МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ

Н.В. Асланбекова, А.А. Кусаинов

Программа комплексного лечения алкогольной зависимости

Методические рекомендации

Павлодар
2012

Асланбекова Н.В., Кусаинов А.А.
Программа комплексного лечения алкогольной зависимости: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 39 с.

Методические рекомендации разработаны Н.В. Асланбековой, А.А. Кусаиновым.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для практикующих врачей-наркологов, врачей-психиатров.

В данных методических рекомендациях изложены основные положения инновационной программы лечения алкогольной зависимости. Методические рекомендации предназначены для врачей-наркологов. Представленные в данной работе знания были обобщены научными сотрудниками РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» и имеют практическую направленность.

Рецензенты:
Доктор медицинских наук Толстикова А.Ю.
Доктор медицинских наук Россинский Ю.А.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – Т.В. Пак, протокол от «18» ноября 2011 года № 256).

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от «26» марта 2012 года № 3).

© РГКП “Республиканский научно-практический
Центр медико-социальных проблем наркомании”
Республика Казахстан, Павлодар, 2012

Содержание

ВВЕДЕНИЕ 4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ 6
1 Цель и основные положения программы 6
2 Оптимальный профиль участника и предикторы эффективности программы 9
3 Этапы программы 10
3.1 Предварительный этап 10
3.2 Формат Программы 14
3.3 Когнитивно-поведенческая психотерапия 16
3.4 Начальный этап 19
3.5 Этап активной терапии 23
3.6 Этап поддерживающей терапии 25
3.7 Оценка результатов терапии 27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 28
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 28
Приложение А. Таблица ежедневной регистрации эмоций 30
Приложение Б. Пример 4-х польной таблицы регистрации автоматических мыслей, эмоций и поведения 30

ВВЕДЕНИЕ

Для успешного проведения лечения наркологических заболеваний используются комплексные подходы и мероприятия. Применение комплексного комбинированного подхода к вопросам лечения больных необходимо в связи с мультифакторным характером этиопатогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [1]. Повышение эффективности как непосредственно терапевтической, так и профилактической работы может достигаться путём совершенствования её форм и методов на основе разработки чёткой методологической базы.

Концепция терапии наркологических заболеваний включает в себя несколько составляющих: во-первых, основные принципы терапии наркологических заболеваний, во-вторых, уровни терапевтического воздействия, в-третьих, мишени терапевтического воздействия и, в-четвертых - методы и средства терапевтического воздействия.

1. Основные принципы терапии наркологических заболеваний заключаются:

– *В добровольности лечения* - только при соблюдении этого первого и самого важного принципа, начинается сотрудничество и достигается взаимопонимание врача и пациента. Однако принцип добровольности нельзя понимать буквально. Пациент с болезнью зависимости отличается от любого другого тем, что желание лечиться у него преходящее - то оно есть, то его нет. Например, в состоянии опьянения оно появляется, но когда прошла острота состояния, то исчезает и желание лечиться и т.д. В данном случае именно от профессионализма врача зависит выработка у больного установки на продолжение лечения.

– *В максимальной индивидуализации терапевтического процесса*. В основе данного принципа лежит вопрос о квалификации врача. При первом обращении пациента за медицинской помощью врачу необходимо определить, в каких условиях лучше лечить больного - амбулаторных, стационарных или полустационарных. Качество и результаты лечения будут полностью зависеть от правильного дифференцированного определения клинических особенностей заболевания у данного больного (имеются в виду стадия заболевания, тяжесть процесса, темп и степень прогредиентности, соматические и социальные последствия и пр.). Немаловажным является также вопрос о конституционально-личностных особенностях пациента, а также анализ микросоциальных условий жизни и окружения каждого конкретного больного. Совокупность всех этих факторов составляет индивидуальный профиль больного. Из этих составляющих складывается индивидуальная программа лечения, которая включает в себя также формы, методы и средства лечения.

– *В комплексности*. Терапевтическое воздействие должно быть комплексным, интегрированным, включать в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие. Комплексность лечения заключается именно в том, чтобы достаточно правильно определить удельный вес в терапевтической программе той или иной составляющей. Существует категория больных, для кото-

рых на первом этапе лечения психофармакологическое воздействие минимально, основную же часть занимают психотерапия и реализация социальной программы. Для другой категории больных медикаментозная часть является определяющей, занимает главное и наибольшее место, а уже на этот основной стержень нанизываются психотерапевтическая и социальная части комплексной программы.

– *В отказе от употребления психоактивных веществ.* Именно на этом этапе начинается активное включение больного в психотерапевтический процесс. Первым шагом является достижение понимания больным необходимости лечения. Если больной проникся этой мыслью - это уже обеспечивает высокую вероятность успеха. Второй шаг - это достаточно сложное и длительное обсуждение вопроса о добровольном отказе от употребления психоактивных веществ. Процесс вхождения больного в лечение может быть связан со «срывами», рецидивами, однако во всех случаях лишь спокойное, адекватное, но вместе с тем настойчивое отношение врача к продолжению дальнейшего лечения, может привести к определенному успеху.

2. Мишени и уровни терапевтического воздействия

Схематически можно выделить и отдельно рассмотреть две группы нарушений.

Первая группа – это мишени, связанные с формированием зависимости от психоактивных веществ. В настоящее время основные биологические механизмы развития химической зависимости уже установлены. В процессе злоупотребления психоактивными веществами развивается перестройка нейромедиаторных, нейромодуляторных и других регуляторных систем и метаболических процессов, участвующих в формировании стержневого расстройства химической зависимости синдрома патологического влечения к психоактивному веществу. Существует также генетическая (биологическая) предрасположенность к развитию наркологических заболеваний. На клиническом уровне патологическое влечение к алкоголю и наркотикам проявляется различными аффективными, поведенческими, вегетативными и идеаторными расстройствами. Целенаправленное изучение феномена патологического влечения к психоактивным веществам позволило предположить общность основных нейрохимических механизмов влечения и, например, депрессивных нарушений, что позволяет на данном этапе выработать основные принципы патогенетически обоснованной терапии. Именно, исходя из этих данных, выбирается адекватное и дифференцированное лечение. Воздействие на социальном уровне складывается из правильного и понимающего взаимодействия с социальным окружением больного. Как правило, проявления болезни, такие как «тяга» к психоактивным веществам, расстройства настроения, нарушения поведения, отражаются в первую очередь на близких людях больного, на семейных взаимоотношениях. При лечении такого контингента больных необходимо обязательно взаимодействовать и с теми, кто их окружает.

Вторая группа - это мишени, связанные с токсическими эффектами злоупотребления психоактивными веществами. На биологическом уровне - это сома-

тоневрологические последствия злоупотребления психоактивными веществами. На клиническом уровне - это токсические эффекты, которые проявляются симптоматикой психоорганического синдрома. Всё начинается со специфических характерологических изменений, затем присоединяются интеллектуально-мнестические нарушения, которые при дальнейшем прогрессировании заболевания могут приводить к выраженной деменции. На социальном уровне, как следствие токсических эффектов, нарушаются адаптивные способности человека, развивается стойкая социальная дезадаптация.

3. Типы и этапы лечения наркологических заболеваний

Можно выделить три типа лечения:

тип - с биологически ориентированным воздействием;

тип - с психотерапевтически ориентированным воздействием;

тип - с социально ориентированным воздействием.

В лечении алкоголизма можно выделить два определяющих этапа.

Первый этап - это интенсивная терапия острых состояний, предусматривающая устранение нарушений, вызванных хронической интоксикацией, лечение абстинентного синдрома, предупреждение различных осложнений, вызванных злоупотреблением ПАВ, подавление патологического влечения к психоактивным веществам, обследование больного и установление с ним психотерапевтического контакта. Второй этап можно определить как этап противорецидивной терапии. Купирование острых проявлений проводится в практике довольно успешно, в то время как эффективная реализация второго этапа является предметом активных разработок специалитов.

Целью методических рекомендаций, с учётом изложенного выше, является освещение основных положений инновационной комплексной программы лечения алкогольной зависимости, которая в 2009 году была впервые разработана Национальным научным центром наркологии Министерства здравоохранениях и социального развития Российской Федерации (МЗСР РФ) (г. Москва) и кафедрой психотерапии Медицинской академии последипломного образования (г. Санкт-Петербург) в соответствии с принципами GCP (Good Clinical Practice) [2].

