

*На правах рукописи*

**Гуревич Геннадий Львович**

**ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С КОМОРБИДНОЙ  
ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

14.01.06 – психиатрия

14.01.27 – наркология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов»

**Научные консультанты:**

доктор медицинских наук, профессор **Клименко Татьяна Валентиновна**  
доктор медицинских наук **Агибалова Татьяна Васильевна**

**Официальные оппоненты:**

**Макаров Виктор Викторович** – доктор медицинских наук, профессор; заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

**Сиволап Юрий Павлович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

**Усов Григорий Михайлович** – доктор медицинских наук, доцент; заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. в \_\_\_\_ на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru).

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования.

Исследования последних лет свидетельствуют, что доля больных алкогольной зависимостью в когорте пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, значительно превышает таковую в общей популяции (Семенихин Д.Г., Башмакова О.В., 2011; Гофман А.Г., Орлова М.А., 2012; Киров Р.Н., 2015; Krystal J.H. et al., 2006; Koskinen J. et al., 2009; Carrà G. et al, 2015; Crockford D., Addington D., 2017). От 20 % до 40 % больных шизофренией, находящихся под наблюдением в психиатрических диспансерах, страдают зависимостью от алкоголя (Landheim A.S. et al., 2006; Колчев С.А., 2013; SAMHSA, 2013). При этом распространенность эндогенных заболеваний у пациентов, обращающихся в наркологическую службу по поводу алкогольной зависимости, в 2–4 раза превышает таковую в популяции (Чернобровкина Т.В. с соавт., 2006; Зиновьев С.В., 2010; Шустов Д.И. с соавт., 2014). В исследованиях данной категории больных отмечались их низкая комплаентность и неудовлетворительная социальная адаптация (Padgett D.K. et al., 2008; Барыльник Ю.Б. с соавт., 2015; Николишин А.Е. с соавт., 2016; Бобров А.Е., 2020). Для больных алкогольной зависимостью, сочетанной с коморбидными психическими расстройствами, типичны расстройства поведения, изменения восприимчивости к психофармакотерапии, сопутствующие трудности ее организации, высокая вероятность эскалации эндогенной психопатологической симптоматики, сокращение периодов ремиссий и алкогольной зависимости, и эндогенного расстройства (Green С.А. et al., 2015; Crockford D., Addington D., 2017; Brekke E. et al., 2018; Salzer M.S. et al., 2018). Кроме того, у больных с алкогольной зависимостью и коморбидной психической патологией наблюдается крайне высокий уровень суицидального риска (Шустов Д.И., 2004, 2015, 2016; Gurovich I.Ya., 1997; Schustov D.I., 2002; Vijayakumar L. et al., 2011). По результатам проведенных исследований, риск совершения суицидальной попытки среди больных

алкогольной зависимостью, сочетанной с эндогенным аффективным расстройством, в 60–120 раз выше, чем в общей популяции (Бохан Н.А., Семке В.Я., 2009).

### **Степень разработанности темы исследования.**

Целый ряд отечественных и зарубежных исследований посвящен изучению различных аспектов проблемы коморбидной алкогольной зависимости и эндогенных расстройств (Brady K.T., Sonne S.C., 1995; Strakowski S.M. et al., 2000; SAMHSA, 2013; Salzer M.S. et al., 2018; Brekke E. et al., 2018; Гофман А.Г. с соавт., 1981, 2012; Пятницкая И.Н., 1988; Ойфе И.А., 1990; Колобов В.В., 1991; Гуревич Г.Л., 2004, 2007; Шлемина И.В., 2010; Добровольская А.Е. с соавт., 2012; Барыльник Ю.Б. с соавт., 2015; Николишин А.Е. с соавт., 2016).

