

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

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

Кафедра психиатрии – наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО

«Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза

* *Петрова Елена Владимировна*, канд. мед. наук, доцент. 440060, Пенза, ул. Стасова, д. 8А. E-mail: petrovaelena2010@yandex.ru

♦ Излагается амбулаторная психотерапевтическая программа для пациентов с алкогольной зависимостью с использованием когнитивно-поведенческого подхода, а также дифференцированное применение когнитивно-поведенческих методов и техник у лиц с различными типами характера. В целом из 116 больных основной группы ремиссия свыше 1 года наблюдалась в 70,8 % случаев, двухгодичная ремиссия в 30,2 %.

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

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

THE DIFFERENTIATED OUT-PATIENT COGNITIVE - BEHAVIOURAL THERAPY
OF ALCOHOLIC ABUSE AT PERSONS WITH VARIOUS CHARACTER TYPES

The chair of psychiatry – narcology, psychotherapy and sexology
of the Penza Institute for Advanced Medical Training, Penza

♦ The out-patient therapeutic program for patients with alcoholic abuse with use of a cognitive-behavioural approach, and also the differentiated application of cognitive-behavioural methods at persons with various types of character is stated. As a whole from 116 patients of the main group remission was observed over 1 year in 70,8 % of cases, biennial remission in 30,2 %.

Key words: cognitive-behavioral therapy, an out – patient program, alcoholic abuse, character types.

Введение

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

Целью нашей работы было изучение эффективности когнитивно-поведенческой терапии больных алкоголизмом в зависимости от их личностных особенностей на этапе

становления терапевтической ремиссии и во время длительной поддерживающей терапии в течение двух лет.

Методы

В исследовании участвовали пациенты (все мужчины) со сформировавшейся зависимостью от алкоголя в соответствии с критериями МКБ-10, подписавшие информированное согласие. Исключались больные с острыми и хроническими психотическими состояниями; больные с клиническими признаками конечной 3 стадией алкоголизма, алкогольной деградацией; больные с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Для реализации цели исследования пациенты по методике простой рандомизации были распределены на 2 терапевтические группы – основную и контрольную:

- Группа 1. Основная группа – 116 больных со сформировавшейся зависимостью от алкоголя, проходившие программу амбулаторной КПТ.
- Группа 2. Контрольная группа – 30 больных со сформировавшейся зависимостью от алкоголя, прошедшие только стандартное лечение в наркологическом стационаре.

В работе использовался клинический метод: собирались анамнестические сведения - наследственность, воспитание в родительской семье, уровень социальной адаптации – образование, семейное положение, профессиональная деятельность, анализировались характерологические особенности, наркологический анамнез; проводилось комплексное исследование эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферы психической деятельности. Результаты заносились в специально разработанную карту. Экспериментально-психологический метод проводился с помощью характерологического опросника К. Леонгарда – Г. Шмишека.

В структуре проведения амбулаторной когнитивно-поведенческой терапии было выделено 4 этапа (таб.1) – этап показаний; этап создания терапевтических отношений и

прояснение проблемы и целей терапии; проигрывание терапевтического научения; оценка эффективности терапии – различающиеся по промежуточным целям, процедурам и срокам.

Таблица 1

<i>Этапы когнитивно-поведенческой психотерапии</i>			
Этапы КПТ	Цели	Процедуры	Сроки
1. Показания	- Постановка диагноза - Выбор когнитивно-поведенческих методов - Информация о терапии - Информированное согласие	- Диагностические методы: клинический, экспериментально-психологический.	1-2 сеанс
2. Создание терапевтических отношений и прояснение проблемы и целей терапии	- Ролевое структурирование (объяснение пациенту его роли, прояснение ролей других членов семьи) - Формирование ожидания позитивных изменений - Создание терапевтических отношений	- Терапевтический контакт - Применение конкретных психотерапевтических методов и техник в зависимости от личностных особенностей больных - Психотерапевтическая работа с членами семьи	1-3 сеанс терапии
3. Проигрывание терапевтического научения:	- Систематическое овладение навыками и умениями - Реструктурирование образа Я	- Применение конкретных психотерапевтических техник - Наблюдение и промежуточная оценка течения терапии - Психотерапевтическая работа с членами семьи	3-18 сеанс терапии
4. Оценка эффективности терапии:	- Психодиагностика достижения терапевтической цели,	- Диагностические методы: клинический, экспериментально-психологический.	19-20 сеанс

	сверка с критериями эффективности -формальное окончание терапевтических отношений		терапии
--	---	--	---------

В течение первого года проводилось 16 психотерапевтических сеансов по 60 мин. каждый. В первом месяце терапия проводилась в более интенсивной форме – 1 сеанс в неделю. Кратность сеансов в последующие месяцы составила: 2 сеанса во втором месяце терапии, затем по 1 сеансу в месяц. На второй год противорецидивной терапии кратность обращения к врачу-наркологу составила 1 раз в 3 месяца.

