

Когнитивно-поведенческая психотерапия алкогольной зависимости при анонимном лечении

М. В. Бурдин, И. Ф. Обросов

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ПГМА.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е. А. Вагнера Росздрава»

Резюме

Представлены данные клинико-психопатологического исследования 52 случаев когнитивно-поведенческой психотерапии в условиях анонимного наркологического кабинета. Описаны особенности иррациональных установок, внутренняя концепция терапии, а также эффективность психотерапии в зависимости от доминирующих мотивов потребления алкоголя. Установлена обоснованность применения когнитивно-поведенческой психотерапии в условиях анонимного амбулаторного лечения.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, алкоголизм, анонимное лечение.

Введение

Одной из форм оказания наркологической помощи является анонимное лечение в условиях амбулаторного наркологического приема. Специфика этого лечения изучена недостаточно. Отличительными особенностями пациентов, предпочитающих анонимное лечение, являются: преобладание доклинических и ранних стадий алкоголизма, малая выраженность интеллектуально-мнестических нарушений и социальной дезадаптации пациентов, высокая степень социальной поддержки, относительная эффективность «объяснительных систем» («алкогольных алиби») или других форм психологической защиты, нежелание пациентов участвовать в длительных формах психотерапии [1].

Целью настоящего исследования было изучить возможности когнитивно-поведенческой психотерапии (КППТ) алкоголизма в условиях анонимного амбулаторного лечения и осуществить индивидуализированную помощь пациентам в становлении ремиссии. Терапевтический эффект этого подхода основан на «использовании приемов, позволяющих оценить неадекватные аспекты мышления, представлений, правила, которыми личность реагирует на внешние события» [5]. Установление вариантов и форм «автоматических мыслей» и «иррациональных установок» в процессе психотерапевтической работы позволяет выявить и описать достаточно типичные и устойчивые когнитивные комплексы, так называемые базовые дисфункциональные убеждения (БДУ),

включающие в себя верования, ожидания, запросы, систему ценностей личности.

Иррациональные установки (ИУ) разного порядка, будучи мишенью психотерапевтического воздействия при КППТ, носят двойкий — индивидуально-психологический и социальный характер и определяют такие параметры как мотивы потребления алкоголя (МПА), терапевтические установки, ожидания от лечения.

Материалы и методы

Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами исследовано 52 случая применения когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов-мужчин, обратившихся за анонимным психотерапевтическим лечением. Возраст колебался от 22 до 57 лет, в среднем составляя $39 \pm 3,2$ лет. По уровню зависимости и клиническим проявлениям у 34,6% пациентов установлена II стадия заболевания, 34,6% — I-II и 30,8% — I стадия болезни.

Из исследования исключались пациенты с коморбидной психической патологией: расстройствами и значительными изменениями личности, наркоманией и гемблингом, невротическими расстройствами, органическими заболеваниями головного мозга, интеллектуально-мнестическими нарушениями.

На момент начала лечения у всех пациентов был купирован алкогольный абстинентный синдром, проведено необходимое восстановительное лечение, период трезвости составлял не менее 7 суток. У 76,9% пациентов с их согласия был собран объективный анамнез, проводились консультации родных, что обеспечило в 38,5% случаях применение индивидуальной психотерапии в сочетании с

М. В. Бурдин — ассистент кафедры психиатрии, наркологии и мед. психологии ПГМА.

И. Ф. Обросов — д. м. н., проф.

семейной, основанной на когнитивно-поведенческой модели. Психотерапия на этапе формирования ремиссии в 48,1% случаев сопровождалась курсом сенситизирующей терапии препаратами «Эспераль», «Колме».