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1 Цель и основные положения программы

Цель программы

Дать пациентам, страдающим алкоголизмом, возможность изменить себя и свою зависимость.

Сущность программы

Эффективность программы определяется применением комплексного последовательного и длительного патогенетического воздействия. Программа включает в себя сочетание применения специфических противоаддиктивных

средств и психотерапии, мишенями которых являются два основных звена патогенеза алкогольной зависимости (*рисунок 1.)*.

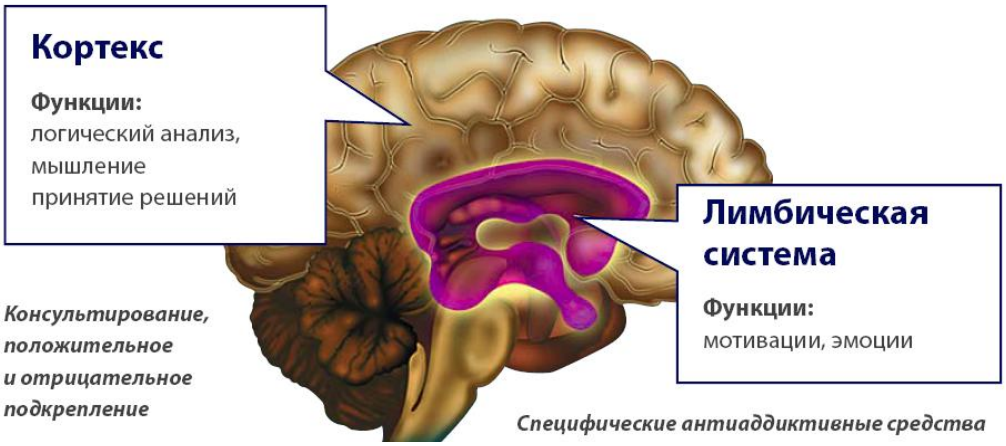


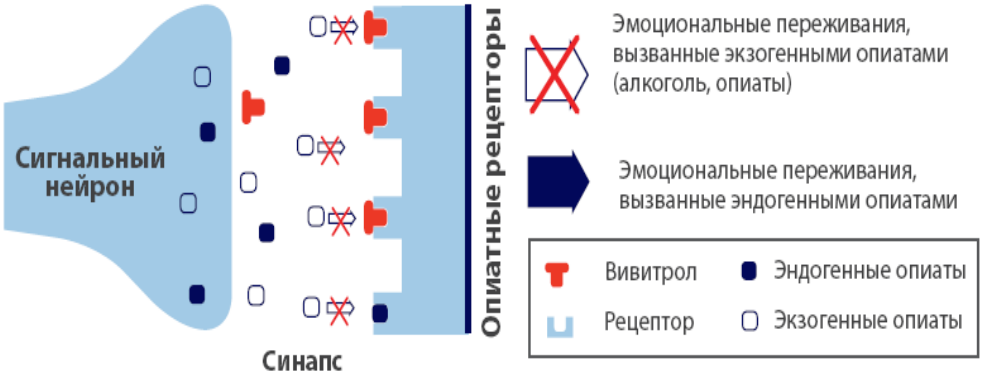
Рисунок 1. Патогенетическое обоснование

Применение специфических противоаддиктивных средств в данной *программе* направлено на снижение подкрепляющего действия алкоголя (воздействие на лимбическую систему и влияние на эмоциональную сферу) *(рисунок 2)*.

В качестве основного фармакологического средства в структуре комплексного лечения выступает препарат Вивитрол® – пролонгированная форма налтрексона - **блокатора опиатных рецепторов** *(рисунок 3)*.

:

Рисунок 2. Патогенез зависимости от ПАВ



Конкурентное ингибирование (степень сродства к рецепторам):
Эндогенные опиаты > Блокаторы > Алкоголь, экзогенные опиаты

Рисунок 3. Механизм действия Вивитрола – конкурентная блокада μ-опиоидных рецепторов

Налтрексон впервые был одобрен для лечения алкогольной зависимости в США в 1994 г. [3]. Действие его заключается в уменьшении подкрепляющих субъективных, а также поведенческих эффектов алкоголя, что в свою очередь приводит к снижению количества потребляемого спиртного и снижению частоты и длительности запоев [4]. Проведенные клинические исследования показали, что существуют группы больных алкоголизмом, в отношении которых налтрексон высокоэффективен. В частности, налтрексон проявляет большую эффективность у лиц в возрасте старше 40 лет и у лиц с отягощенным, в отношении злоупотребления алкоголя, семейным анамнезом [3]. Также немаловажным фактором, влияющим на результаты терапии алкогольной зависимости налтрексоном, являются генетические особенности пациента, связанные с подтипом опиатных рецепторов [5].

В большом количестве исследований показана важность регулярного приёма налтрексона для достижения хорошего результата лечения [6]. В частности, американские исследователи продемонстрировали, что эффект налтрексона в отношении потребления алкоголя наблюдался только у тех пациентов, которые приняли более 90% доз перорального налтрексона за 3 месяца [7]. Те же пациенты, которые не придерживались назначенного лечения, по результатам терапии налтрексоном не отличалась от группы, получавшей плацебо.

Инъекционная форма налтрексона – *Вивитрол*® была разработана для решения проблемы комплаейнса. Данная формула поддерживает стабильную концентрацию налтрексона в крови на протяжении 4 недель. Более того, инъекционная форма позволяет избежать эффекта «первого прохождения» через печень при метаболизме налтрексона и улучшить его биодоступность. Налтрексон содержится в микросферах, что позволяет ему высвобождаться медленно и стабильно в течение месяца. Такое плавное поддержание необходимой концентрации в крови дает возможность снизить частоту развития побочных эффектов, вызванных пиковыми концентрациями налтрексона, имеющими место при пероральном приеме [8].

Проведенные клинические исследования показали высокую эффективность Вивитрола® при лечении алкогольной зависимости [9]. Так, американские ученые Дж. Гарбут и Г. Кранцлер в 2005 г. опубликовали результаты оценки эффективности Вивитрола в дозах 380 мг и 190 мг в 6-месячном двойном слепом многоцентровом рандомизированном клиническом исследовании с участием 624 пациентов [10]. Обнаружено, что Вивитрол® в дозе 380 мг в сочетании с психотерапевтическим консультированием был достоверно более эффективен, чем плацебо, в отношении снижения количества дней злоупотребления. Интересен тот факт, что эффект Вивитрола был более выражен у тех пациентов, которые воздерживались от употребления алкоголя в течение как минимум 7 дней перед началом терапии и менее эффективен у больных, которые продолжали употреблять алкоголь на момент начала лечения.

В целом результаты исследований эффективности [2–5] Вивитрола показали, что:

- *он снижает первичное и вторичное патологическое влечение к алкоголю;*
- *он снижает эйфоризирующий эффект алкоголя;*
- *он имеет подтвержденную фармакокинетику – гарантированно блокирует опиоидные рецепторы;*
- *он удобен в применении (инъекции Вивитрола производятся 1 раз в месяц внутримышечно).*

Вторым слагаемым комплексной терапии является психотерапия, которая направлена на изменение поведенческих стереотипов пациента. Стабильный терапевтический эффект *Вивитрола* наступает при применении препарата не менее полугода, поэтому особое значение приобретает задача удержания пациентов в Программе, соблюдения её рамок (комплаейнс), аккуратном выполнении всех её требований. Удержание пациентов в Программе является одной из задач психотерапевтического сопровождения, которое основывается на применении приёмов когнитивно-поведенческой психотерапии. Данная форма психотерапии отличается наибольшей воспроизводимостью и доступностью в клинической практике, так что её отдельные манипуляции могут выполняться врачами-наркологами, не имеющими специального психотерапевтического образования. Однако специалист должен иметь достаточный опыт врачебной работы с лицами, зависимыми от психоактивных веществ.

Взвешенное и продуманное применение этих элементов лечебного воздействия позволяет добиваться высоких результатов лечения у определенной группы пациентов.

