

На правах рукописи

Шалаева Елена Васильевна

**ГРУППОВАЯ ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

14.01.27 – Наркология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

7 АВГ 2014 .



Москва – 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор **Макаров Виктор Викторович.**

Официальные оппоненты:

Шустов Дмитрий Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Пережогин Лев Олегович – доктор медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник Федерального Государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «23» сентября 2014 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета (Д 208.051.01) при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте <http://www.nncn.ru>.

Автореферат разослан «20» *сентября* 2014 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Усманова Нилуфар Нематжановна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Алкоголизм – огромная медицинская и социальная проблема, постоянно привлекающая внимание исследователей и специалистов, разрабатывающих новые виды помощи больным. Установлено, что подход к лечению, основанный исключительно на лекарственной терапии, не решает всего спектра проблем, связанных с алкогольной зависимостью (АЗ) и только комплексное лечение АЗ дает хороший результат (Иванец Н.Н. и соавт., 2008). Признание биопсихосоциальной природы АЗ обуславливает необходимость комбинированного лечения с использованием психотерапии (Шалаева Е.В. и соавт., 2013), которая при правильной организации становится основой для медикаментозного лечения, для удержания больного в системе реабилитации (Валентик Ю.В., Даренский И.Д., 1992; Валентик Ю.В., 2000; Белокрылов И.В., 2002; Иванец Н.Н., 2002; Дудко Т.Н., 2013).

Число методов психотерапии, предлагавшихся для курации больных с АЗ, велико (Валентик Ю.В., Даренский И.Д., 1990; Валентик Ю.В., 1993; Белокрылов И.В., 2001; Агibalова Т.В., 2001-2013; Макаров В.В., 2010; Шалаева Е.В., 2013), но именно их разнообразие ставит перед специалистами новые вопросы: как можно сочетать разные подходы, и как дифференцированно применять воздействия с тем, чтобы максимально эффективно учитывать индивидуальные особенности пациентов. Решением этой проблемы может быть разработка интегративной или полимодальной психотерапии (ПП) (Макаров В.В., 2010), ориентированной на «клинически точное видение больного, с возможностью планирования психотерапевтического вмешательства, исходя из индивидуальных особенностей состояния пациента» (Шалаева Е.В. и соавт., 2013, С. 62).

Степень разработанности темы. В настоящее время предложено около 1000 методов психотерапии (Макаров В.В., 2009), в том числе для больных с АЗ (Валентик Ю.В., 1990; Агibalова Т.В., 2001-2013; Белокрылов И.В., 2011; Катков А.Л., 2010; Brooks-Harris J.E., 2008; Dixon J.M., 2009; Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C., 2013). При этом обоснованность и эффективность отдельных методов все еще под вопросом (Luborsky L., 2002; Tai B., 2010). Недостаточно эффективным остается лечение наркологических больных, резистентных к психофармакотерапии и психотерапии, что подтверждается снижением показателя снятия с наблюдения в связи со стойким улучшением (3,9 в 2011 г. и 3,6 в 2012 г. на 100 больных среднегодового контингента) (Кошкина Е.А. и соавт., 2012).

Необходим научный поиск в области методов лечения, разработка психотерапевтического сопровождения, дифференцированных программ психотерапии с учетом индивидуальных особенностей наиболее сложной группы наркологических больных. В связи с этим поставлена следующая цель исследования.

Цель исследования. Разработать, апробировать и обосновать клинически ориентированную групповую полимодальную психотерапию (ПП) пациентов с алкогольной зависимостью, оценить эффективность данного вида терапии для лечения больных, резистентных к психофармакотерапии и психотерапии.

Задачи исследования:

1 Провести клинически точную квалификацию пациентов с АЗ, резистентных к психофармакотерапии и психотерапии.

2 Разработать новый среднесрочный метод ПП с учетом особенностей коморбидной патологии и изменений личности у пациентов данной группы.

3 Апробировать разработанный вариант групповой ПП, описать динамику состояния больных.

4 Оценить эффективность ПП.

Научная новизна:

Впервые подбор мишеней психотерапии осуществлялся из числа резистентных к психотерапии больных АЗ путем анализа клинических характеристик и коморбидной патологии. Впервые разработана среднесрочная групповая ПП с учетом клинических характеристик изученных групп; доказана эффективность и целесообразность использования ПП в группе резистентных к психотерапии больных с АЗ.

Теоретическая и практическая значимость результатов. В результате тщательного клинического анализа симптомов АЗ и коморбидных расстройств (КР) обоснована программа психотерапии больных АЗ, резистентных к психофармакотерапии и психотерапии. Для этих пациентов аргументирован выбор ПП в качестве приемлемой психотерапии, базирующейся на поддерживающем подходе и использующей потенциал групповой формы ведения занятий. Описан подход к индивидуальным и групповым сеансам.

В процессе ПП устанавливается хороший терапевтический альянс (ТА), который удерживается в течение длительного времени, поэтому возможна точная диагностика патологии личности больных, раскрытие ими глубинных переживаний и проблем.

Применение ПП способствует уменьшению сопротивления пациентов, их удержанию в программе, повышению уровня социальной адаптации и клиническому улучшению. ПП может использоваться во внебольничной наркологии врачами психиатрами-наркологами или клиническими психологами.

Методология и методы. В исследовании использовались современные методы: клинико-психопатологический, психологический, клинико-катамнестический и статистический.

Основные положения, выносимые на защиту:

1 Аккуратная, верифицируемая в ходе психотерапии клиническая диагностика расстройств, коморбидных АЗ, показала, что их число значительно; они наблюдаются у большинства больных, резистентных к психофармакотерапии и психотерапии. Основными типами выявляемых КР являются патология личности, аффективные расстройства и употребление иных ПАВ.

2 Тщательная диагностика коморбидной патологии, особенно верификация расстройств личности (РЛ), позволяет правильное, мишене-ориентированное планирование и проведение, оптимальный выбор способов и средств психотерапии, достижение хорошего ТА.