Собственно психотерапевтическое воздействие проводилось в форме индивидуальной и семейной психотерапии и включало мотивационный этап (1 неделя), этап обучения (3-5 недель) и поддержки (4-12 недель). Курс психотерапевтического лечения продолжался от 1,5 до 4 месяцев, от 5 до 18 сессий (в среднем 11), с частотой посещений не реже 2 раз в неделю на первом этапе лечения, 1 раз в неделю на втором и 1 раза в две недели на третьем. На мотивационном этапе выяснялись мотивы обращения за наркологической помощью, собирался субъективный и объективный анамнез, изучалась внутренняя картина заболевания, проводилась разъяснительная и информирующая беседа, формулировались цели терапии. На этапе обучения пациент в доступной форме получал представление о принципах КППТ, осваивал методику выполнения упражнений и психотерапевтических заданий. Когнитивный компонент лечения заключался в ведении самоотчетов, обнаружении (техника «заполнения пробела») и оспаривании ИУ и создании новых, более адаптивных когнитивных конструкций. Аффективный компонент терапии состоял в обучении пациентов определять и дифференцировать свои эмоции, преодолевать алекситимию; поведенческий — в испытании *in vivo* новых вариантов поведения, а также в освоении методик релаксации. Этап обучения переходил в этап поддержки, когда пациент оказывался способен идентифицировать собственные ИУ, дифференцированно применять различные варианты поведения в провоцирующих ситуациях.

Аналізу подвергались мотивы потребления алкоголя, представления о лечении (на основании данных первичных клинических интервью), а также когнитивные паттерны (т.е. ИУ), выявленные в процессе психотерапии.

В изучении мотивов потребления алкоголя мы руководствовались классификацией В.Ю.-Завьялова [3], выделившего три группы мотивов: социально-психологические (традиционные, субмиссивные и псевдокультурные); личностные (гедонистические, атарактические и активизирующие) и патологические («похмельная» мотивация, аддитивные и мотивы самоповреждения). Мотивы определялись в процессе психотерапии и путем использования специализированного опросника по выявлению особенностей мотивации потребления алкоголя [3]. Таким образом, МПА в настоящем исследовании выступают как маркер определенной

когнитивной схемы, совокупности БДУ и соответствующих им ИУ пациента, лежащих в основе его дезадаптивных эмоциональных и поведенческих паттернов.

Доминирующие иррациональные установки формулировались на основе анализа клинического психотерапевтического материала во время сессий индивидуальной психотерапии, дневников самоотчетов пациентов, а также специального письменного задания «История моей зависимости».

Результаты и их обсуждение

Обнаружено, что преобладание социально-психологических МПА (1 группа) сопровождается доминирующими ИУ о возможности контроля над дозой и значительной индивидуально-психологической неприемлемостью концепта «алкоголик» (табл. 1). Типичными примерами конкретных ИУ были: «У меня достаточно силы воли, чтобы вовремя остановиться» (80% случаев), «Алкоголик — это слабак» (65%), «Опасно и вредно отрываться от коллектива» и «Одиночество — это катастрофа» (85%), и в 90% случаев: «Я должен быть все время счастливым (должен доставить себе немного удовольствия)». В структуру БДУ у всех больных входят: неверие в способность самому организовать свою жизнь и придать ей смысл, страх потерять доверие референтной группы и оказаться в одиночестве. Представление о лечении этой группы пациентов отличалось отражением в индивидуальном сознании массовых шаблонов, что выражалось в просьбах к врачу «снять тягу», «закодироваться» и т. п. (табл. 2). Психотерапия на мотивирующем этапе обеспечивала реальное представление о заболевании и осознанное формулирование целей терапии, например «обучиться отказу от выпивки», «всегда помнить о своих интересах», «научиться отдыхать, общаться без алкоголя» и т. д.

У пациентов с личностными МПА (2 группа) доминировали ИУ, связанные с «обостренным» чувством справедливости: «Это нельзя перенести» (85%), и «Я заслужил немного расслабиться в этих тяжелых обстоятельствах и выпить» (85%), а также перфекционистская установка «Я должен делать все лучше остальных, иначе я ничего не стою (я должен контролировать дозу)» (75%). Представление о заболевании было более адекватным и первоначальная мотивация на психотерапию у таких пациентов была выше, чем в первой группе. В то же время, указанные ИУ в ряде случаев проявлялись в отношении к лечению как к «каре за грехи» с требованием соответствующих «радикальных методов». Таким образом, требование самонаказания отражало

