

Мотивы потребления алкоголя и когнитивно-поведенческая психотерапия пациентов анонимного наркологического кабинета

БУРДИН М.В.
ОБРОСОВ И.Ф.

врач-психотерапевт, МУЗ Городская клиническая поликлиника № 6, Пермь
д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии ФПК и ППС
ГОУ ВПО Пермской государственной медицинской академии им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь

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

Введение

Современное состояние психотерапии алкоголизма характеризуется интегративностью, комбинацией различных форм работы, сдвигом «от понимания к обучению» [2, 4], а также сочетанием психотерапевтических методов с лекарственной терапией. Общая тенденция заключается в переходе от симптомоцентрированных воздействий к нозоцентрированным, и далее — к личностно-ориентированным. При этом на первый план выходит профилактика рецидива заболевания.

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 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 двоякий — индивидуально-психологический и социальный — характер и зависят от мотивов потребления алкоголя (МПА), терапевтических установок, ожидания от лечения и набора провоцирующих ситуаций.

Материалы и методы исследования

Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами исследовано 52 случая применения КППТ у пациентов-мужчин, обратившихся за анонимным психотерапевтическим лечением. Возраст колебался от 22 до 57 лет, в среднем составляя $39 \pm 3,2$ года. 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% случаев применение индивидуальной психотерапии в сочетании с 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 мес., 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 раз в 2 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 иррациональных установок 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, адиктивные 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 исследования и их обсуждение

Обнаружено, что преобладание социально-психологических МПА (1-я группа) сопровождается доминирующими ИУ о возможности контроля над дозой и значительной индивидуально-психологической неприемлемостью концепта «алкоголик». 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», «Одиночество — это катастрофа» (85%) и в 90% случаев: «Я должен быть все время счастливым (должен доставить себе немного удовольствия)». В структуру базового дисфункционального убеждения 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. 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-я 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 своеобразное стремление «восстановить справедливость», что укладывалось в БДУ «мир жесток и несправедлив ко мне, поэтому я выпиваю, я призван восстановить справедливость».

3-я 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 пассивной 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.

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. Для иллюстрации приводится следующий клинический случай.

Сергей К., 43 года. Обратился к психотерапевту с жалобами на раздражительность, частые алкоголизации. При сборе анамнеза выяснилось, что наследственность отягощена пьянством отца. Пациент развивался без отклонений, рос трудолюбивым, ответственным, «упертым», много занимался спортом. Воспитывался дядей, любимой поговоркой которого было «Если быть, то быть лучшим», стремился быть похожим на него. Учился хорошо, после школы окончил высшее военное училище, успешно служил кадровым офицером. После демобилизации устроился работать в юридическую фирму. Женился в возрасте 23 лет, через 6 лет брак распался, имеет сына 19 лет. В настоящее время проживает в гражданском браке 6 лет. Злоупотребляет алкоголем с 25–26 лет, количественный контроль утрачен, пьет по 4–5 дней, толерантность до 1 л водки в сутки, сформирован абстинентный синдром с явлениями слабости, бессонницы, идеями самообвинения.

Таблица

Частота встречаемости автоматических мыслей (иррациональных установок) пациентов с различными мотивами потребления алкоголя

Автоматические мысли/ Иррациональные установки (вербальный вариант)	Мотивы потребления алкоголя		
	Социально-психологические, n=20	Личностные, 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)%)
"Изменяться 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%)

ния. Спонтанные ремиссии до 5 мес., дважды лечился методом «Торпедо» с ремиссиями до 8 мес. В период трезвости становился вспыльчивым, конфликтным, плохо спал. Причины рецидивов связывает с «нервами», напряженной работой, «психологическим давлением начальства». Обратился через месяц после очередного запоя, когда «оказался на самом дне», «приходилось собирать себя по кирпичику». Устроился на работу и «нужно удержаться на новом месте».

Терапевтические установки пациента были оценены как внутренние — на трезвость и получение помощи. Первоначальные ожидания от лечения формулировал так: «сделайте так, чтоб умер, если выпью». Преобладающие МПА — личностные (атарактические).

Был проведен курс когнитивно-поведенческой психотерапии (10 сеансов) в сочетании с приемом препарата «Колме» в течение первых двух месяцев. В процессе психотерапии были выявлены следующие ИУ: «Я должен делать все лучше остальных, иначе я ничего не стою» (1), «С несправедливостью нужно бороться любой ценой» (2), «Только преодоление трудностей закаляет характер» (3), «Я должен все контролировать, в том числе себя, поэтому алкоголик — это слабак» (4). Когнитивный компонент лечения заключался в ведении пациентом самоотчетов, оспаривании иррациональных установок и создании новых, более адаптивных (например, «я — не Бог» вместо ИУ (1)); поведенческий — в «испытании» новых вариантов поведения, проверке иррациональных гипотез в процессе выполнения психотерапевтических заданий, а также в освоении методики прогрессивной мышечной релаксации. Под влиянием лечения пациент стал спокойнее, научился «проще реагировать» на конфликтные ситуации на работе, исчезло влечение к алкоголю.

Катамнез через 18 мес. Пациент соблюдает режим трезвости, работает на прежнем месте, отмечает улучшение взаимоотношений с женой и сыном от первого брака.

В приведенном примере ИУ пациента в сочетании с данными анамнеза и клиническими наблюдениями позволяют сделать вывод о ведущих чертах личности пациента — стремлении к контролю и доминированию, аффективной застреванности, перфекционизме. Эти характеристики подтверждены результатами стандартного экспериментально-психологического исследования. Однако, на наш взгляд, достоинство выявления ИУ состоит в их операциональности. Иначе говоря, будучи элементами дискурса самого человека, ИУ были прямо использованы в процессе психотерапевтической коррекции и не требовали дополнительной адаптации, «перевода» на язык пациента.

Другое следствие анализа ИУ в большинстве случаев заключается в том, что частные утверждения типа (1)–(4) могут быть сведены в общую когнитивную схему, которая будет отражать генеральные установки личности. Возвращаясь к понятию *доминирующий личностный нарратив*, можно предположить, что данный пациент конструирует его в «героическом» жанре с ведущими мотивами борьбы, преодоления трудностей (и, соответственно, создания их там, где они отсутствуют). Психотерапевтическая коррекция в этих терминах на первом этапе подразумевает использование привычного пациенту жанра и стиля в целях терапии. Так, стремление к контролю дозы конвертируется в контроль над своим эмоциональным состоянием и влечением к спиртному, перфекционизм — в процесс постановки новых жизненных целей и задач и т.д.

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

Таким образом, КППТ 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 потребностных (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, взаимосвязанно, 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 обоснованно. Ценным компонентом является ее «тренирующая» (развивающая индивидуальные копинг-страте-

гии) 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 понимание пациентом заболевания как проблемы, стоящей перед человеком и поддающейся решению. Важнейшим условием терапии являются развитие навыков самоконтроля, постановка «ближних» и «дальних» целей и коррекция индивидуальных неадаптивных паттернов, мифологических представлений пациента.

Имеется перспектива дальнейшего изучения контингента больных, обращающихся за анонимным лечением, анализа механизмов спонтанных ремиссий, изучения индивидуально-психологических факторов саногенеза, которое могло бы оказать существенную помощь в разработке масштабных программ первичной и вторичной профилактики алкоголизма.

Список литературы

1. Гулямов М.Г. // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова — 1986. — №2. — С. 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. // Психологический журн. — 1986. — №5. — С. 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 / Пер. с англ. — ЭКСМО, 2002.
7. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. — N.Y.: Pergamon, 1988.