Обычно данные исследования касались психофармакотерапии больных с коморбидной психической патологией. Значение психотерапии в комплексном лечении данной категории пациентов рассматривалось либо как метод коррекции алкогольной зависимости, либо как метод воздействия на коморбидную эндогенную психопатологическую симптоматику с целью профилактики ее обострений и никогда как метод комплексного терапевтического воздействия (Бобров А.Е., 2018, 2020). Вопросы комплексной терапии данной категории пациентов также осложняются тем, что среди разработанных и применяемых в России методик психотерапии отсутствуют психотерапевтические технологии, ориентированные на больных с коморбидной патологией. Наличие двух имеющихся коморбидных заболеваний меняет клиническую картину каждого из них, что необходимо учитывать не только при выборе тактики психофармакотерапии, но и при разработке комплекса психотерапевтических вмешательств с учетом выделенных психотерапевтических мишеней.

Все вышеизложенное определяет цель настоящего исследования.

**Цель исследования:** разработка программы мишенеориентированной психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с

коморбидной эндогенной патологией (шизофрения, биполярное аффективное расстройство (БАР)).

**Задачи исследования:**

1. Изучить факторы, влияющие на комплаентность к психофармакотерапии и психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией или коморбидным БАР.

2. Выделить и описать клинические мишени психотерапии у больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией и больных алкогольной зависимостью с коморбидным БАР.

3. Определить и обосновать в соответствии с выделенными терапевтическими мишенями методы психотерапии и их роль в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией (шизофрения, БАР).

4. Разработать модификацию мотивационной психотерапии как отдельной технологии, направленной на удержание в программе лечения и соблюдение лечебных рекомендаций для больных алкогольной зависимостью с шизофренией и с БАР.

5. Разработать мишенеориентированную психотерапию, алгоритм применения психотерапевтических методов в зависимости от клинической картины и этапа лечебного процесса в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией (шизофрения, БАР). Разработать программы мишенеориентированной психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией (шизофрения, БАР).

6. Оценить эффективность мишенеориентированной психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией (шизофрения, БАР).

### **Научная новизна исследования:**

1. Впервые описаны факторы, лежащие в основе нарушений комплаентности у больных с зависимостью от алкоголя с коморбидной шизофренией или с коморбидным БАР.

2. Впервые методом клинико-психопатологического анализа установлен особый вид копинга, к которому прибегают пациенты с данным видом коморбидной патологии для совладания с имеющимися у них психопатологическими расстройствами – деструктивный алкогольный копинг (ДАК), который необходимо учитывать при проведении психотерапии данной категории больных.

3. Впервые выделены и описаны клинические мишени для проведения психотерапии у больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией или БАР.

4. Обоснован интегрированный подход к выбору психотерапевтических методов с учетом клинических особенностей больных и выделенных терапевтических мишеней. Определены особенности психотерапевтической стратегии и тактики у больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией или коморбидным БАР, что позволит оптимизировать весь лечебно-реабилитационный процесс.

5. Определено значение психотерапии в комплексном лечении пациентов с алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией или коморбидным БАР на всех этапах терапевтической программы.

6. Выделены критерии эффективности, с помощью которых доказана эффективность разработанной психотерапевтической мишенеориентированной программы для больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией или коморбидным БАР.

**Теоретическая и практическая значимость.** Результаты проведенного исследования помогут практикующим врачам-психиатрам и психиатрам-наркологам, психотерапевтам в терапии пациентов с

алкогольной зависимостью и коморбидной шизофренией или коморбидным БАР.

Установленные в работе типы психопатологической мотивации употребления алкоголя у больных с эндогенной психической патологией позволяют обосновать ДАК как важный механизм развития алкогольной зависимости у этой категории пациентов и как одну из значимых мишеней психотерапевтического вмешательства.

Выделенные клинические мишени психотерапии позволяют осуществлять обоснованный и эффективный выбор психотерапевтических методик и индивидуализировать лечебный процесс в отношении данной категории пациентов. В процессе реализации программы психотерапии удастся преодолеть у данной категории пациентов анозогнозию, повысить самооценку, уменьшить явления самостигматизации, улучшить способность к установлению контактов, преодолеть ряд когнитивных ошибок мышления пациентов, связанных с ДАК.