Таблица 1. Частота встречаемости иррациональных установок пациентов с различными мотивами потребления алкоголя

Иррациональные установки (вербальный вариант)	Мотивы потребления алкоголя		
	социально- психологические n= 20	личные n= 20	потребностные n=12
«Близкие должны всегда понимать меня»	10 (50%)	14 (70%)	10 (83,3%)
«Жизнь несправедлива ко мне»	8 (40%)	12 (60%)	10 (83,3%)
«Изменятся обстоятельства и проблемы исчезнут сами собой»	11(55%)	6 (30%)	5 (41,6%)
«Нужно всегда и везде быть вместе с коллективом (одиночество – это катастрофа)»	17 (85%)	3 (15%)	3 (25%)
«Жизнь без спиртного неполноценна»	14 (70%)	2 (10%)	4 (33,3%)
«Настоящий мужчина не может быть абсолютным трезвенником (способ подчеркнуть независимость)»	12 (60%)	4 (20%)	2 (16,6%)
«Настоящий мужчина не может быть алкоголиком (алкоголик – это слабак)»	13(65%)	4(20%)	4 (33,3%)
«Я должен быть все время счастливым (должен доставить себе немного удовольствия)»	18(90%)	11(55%)	4(33,3%)
«Я заслужил немного расслабиться (в этих тяжелых обстоятельствах) и выпить»	15(75%)	17(85%)	11(91,6%)
«Все дело в тяге, ее нужно снять»	10(50%)	2(10%)	4(33,3%)
«Это нельзя перенести (я не в состоянии с этим справиться)»	9(45%)	17(85%)	11(91,6%)
«Я должен делать все лучше остальных, иначе я ничего не стою (я должен контролировать дозу)»	8(40%)	15(75%)	4(33,3%)
«У меня достаточно силы воли, чтобы вовремя остановиться (проконтролировать дозу выпитого)»	16(80%)	12(60%)	3(25%)
«Есть конкретные виновники моих проблем и несчастий»	6(30%)	11(55%)	9(75%)
«Я должен восстановить справедливость и наказать виновных»	7(35%)	10(50%)	2(16,6%)
«Я не алкоголик (быть зависимым от алкоголя – стыдно)»	12(60%)	6(30%)	4(33,3%)

Таблица 2. Предпочитаемые методы лечения у пациентов с различными мотивами потребления алкоголя

Предпочитаемый метод лечения	Мотивы потребления алкоголя		
	социально- психологические n= 20	личные n= 20	потребностные n= 12
Психотерапия	14,3%	31%	41,7%
«Запрет» на употребление алкоголя	42,9%	55,2%	41,7%
«Снятие тяги»	28,6%	6,9%	8,3%
Отсутствует	14,3%	6,9%	8,3%

своеобразное стремление «восстановить справедливость», что укладывалось в БДУ «мир жесток и несправедлив ко мне, поэтому я выпиваю, я призван восстановить справедливость».

3 группа МПА содержала доминирование патологических мотивов алкоголизации и выявляла значительную частотность ИУ, отражающих низкий уровень субъективного контроля: «Есть сильные люди, которые должны взять на себя ответственность за мою жизнь» (66,6%), «Близкие должны всегда понимать меня» (83,3%), а также «Я заслужил немного расслабиться (в этих тяжелых обстоятельствах) и выпить» (91,6%). Внутренняя концепция необходимости терапии была неустойчивой, противоречивой, фрагментарной с характерной пас-

сивной позицией («доктор, надеюсь на вас, вам виднее, как меня лечить»). Условием успешности терапии в этих случаях была длительность при постоянном позитивном подкреплении концепции трезвого образа жизни с обучением навыкам саморегуляции, что позволяло противодействовать БДУ «я беспомощен». Доминирование патологических МПА, как и ожидалось, сопровождало развернутую II стадию заболевания.

Предпочитаемые методы лечения оценивались по итогам первичного клинического интервью, когда выяснялось, что, по мнению пациента, является центральным звеном его проблемы и какие меры нужно предпринимать для ее решения.

