

162. Biernacki R., Pathways from Heroin Addiction. Recovery without Treatment // Philadelphia: Temple University Press. – 1986 – P. 56 – 58.

163. Bloesch L. Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie. – Bern: Huber, 3. Aufl., 1972. – 156 s.

164. Blum E.M. Psychoanalytic views of alcoholism // Quart. J. Stud.

Alkohol.– New York: Guilford Press. – 1966. – Vol. 27. – P. 259-299.

165. Bräutigam W. Gemeinschaftsfaktoren in der Behandlung von Alkoholsüchtigen // Z. Psychother. Med. Psychol. – 1959. – Nr. 9. – S. 146-155.

166. Brinc A.D. Group psychotherapy with married couples: a successful technique in New Orleans alcoholism clinic patients // J. La. Med. Soc. – 1996. – Vol. 122. – P. 41 – 44.

167. Busch H. Rationale Psychotherapie Konzepte als Voraussetzung für eine effektive Alkoholismustherapie // Therapiewoche. – 1988. – Nr. 39. – S. 2814 – 2817.

168. Casriel D. Sofair a house. – N.Y.: Englewood Cliffs, 1964. – P. 65-78.

169. Casselman J. Met vallen en opstaan. Apeldoorn // Leuven: Garant. – 1996. – P. 63 – 76.

170. Chaney E.F. Skill training with alcoholics // J. of consulting and clinical psychology. – 1978. – Vol. 46 – P. 1092-1104.

171. Cohen M. Alcoholism: controlled drinking and incentives for abstinence // Psychol. Rep. – 1971. – Vol. 28. – P. 575 – 580.

172. Curlee J. A comparison of male and female patients at an alcoholism treatment // J. Psychol. – 1970. – Vol. 74. – P. 239 – 247.

173. Dichter M., Driscoll G.Z., Ottenberg D.J., Rosen A. Marathon therapy with alcoholics // Quart. J. Stud. Alcohol. – 1971. Vol. 32. – P. 66 – 77.

174. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Self-change and therapy change of drugs behavior. – N.Y.: Addictive Behavior, 1982. – P. 133 – 135.

175. Dominicus R.D. Das sozialpsychiatrische Modell eines Therapiegemeinschaftskrankenhauses für Alkoholranke // Suchtgefahren. – 1974. – Bd. 20. – Heft 3. – S. 203 – 205.

176. Dominicus R.D., Hochinke C., Zentara R.



Entziehungabehandlung von Alkoholkranken in der therapeutische Gemeinschaft // Ref. 19. Internat. Seminar zur Verhütung und behandlung des Alkoholismus. – Belgrad. – 1973. – S. 45 – 67.

177. Dynamics of drug dependents: Implications of a conditioning theory for research and treatment // Arch. of Gen. Psychiatry. – 1973. – Vol. 28. – P. 611 – 616.

178. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. – N.Y.: Pergamon, 1988. – P. 56 – 57.

179. Ends E. J., Page C.W. A study of 3 types of group psychotherapy with hospitalized male inebriates // Quart. J. Stud. Alcohol. – 1957. – Vol. 18. – P. 263 – 277.

180. Ermann M. Erfolgskontrollen in der Psychotherapie und das psychotherapeutische Selbstverstaendnis: Eine grundsätzliche Überlegungen // Z. Psychother. Med. Psychol. – 1974. – Vol. 24. – S. 44 – 49.

181. Feuerlein W. Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1975. – S. 122-124.

182. Foschungsprojekt Selbstheiler: Ausstieg aus der Drogensucht am Beispiel der Selbstheiler. – Hamburg, 1988. – S. 72 – 75.

183. Foschungsprojekt Selbstheiler: Ausstieg aus der Drogensucht am Beispiel der Selbstheiler. – Hamburg, 1990. – S. 36 – 39.

184. Fox R. A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism // Amer. J. Psychiatry. – 1967. – Vol. 124. – P. 769 – 778.

185. Fox R. Gruppentherapie mit Alkoholikern // Analytische Gruppenpsychotherapie / Hrsg. von H.G. Preuss – München: Urban&Schwarzenberg. – 1966. – S. 147 – 154.

186. Gallant D.M. Group psychotherapy with married couples: a successful technique in New Orleans alcoholism clinic patients // J. La. Med. Soc. – 1970. – Vol. 122. – P. 41 – 44.

187. Gardner A.F., Holmberg S.A. Motivational work with addicts. –

N.Y.: Guilford Publications, 1987. – P. 204 – 205.