3 Применение ПП, базирующейся на модели поддерживающей, направленной на реконструкцию личности психотерапии, позволяет снизить сопротивление больных, длительно удерживать их в программе, значительно уменьшить число срывов и рецидивов, достичь динамики социального статуса, лучшее качество ремиссии.

4 ПП доказала свою пригодность для больных АЗ с широким спектром КР. Выделенные группы пациентов с типическими сочетаниями АЗ и КР позволяют индивидуализировать программу психотерапии, конкретизировать мишени воздействия, повысить мотивацию больных и содействуют эффективности психотерапии.

Степень достоверности результатов. Правильная формулировка цели и задач, глубокое объективное изучение имеющихся научных разработок в данном направлении, использование адекватных современных методов исследования, достаточный объем фактического материала (122 пациента) и статистическая обработка результатов с использованием компьютерных программ обеспечивают достоверность результатов исследования. Выводы и практические рекомендации логически верны. Полученные данные согласуются с имеющимися научными исследованиями по распространенности коморбидной патологии и эффективности ТА (Альтшуллер В.Б., 1994; NIDA, 2010; Luborsky L., 1996; Petry N.M. et al., 1999).

Структура и объем диссертации. Диссертационное исследование изложено на 168 страницах и имеет следующую структуру: введение, три главы (обзор литературы по теме, материал и методы, результаты собственных исследований, соответственно), заключение, выводы, список литературных источников (193 наименования: 130 – отечественных, 63 – зарубежные работы). Текст содержит 33 таблицы, 2 рисунка, 4 приложения, 2 клинических примера.

Апробация результатов. Результаты были отражены в 12 научных работах, из них 3 – в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией.

Основные материалы доложены на пяти российских конференциях (включая 4 с международным участием).

Результаты исследования внедрены в деятельность кафедры наркологии и психотерапии ФГБУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства» России; кафедры психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» Минздрава России; отделения дневного стационара и Центра медицинской психологии и психотерапии г. Москвы (ЦМПП) при ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал №6; 4-го и 15-го наркологических отделений ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского» Департамента здравоохранения г. Москвы.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клинический материал и методы исследования

В исследование набирались больные, проходившие лечение в ЦМПП. Терапевтически и психотерапевтически резистентные больные отбирались из числа клинически сложных, ранее неоднократно проходивших лечение у врачей психиатра-нарколога, психотерапевта, иных специалистов. На консультацию к психотерапевту в ЦМПП больных направляли врачи районных наркологических диспансеров с целью улучшения эмоционального состояния. Пациенты основной группы наблюдались в течение трех лет (2010–2013). **Критерии включения в исследование:** диагноз АЗ; неоднократные (более 3-ех раз) попытки лечения, не заканчивавшиеся ремиссией; неоднократное стационарное лечение с использованием психофармакотерапии, психотерапевтических, запретительных методов. **Критерии исключения** – острые психотические состояния, выраженное интеллектуальное снижение.

В группу исследования вошли 122 пациента. Средний возраст больных составил 41 год ($SD=8,4$), а возрастной диапазон – от 25 до 56 лет.

Примечание – Здесь и далее в тексте SD – стандартное отклонение.

Гендерный состав – 24 женщины и 98 мужчин.

В основную группу ($n=86$) вошли пациенты двух подгрупп, которые проходили лечение методом групповой ПП: группа пациентов, прошедших курс из 10 – 15 сеансов ПП (группа «среднесрочной терапии», $n=32$), и пациенты, которые в течение года при необходимости получали единичные индивидуальные или групповые поддерживающие сессии по окончании среднесрочной ПП (группа «продолгованной поддерживающей терапии», $n=54$). В контрольную группу ($n=36$) вошли, пациенты, с теми же критериями включения, которые по тем или иным причинам не согласились проходить ПП, либо прервали ее на ранних стадиях (1-3 сессии). В дальнейшем находились под наблюдением и получали несистематизированную психотерапевтическую помощь (консультации по вопросам зависимости, по психосоциальным вопросам: семьи, профессии, коммуникациям и т.д.), в том числе в групповой форме у того же терапевта. Время наблюдения основной и контрольной групп было одинаковым.

В выборку вошли больные с АЗ во II или переходной II–III стадии (F10.2. по МКБ-10).

При анализе социально-демографических характеристик значимых отличий между группами не найдено ($p>0,05$). Выявлен высокий удельный вес лиц с признаками значительного социального снижения (до 80% по разным параметрам), лиц с наследственной отягощенностью (49%). Возраст начала систематического употребления алкоголя варьировал от 17 до 30 лет (в среднем – 22,4 года ($SD=2,3$)). АЗ формировалась в возрасте 28,4 лет ($SD=2,1$); длительность наркологического заболевания – от 3 до 20 лет.

Методы исследования включали клинико-психопатологический, психологический, клинико-катамнестический и статистический.

«Анкета больного» фиксировала основные социально-демографические и клинические данные о больных.

Тест аддитивных установок Мак-Маллана–Гейлхар (МакМаллин Р., 2001) выявлял наиболее типичные аддитивные установки больных и их эффект на комплаенс к лечению.

Вариант структурного интервью О. Кернберга (Кернберг О., 2000) оценивал структуру личности больных.

Опросник для оценки терапевтического альянса (The Penn Helping Alliance questionnaire–II, HAq-II) (Luborsky L. et al., 1996) оценивал качество ТА.

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) оценивал уровень патологического влечения к алкоголю (ПВА).

При статистической обработке результатов использовались методы описательной статистики, статистический критерий Манна-Уитни (межгрупповые различия), знаковый ранговый тест Вилкоксона (внутригрупповые различия, связанные с ходом и эффектами ПП), точный критерий Фишера (различия в случае дихотомических данных), кластерный анализ. Корреляции оценивались с помощью г-критерия ранговой корреляции Спирмена. Обработка проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 11.5.