Запрос на «снятие тяги» был ведущим в группе пациентов с социально-психологическими МПА, минимальным (6,9%) в группе с личностными МПА и составлял всего 8,3% в группе пациентов с потребностными МПА, т. е. в группе с наибольшей выраженностью влечения к алкоголю. Это свидетельствует об особой роли семантического конструкта «тяга к алкоголю», который является аморфным, недифференцированным и имеет широкое смысловое наполнение. Пациенты 1 группы (социально-психологические МПА) предпочитают использовать термин «тяга к алкоголю», понимая под ним чаще всего рефлекторно возникающее в определенных ситуациях и носящее сознательный характер желание выпить. «Снятие тяги» как смысл лечения в этой группе составляло 28,6%, что отражает определенный тип анозогнозии — восприятие заболевания как чего-то внешнего по отношению к личности, своего рода «моносимптома», который может быть снят разовым «эффективным» воздействием и избавляет индивида от необходимости пересматривать базовые принципы отношения к себе. Таким образом, формируется следующий имплицитно присутствующий когнитивный комплекс, в дальнейшем выявляемый психотерапевтическими методами: «я не алкоголик, просто мне нужно снять тягу». Пациенты 3-й группы (потребностные МПА) склонны избегать термина «тяга», поскольку он для них означает компульсивное влечение к алкоголю, и предпочитают переносить акцент на запретительные методы, которые вследствие широкого их применения фактически социально приемлемы и, с точки зрения пациентов, не являются стигматизирующими. Формула «у меня нет тяги — я могу не пить, если буду знать, что мне нельзя (получу внешний толчок)» дает возможность преуменьшать тяжесть своего состояния и истинную степень дезадаптации.

Значительный процент запроса на запретительные методы во всех группах пациентов, на наш взгляд, отражает универсальность вышеописанного механизма анозогнозии. При этом наибольшую частоту такого запроса демонстрируют представители 2-й группы, в чем находит выражение базовая когнитивная схема «справедливость — высшая ценность (я должен бороться с несправедливостью любой ценой)». Необходимость сформировать собственное представление о заболевании, таким образом, подменяется идеей о недостойном поведении, заслуживающем строгого и справедливого наказания (т. е. радикального лечения). Данную когнитивную схему можно описать формулой: «Я вел себя безответственно, недостойно и должен понести соответству-

ющее наказание в виде определенного срока трезвости».

Запрос на психотерапию высок среди пациентов 3-й группы (41,7%), что обусловлено, с одной стороны, крушением психологических защит при прогрессировании заболевания и появлении очевидных признаков социальной дезадаптации, что вынуждает пациентов принять более обоснованную, приближенную к реальности точку зрения. С другой стороны, желание пройти курс психотерапии может быть вызвано стремлением придать алкогольной проблеме вторичный характер, выдвинув на первый план личностные нарушения. Значителен процент запроса на психотерапию во 2-й группе (31%), что выглядит объяснимым — наличие личностных проблем и мотивов употребления в большей части случаев осознается пациентом уже к моменту обращения или в ходе первичной консультации.

Сравнительный анализ указанных психологических феноменов позволяет предположить, что как в мотивах алкоголизации, так и в установках на лечение проявляют себя БДУ личности (доминирующий личностный нарратив), определяющие эмоциональные и поведенческие последствия. Психотерапия, проведенная с учетом доминирующего личностного нарратива, решает задачу присоединения к субъективному миру пациента, созданию эффективных терапевтических отношений, обеспечивает целостное восприятие пациентом своей жизни путем «переключения» его на экзистенциальный уровень.

Долгосрочный эффект психотерапии по катamnезу у 52 исследованных пациентов оказался следующим. В течение 12 месяцев и более частота ремиссий в 1-й группе составила 80%, во второй группе 75%, в третьей группе — 41,7%.