188. Gordon J.R. Relapse Prevention. – N.Y.: Guilford Publications, 1998. – P. 276 – 278.

189. Green N. A view of family pathology involving child molest – from a juvenile probation perspective // *Juvenile Justice*. - 1977. – Vol. 13. – P. 29 – 34.

190. Hamburg S. Behavior therapy in alcoholism: a critical review of broad spectrum approaches // *J. of studies on alcohol*. – 1975. – Vol. 36. – P. 69 – 87.

191. Haugaard J., Reppucci N. The sexual abuse of children: A comprehensive guide to current knowledge and intervention. – San Francisco: Josey – Bass, 1988. – P. 45 – 46.

192. Heather N., Robertson I. Controlled drinking. – London: Methuen, 1983. – P. 12-15.

193. Hester R.K., Miller W.R. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. – N.Y.: Guilford, 1993. – P. 58 – 59.

194. Holder H. The cost effectiveness of treatment of alcohol problems: a first approximation // *J. Studies on alcohol*. – 1991. – Vol. 52. – P. 517 – 540

195. Hunt G.M., Azrin N.H. A community reinforcement approach to alcoholism // *Behavior Research and Therapy*. – 1973. – Vol. 11. – P. 91 – 104.

196. Jackson P., Oei T.P.S. Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics // *Drug and alcohol dependence*. – 1978. – Vol. 3. – P. 369 – 374.

197. Jones S.L. et al. Skill training with alcoholics: a clinical extension // *Addictive behaviors*. – 1982. – Vol. 7. – P. 285 – 290.

198. Kadden R et al. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual. – Washington, DC, National Institute on Alcohol Abuse and

Alcoholism. – 1992. – Vol. 3. – P. 46 – 47.

199. Kadden R.M. Matching alcoholics to coping skills or interaction treatment methods: post-treatment results // J. of consulting and clinical psychology. – 1990. – Vol. 57. – P. 698 – 704.

200. Kemper J.C. Elektrische Aversionstherapie bei chronischen Alkoholikern. – München, 1972. – S. 56 – 67.

201. Kendell R.D., Staton M.C. the fate of untreated alcoholics // Quart. J. Stud. Alcohol. – 1966. – Vol. 27. – P. 30 – 41.

202. Khantzian E.J. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions // Recent Development in Alcoholism. – N.Y.: Guilford Press. – 1983. – Vol. 8. – P. 2376 – 2380.

203. Kissin B. Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism // J. of psychiatric research. – 1970. Vol. 8. – P. 13 – 27.

204. Klingemann H. Initiierung und Verlauf von Autoremissionsprozessen bei Abhängigkeitsproblemen // Abschlussbericht / Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme. – 1990. – S. 2 – 3.

205. Kohn R.C. Stil und Geist der themenzentrierten interaktionellen Methode // C.J. Sager, H.S. Kaplan: Handbuch d. Ehe-, Familien- und Gruppentherapie / Hrsg. von A. Heigl-Evers. – München: Kindler, 1973. – Bd. III. – S. 234 – 245.

206. Langen D. Kompendium der medizinischen Hypnose. – Basel: Karger, 3. Auflage, 1972. – S. 56 – 65.

207. Lindstrom L. Managing alcoholism: matching clients to treatments. – Oxford, Oxford University Press, 1992. – P. 45 – 46.

208. Mandel A. et al. Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie / A. Mandel, K.H. Mandel, E. Stadter, D. Zimmer – München: Pfeiffer, 1971. – S. 102 – 111.

209. Marlatt G.A. Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors // Addictive behaviors. – 1990. – Vol. 15. – P.

395 – 399.

210. Marlatt G.A. Cognitive factors in the relapse process. – Washington: Washington Press, 1985. – P. 48 – 53.

211. Marlatt G.A., Gordon J.R. Relapse prevention. – N.Y.: Guilford, 1995. – P. 12 – 17.

212. Marlatt G.A., Gordon J.R. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. – N.Y.: Guilford, 1985. – P. 24 – 30.

213. McBrearty V., Dichter M., Garfield Z. A behaviorally oriented treatment program for alcoholism // Psychol. Rep. – 1968. – Vol. 22. – P. 287 – 298.

214. Miller W.R. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles // J. of consulting and clinical psychology. – 1993. – Vol. 61. – P. 455 – 461.