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

- *Когнитивное переструктурирование.* Техника, которая позволяла пациентам понять, что они могут управлять своими чувствами, мыслями, а, следовательно, и поведением. При этом объяснялось, что неприятные чувства и эмоции вызываются негативной самовербализацией и нереалистическими ожиданиями.
- *Техника самоконтроля.* Формировалось сознательное сопротивление желаниям и попыткам относительно алкоголя, больные обучались эффективному поведению в ситуациях, когда предлагаются или навязываются алкогольные напитки.
- *Тренинг уверенности в себе.* Упражнения с моделированием ситуаций, требующих навыков самоутверждения, совладания с перегрузками, умения общаться с окружающими и вступать в контакты. Особое внимание уделялось возникающим чувствам как индикаторам релевантных для поведения нерациональных установок.
- *Релаксационные техники.*

На всех этапах амбулаторной программы КПТ с родственниками пациентов проводилась ежемесячно психокоррекционная работа по следующим направлениям:

- преодоление созависимости;

- обучение навыкам общения с больными алкогольной зависимостью, создание реабилитационной среды в семье.

Основными показателями эффективности терапии являлось отсутствие рецидива и длительность ремиссии.

Результаты исследования обрабатывались при помощи статистической программы «STATISTICA-6,0».

Результаты

Проведенный клинический анализ всех 146 пациентов показал преобладание лиц среднего возраста от 30 до 55 лет ($43,5 \pm 6,0$ лет). Как видно из табл. 2, в основной группе состояли в браке, в том числе, гражданском – 73,3% больных, разведены – 14,7%, холосты – 12,0%. По уровню образования преобладали лица со средним специальным (58,6%) и высшим образованием (25,0%). По характеру трудовой деятельности постоянно работающими были 73,3% (из них доля руководителей различного уровня составила – 29 %), временно не работающими – 19,8%, пенсионерами – 6,9%.

Наследственная алкогольная отягощенность и терпимое отношение к употреблению алкоголя в родительской семье были характерны для 34% пациентов. Данные о характере семейных отношений в родительской семье продемонстрировали особенности её патогенного влияния на пациентов в подростковом возрасте. Недостаток внимания со стороны родителей, воспитание по типу гипоопеки отметили 31,8% пациентов, гиперопеки – 44,0%, «отвержения» и «ежовых рукавиц» [3] – соответственно по 12,1% пациентов. Преимущественные подходы к воспитанию были неправильными по всей изученной когорте и не способствовали развитию эмоционально-волевых качеств исследованных, их адаптационных возможностей.

К моменту начала алкоголизации средний возраст пациентов составил $16,9 \pm 4,3$ лет. Продолжительность сформировавшейся зависимости от алкоголя варьировала от 3 до 16 лет (в среднем $8,2 \pm 4,3$ лет). В соответствии с клиническими критериями алкоголизма

по А. А. Портнову и И. Н. Пятницкой – I стадия алкоголизма диагностирована у 33,6 % больных, II стадия – у 66,4%. Больным, страдающим II стадией зависимости от алкоголя, была проведена дезинтоксикационная и симптоматическая фармакотерапия с купированием алкогольного абстинентного синдрома. Период трезвости составил не менее 14 суток. 32,8% больным психотерапевтическая помощь оказывалась впервые.

Контрольная группа была сопоставима с основной по возрастным и клиническим характеристикам. Однако по социальным параметрам, в частности, более высоким показателям разведенных, можно сделать вывод о меньшей заинтересованности пациентов контрольной группы в сохранении семейного статуса.

Таблица 2

<i>Клиническая характеристика исследованных пациентов (n=146)</i>		
Показатели	Пациенты, прошедшие КПТ (n = 116)	Пациенты, не проходившие КПТ (n = 30)
Возраст (среднее значение)	42,6 ± 6,9	44,4 ± 5,1
Семейный статус		
Холост	12,0%	13,3%
Женат	58,6%	40,0%**
Разведен	14,7%	26,7%**
Гражданский брак	14,7%	20,0%**
Уровень образования		
Высшее	25,0%	23,3%
Средне-специальное	58,6%	60,0%
Среднее	16,4%	16,7%
Трудовая деятельность		
Работающие	73,3%	70,0%
Временно не работающие	19,8%	23,3%*
Пенсионеры	6,9%	6,7%
Возраст на начало заболевания (среднее значение)	16,9 ± 4,3	17,2 ± 4,4

Продолжительность заболевания (среднее значение)	8,2 ± 4,3	7,9 ± 5,0
Стадии болезни в соответствии с критериями А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой		
стадия I алкоголизма	33,6%	33,3%
стадия II алкоголизма	66,4%	66,7%
Проводилось ли психотерапевтическое лечение	да – 67,2%; нет – 32,8%	да – 60%; нет – 40%

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

В процессе исследования в основной группе были выделены 4 группы больных с различными характерологическими особенностями, к которым применялись дифференцированные когнитивно-поведенческие методики.