Эффективность групповой ПП оценивалась с помощью экспериментально-психологических методик, проводимых по плану для двух групп с психодиагностическим тестированием до и после воздействия ПП. Независимая переменная – терапевтическая интервенция и особая тактика ведения больного, обеспечивающая поддерживающее отношение. Зависимые переменные – особенности клинического состояния, качество ТА, аддитивные установки, поведение больного (посещения психотерапевта и отказ от алкоголя).

Все больные предупреждены о факте проведения исследования, ознакомлены с формой участия, дали информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обоснование ПП больных алкоголизмом

Исследуемая модель ПП включает приемы поддерживающей психодинамической терапии РЛ, эффективной для лечения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, мотивационной терапии, транзактного анализа, психообразования, работы с иррациональными убеждениями, логотерапии.

Основные мишени ПП:

- 1 Нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни.
- 2 Личностные дисфункции; черты ведущего РЛ, особенно, искаженные коммуникативные установки.

- 3 Способность распознавания мотивации приема ПАВ.
- 4 Нарушения самооценки.
- 5 Слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния.
- 6 Нарушения способности установления глубокого контакта, включая способность к получению эмоциональной поддержки от специалиста.
- 7 Главные интрапсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями.
- 8 Пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего».
- 9 Типичные нарушения объектных отношений.

Организация психотерапевтического взаимодействия. Начальный диагностический и мотивирующий этапы – 1–3 индивидуальные встречи длительностью 1–1,5 часа.

Задача психотерапевта на диагностическом этапе – оценить симптоматику АЗ, особенности его протекания, форму проявления и компоненты ПАВ, провести оценку коморбидной патологии с вычленением личностных дефицитов путем оценки структуры личности и нарушений мотивации.

Мотивирующий этап включает мотивационную психотерапию. Важнейшая задача – поддержка выбора больным продолжения лечения и получения психотерапевтической помощи как проявления его ответственности за свою судьбу, источник переживания самоэффективности.

На этапе групповой психотерапии – 10 основных занятий по 3 часа 1 раз в неделю в малой открытой смешанной группе (до 7 человек), куда входили пациенты с АЗ, члены небιологических для больных семей (созависимые или имеющие высокий риск развития АЗ), – к поддержке пациента привлекаются его родные, реконструируются семейные отношения. Групповая работа позволяет актуализировать типичные проблемы взаимоотношений. Способ проведения интервенций – поддерживающий, с созданием «принимающей» и безопасной обстановки. В фокусе внимания – обучение жизни в трезвости, навыкам заботы о здоровье и позитивного общения с другими, развитие рефлексивных способностей, укрепление «Я», интеграция нарушенных функций. При включении в группу нового члена используется редуцированная технология мотивационного интервью. Групповой этап мог пролонгироваться за счет посещения выздоравливающими пациентами открытой группы по окончании основной групповой программы.

На завершающем этапе подводятся итоги работы, выстраивается «образ желательного будущего», формулируются планы и цели, разрабатывается схема дальнейших посещений врача (частота, сроки, формы связи, способы контроля состояния). В случае срыва пациенты приглашаются продолжать психотерапию.

На этапе динамического наблюдения используются индивидуальные сеансы по инициативе больного или врача (частотой от 1 раза в неделю до 1 раза в 1-2 месяца). В качестве показаний выступали состояние угрозы срыва, рецидивы АЗ,

ухудшения психического состояния в связи с внешними причинами, трудности социальной адаптации.

Новизна ПП:

1 Успешность ПП детерминирована возможностью обхода сопротивления изменениям за счет переноса акцентов с преодоления симптомов ПВА на решение личностных проблем, оптимизацию эмоционального состояния и межличностного взаимодействия.

2 Проведение ПП требует прохождения этапов мотивационного воздействия, групповой, индивидуальной работы на этапе поддержки изменений. Такая последовательность отвечает логике выявления личностных проблем и имеющихся ресурсов, задаче расширения диапазона используемых паттернов реагирования (эмоционального, поведенческого).

3 Отказ от прямого воздействия на ПВА снижает степень сопротивления пациента и смягчает эффекты рецидива, способствует удержанию в программе независимо от динамики выздоровления.

4 Принципы организации групповой работы содействуют удержанию в программе, обеспечивая новый опыт эффективного межличностного взаимодействия с широким кругом лиц, вовлеченных в проблематику потребления спиртного. Расширяется репертуар стратегий совладания с давлением алкоголизирующейся социальной среды.

5 Поддерживающая психотерапия на этапе выздоровления позволяет снизить патогенность рецидивов, способствует утилизации опыта рецидива и избеганию отказа от психотерапии и поставленных ранее целей.

Критерии эффективности ПП – длительность ремиссии, повышение уровня социального функционирования и улучшение психического состояния.

Анализ клинических характеристик больных алкоголизмом, квалификация КР

Для оценки КР использовались единые диагностические критерии МКБ-10. В основной группе выявлена высокая частота КР (Таблица 1). Неосложненная АЗ отмечена только у 13 больных (15 %). Все остальные (85%) обнаруживают признаки одного или более КР.