215. Miller W.R. Motivational enhancement therapy manual. – Washington / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. – 1992. – Vol. 2. – P. 167 – 178.

216. Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers, II. The drinkers check-up as preventive intervention // Behavioral Psychotherapy. – 1988. – Vol. 16. – P. 251 – 268.

217. Miller W.R., Gribskov C.J., Mortell R.L. Effectiveness a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact // J. Addict. – 1981. – Vol. 16. – Nr. 11. – P. 1247 – 1254.

218. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing (Preparations People to Change Addictive Behavior). – N.Y.: Guilford Publications, 1991. – P. 112 – 115.

219. Miller W.R., Sovereign R.G. The check-up: A model of early intervention in addictive behaviors // Addictive behaviors: prevention and early intervention, Amsterdam, 1989. – P. 219 – 231.

220. Miller W.R., Taylor C.A., West J.C. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. – N.Y. - Addictive Behavior, 1980. – P. 13 – 24.

221. Monti P.M. Communication skills training: communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics // J. of studies on alcohol. – 1990. – Vol. 51. – P. 263 – 270.

222. Narrol G.H. Experimental application of reinforcement the analysis and treatment of hospitalized alcoholics // Quart. J. Stud. Alcohol. – 1970. – Vol. 28. – P. 419 – 430.

223. O'Farrell T.J. Couples relapse prevention sessions after a behavioral marital therapy couples group program // Treating alcohol problems: Marital and family interventions / Red. T.J. O'Farrell. – N.Y.: Guilford Press, 1992. – P. 61 – 74.

224. O'Farrell T.J. Marital and family therapy // Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives / Red. R.K. Hester, W.R. Miller. – N.Y.: Pergamon Press, 1995. – P. 261 – 272.

225. Oei T.P.S., Jackson P. Long-term effects of groups and individual social skills training with alcoholics // Addictive behaviors. – 1980. – Vol. 5. – P. 129 – 136.

226. Oei T.P.S., Jackson P.R. Social skills and cognitive behavioral approaches to treatment of problem drinking // J. of studies on alcohol. – 1982. – Vol. 43. – P. 532 – 547.

227. Prochaska J.O. DiClemente C.C., Norcross J. Search of How People to Change (Application to Addictive Behaviors) // American Psychologist. – 1992. – P. 12 – 18.

228. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // Psychotherapy: theory, research and practice. – N.Y. – 1982. – Nr. 19. – P. 276 – 288.

229. Rieth E. Gruppentherapie von Alkoholikern in der stationären Behandlung // Suchtgefahren. – 1971. – Nr. 17. – Heft 3. – S. 12 – 13.
230. Rogers C.R. Client-centered therapy: a helping process // The University of Round Table. – 1951. – Vol. 698. – P. 12 – 21.
231. Rogers C.R. A personal formulation of client-centered therapy // Marriage and Family Living. – 1952. – Vol. 14. – P. 341 – 361.
232. Rogers C.R. Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1951. – P. 234 – 241.
233. Rogers C.R. Counseling and Psychotherapy. – Boston: Houghton Mifflin, 1942. – P. 43 – 47.
234. Rogers C.R. Dialogues. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1989. – P. 45 – 56.
235. Rogers C.R. Divergent trends in methods of improving adjustment // Harvard Educ. Rev. – 1948. – P. 209 – 219.
236. Rogers C.R. On becoming a person. A Therapist's view of psychotherapy. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1961. – P. 294 – 297.
237. Rogers C.R. On becoming Person. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1961. – P. 114 – 119.
238. Rogers C.R. Psychotherapy and Personality Change. – Chicago: University of Chicago Press, 1954. – P. 12 – 24.
239. Rogers C.R. Significant aspects of client-centered therapy // Amer. Psychologist. – 1946. – Vol. 1. – P. 415 – 422.
240. Rogers C.R. Some implications of client-centered counseling for college personnel work // Educ. & Psychol. Meastmt. – 1948. – Vol. 8. – P. 540 – 549.
241. Rogers C.R. The attitude and orientation of the counselor in client-centered therapy // J. Consult. Psychol. – 1949. – Vol. 13. – P. 82 – 94.
242. Rogers C.R. The use of electrically recorder interviews in

improving psychotherapeutic techniques // Amer. J. Orthopsychiatry. – 1942.  
– Vol. 12. – P. 429 – 434.

243. Rogers C.R. Towards a more human science of the person // J. of Humanistic Psychology. – 1985. – Vol. 26 (3). – P. 7-24.