2 Оптимальный профиль участника и предикторы эффективности программы

Программа лечения является наиболее эффективной у следующей группы пациентов:

- *больные* с алкогольной зависимостью преимущественно на ранних стадиях (не тяжелее 2–ой);

– *больные* с установленным впервые в жизни диагнозом: Алкогольная зависимость;

– *больные* с сохранным социальным статусом (работающих, состоящих в браке, имеющих образование не ниже средне-специального);

– *больные* с интеллектуальным потенциалом;

– *больные,* мотивированные на длительное лечение;

– *больные,* имеющие желательную поддержку семьи;

– *больные* без признаков абстинентного синдрома.

Предикторами успешного и эффективного прохождения курса лечения являются:

1) самостоятельное воздержание от приема алкоголя в течение не менее 4-х суток перед первой инъекцией Вивитрола при условии отсутствия признаков абстинентного синдрома;

2) достаточный уровень мотивации на длительное и активное лечение.

3 Этапы программы

3.1 Предварительный этап

Комплексная оценка мотивации

Для включения пациента в Программу врач проводит комплексную оценку мотивации на лечение. Общий принцип такой оценки состоит в определении пропорции между интенсивностью патологического влечения к алкоголю (ПВА), с одной стороны, и степенью осознания собственной болезни (критики) и её вреда, – с другой стороны. Таким образом, врач имеет объективно подтвержденный показатель мотивации на лечение. На этапе оценки мотивации врач также может провести мотивационное интервью с родственниками пациента для получения более корректной оценки мотивации. Исходя из результатов мотивационных интервью, пациент может быть включен в Программу.

Тест уровня мотивации на лечение

В основе предлагаемого теста лежит тезис, выдвигаемый в работах ряда авторов и свидетельствующий о том, что уровень мотиваций на отказ от психоактивных веществ (ПАВ) и лечение сопряжен, с одной стороны - с интенсивностью патологического влечения и ассоциированными с этим синдромом мотивами к продолжению регулярного употребления алкоголя/наркотика и с другой стороны – со слабостью личностных структур, противостоящих натиску влечения и мотивирующих пациента к отказу от приема ПАВ. Синдром патологического влечения к алкоголю достаточно хорошо изучен, разработана методика его количественной оценки. В противовес тому, психическим структурам, сдерживающим патологическое влечение, внимания в литературе уделялось мало. Проведенные исследования [11] показали, что наиболее достоверным маркером, отражающим напряжение противодействующих патологическому влечению здоровых мотивационно-побудительных стимулов, формирующих решение отказаться от ПАВ и ле-

читься, является состояние внутренней картины болезни. Последняя, в свою очередь, складывается из сознания болезни – нозогнозии, а также сознания вреда болезни, её медицинских, личностных и социальных последствий. Все другие клинические и патопсихологические параметры либо имеют вторичный, производный характер, либо не имеют однозначной взаимосвязи с состоянием мотиваций на лечение. Более того, большинство из них обладают альтернирующим влиянием на данную психическую функцию, то есть при стечении различных обстоятельств они могут, как усиливать мотивацию на лечение, так и уменьшать её. Примером могут служить психогенные реакции больного на выявление серьёзных осложнений заболевания. У одних больных в рамках таких реакций происходит усиление мотивации на лечение, у других – снижение их уровня с нарастанием интенсивности патологического влечения. Выделение двух противодействующих психических векторов, определяющих уровень мотиваций на лечение, привело к построению шкалы количественного определения изучаемого параметра. Каждый из вышеперечисленных клинических феноменов ранжируется по 4-балльной шкале интенсивности.

1. Оценка патологического влечения (Пеннсильванская шкала влечения к алкоголю (ПШВА)

А. Как часто за прошедшую неделю Вы думали о выпивке или о том, что выпивка сделала бы Ваше самочувствие лучше?

Ни разу, т.е. 0 раз за прошедшую неделю 0
Очень редко, т.е. 1–2 раза за прошедшую неделю. 1
Изредка, т.е. 3–4 раза за прошедшую неделю 2
Иногда, т.е. 5–10 раз за прошедшую неделю или 1–2 раза в день 3
Часто, т.е. 11–20 раз за прошедшую неделю или 3–4 раза в день. 4
Очень часто, т.е. 21–40 раз за прошедшую неделю или 5-6 раз в день . 5
Постоянно, т.е. больше 40 раз в неделю или больше 6 раз в день. 6

Б. Насколько было выражено наиболее сильное влечение к алкоголю, которое Вы испытывали за прошедшую неделю?

Совершенно не выражено. 0
Слабо, отражало легкое желание выпить. 1
Незначительная потребность выпить 2
Умеренная потребность выпить 3
Достаточно сильная потребность, но легко контролируемая 4
Сильная потребность, с трудом поддающаяся контролю. 5
Очень сильная потребность, не поддающаяся контролю (Вы выпили бы, если бы алкоголь был доступен).. 6

В. Сколько всего времени за прошедшую неделю Вы думали о выпивке или о том, что выпивка сделала бы Ваше самочувствие лучше?

Не думал 0
меньше 20 минут. 1
21–45 минут. 2
46–90 минут 3

91 минута – 3 часа 4
3–6 часов. 5
больше 6 часов 6

Г. Насколько сложно было бы для Вас противостоять приему алкоголя за прошедшую неделю, если бы Вы знали, что дома есть спиртное?

Совершенно не сложно. 0
Не сложно. 1
Немного сложно 2
Достаточно сложно. 3
Очень сложно. 4
Крайне сложно. 5
Не смог бы противостоять. 6

Д. Учитывая Ваши ответы на предыдущие вопросы, пожалуйста, оцените, в общем, Ваше влечение к алкоголю за прошедшую неделю

Ни разу не думал о выпивке и не испытывал потребности выпить. 0
Очень редко думал о выпивке и редко испытывал потребность выпить . 1
Изредка думал о выпивке и изредка испытывал потребность выпить. . . .2
Иногда думал о выпивке и иногда испытывал потребность выпить. 3
Часто думал о выпивке и часто испытывал потребность выпить. 4
Большую часть времени думал о выпивке и большую часть времени испытывал потребность выпить 5
Практически все время думал о выпивке и практически все время испытывал потребность выпить 6

Интерпретация результатов осуществляется следующим образом:

– сумме баллов по Пеннсильванской шкале от 0 до 7 баллов соответствует итоговые 0 баллов, то есть влечение выражено крайне незначительно;

– сумме баллов по Пеннсильванской шкале от 8 до 14 баллов соответствует итоговый 1 балл, то есть влечение слабо выражено;

– сумме баллов по Пеннсильванской шкале от 15 до 23 баллов соответствуют итоговые 2 балла, то есть влечение средней степени выраженности;

– сумме баллов по Пеннсильванской шкале от 24 до 30 баллов соответствуют итоговые 3 балла, то есть влечение высокой интенсивности.

2. Оценка степени сознания болезни

Степень сознания болезни (ССБ) точнее, степень его снижения измеряется следующим образом.

0 баллов – наиболее полное критичное отношение к болезни зависимости, при которой первенство в её происхождении и развитии отводится собственному личностному вкладу; наличие собственной концепции реализации личностной предрасположенности к алкоголизации в болезнь (эго-дистонная позиция по отношению к болезни).

1 балл – пациент способен анализировать зависимость в контексте развития своей личности, однако концепция представляется непоследовательной, а также имеет явный самооправдательный и внешнеобвиняющий оттенок. В существенной степени вина возлагается на провокации со стороны общества, «стрессы» и на аддиктогенные свойства алкоголя.

2 балла – сознание болезни формально присутствует, больной соглашается с определением «Я – алкоголик», однако концепция происхождения, поддержания болезни, неспособности противостоять болезненной тяге носит целиком внешнеобвинительный характер, ответственность своего Я в развитии болезни отсутствует. Алкоголь представляется сверхмогущественной инстанцией, против аддиктогенного действия которой практически нет никаких внутренних средств. Больной отрицает негативный прошлый опыт злоупотребления алкоголем, легковесно судит о возможности контролировать его прием или отказаться от него в будущем.