Таблица 1 – Распространенность КР в основной группе

КР	Частота встречаемости					
	Мужчины (n=69)		Женщины (n=17)		Всего в группе (n=86)	
	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%
Аффективные расстройства						
Большой депрессивный эпизод (в анамнезе)	5	7	3	18,8	8	9,3
Биполярное аффективное	2	3	1	6	3	3,5
Итого аффективные расстройства	7	10	4	24,8	11	12,8
Тревожные и связанные со стрессом расстройства						
Фобические (включая панические атаки)	4	5,7	0	0	4	4,7
Социальные фобии	2	3	0	0	2	2,3
Генерализованное тревожное	4	5,7	1	6,3	5	5,8
Смешанное тревожное и депрессивное	1	1,4	1	6,3	2	2,3
ПТСР	4	5,7	0	0	4	4,7
Соматоформные	3	4,3	0	0	3	3,5
Итого тревожные и связанные со стрессом расстройства	18	25,7	2	12,6	20	23,3
РЛ						
Шизоидное	3	4	0	0	3	3,5
Диссоциальное	4	5,7	0	0	4	4,7
Эмоционально-неустойчивое (включая эксплозивное)	3	4,3	2	12,5	5	5,8
Пограничный тип личности	5	7	1	6,3	6	7
Истерическое	3	4,3	2	12,5	5	5,8
Избегающее	1	1,4	0	0	1	1,2
Расстройство типа зависимой личности	3	4,3	0	0	3	3,5
Нарциссическая личность	1	1,4	1	6,3	2	2,3
Итого РЛ	23	32,9	6	37,5	29	33,7
Иные расстройства						
Легкое когнитивное	4	5,7	1	6,3	5	5,8
РЛ органической этиологии	5	7	0	0	5	5,8
Патологическое влечение к азартным играм	2	3	0	0	2	2,3
Итого иные расстройства	11	15,7	1	6,3	12	14

Результаты анализа коморбидной патологии в контрольной группе сопоставимы с основной группой (Таблица 2).

Таблица 2 – Распространенность КР в контрольной группе

КР	Частота встречаемости					
	Мужчины (N=29)		Женщины (N=7)		Всего по группе (N=36)	
	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%
Аффективные	4	13,8	2	28,5	6	16,7
Тревожные	6	20,7	2	28,5	8	22,2
РЛ	12	41,4	3	42,9	15	41,7
Иные расстройства, включая когнитивные нарушения органического генеза	5	17,2	1	14,3	6	16,7
Пагубное употребление иных ПАВ	6	20,7	1	14,3	7	19,4
Без коморбидной патологии	4	13,8	2	28,5	6	16,7

Примечание – Сумма признаков в столбцах может быть не равна 100%, поскольку у одного больного могло диагностироваться несколько КР.

Для оценки относительной частоты встречаемости КР с учетом гендерного аспекта был проведен анализ рангов (Таблица 3).

Таблица 3 – Ранги КР, % от общей выборки

Пациенты-мужчины (n=69)	Пациенты-женщины (n=17)
РЛ (32,9 %)	РЛ (33,7 %)
Тревожные и связанные со стрессом (25,7 %)	Тревожные и связанные со стрессом (23,3 %)
Расстройства когнитивной сферы (включая РЛ органической этиологии) (12,7 %)	Расстройства настроения (12,8 %)
Расстройства настроения (10 %)	Легкое когнитивное (6,3 %)

Наиболее часто у больных, независимо от половой принадлежности, встречались РЛ, особенно РЛ с проявлениями эмоциональной лабильности, неустойчивости, в том числе – пограничное, а среди пациентов-мужчин – диссоциальное. Таким образом, программу психотерапии для терапевтически и психотерапевтически резистентных больных АЗ необходимо ориентировать в первую очередь на пациентов с патологией личности. Мишень воздействия – патологические паттерны поведенческого и эмоционального реагирования, стабильные, часто эго-синтонные, отражающие имеющееся РЛ. Их коррекция обязательна – иначе эффект лечения, направленного на преодоление АЗ, будет легко нивелирован ситуативно-обусловленной экзacerbацией патологических черт личности.

Следующими по частоте встречаемости стали расстройства с повышенным уровнем тревоги, что согласуется с распространенными представлениями об анксиолитическом действии алкоголя как патогенетическом механизме развития АЗ. Важно учитывать высокую частоту тревожных состояний при построении

психотерапии, поскольку обеспечение ее противотревожного эффекта становится важным фактором повышения комплаенса больных, подтверждая пользу интервенций поддерживающего типа.

Опыт потребления иных ПАВ также встречался часто. Обычно сообщалось о случаях сочетанного алкогольного и наркотического опьянения, в динамике которого алкоголизация первична и облегчает согласие больных на прием иного ПАВ. Иногда потребление иного ПАВ было призвано компенсировать недостаточность эффекта от спиртного.

Реже встречались расстройства когнитивной сферы и стойкие расстройства настроения (без тревожных состояний), поэтому влияние данных психопатологических синдромов на клиническую картину можно считать минимальной, хотя они и учитывались при организации индивидуальной работы.

Учет клинических характеристик при планировании и проведении ПП

С учетом рангов нарушений в основной группе (Таблица 3) (высокочастотных КР аффективной природы и РЛ) в процедуру ПП был включен ряд изменений, поскольку каждый тип РЛ требует своей тактики психотерапии.

РЛ с проявлениями эмоциональной лабильности обнаруживает себя неустойчивостью настроения, легкостью утраты произвольного контроля над поведением и выраженной импульсивностью, поэтому ожидалась проекция интенсивных эмоций больными во время ПП, в результате чего при терапевтической нейтральности психотерапевта могли возникать интенсивные проекции, перенос, включая негативный, разрушительный для психотерапии. Было решено отказаться от принципа терапевтической нейтральности в пользу роли принимающего, поддерживающего, эмпатийного, «эмоционально теплого» психотерапевта. Врач «не прятал» собственную личность, сохранял высокий уровень аутентичности. Для нейтрализации чрезмерных негативных чувств и предупреждения слишком глубокой регрессии фокус внимания смещался с анализа прошлого на проблемы и события текущего дня и перспективные планы.

Для подкрепления восприятия врача как позитивной, эмоционально стабильной фигуры использовался ряд техник:

- 1 Четкая организация процесса ПП с заранее обозначенными границами (число сеансов, групповые нормы, правила).

- 2 Обеспечение доступности врача в случае переживания ухудшения состояния (возможность телефонного звонка и визита).

- 3 Структурирование сеанса: обозначение времени подведения итогов и позитивная обратная связь.