Эпилептоидный склад характера был выявлен у 26 человек (22,3 %). Для этих больных было характерно изначальное отсутствие контроля или быстрая его утрата на этапе злоупотребления алкоголем, высокая толерантность к алкоголю. Влечение к опьянению резко усиливалось в ответ на психотравмирующую ситуацию, ущемляющую авторитарную ролевую позицию пациентов [2]. Частыми были атактические мотивы алкоголизации, связанные с желанием снять напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности. Исходя из личностных особенностей больных данной группы, акцент противорецидивной терапии был сделан на освоение релаксационных техник с десенсибилизацией к психотравмирующей ситуации.

По истечению двух лет наблюдения результаты лечения в данной группе оказались следующими: 10 чел. (38,5%) – имели ремиссию 2 года, 14 чел. (53,8 %) – свыше 1 года, 2 чел. (7,7 %) – менее одного года.

Для больных с шизоидными особенностями характера (14 чел. – 11,9 %) алкоголь являлся своеобразным адаптогеном для социальной коммуникации, поэтому во время

ремиссии наиболее «слабым местом» в возникновении рецидивов было возникающее весьма мучительное чувство ущемлённости в связи с неспособностью к полноценному общению. Применительно к данным личностям использовалась когнитивное переструктурирование с изменением дезадаптивных мыслительных паттернов.

В конце второго года амбулаторной терапии 5 чел. (35,7%) – имели ремиссию 2 года, 7 чел. (50,0 %) – свыше 1 года, 2 чел. (14,3 %) – менее одного года.

У гипертимных личностей (49 чел. – 42,1%) доминировали гедонистические установки, отражающие стремление получить психическое и физическое удовольствие, психосоматический комфорт, а также опыт переживания алкогольной эйфории. Возобновление алкоголизации было связано со стремлением выйти из состояния «сенсорной депривации». К тому же, среди пациентов этой группы было наибольшее количество руководящих работников (22 чел., 92%), у которых алкоголь вовлекался в профессиональную деятельность как средство установления контактов, сделок, взаимных услуг. В терапии с данными больными применялись поведенческие методы – техника самоконтроля и моделирования.

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

В группе неустойчивых (27 чел. – 23,8%) на первый план выступала неспособность иметь собственное мнение, защищать его, и, как следствие, пассивная подчиняемость с неспособностью отказаться от «давления» алкогольного окружения. Из когнитивно-поведенческих техник у этих больных наиболее успешно применялись тренинги самоконтроля и уверенности в себе с развитием асертивного поведения.

Результаты были следующими: 6 чел. (22,3%) – имели ремиссию 2 года, 11 чел. (40,7%) – свыше 1 года, 10 чел. (37,0 %) – менее одного года.

В целом из 116 больных основной группы ремиссия свыше 1 года наблюдалась в 70,8% случаев, двухгодичная ремиссия в 30,2%, при том, что у больных из контрольной группы после 3 недельного стационарного лечения отмечались непродолжительные ремиссии, не более 4–5 месяцев с последующим рецидивированием алкогольной зависимости и повторными госпитализациями в течение календарного года.

Заключение

1. Когнитивно-поведенческая терапия алкогольной зависимости у лиц с различными типами характера является эффективным методом в условиях амбулаторного лечения.
2. Отличительными особенностями больных, прошедших амбулаторную КПТ, являются их более благоприятная социальная характеристика (наличие собственной семьи, профессиональная занятость), а также большой удельный вес личностей с гипертимными чертами характера, что объясняется тенденцией пациентов со значимым социальным статусом проходить лечение алкогольной зависимости не в наркологическом стационаре, а амбулаторно.
3. Дифференцированная когнитивно-поведенческая психотерапия алкогольной зависимости у лиц с эпилептоидными и шизоидными чертами характера показывает более длительные ремиссии, чем у лиц с гипертимными и неустойчивыми характерологическими чертами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994. – 216 с.
2. Гофман А. Г. Клиническая наркология. – М.: “Миклош”, 2003. – С. 46 – 54.
3. Карвасарский Б. Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1999. – С. 200, 203 – 206, 495 – 500.

4. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб: Питер, 2002. – С. 577 – 582.
5. Лекции по клинической наркологии под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 244 – 268.
6. Николаев В. М., Петрова Е. В., Петров О. А. Когнитивно-поведенческая терапия больных с алкогольной зависимостью // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2005. – Т. XI, №3. – С. 7 – 9, 109.
7. Петрова Е. В., Николаев В. М., Петров О. А. Принципы и оценка эффективности противорецидивной амбулаторной программы когнитивно-поведенческой терапии больных с алкогольной зависимостью // Материалы международной конференции: Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. – Казань, 2004. – С. 228 – 232
8. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Алкоголизм: Руководство для врачей. – М.: Изд-во «Мегаполис», 2012. – С. 176 – 232.
9. Федоров А. П.. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352с.
10. Annis H. M.. Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive social learning approach // Psychoactive Drugs. – 1990, – Vol. 22. – P. 117 – 124.
11. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. – N.Y.: Pergamon, 1988. – P. 56 – 57.
12. Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification: An integrative approach. – N.Y.: Plenum Press, 1977. – 284 p.
13. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing (2nd edn). – N.Y.: Guilford Press, 2002. – 266 p.