3 балла – полное отрицание болезни как психической зависимости, выпивка интерпретируется как абсолютно естественное и необходимое для личности действие, при этом имеется полная, хотя и безапелляционная уверенность в способности отказаться от алкоголя при возникновении необходимости (эго-синтонная позиция).

3. Оценка степени сознания вреда болезни

Степень сознания вреда болезни (ССВБ) ранжируется по следующим критериям.

0 баллов – наиболее полная, приближающаяся к объективной картина осознания вредных последствий алкоголизации как для личности больного – его эмоциональных, когнитивных, морально-этических и других структур, так и для его физического здоровья и социального функционирования.

1 балл – критика к вредным последствиям достаточно полная, однако прослеживается явный уклон в сторону физических и социальных опасностей употребления. В отношении влияния алкоголя на психику высказываются отдельные позитивные отклики о пользе и выгодности его употребления для личности, игнорируется опасность фиксации этих субъективно выгодных моментов в процессе развития зависимости.

2 балла – критика вредных последствий алкоголизации для эго-психического и социального функционирования у больного практически отсутствует. Он может признавать негативный характер лишь астенических симптомов – утомляемости, а также явлений деперсонализации – дереализации, т.е. ощущения блеклости, безжизненности и отчужденности окружающего мира. Опасность болезни касается практически только физического здоровья, отдельных органов и систем.

Комплексная оценка мотивации (КОМ) проводится путем вычисления по следующей формуле:

КОМ=ССБ+ССВБ - ПШВА

Высокая мотивация - 0-2 балла
Средняя мотивация - 3-4 балла
Мотивация ниже среднего - 5-7 баллов
Отсутствие мотивации – 8-9 баллов

Пациентов с высоким и средним уровнем мотивации врач может включить в Программу сразу же, в этом случае пациент подписывает Согласие на участие в Программе. В случае уровня мотивации ниже среднего, целесообразно проводить с пациентом специальное Мотивационное интервью, по результатам принимается решение о включении пациента в Программу (см.далее).

3.2 Формат Программы

Программа рассчитана на 16 встреч с пациентом в течение 1 года.

На начальном этапе (1–1,5 месяца от начала лечения) частота встреч составляет 1 раз в неделю.

Затем частоту уменьшают до 2 раз в месяц.

Через 4 месяца от начала лечения встречи происходят 1 раз в месяц, и, начиная с 8 месяца, – 1 раз в 1,5 месяца.

Это средняя частота сеансов, которую врач может регулировать в зависимости от выполнения промежуточных целей и задач у конкретного пациента.

Инъекции Вивитрола производятся 1 раз в месяц на протяжении 1 года (12 инъекций). В случаях, если пациент изначально имеет высокий или очень высокий уровень мотивации и (или) высокий реабилитационный потенциал, длительность Программы может быть уменьшена до 6 месяцев. Вопрос о длительности терапии обсуждается с пациентом и с его родственниками до начала лечения, после проведения инициальной оценки

На начальных этапах Программа ориентирована на большее осознание пациентом наличия у него болезни зависимости, то есть на преодоление гипонозогнозии, а также максимальное понимание вреда систематической алкоголизации. Та же задача ставится и перед родственниками. Особое внимание уделяется разъяснению механизмов лечебного действия Вивитрола, позитивных перспектив его длительного применения, а также другим мерам по удержанию пациента в Программе. Если данная задача решается успешно, и пациент поддерживает достаточный уровень мотивации на прохождение Программы, то фокус лечебно-реабилитационного воздействия смещается в сторону выполнения более сложных психотерапевтических задач – формирование поведенческих стратегий поддержания трезвого образа жизни и предотвращение рецидивов.

При этом врачу-куратору следует иметь в виду, что Вивитрол® позволяет рассчитывать не только на увеличение числа, продолжительности и качества полных ремиссий, но и на рост доли частичных ремиссий (контроль выпитых доз) в структуре общей эффективности Программы. Также, понижая уровень

патологического влечения, Вивитрол® делает пациента более восприимчивым к психотерапии, нацеленной на личностный рост.

Также Программа предусматривает 4 встречи с родственниками пациента во время прохождения пациентом Программы (1-я встреча - на этапе включения пациента в Программу, 2-я – на начальном этапе терапии, 3-я и 4-я встречи – на этапах активной терапии и поддерживающей терапии, соответственно).

Данная Программа, несмотря на структурированность, подразумевает гибкость использования в каждом конкретном клиническом случае. Специалист может самостоятельно выбирать как последовательность описанных в ней шагов, так и частоту встреч по психотерапевтическому сопровождению конкретного пациента.

Программа предлагает и помогает пациенту стать активным участником лечебного процесса.

Участие пациента и родственников

Пациент и его родственники являются активными участниками лечебно-реабилитационного процесса. Наряду со встречами с врачом темы сеансов закрепляются с помощью домашних заданий для пациента. Эти домашние задания выполняются пациентом самостоятельно, позволяя пациенту дополнительно прорабатывать темы встреч, формируя более устойчивые навыки. Родственники пациента, осознавая цели и задачи различных этапов терапии, которые прорабатываются во время совместных встреч, активно поддерживают пациента во время прохождения Программы.

Телефонная поддержка

Важной частью Программы является телефонная поддержка, которую осуществляет медицинская сестра ЛПУ, где проводится данная Программа. В функции телефонной поддержки входят:

1. Мониторинг переносимости лечения.
2. Мониторинг выполнения домашнего задания.
3. Напоминание о введении очередной инъекции Вивитрола (если подошел её срок).
4. Приглашение на очередную встречу.

Рекомендованная структура встреч с пациентом

1. Начало беседы – отчет больного о самочувствии и состоянии актуальных проблем.
2. Врач уточняет переносимость лечения.
3. Оценивает влечение к алкоголю (Пеннсильванская шкала). В случае частичной ремиссии заполняется «Календарь ретроспективного употребления алкоголя».
4. Инъекция Вивитрола (если подошел её срок). Инъекции Вивитрола производятся строго 1 раз в месяц. Если пациент пропустил очередное введение, необходимо произвести инъекцию Вивитрола как можно быстрее.

5. Обсуждение домашнего задания.
6. Разбор тематики встречи.
7. Пациент записывает домашнее задание.
8. Назначение следующей встречи.

3.3 Когнитивно-поведенческая психотерапия

Когнитивно-поведенческое направление возникло вследствие осознания недостаточности воздействий только на внешнее поведение пациента и понимания необходимости в ряде случаев модификации познавательной (когнитивной) сферы с целью повышения эффективности терапии. *Это направление ставит перед собой задачу воздействовать прямо на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки). При проведении когнитивно-поведенческой психотерапии могут использоваться и поведенческие техники, задача которых напрямую изменять поведение.* Необходимость прямого воздействия на когнитивную сферу понятна, например, в случае с человеком, страдающим алкогольной зависимостью.

Несмотря на то, что многие факторы говорят о необходимости прекратить употребление (утрата количественного контроля за выпитым, тяжелое похмелье, развитие осложнений со стороны телесной сферы, проблемы на работе, сложности в семье и т.д.), человек думает, что он может научиться контролировать приём алкоголя и «чуть-чуть не повредит». Поэтому неоднократно происходят срывы, и зависимость прогрессирует. У того же человека мысли (когниции) могут стать программой самореализующихся пророчеств, поддерживающих стереотип употребления алкоголя. Мотивация к отказу от алкоголя носит поверхностный, формальный характер. Поиск врача и выбор методов лечения ложится на супругу/супруга. Сам больной уверен, что «лечение мне не поможет, все наркологи – шарлатаны». Он принимает в лечении пассивное участие, не прикладывает собственных усилий, зачастую и саботирует приход на консультации. Затем срывается. Виноватым становится врач и жена, так как они заставили «несчастного» лечиться. Убежденность в том, что лечение не помогает, растет.

Центральным понятием когнитивно-поведенческого направления является понятие схемы, через которую человек воспринимает и интерпретирует окружающий мир.