Врач большое внимание уделял анализу собственных контрпереносных чувств, используя их как диагностический инструмент для выявления скрытых запросов пациента.

Данные приемы обеспечивали соблюдение принципа коррективного эмоционального опыта, когда выстраивание новых, принимающих отношений со

значимым Другим интегрируется пациентом и становится основой глубоких изменений в социальном функционировании.

При наличии у больного нарциссических черт была важна функция «отзеркаливания» со стороны психотерапевта, обеспечиваемая через эмпатическое принятие и позволяющая компенсировать недостаток самоуважения и неспособность противостоять стрессам. Восстановление самоуважения пациента становится предиктором повышения стрессоустойчивости, превенцией ситуативно-обусловленных срывов.

Интерпретативные интервенции использовались с осторожностью. Поиск скрытых причин алкоголизации строился на формулировках, предложенных пациентом, дающих возможность концептуализировать искаженную мотивацию и совладать с нею. Интерпретация и конфронтация такой мотивации могли стать травмирующими. В случае выбора между интерпретацией и эмпатической поддержкой предпочтение обычно отдавалось последней. При необходимости (для систематически повторяющихся и особенно деструктивных паттернов) интерпретация предлагалась структурировано, схематично.

В работе с пациентами с диссоциальным РЛ для нейтрализации, сглаживания диссоциальных черт были выбраны поддерживающий, «мягкий» стиль отношений с нерезкой конфронтацией, использованием юмора, опорой на зрелую часть личности пациентов. Осуществлялось развитие эмоциональной чувствительности и эмпатических способностей.

Сравнительный анализ процесса и результатов психотерапии

В результате сравнения двух групп по параметрам, отражающим динамику состояния больных, было установлено, что она значительно различается (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) (Таблицы 4 и 5). В среднем пациенты основной группы были в программе вдвое дольше, чем контрольной (9,4 месяца ($SD=3,8$) и 4,4 месяца ($SD=1,7$), соответственно) ($p \leq 0,01$, критерий Манна-Уитни).

Таблица 4 – Длительность нахождения в программе (месяцы)

Группы	Абсолютное число случаев (%)				
	2 месяца	3-4 месяца	6 месяцев	9 месяцев	12 месяцев
Основная (n=86)	10 чел. (11,6 %)	9 чел. (10,5 %)	5 чел. (5,8 %)	8 чел. (9,3 %)	54 чел. (62,8 %)
Контрольная (n=36)	3 чел. (8,3 %)	19 чел. (52,7 %)	11 чел. (30,5 %)	3 чел. (8,3 %)	0

Только больных основной группы удавалось удерживать в лечебной программе более девяти месяцев. Поскольку более 50% больных контрольной группы прервали лечение после 3–4 месяцев наблюдения, а еще 30,5% – на 6-м месяце, с учетом большого числа срывов и рецидивов и значительного числа больных, не прекращавших прием спиртного (Таблица 5), можно говорить о низкой эффективности психотерапии в контрольной группе.

Таблица 5 – Срывы и рецидивы за время наблюдения (12 месяцев)

Группы	Абсолютное число случаев (%)				
	Не было	Однократно	До 3 раз	Более 3 раз	Потребление продолжалось
Основная (n=86)	2 чел. (2,3 %)	18 чел. (20,9 %)	45 чел. (52,3 %)	17 чел. (19,8 %)	4 чел. (4,7 %)
Контрольная (n=36)	0	3 чел. (8,3 %)	10 чел. (27 %)	15 чел. (41,6 %)	8 чел. (22,2 %)

Примечание – Срывы – отдельные нарушения режима трезвости без возобновления основной симптоматики АЗ и при сохранении работоспособности; рецидивы – случаи, когда происходило возобновление основной симптоматики АЗ.

При анализе динамики социального статуса тщательная оценка эффектов оказалась возможной только в основной группе (Таблицы 6 и 7), поскольку большие контрольной группы ушли из терапии до истечения периода наблюдения. Здесь анализ социального и семейного статуса проводился по ходу лечения, но положительной динамики не наблюдалось.

Таблица 6 – Результат к последнему посещению (основная группа)

Показатели	Абсолютное число, человек	%
Потребление продолжается	4	4,7
Неустойчивая ремиссия с психофармакотерапией	17	19,8
Неустойчивая ремиссия без психофармакотерапии	18	20,9
Устойчивая ремиссия – 3 месяца	24	27,9
Устойчивая ремиссия – полгода	15	17,4
Устойчивая ремиссия – год	8	9,3

Таблица 7 – Динамика социального статуса (основная группа)

Показатели	Абсолютное число, человек	%
Нет динамики	10	11,6
Наличие позитивных планов	33	38,4
Изменения в одной из областей (личные отношения, трудовой статус, финансы)	33	38,4
Изменения в двух значимых областях	10	11,6
Значительные изменения социального статуса	0	0

Позитивная динамика социального статуса в основной группе была отчетливой. В ходе ПП большинству больных удалось построить новую модель будущего, сформулировать и начать осуществлять реалистичные планы. Наиболее частыми эффектами стали трудоустройство и восстановление личных отношений после разрыва или периода затяжного конфликта.

Важным пунктом динамики стали показатели ремиссии. Относительно устойчивая ремиссия наблюдалась у 54,6% больных основной группы – хороший результат, учитывая тяжесть контингента. Ценным представляется наличие больных (19,8%), согласившихся на поддерживающую психофармакотерапию в сочетании с ПП, ведь в этом случае сохраняется высокая вероятность дальнейшего закрепления эффектов, постепенного становления глубокой ремиссии.

Данные о полученных ремиссиях подтверждаются значениями показателей ВАШ, снизившихся в основной группе с 8,7 баллов (SD=1,3) до 4,8 баллов (SD=2,7) к 3-ему месяцу терапии, и до 3,6 баллов (SD=1,4) к завершению годового наблюдения ($p < 0,05$, критерий Вилкоксона).