244. Rollnick S. et al. Negotiating behavior change in medical settings: development of brief motivational interviewing // J. of mental health. – 1992. - Vol. 1. – P 24 – 37.

245. Sands P.M., Hanson P.G., Sheldon R.B. Recurring themes in group psychotherapy with alcoholics // Psychiatry Quart. – 1967. – Vol. 41. – P. 474 – 482.

246. Satir V.M. Conjoint family therapy. – Palo Alto: Science and Behavior Books, 1970. – P. 64 – 78.

247. Saunders B., Allsop S. Relapse: a psychological perspective // British J. Of addiction. – 1987. – Vol. 82. – P. 417 – 429.

248. Schippers G.M. Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek // Lisse: Swets en Zwilinger. – 1981. – Vol. 6. – P. 14 – 16.

249. Schippers G.M. Brokken L.C.H.M., Otten J. Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik: Handleiding en Testmaterialen. – Nijmegen: Bureau, 1994. – P. 45 – 47.

250. Schippers G.M. Brokken L.C.H.M., Verwey J. Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik: een protocol voor motivatie en assessment ten behoeve van vroegtijdige interventie bij alcoholproblematiek // Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en Andere Psychotrope Stoffen. – 1994. – Vol. 20. – P. 88 – 94.

251. Schippers G.M. Motivierende gespreksvoering / L.M. Bovens, W.R. Buisman, J. Casselman, E.A. Noorlander, G.M. Schippers, W.M. de Zwart (red.). Handboek: Verslaving. – Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996. – P. 1050-1055.

252. Schippers G.M., Emst A., Bilsen H. Motivatie en

probleemdrinken // Directieve Therapie. – 1988. – Vol. 8. – P. 135 – 140.

253. Schlömer H. Hilfestellung für qualifizierte Therapieevaluation oder Wegbereitung für ein Mehr an stattlicher Kontrolle? Die Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie // Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. – 1986. – Band 1. – Teil 2. – S. 91 – 97.

254. Schneider Wolfg. Das deutsche Abstinenzparadigma am Scheideweg // Drogalkohol. – 1989. – Band 13. – S. 104 – 116.

255. Skinner H.A. Development and validation of a lifetime alcohol consumption assessment procedure. – Toronto. – Addiction Research Foundation, 1992. – P. 73 – 74.

256. Smith J.E., Meyers R.J. The Community Reinforcement Approach // Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives / Red. R.K. Hester, W.R. Miller. – N.Y.: Pergamon Press, 1995. – P. 251 – 267.

257. Stall R., Biernacki R. Spontaneous Remission from the Problematic Use of Substance // Int. J. of the Addictions. – 1986. – Vol. 1. – P. 1 – 23.

258. Stanton M.D., Nodd T.C. Structural Family Therapy with Drug Addicts // Family therapy of drug and alcohol abuse / Eds. E.E. Kaufmann. – N.Y.: Gardner Press, 1979. – Ch. 4. - P. 164 – 170.

259. Tausch R. Gesprächspsychotherapie. – Göttingen: Hogrefe, 3. Auflage, 1970. – S. 26 – 35.

260. Vogler R.E. et al. Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics: Follow-up and suggestion for research / R.E. Vogler, S.E. Lunde, G.R. Jonson., P.L. Martin. // J. Cons. Psychol. – 1971. – Vol. 36. – P. 450 – 451.

261. Vogler R.E., Lunde S.E., Martin P.L. Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics // J. Cons. Psychol. – 1970. – Vol. 34. –



P. 302 – 307.

262. Wanigrate S. et al. Relapse prevention for addictive behaviors / S. Wanigrate, W. Wallace, J. Pullin, F. Keaney, R. Farmer // A manual for the therapists. – London: Blackwell. – 1990. – P. 348 – 356.

263. Weber G., Schneider Wolfg. Herauswachsen aus der Drogensucht: Abschlussbericht. – Münster: Universität Münster Press. – 1992. – S. 12 – 14.

264. Wieser S. Psychotherapie und Soziotherapie des Alkoholismus // Psychiatrie der Gegenwart.– Berlin: Springer, 2. Aufl. / Hrsg. von H.W. Gruhle u.a. – 1972. – Bd. II/2 – S. 433 – 468.

265. Wilchfort D. Behandlung des Alkoholismus durch “Conjoint-Ehetherapie”. – München: Urban&schwarzenberg, 1978. – S. 25 – 46.