Схема – промежуточная переменная, которая предопределяет воздействие окружения на индивида. Иными словами, не событие само по себе, а значения, которыми через призму схемы наделяет человек окружающие объекты и явления, его установки и ожидания относительно них, и определяют, прежде всего, его поведение. Наиболее простой и прямой путь воздействия на зависимое поведение – воздействие на неадекватные когниции (мысли, установки, ожидания). Поэтому работа в любой системе когнитивно-поведенческой терапии предполагает принятие клиентом гипотезы о влиянии мыслей на поведение. Начало работы с пациентом возможно только после принятия этой гипотезы. Когнитивная психотерапия, как самостоятельное направление психотерапии, сложилась в рамках психоанализа и была в значительной степени реакцией, направленной на возвращение сознанию большей роли, чем ему придавалось в классическом психоанализе (роль эпифеномена, следующего за бессознательной мотивацией). Когнитивная психо-

терапия выступила с утверждением, что «в сознании человек находит ключ к пониманию и разрешению своих психологических проблем и эмоциональных расстройств» (А. Бек, 1976). В начале своего возникновения когнитивная психотерапия была представлена двумя основными направлениями: рационально-эмоциональной психотерапией А. Эллиса (1962) и когнитивной психотерапией А. Бека (1976), которые и до настоящего времени остаются наиболее популярными ветвями когнитивной психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) имеет целью изменять, прежде всего, эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей. Возможность таких изменений основана на связи мыслей и эмоций. С точки зрения КПТ мысли (убеждения) являются главным фактором, определяющим эмоциональное состояние и поведение.

Как человек интерпретирует событие, такую эмоцию в результате он и имеет в этой ситуации. Не внешние события и люди вызывают у нас негативные чувства, а наши мысли по поводу этих событий. Воздействие на мысли является более коротким путем достижения изменения наших эмоций и, следовательно, поведения. Возникновение неадаптивных когниций (установок, мыслей, правил) связано с прошлым пациента, когда ребенком он воспринимал их, не имел еще навыка проводить критический анализ на когнитивном уровне, не имел возможности опровергнуть их на поведенческом уровне, поскольку был ограничен и не сталкивался с ситуациями, которые могли бы их опровергнуть, или получал определенные подкрепления от социального окружения. Когнитивная психотерапия предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, приближающихся к партнерским отношениям. Пациент и психотерапевт должны в самом начале сотрудничества достичь соглашения в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств её достижения, возможной продолжительности лечения.

Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен принять базисное положение когнитивной психотерапии о зависимости эмоций и поведения от мышления: «Если мы хотим изменять чувства и поведение, надо изменять вызвавшие их идеи». Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции, затрудняющей решение какой-либо проблемы, приводящие к неадаптивному поведению. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автоматических мыслей», они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлекторно, и для пациента всегда имеют характер вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению убеждений. Они непроизвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Когниции могут быть разных уровней.

Самый поверхностный из них – уровень автоматических мыслей, фундаментальный – глубинные убеждения. Глубинные убеждения – фундаментальный уровень убеждений, сформированный, как правило, в детском возрасте. На формирование глубинных установок значительное влияние оказывают особенности внутрисемейных взаимоотношений. Глубинные убеждения трудно поддаются корректировке.

Промежуточные убеждения занимают положение между глубинными убеждениями и поверхностными. Они формируются на основе глубинных убеждений. Они чаще формулируются как правила, предположения, жизненные принципы. Автоматические мысли – это поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей. Автоматические мысли существуют наряду с более явным и очевидным потоком мышления, возникают спонтанно и не основаны на рефлексии (размышлении, обдумавании). Люди в большей степени осознают эмоции, связанные с определенными автоматическими мыслями, чем собственно мысли. Значимые мысли вызывают специфические эмоции в зависимости от содержания. Они часто короткие и мимолетные и могут принимать вербальную и/или образную форму.

Люди обычно принимают свои автоматические мысли за истину, без размышлений или трезвой их оценки. Выявление и оценка автоматических мыслей, а также рациональный (адаптивный) ответ на них способствуют улучшению самочувствия пациента. Автоматические мысли формируются под влиянием промежуточных и глубинных убеждений. Автоматических мыслей может быть огромное количество, причем глубже уровень, тем меньше установок.

Все установки можно представить себе в виде пирамиды, основание которой – автоматические мысли, а вершина – глубинные установки.

Когнитивная карта – это графически представленная взаимосвязь между установками разных уровней, приводящая к проблемам в эмоциональной и/или поведенческой сфере *(рисунок 4)*.

Рисунок 4. Когнитивная карта

Соответственно, работа может проводиться на разных уровнях - от автоматических мыслей до глубинных установок. Это зависит от целей, задач и условий проведения психотерапии. На начальном этапе проще работать с уровнем автоматических мыслей, иногда переходя на уровень промежуточных убеждений.

Частая форма работы в когнитивно-поведенческой психотерапии – это 3-столбцовые и 4-столбцовые таблицы. Ниже приведена четырехстолбцовая таблица (столбец «поведение» может не включаться).

Ситуация	Мысли	Эмоции	Поведение

Как правило, пациенты заполняют подобные таблицы ежедневно, для двух-трех ситуаций в день. В норме на это не должно уходить более 10-15 минут.

Зависимые пациенты часто имеют выраженные проявления **алекситимии** (затруднение в определении и описании собственных эмоций, затруднение в различении эмоций и телесных проявлений), поэтому заполнению 3- и 4-столбцовых таблиц может предшествовать более простое упражнение, направленное на опознание эмоции (без анализа автоматических мыслей, активирующих событий) *(см. приложение А).*

В модели когнитивно-поведенческой психотерапии отношения врача и пациента близки к партнерской позиции и напоминают взаимоотношения репетитора и ученика, изучающего иностранный язык, или тренера и спортсмена. Если пациент рассчитывает только на работу во время психотерапевтических сессий – это неперспективно, он не сможет добиться хороших результатов в борьбе с алкогольной зависимостью. В таком случае врач уточняет у пациента, как тот представляет себе процесс борьбы с зависимостью, в результате чего произойдут изменения. Таким образом, он сталкивает зависимого человека с реальностью.

Характерное отличие когнитивно-поведенческой психотерапии зависимостей от лечения других заболеваний заключается в том, что ситуацией (активирующим событием) не обязательно является какое-либо внешнее событие!

Активирующим событием может быть появление тяги, желания выпить. В процессе психотерапии пациент учится выявлять неадаптивные автоматические мысли и убеждения, критически их расценивать и находить более рациональный ответ.

Используя альтернативное расценивание, человек расширяет свой мыслительный «репертуар», что позволяет бороться с ригидными дисфункциональными мыслями. Из всего репертуара оценок ситуации он учится использовать наиболее адекватные контексту. Это позитивно сказывается на эмоциях (негативные эмоции быстрее преодолеваются) и поведении (человек не только отказывается от алкоголя, но и планомерно улучшает свою жизнь).

3.4 Начальный этап

Встреча 1. Преодоление анозогнозии.

Анозогнозия или неспособность опознавать и правильно оценивать свое состояние является одной из серьезнейших проблем в лечении зависимых пациентов. Для преодоления анозогнозии можно использовать технику самостоятельной оценки пациентом своего состояния.

Суть её состоит в следующем. Пациент самостоятельно читает (или рассказывает врач) о клинической картине алкогольной зависимости с описанием стадийности (для удобства можно использовать упрощенный вариант классифика-

ции стадий А.А.Портнова - И.Н.Пятницкой). Затем пациента просят самостоятельно оценить своё состояние, после чего больной аргументирует свои выводы. Фактически специалист обходит сопротивление пациента, давая ему возможность самостоятельно произвести оценку своего состояния. Если врач замечает, что пациент искажает факты (уже известные из анамнестического расспроса), то он задаёт уточняющие вопросы: «Вы считаете, что находитесь на стадии психической зависимости. А как же тогда Вы можете объяснить свое плохое самочувствие, длящееся на момент обращения уже три дня?». Рекомендуется задавать открытые вопросы (подразумевающие развернутый ответ и продолжение беседы, а не односложные «Да» или «Нет»). Затем врач представляет свое видение ситуации, аргументирует его и проясняет разногласия. В процессе обсуждения врач прислушивается к мнению пациента, проявляет эмпатию и старается понять, на чем базируются основные аргументы больного.

Встреча 2. Обсуждение особенностей протекания заболевания у данного человека.