Для оценки факторов, причастных к параметрам, отражающим ход ПП в основной группе, был проведен корреляционный анализ (Таблицы 8 и 9).

Таблица 8 – Корреляции параметров хода ПП и клинических характеристик больных

Показатели	Регулярность посещения (максимальный пропуск в неделях)	Срывы за время программы
Результат к последнему посещению	-0,28 ($p < 0,01$)	-0,54 ($p < 0,001$)
Критерии РЛ	0,33 ($p < 0,01$)	0,20 ($p = 0,7$)
Наличие опыта потребления иных ПАВ	0,20 ($p = 0,07$)	0,39 ($p < 0,001$)
Уровень личностной организации	0,58 ($p < 0,001$)	0,18 ($p = 0,09$)

Примечание – Значимые корреляции выделены.

Результат к последнему посещению коррелирует с показателем регулярности посещений групповой ПП. Пропуски сессий отражают неустойчивую и/или невысокую мотивацию больных, частично предопределяющую эффективность ПП и уровень достигнутого результата. Корреляция показателей результата ПП и числа срывов дублирует отмеченную закономерность, так как срывы также отражают неустойчивость мотивации к лечению.

Более того, установлено, что наличие (отсутствие) РЛ является важным фактором влияния на уровень мотивации, отраженный в показателе регулярности посещений: чем более выражено РЛ, тем менее стабильной и высокой представляется мотивация к психотерапии. Выявленная связь подтверждается результатами анализа с учетом более тонкой градации уровней личностной организации (от невротической к психотической или органической), поскольку с ростом тяжести РЛ мотивация излечения у пациентов становилась менее устойчивой и выраженной. Неустойчивость мотивации для пациентов с серьезным РЛ является общей закономерностью, относящейся ко всей структуре мотивации субъекта, и мотивация излечения становится частным случаем, проявлением общей нестабильности и неэффективности функционирования мотивационной сферы.

Значимость данного результата состоит в том, что он позволяет обосновать приоритетную ориентацию процесса психотерапии на личность больного, выбор определенных средств и способов воздействия, которые, прежде всего, предполагают создание принимающей безоценочной среды как условия комфортного пребывания в группе и позитивных изменений. Без такой среды возможность обращения к проблемам пациентов ограничена, ведь значительная патология личности делает неэффективным использование конфронтационных техник.

В качестве предикторов исхода психотерапии оценивались и клинические характеристики больных (Таблица 9).

Таблица 9 – Корреляции клинических параметров и показателей эффективности ПП

Показатели	Симптомы аффективной патологии	Критерии РЛ	Опыт потребления иных ПАВ
Длительность нахождения в программе	0,23 (p<0,05)	-0,54 (p<0,001)	-0,48 (p<0,001)
Максимальная длительность ремиссии	0,08 (p=0,47)	-0,45 (p<0,001)	-0,53 (p<0,001)
Результат к последнему посещению	0,07 (p=0,5)	-0,33 (p<0,01)	-0,44 (p<0,001)
Срывы за время программы	-0,15 (p=0,16)	0,20 (p=0,7)	0,39 (p<0,001)

Примечание – Значимые корреляции выделены.

Несмотря на ожидаемый результат, что на длительность нахождения в программе отрицательно влияют факторы наличия РЛ и опыта потребления иных ПАВ (оба фактора утяжеляют клиническую картину состояния и ухудшают динамику), установлено, что наличие аффективной патологии оказывает обратное влияние: более отчетливая представленность аффективных расстройств увеличивала длительность нахождения больных в программе. Патология эмоциональной сферы в данной выборке представлена симптомами тревожного и депрессивного круга, и именно они удерживают больных в психотерапии, рождая интенсивный дискомфорт, проявляясь как трудно переносимая душевная боль, требующая лечения. Это и мотивирует больных на посещение групповых сессий. Полученный результат также означает, что выбранный нами способ организации психотерапии приемлем для курации больных с нарушениями аффективной сферы (именно симптомы аффективного круга содействуют посещению сессий).

Существенное значение для оценки хода и эффектов ПП имел показатель ТА. Согласно процедуре теста НАq-II, ТА оценивается отдельно врачом и пациентом, затем оценка суммируется и усредняется. Также оценивалась динамика ТА для усредненных оценок (Таблица 10).

Таблица 10 – Оценки ТА (основная

группа)

Показатели	M	SD
ТА пациента, 1 тест	82.8	13.0
ТА врача, 1 тест	75,3	10,5
ТА пациента, 2 тест	90,0	14,3
ТА врача, 2 тест	82,3	12,7
ТА усредненное, 1 тест	79,0	11,2
ТА усредненное, 2 тест	86,2	13,2
Динамика усредненного ТА, разница между двумя тестированиями	7,2	6,9

Примечание – M – среднее значение ТА в баллах, SD – стандартное отклонение.

Оценка ТА пациентом была выше, нежели врачом, что отражает более реалистичное, сдержанное отношение врача к происходящему в ходе психотерапии. Наблюдается статистически значимая положительная динамика ТА (во всех случаях различия между 1-ой и 2-ой оценкой – на уровне $p < 0,001$ или $p < 0,01$, критерий Вилкоксона).

Типологический подход в оценке факторов влияния и эффектов ПП

Проведенный описательный, сравнительный и корреляционный анализ был дополнен типологическим подходом, основанным на кластеризации больных по основным параметрам (социально-демографическим, клиническим, отражающим динамику процесса ПП, ее результаты). Кластерный анализ проводился путем вычисления расстояния между указанными параметрами каждого пациента на основе евклидовой метрики (Рисунок 1). В результате кластеризации на третьем – четвертом уровне дерева кластеризации выделено 3 подгруппы испытуемых, для которых проведен сопоставительный анализ по всем параметрам с применением методов описательной и сравнительной статистики.