Выводы

Полученные результаты показывают, что когнитивно-поведенческая психотерапия обеспечивает наибольший эффект при лечении пациентов с доминирующими социально-психологическими мотивами потребления алкоголя, что может быть связано с относительной изолированностью БДУ при хорошей социальной поддержке у этой группы пациентов. Поведенческий компонент лечения, в виде усвоения альтернативных способов релаксации, способен дать осязаемый результат. Лечение пациентов с преобладанием личностных мотивов потребления алкоголя дает несколько больший процент рецидивов, однако такие пациенты чаще возобновляют лечение, т. е. вовлеченность их собственно в психотерапевтический процесс оказывается более высокой. Преобладание по-

требностных (патологических) мотивов потребления алкоголя чаще сочетается с более тяжелыми стадиями алкогольной зависимости, более выраженными личностными изменениями. Успешное лечение таких пациентов зависит от возможности обеспечить комплексное психотерапевтическое воздействие в сочетании с социореабилитационными мероприятиями и лекарственной терапией.

Одна из основных особенностей амбулаторной психотерапевтической помощи при алкогольной зависимости заключается в том, что лечение и реабилитация происходят одновременно, взаимосвязано, что создает определенные трудности при воздействии на нормативные и патологические процессы, но в то же время дает преимущество, делая терапевтический процесс гибким, максимально приближенным к текущему актуальному опыту пациента, продолжающего жить в привычном микросоциальном климате, что соответствует принципу континуальности терапии.

Применение КППТ с воздействием на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы патогенетически обосновано. Ценной особенностью является ее «тренирующая» (развивающая индивидуальные копинг-стратегии) направленность в условиях анонимного амбулаторного лечения. Выявление ИУ, а через них — базовых дисфункциональных убеждений

обеспечивает необходимую глубину воздействия на систему отношений личности. Таким образом, КППТ, принадлежа формально к поведенческим методам терапии, получает личностно-ориентированное наполнение, что является одной из иллюстраций сближения подходов на современном этапе развития психотерапии. Важной особенностью КППТ является возможность с ее помощью осуществить переход от запроса «трезвость любой ценой» к максимально экологичному воздействию, развивающему адекватное понимание пациентом своего заболевания.

Литература

1. Гулямов М. Г. Эффективность лечения больных алкоголизмом в условиях анонимного кабинета наркологического диспансера. Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1986; 2: 254-257.
2. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. Д. Алкогольная зависимость. Формирование. Течение. Противорецидивная терапия. ЭЛБИ-СПб; 2002.
3. Завьялов В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых. Психологический журн. 1986; 5: 102-111.
4. Лекции по наркологии. Под ред. проф. Н. Н. Иванца. М: Медпрактика; 2001.
5. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб: «Питер»; 1998.
6. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. М: ЭКСМО; 2002.
7. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New York: Pergamon; 1988.

Нарушение функции дыхания у больных с отравлениями опиатами в токсикогенную фазу острого отравления

С. И. Богданов, Е. А. Бенехис, О. В. Новикова, В. Г. Сенцов

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Введение

В последнее десятилетие проведено достаточно много исследований, посвященных изучению различных аспектов наркомании, что обусловлено значительным распространением

данного заболевания как в мире, так и в Российской Федерации. Увеличение числа лиц, страдающих наркоманией, безусловно приводит к увеличению числа острых отравлений этими препаратами [6]. Так по данным токсикологического мониторинга в Свердловской области в период с 1998 по 2005 год. Показатель отравлений опиатами в среднем составляет 10,1 случай на 100 тысяч населения, а удельный вес в структуре острых отравлений составляет 10,7%. Смертность от отравлений наркотическими препаратами в 2005 году составила 3,2 на 100 тыс. жителей, что в 2,1 раза выше показателя 2004 года и в 4 раза выше уровня 2003 г. [7].

Сенцов Валентин Геннадьевич — д. м. н., проф., зав. кафедрой токсикологии и СМП УГМА, главный внештатный специалист по токсикологии МЗ Свердловской области.

Богданов Сергей Иванович — к. м. н., ассистент кафедры токсикологии и СМП УГМА.

Новикова Ольга Владиславовна — к. м. н., доцент кафедры токсикологии и СМП УГМА.

Бенехис Евгений Алексеевич — старший лаборант кафедры токсикологии и СМП УГМА.