Задача врача, задавая открытые вопросы, прояснить мотивы обращения за помощью, потенциальные проблемы, препятствующие лечению, а также в большей степени осознать, какие сферы жизни пострадали у конкретного человека в результате развития и протекания алкогольной зависимости. В процессе расспроса и обсуждения уточняются детали анамнеза и поясняются пациенту в дружелюбной недирективной манере.

Встреча 3. Мотивационное интервьюирование.

Мотивационное интервьюирование – это целенаправленный динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом. В ходе общения изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления алкоголя, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация пациента (Миллер и Роллник, 1995, Миллер, 1996; Роллник, 2002). В ходе психотерапевтической работы пациент становится активным участником лечебного процесса, а не пассивным потребителем медицинских услуг. Технически данная методика проводится следующим образом: пациента просят заполнить таблички, приведенные ниже *(рисунок 5)*.

ПИТЬ

ЗА	**ПРОТИВ**

НЕ ПИТЬ

ЗА	**ПРОТИВ**

Рисунок 5. Таблицы, заполняемые пациентом в процессе психотерапии

Он заполняет их самостоятельно в виде домашнего задания или во время приёма - в любом случае результаты обсуждаются. Важно побуждать пациента к самостоятельному анализу сложившейся ситуации. Пациенты могут очень быстро заполнять графу «Против» в первой табличке и графу «За» во второй. Данный вариант выполнения задания является мало результативным, так как человек не осознает скрытых мотивов употребления и сложностей, с которыми ему придется столкнуться после отказа от алкоголя. В таком случае врач сообщает о том, что, если бы употребление алкоголя приводило бы только к отрицательным эффектам и никаких плюсов, *то* он бы уже давно бросил пить. Такими высказываниями врач побуждает пациента к более глубокому анализу. Задача врача быть непредвзятым в ходе дискуссии. Если врач занимает слишком «ангажированную» позицию, игнорируя субъективно приятный опыт употребления алкоголя пациентом, то это провоцирует усиление сопротивления и снижение доверия к специалисту.

Встреча 4. Ранние стратегии трезвости. Борьба с тягой.

Пациентам предоставляется модель, позволяющая в игровой форме отделить себя от своей болезни. Говорится, что есть желания, продиктованные зависимостью, но они могут давно не совпадать с Вашими собственными жизненными целями. Поэтому зависимость не согласна с лечением, она будет снова и снова пытаться заставить Вас выпить. Ваша задача придерживаться намеченных целей. Данные навыки оптимально применять в случаях острого возникновения желания.

1. *Дать себе отсрочку:* «Когда-нибудь я, возможно, выпью, но не в ближайшие 10 минут (1 час, день)». Усиление желания может сопровождаться навязчивыми размышлениями, сопровождающимися борьбой мотивов. Чем дольше длятся размышления, тем больше риск употребления алкоголя. Использование методики отсрочки позволяет переключиться и избежать срыва.

2. Для более эффективной борьбы с навязчивыми мыслями врач может научить пациента использованию техники *«Остановка мыслей». Эта техника* позволяет лучше освоить навык переключения внимания. Пациента просят специально вызвать у себя приятные мысли о спиртном. Для большего погружения пациенту рекомендуют закрыть глаза и расслабиться. В тот момент, когда интенсивность мыслей достаточная, пациент подает знак психотерапевту, например, выпрямляет указательный палец. Важным условием является невербальный сигнал пациента. Психотерапевт громко *говорит: «Стоп»*. Обсуждаются результаты. В течение сессии *осуществляют* несколько подобных циклов. На дом дается задание для самостоятельной работы.

3. *Выход из опасной ситуации.* Если риск сорваться в данной конкретной ситуации пациент расценивает как высокий, из нее можно просто выйти. Например, покинуть вечеринку у пьющих знакомых, сославшись на проблемы дома, на работе или плохое самочувствие. Или, если желание возникло в виноводочном отделе магазина, и рука тянется к кошельку, то можно купить минеральную воду или покинуть магазин. Данная поведенческая техника, естественно, используется в редких случаях, когда риск срыва высок. Применение её – это скорая помощь, а не плановое лечение. Постоянное использование данного навыка может приво-

дить к ухудшению эмоционального состояния, вследствие частого избегания проблемных ситуаций. Безусловно, нужно избегать лишь наиболее опасные ситуации, а для комфортного самочувствия необходимо вырабатывать навыки уверенного поведения.

4. *Звонок жене или другу* (тому человеку, который в курсе событий и может оказать эмоциональную поддержку больному). Важно не просто позвонить близкому человеку, а поделиться с ним своим состоянием. Например: «Знаешь, у меня сейчас возникло отчетливое желание выпить и мне нужно с кем-то поделиться, чтобы побороть тягу к алкоголю». Уже на этапе первых встреч с пациентом обговаривается возможность привлечения в помощь кого-то из друзей или родственников. Пациент информирует «помощника» о своей проблеме и обсуждает с ним возможность помощи в критических ситуациях. Если пациент заранее не договорился о кризисной помощи, шансов что он ей воспользуется, почти нет!

5. Если пациент описывает свои внутренние переживания в виде образов, с которыми сложно бороться, можно применить *технику завершения образа.* Например, в жаркий день представляется запотевшая кружка пива с капельками влаги на стенке. И человек представляет, как он берёт кружку в руки и делает глоток пива. Нужно сделать так, чтобы на этом картинка не остановилась. Пусть представит, как он выпьет кружку пива полностью, начнет хмелеть, затем заказывает вторую, третью кружки пива. Человек теряет счет времени, появляется домой поздно, пьяный, ругается с женой, утром плохо себя чувствует и т.д. Чаще всего техника завершения образа позволяет сопоставить ближайшее благоприятное действие алкоголя с отдаленными негативными последствиями.

6. Можно порекомендовать пациенту *представить свою тягу к алкоголю в виде образа*. Например, змеи, угнездившейся на груди или джина, вылетающего из бутылки, а затем представить себя разделывающимся с этим фантомом. Он может вообразить себя ловцом зелёных змиев или самураем с мечом, нападающим на свое желание. Подобная техника подходит людям с развитым воображением. Она позволяет переключать внимание и разрывать патогенный стереотип мышления.

Встреча 5. Продолжение тематики «Борьба с тягой».

В ходе встречи врач уточняет, было ли в промежутке между встречами проявление желания употребить алкоголь. Как оно проявлялось? Вместе с пациентом врач проводит анализ ситуаций, пытается выяснить условия проявления желания (например, «на голодный желудок» и т.д.). Продолжается отработка техник, направленных на борьбу с тягой.

Встреча 6. Управление кризисными ситуациями.

Трезвость - это новый образ жизни, который на момент лечения еще не является сложившимся, устоявшимся стереотипом. Большинство людей, отказывающихся от алкоголя, имеют слабые навыки справляться с кризисными ситуациями. Они, с одной стороны, хотят встречаться с пьющими друзьями, а с другой, боятся срыва. Техника управления кризисными ситуациями помогает найти оптимальное соотношение риска и эмоционального комфорта. Больным составляет-

ся список критических ситуаций (реальных событий, при которых высок риск употребления спиртного).

Следующий этап: необходимо рассмотреть и записать возможные альтернативы поведения в этой ситуации *(рисунок 6)*.

После того, как несколько вариантов своих действий подобрано к каждой опасной ситуации, пациент оценивает, насколько он будет удовлетворен своим поведением (0% – абсолютно не удовлетворены, 100% – полностью удовлетворены).

Затем, заполняет последний столбец, оценивая опасность данного поведения, то есть вероятность срыва в процентах (0% – нет риска, 100% – точно сорвется).

Выполнение данной техники помогает не просто снизить риск срыва, но и выбрать варианты наиболее комфортного поведения. Даже если реальная ситуация будет отличаться от обсужденной ситуации, шансы найти конструктивное решение увеличиваются.