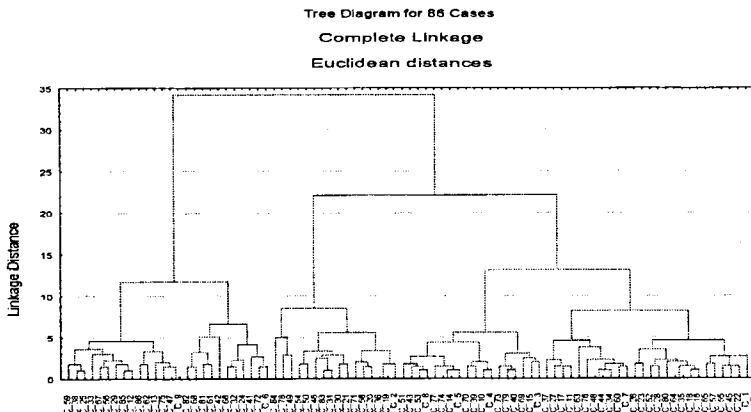


Рисунок 1 – Результаты кластеризации группы больных

По результатам такого анализа установлено, что пациенты основной группы делятся на 3 типических варианта.

Первый тип (26 человек) – пациенты молодого возраста, имеющие опыт потребления иных ПАВ, помимо АЗ, сс значительной степенью патологии личности преимущественно нарциссического типа. Таким пациентам свойственны признаки социальной дезадаптации в различных сферах, нестабильность межличностных отношений, хаотичный стиль жизни без четкого планирования, прогнозирования последствий поведения. Они обладают достаточными коммуникативными навыками, высокой самооценкой, уверенностью в себе, не имея устойчивых привязанностей, стабильных целей. Значительными являются нарушения поведения. Степень критического отношения к себе недостаточна. Большинство симптомов, отражающих проблемное поведение этих больных, – эго-синтонные, приемлемые для личности. Типической особенностью является гиперестения, которая существенно осложняла взаимодействие и достижение стабильного контакта в психотерапии.

Второй тип (16 человек) – тип больного с длительно наблюдающейся АЗ, умеренными нарушениями социальной адаптации. У таких больных представлены негрубые, но отчетливые знаки органической недостаточности центральной нервной системы, не препятствующие осуществлению привычной работы или домашних дел. Нарушения личностного и эмоционального реагирования тесно связаны с течением АЗ, и в период экзacerbации ПАВ значительно усиливаются иные психопатологические проявления. В период ремиссии (даже медикаментозной) или при уменьшении / кратковременном отказе от потребления спиртного повышаются возможности сохранения привычного уровня адаптации, больные выглядят вполне приспособленными к рутинному образу жизни и обычному для них социальному окружению. У пациентов нет чрезмерных ожиданий, они формулируют реальные и достижимые цели, прагматически ориентированы.

Пациенты третьего типа (44 человека) – в основном с расстройствами аффективной сферы – нестабильны, часто импульсивны, подвержены влиянию ситуативных факторов, других людей, легко декомпенсируются. Частым был депрессивный тип переживаний со сниженным настроением, но без выраженной моторной и идеаторной заторможенности. На уровне психологической проблематики звучали идеи самообвинения (как чувство вины перед родными за неблагоприятное поведение). У части больных отмечался тревожно-депрессивный эмоциональный фон. При наличии отчетливых вегетативных коррелятов тревожного состояния больные обнаруживали интенсивные ощущения мышечного и телесного дискомфорта с ипохондрической симптоматикой, выраженность которой была связана с уровнем тревожности.

Достаточно частыми были дисфорические переживания, также связанные с общим недифференцированным дискомфортом, но канализируемые в раздражение по внешним причинам. Проявления дисфории могли варьировать, сочетаться с иными переживаниями – тревоги, страха, гневливости. Реже

отмечались явления гипостении или раздражительной слабости. В целом среди аффективных расстройств у пациентов этого типа наличествовал широкий диапазон реакций, объединяемых общим неблагополучием и нестабильностью сферы эмоциональных переживаний, реактивной лабильностью и дискомфортом.

Сравнительный анализ хода и результатов ПП пациентов выделенных типов

В результате количественного и качественного анализа срывов и рецидивов у пациентов трех типов в течение 12 месяцев было установлено отсутствие межгрупповых различий по средним значениям длительности нахождения больных в программе (9,2 месяца ($SD = 3,83$) для всех типов). Таким образом, ПП в одинаковой степени подходит для пациентов с АЗ, независимо от имеющегося КР. В то же время пациенты первого типа обнаруживают менее устойчивую ремиссию, среди них отсутствуют больные, не имеющие ни одного срыва за время лечения.

Сравнение пациентов выделенных типов по параметрам изменений социального статуса показало, что резких отличий между типами нет, но пациенты первого типа несколько более резистентны к проводимой психотерапии, у них отмечены менее выраженные и менее стабильные изменения социального статуса. Именно у таких больных труднее осуществить изменения социального статуса и добиться устойчивых эффектов психотерапии. Эти наблюдения объясняются особенностями поведения больных разных типов в процессе проведения психотерапии.

Для первого типа характерна большая степень сопротивления психотерапии и изменениям, открыто реализуемая (отреагируемая) в поведении. Так, именно среди этого типа выше число пациентов, ведущих себя отстраненно, агрессивно или параноически на сеансах ПП, претендующих на «отрицательное лидерство» в группе.

При работе с пациентами второго и третьего типа, более расположенными к участию в ПП, отмечены положительные установки на лечение, эмоциональная заинтересованность. Поддержка со стороны врача закладывала основу для дальнейшей психотерапии негативных стратегий совладания, установки на уход от решения проблем. Когда адекватный эмоциональный контакт установлен, использование методов принимающей, «питающей» поддержки (утешение, подбадривание, сопереживание, эмпатия) позволяет больным чувствовать себя комфортно, отреагировать ранее недоступные для осознания чувства, обратиться к ранее непроработанным проблемам. Позитивное приятие повышает уровень самооценки больных и их готовность к личностным изменениям.

ВЫВОДЫ

1 Проведена клинически точная квалификация пациентов с алкогольной зависимостью из числа резистентных к психофармакотерапии и психотерапии. Пациентам на II стадии алкогольной зависимости, с резистентностью к психофармакотерапии и психотерапии свойственно сочетание зависимости с патологией личности (в особенности пограничным, эмоционально-неустойчивым и истерическим), аффективными расстройствами (депрессивного спектра), резидуально-органической патологией.

2 Разработан новый среднесрочный метод полимодальной психотерапии больных алкогольной зависимостью с учетом особенностей коморбидной патологии и изменений личности у пациентов исследованной группы, базирующийся на модели поддерживающей, направленной на реконструкцию личности психотерапии. Модель ПП включает приемы поддерживающей психодинамической терапии РЛ, транзактного анализа, мотивационной терапии, когнитивно-поведенческой и личностно-центрированной психотерапии, логотерапии. Доказана необходимость минимизации терапевтической нейтральности в пользу роли принимающего, поддерживающего, эмпатийного, «эмоционально теплого» психотерапевта у пациентов с зависимостью и аффективными расстройствами; использования «отзеркаливания» и ограничения интерпретативных техник при наличии у больного нарциссических черт.

3 В ходе апробации предложенного метода полимодальной психотерапии алкогольной зависимости выявлены следующие закономерности:

А Существует 3 группы пациентов, выделенных на основе типичных сочетаний зависимости от алкоголя и коморбидных расстройств, что позволяет индивидуализировать психотерапевтическую программу, конкретизировать мишени воздействия, повлиять на мотивацию больных и повысить эффективность психотерапии. Данные группы включают в себя: (1) пациентов молодого возраста с алкогольной зависимостью, сочетанным злоупотреблением ПАВ и значительной степенью патологии личности преимущественно нарциссического типа; (2) больных с длительно наблюдающейся алкогольной зависимостью и негрубыми, но отчетливыми знаками органической недостаточности центральной нервной системы; (3) пациентов с алкогольной зависимостью и расстройствами аффективной сферы.

В В качестве предиктора эффективности психотерапии и восстановления социального статуса можно использовать показатели терапевтического альянса, совместно оцененные врачом и пациентом.

С Установлено, что наличие (отсутствие) расстройства личности является важным фактором влияния на уровень мотивации к излечению.

Д Наличие аффективной патологии способствует лучшему удержанию больных в психотерапевтической программе.

4 Высокая эффективность метода полимодальной психотерапии алкогольной зависимости доказана статистически значимым ($p < 0,05$) более

длительным удержанием пациентов в программе, малым числом срывов и рецидивов, более высоким числом достигнутых ремиссий, продолжавшихся в том числе не менее 12 месяцев, отчетливой динамикой социального статуса, включая возврат к работе, возобновление прежних увлечений, улучшение семейных отношений, у пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1 Шалаева, Е.В. Анализ эффективности групповой полимодальной психотерапии алкогольной зависимости [Текст] / В.В. Макаров, Е.В. Шалаева // Психотерапия. – 2013. – № 12. – С. 10–19.

2 Шалаева, Е.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / Е.В. Шалаева // Материалы IV конференции молодых ученых РМАПО, 16 мая 2013 г. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2013. – С. 134–137.

3 Шалаева, Е.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / Е.В. Шалаева // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2011. – № 11. – Вып. 107. – С. 39.

4 Шалаева, Е.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / Е.В. Шалаева, Т.В. Агибалова // Наркология. – 2013. – № 12. – С. 65–69.

5 Шалаева, Е.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости: к обоснованию модели [Текст] / Е.В. Шалаева, О.В. Рычкова, Т.В. Агибалова // Наркология. – 2013. – № 7. – С. 62–65.

6 Шалаева, Е.В. Описание групповой полимодальной психотерапии алкогольной зависимости [Текст] / Е.В. Шалаева // Актуальные проблемы наркологии: Сборник статей конф., 23 октября 2013 г. – М.: РИО ЦНИИОЗ, 2013. – с. 161–165.

7 Шалаева, Е.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости. Результаты и выводы исследования [Текст] / Е.В. Шалаева // Проблемы современной аддиктологии: Тез. докл., межрегиональная науч.-практ. конф. / Под ред. Е.А. Брюна. – Абакан: ООО «Кооператив «Журналист», 2013. – С. 144–147.

8 Шалаева, Е.В. Полимодальная психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / Е.В. Шалаева // Профессиональная психотерапевтическая газета. – № 7. – Вып. 127. – С. 41.

9 Шалаева, Е.В. Полимодальная психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / Е.В. Шалаева // Психиатрия: дороги к мастерству: Материалы Российской науч. конф. с международным участием, 5 июня 2013 г. – Ростов-на-Дону, 2013. – С. 996–1002.

10 Шалаева, Е.В. Психотерапия зависимостей: обоснование интеграции методов [Текст] / Е.В. Шалаева // Профессиональная психотерапевтическая газета. – № 7. – Вып. 127. – С. 26.

11 Шалаева, Е.В. Транзактный анализ: от игры к близости [Текст] / Е.В. Шалаева // Профессиональная психотерапевтическая газета. – № 7. – Вып. 127. – С. 36.

12 Шалаева, Е.В. Эмоциональные и когнитивные нарушения в структуре наркологических заболеваний: взаимовлияние и взаимосвязь [Текст] / О.Ж. Бузик, О.В. Рычкова, Т.В. Агибалова, Е.В. Шалаева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 5. – С. 79–83.

Отпечатано в типографии ООО "Даймонд Тим"
119334, г. Москва, 2-й Автозаводский пр-д, 3А
тел.: (495) 974-87-67; ИНН: 7705164843
заказ № 927 от 17.07.14 г. Тираж 150 шт.