Опасная ситуация	Варианты поведения	Удовлетворенность таким поведением (0-100%)	Опасность (0-100)
Корпоративная вечеринка. Начальник предлагает произнести тост.	Не ходить на вечеринку, сославшись на приезд родственников.	10%	0%
	Наливаю в бокал минералку, говорю тост и чокаюсь со всеми.	90%	70%
	Прихожу на вечеринку, но после торжественной части «по английски» удаляюсь.	30%	50%
	Наливаю в бокал шампанское, говорю тост, чокаюсь, делаю вид что пью.	50%	90%
Поездка в командировку, длиный вечер в одиночку.	Не заниматься планированием вечера, будь как будет.	20%	80%
	Отказаться от командировки.	0%	10%
	Поменять билеты, уехать вечером.	40%	10%
	Заранее купить интересную книгу, вечером позвонить и пообщаться с женой.	80%	40%
	Сходить в кино на поздний сеанс	70%	50%

Рисунок 6. Пример заполнения таблицы по управлению кризисными ситуациями

3.5 Этап активной терапии

Встреча 7. Сопротивление лечению

Для зависимых пациентов характерно быстрое нарастание сопротивления лечению. Зависимому человеку предоставляется информация о возможности появления сопротивления процессу лечения (соответствующая глава в рабочей тетради для пациентов). Врачу, если он считает, что сопротивление проявляется в конкретный момент лечения, необходимо чётко обозначать свою позицию и аргументировать ее: «Я думаю, что сейчас алкогольная зависимость пытается спро-

воцировать Вас на прекращение лечения. Вы начали переносить встречи, не выполняете домашних заданий. Велика вероятность срыва. А как Вы расцените данную ситуацию? Обоснуйте свою позицию».

Целью данной интервенции является мотивирование пациента на использование самоанализа и анализа конкретной ситуации.

Встреча 8. Предупреждение рецидивов.

Предупреждение рецидивов является одной из основных задач данной программы. Структурированный подход к профилактике рецидивов (relapse prevention) был описан Марлатт и Гордон *(1985).* Подход включает в себя управление ситуациями повышенного риска (описаны ранее) и установления баланса между удовольствиями и желаниями с одной стороны, и обязательствами – с другой (Барлоу, 2008). Помимо этого сам врач должен обладать теоретическими знаниями о механизмах возникновения рецидива. Специалист помогает пациентам в анализе срывов, произошедших во время предшествующих попыток лечения или самостоятельного воздержания. *Срыв во время лечения тоже дает хороший повод для выявления индивидуальных признаков рецидива.* Врач обучает пациента раннему выявлению признаков надвигающегося рецидива.

Вместе с пациентом составляется список признаков срыва. Признаки или симптомы, можно классифицировать как эмоциональные, мыслительные и поведенческие, отдельно можно выделить межличностные.

Встреча 9. В случае употребления алкоголя во время курса лечения.

Если говорить об алкогольной зависимости как о хроническом заболевании, то рецидив является фактически неизбежным элементом жизненного пути аддикта. С другой стороны, первичное употребление алкоголя во время лечения приводит к активации стереотипа мышления, названного Марлатт и Гордон «эффектом нарушения абстиненции». После однократного употребления алкоголя включается стереотип черно-белого мышления. Человек начинает воспринимать срыв как необратимое явление, свидетельствующее о полной бесплодности всех усилий в борьбе с зависимостью. К себе человек начинает относиться как к алкоголику.

В такой момент важна работа по видоизменению отношения больного к факту срыва. Более адаптивным является отношение к единичному употреблению, как к позиционной неудаче, которая может послужить хорошим уроком на будущее. В таком случае, человек использует срыв, как материал для анализа и коррекции ситуации в будущем. Он делает выводы, в чем заключалась его собственная недоработка и какие навыки необходимо улучшить.

Встреча 10. Преодоление алекситимии.

Для преодоления алекситимии предназначена таблица ежедневного анализа базовых чувств (см. приложение А). Для эффективной работы с пациентами врачу-куратору необходимо самому осознавать собственные чувства. Пациент ведёт таблицу не менее недели и во время сессии рассказывает о результатах. Когда врач решает, что пациент хорошо осознает и опознает собственные чувства, то он рекомендует переходить к техникам выявления автоматических мыслей.

Встреча 11. Выявление автоматических мыслей и поиск рационального ответа на них.

Для регистрации автоматических мыслей можно рекомендовать пациентам 2 основных возможных варианта.

1. Делать записи вечером, подводя итоги дня.

2. Заполнять таблицу в момент появления эмоций, нося блокнот для записи с собой.

Второй вариант является более продуктивным, но реже используется пациентами. Пациент ведет 3- или 4-столбцовые таблицы (приложение Б). По мере освоения навыка переходят к следующему этапу – *критическому оцениванию автоматических мыслей и поиску рационального ответа на них*.

Шаг 1. Пациент учится отслеживать появление автоматических мыслей об алкоголе и своевременно их записывать *(рисунок 7)*.

Шаг 2. Пациент критически оценивает автоматическую мысль. В следующей графе попытаться дать рациональный ответ.

Дата и время	Ситуация (что Вы делали в этот момент)	Автоматические мысли	Рациональный ответ
20.02 19.40	Обсуждали с женой поездку на дачу.	Будем жарить шашлыки, хорошо с мясом выпить вина.	Вином не ограничится. Мне это не нужно, я решил бросить употреблять алкоголь.
21.02 11.30	В магазине покупал продукты для дома и увидел коньяк.	Это хороший коньяк, очень приятно было бы выпить.	За короткий период удовольствия придется расплачиваться самочувствием и ухудшением отношений в семье.

Рисунок 7. Пример заполнения таблицы «Ситуация – Автоматические мысли – Рациональный ответ»

3.6 Этап поддерживающей терапии

Встреча 12–13. Изменение убеждений, поддерживающих зависимость.

В процессе психотерапии могут выявляться убеждения пациента, поддерживающие зависимость.

Врач может использовать технику проверки истинности убеждений.

В таблицу заносится установка, затем пациент приводит все аргументы, подтверждающие справедливость убеждения *(рисунок 8)*. Аргументы обсуждаются с врачом. Во время обсуждения врач старается использовать технику сократовского диалога, задавая уточняющие вопросы для прояснения ситуации. Вопросы позволяют обойти сопротивление пациента, он фактически начинает сам опровергать нелогичные умозаключения. Например: «Является ли тот факт, что окружающие часто не замечают Ваше опьянение, подтверждением того, что у Вас проблемы с выпивкой не настолько серьезные? Если окружающие не замечают, что у человека диабет, это говорит о том, что у него «легкое» заболевание?» Если в процессе обсуждения сам пациент решает, что аргумент неадекватен, то такой аргумент, либо зачеркивается, либо рядом ставится значок ±.

Только после этого переходят к обсуждению аргументов «Против». В конце подводится итог. Психотерапевт уточняет, какие аргументы перевешивают и как сейчас пациент относится к своей установке. Если пациент по-прежнему убежден

в неадекватной установке, терапевт проявляет большую собственную активность и помогает пациенту в формировании аргументов за и против.

Утверждение. Например: проблемы с выпивкой у меня не настолько серьезны	
Аргументы за	**Аргументы против**
У некоторых моих знакомых ситуация с алкоголем хуже.	Я несколько раз пытался бросить пить и потом возвращался к употреблению алкоголя.
Я никогда не пропускал работу из-за выпивки.	По классификации, у меня стадия физико-химической зависимости.
Никто из знакомых не считает меня алкоголиком.	Моя жена очень переживает в связи с тем, что я часто употребляю спиртное.
Даже если я много выпил, я всегда прихожу домой.	Выпивка и проблемы с ней связанные отнимают много времени, которые я мог бы провести с большим удовольствием.
Окружающие часто не замечают, что я употреблял алкоголь.	

Рисунок 8. Пример заполнения таблицы убеждений, поддерживающих зависимость

Встреча 14. Развитие способности сравнивать «положительное» непосредственное действие алкоголя с отсроченными негативными последствиями.
Пациент, самостоятельно или вместе с психотерапевтом составляет список негативных последствий употребления алкоголя *(рисунок 9)*. Важно, чтобы это были негативные последствия, с которыми больной уже столкнулся.

Ситуация (активирующее событие)	**«Положительное» непосредственное действие алкоголя**	**Долгосрочные негативные последствия употребления алкоголя**
Обсуждали с женой поездку на дачу.	Будем жарить шашлыки, хорошо с мясом выпить вина	Вином не ограничится. Мне это не нужно, я решил бросить употреблять алкоголь.
		На следующий день плохо себя чувствую, слабость, вялость, разбитость, сложно на чем- либо сконцентрироваться.
Позвонил товарищ, пообщались «о жизни», решили как-нибудь встретиться.	Нужно перезвонить и договориться о встрече в кафе, выпьем по кружке пива, сегодня же пятница, можно чуть-чуть расслабиться. Хорошо проведу время.	Когда прихожу «выпивший» жена недовольна и ругается. Последние два года она меньше занимается со мной сексом, отношения заметно охладели. Неоднократно поднимается тема развода.
		Жена говорит, что сын пугается и плачет, когда видит меня в состоянии опьянения. В дальнейшем это может негативно сказаться на наших с ним взаимоотношениях, или даже привести к возникновению у него психологических проблем.

Рисунок 9. Пример заполнения таблицы сравнения «положительного» непосредственного действия алкоголя с отсроченными негативными последствиями

Встреча 15. Восстановление способности получать удовольствие.

Большинство заданий, описанных ранее, ориентировано на опознавание и борьбу с желанием выпить или негативными эмоциями. Борьба с негативом – это

важный шаг, но недостаточный для полноценной жизни и поддержания мотивации к трезвости.

Пациент описывает в структурированном дневнике обстоятельства, сопутствующие эпизодам хорошего настроения. Настроение оценивается от 0 до 100 баллов: 0 — отсутствие хорошего настроения, чувства психологического комфорта, 100 — наиболее интенсивное ощущение хорошего настроения, какое только можно испытывать *(рисунок 10)*.

Ситуация	**Мысли, определяющие хорошее настроение**	**Интенсивность чувства (0-100)**
Сходил в баню, попарился.	Как здорово! Какое приятное ощущение в теле! Как хорошо дышится!	80
Начал заниматься спортом – в тренажерном зале. Прихожу после занятия домой.	Приятна мышечная боль. Давно я себя так хорошо не чувствовал.	70
Сходили с женой в кино.	Фильм неплохой, но не совсем в моем вкусе. Все равно приятно посмотреть на большем экране с хорошим звуком. Нужно будет сходить на другой фильм.	20

Рисунок 10. Пример заполнения таблицы структурированного дневника обстоятельств, сопутствующих эпизодам хорошего настроения

Встреча 16. Подведение итогов.

На завершающей встрече врач подводит итоги данного этапа лечения. Вместе с пациентом обсуждаются результаты, отмечаются позитивные изменения, произошедшие в жизни человека, намечаются дальнейшие цели и задачи.

Врач возвращается к определению алкогольной зависимости как хронического заболевания. Признавая достижения пациента, специалист ориентирует *его* на продолжение поддержания трезвого образа жизни, возвращается к ролевой концепции личности или созависимости в семье (в зависимости от того, что кажется сейчас наиболее актуальным). Врач может оперировать предложенными техниками в той комбинации, которую сочтет наиболее адекватной данному конкретному клиническому случаю.

3.7 Оценка результатов терапии

В Программе предусмотрен мониторинг оценок эффективности, что позволяет и врачу, и пациенту видеть как промежуточные, так и финальные результаты терапии.

1. На этапе включения в Программу врач оценивает клинический и социальный статус пациента.

Затем производит ретроспективную оценку частоты и количества употребляемого алкоголя (с помощью «Календаря ретроспективного употребления алкоголя»). Степень патологического влечения врач оценивает по Пеннсильванской шкале.

По завершению Программы проводится общая оценка, включающая в себя клиническую, социальную и экспериментально-психологическую составляющую.

2. Во время каждой встречи оценка эффективности проводится в уменьшенном объеме. В случае частичной ремиссии также заполняется «Календарь ретроспективного употребления алкоголя», в случае полной ремиссии Календарь не заполняется.

3. По завершению Программы проводится общая оценка, аналогичная начальной, с подведением итогов лечения и дальнейшими рекомендациями.

Заключение

Как показывают исследования, в результате данной комплексной терапии пациент, подходящий для Программы, получает высокие результаты терапии (при экстраполяции результатов исследований III фазы – не менее чем в 41% случаев пациент достигает полной трезвости, в оставшихся 59% случаях – значительного снижения количества употребляемого алкоголя и отсутствие запоев) [2-9]. И тот, и другой результат является новым положительным состоянием для пациента и его семьи.

Список использованной литературы:

1 Руководство по наркологии (в 2 томах) / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002.

2 Время перемен: комплексная программа лечения пациентов с алкогольной зависимостью. Ч. 1: Общая часть / авт.-разработчики: Т.Н. Дудко, И.В. Белокрылов, А.Н. Еричев; Янссен-Силаг [и др.]. - М., 2009. - 17 с.: ил. - Библиогр.: с. 17. - 90.00. Ф4-1

3 Volpicelli J.G, Altegman A.I., Hayashida M., O’Brien C.P. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Ar Ch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 876–80.

4 Davidson D., Palfai T., Bird C., Swift G. Effects of naltrexone on alcohol self-administ ration in heavy drinkers. Alcohol Clin Exp Ges 1999; 23: 195–203.

5 Oslin D.W., Berrettini W., Kganzler H.G. et al. A functional polymorphysm of the mu-poioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcohol-dependent patients. Neuropsychopharmacology 2003; 28: 1546–52.

6 Volpicelli J.G., Fenton M. Sustained-release naltrexone formulations for the treatment of alcohol and opioid dependence. Futuge Neurol 2006; 1 (4): 1–10.

7 Volpicelli J.G, Ghines K.C., Ghines J.S. et al. Naltrexone and alcohol dependence. Gole of subject compliance. Agch Gen Psychiatry 1997; 54: 737–42.

8 Dean G.L. The preclinical development of medisorb naltrexone, a once a month long-acting injection, for the treatment of alcohol dependence. Frontiers in Bioscience 2005; 10: 643–55.
9 Dunbar J.D., Turncliff G.Z., Dong Q. et al. Single and multiple dose pharmacokinetics of long–acting naltrexone. Alcohol Clin. Exp. Ges 2006; 30: 480–90.
10 Garbutt J.C., Kranzler H.G., O'Malley S.S. et al. Efficacy and tolerability of long–acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293: 1617–25.
11 O'Malley S.S., Garbutt J.C., Gastfriend D.G. et al. Efficacy of Extended–Gelease Naltrexone in Alcohol–Dependent Who are Abstinent Before Treatment. J. Clin. Psychopharm 2007; 27.

Приложение А.

Таблица ежедневной регистрации эмоций

Эмоции	Дата			
	01.01	02.01	03.01	04.01
Гнев на себя				
Гнев на окружающих				
Страх				
Тревога				
Печаль				
Стыд				
Вина				
Радость				
Удовлетворение				
Интерес				
Нежность				
Благодарность				

Приложение Б.

Пример 4-польной таблицы регистрации автоматических мыслей, эмоций и поведения

Ситуация (активирующее событие)	Автоматические мысли и альтернативное расценивание ситуации.	Эмоции	Поведение
9.00 Жена говорит, что денег не хватает.	Это она ко мне придирается! Ей все не так.	Злость на жену.	Ссорится с женой.
	Альтернативное расценивание: Она обеспокоена тем, что может не хватить денег на обучение дочери в институте. Мы можем вместе обсудить семейный бюджет и найти выход.	Тревога небольшой интенсивности.	Обсуждает с женой семейный бюджет.
	Альтернативное расценивание: Последние два года я действительно мало зарабатывал, стоит поискать более квалифицированную работу.	Раздражение на себя небольшой интенсивности.	Ищет варианты работы.
19.30 По пути домой возникло выраженное желание выпить.	Нужно выпить рюмочку и будет комфортно.	Радость, предвкушение выпивки.	Покупает спиртное.
	Зависимость провоцирует меня, нужно переключить внимание.	Волнение.	Пытается переключить внимание, борется с тягой.
	Рюмочкой не обойдется. Выпью рюмку и продолжу. Опять все неприятности вернутся.	Незначительная подавленность.	Продолжает движение домой.