Определено, что разработанная психотерапевтическая программа в рамках комплексного лечения данной категории больных позволяет повысить уровень их комплаентности, нивелирует психопатологическую мотивацию потребления алкоголя и ДАК путем психотерапевтического формирования активного совладающего копинга, сформировать продолжительные, стойкие и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости, что, в свою очередь, положительно влияет на поддержание ремиссии эндогенного заболевания (шизофрения, БАР) и улучшает качество жизни пациентов.

#### **Методология и методы исследования.**

Проведенное исследование было контролируемым сравнительным, включало рандомизацию, что соответствует принципам доказательной медицины и современным научным положениям.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. У больных с зависимостью от алкоголя в сочетании с коморбидной шизофренией обнаруживается синергическое взаимодействие клинических проявлений алкогольной зависимости и психопатологических эндогенных расстройств: как продуктивных, так и негативных. Для совладания с имеющимися у них психопатологическими расстройствами пациенты прибегают к особому виду копинга – ДАК, посредством которого они пытаются преодолеть и совладать с субъективно неприятными эндогенными психическими расстройствами дефицитарного и продуктивного круга.

2. Участие в специализированной психотерапевтической программе позволяет уменьшить проявления патологического влечения к алкоголю (ПВА) у больных с зависимостью от алкоголя в сочетании с шизофренией или БАР, а использование комплаенс-психотерапии формирует комплаенс и способствует укреплению терапевтических отношений «врач – больной».

3. Для обеспечения эффективного психотерапевтического вмешательства терапевтические отношения начинаются с формирования и закрепления приверженности больных к лечению и психотерапевтического альянса. Недостаточность психотерапевтических поддерживающих отношений предопределяет срыв или рецидив алкогольной зависимости с уходом больных из программы и/или значительным ухудшением психического состояния.

4. Адекватное медикаментозное лечение эндогенных расстройств является необходимым, но недостаточным условием улучшения психического состояния больных с зависимостью от алкоголя и коморбидной шизофренией или БАР. Для достижения устойчивого отказа больных от употребления алкоголя необходимы специализированные технологии психотерапевтического воздействия, направленные на стабилизацию настроения, овладение больными навыками саморегуляции своего психического состояния и преодоление ДАК, типичного для данной категории больных.

### **Степень достоверности проведенного исследования.**

При планировании проводился статистический расчет мощности выборки, что подтверждает достаточный объем материала для такой организации исследования. Проводя обзор литературы, использовались научные базы MEDLINE, PubMed, Google Scholar, eLIBRARY и др. Результаты диссертационного исследования статистически анализировались для подтверждения/неподтверждения их достоверности.

### **Апробация результатов исследования и публикации.**

Апробация диссертационной работы проведена на расширенном заседании кафедр психиатрии, наркологии и психотерапии и психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН, а так же заслушана на заседании ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Материалы диссертации докладывались на клинических конференциях Национального научного центра наркологии; ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», XV, XVI Съездах психиатров России (Москва, 2010; Казань, 2015); XVII Ассамблее «Здоровье Москвы» (Москва, 2018); научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» (Санкт-Петербург, 2012); конгрессе «Психическое здоровье в Германии и России: клиническая и исследовательская инициатива» (Санкт-Петербург, 2013); II Евроазиатском конгрессе Профессиональной психотерапевтической лиги (Москва, 2013, 2014, 2015, 2017); третьей ежегодной научно-практической конференции с международным участием, РУДН (Москва, 2016); симпозиуме «Современная психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и психосоциальная реабилитация» в рамках научно-практической конференции РУДН «Медицинская образовательная неделя: наука и практика-2020» (Москва, 2020).

По результатам исследования разработаны методические рекомендации, внедренные в работу ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» и ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

По материалам диссертации опубликовано 54 работы, из них 28 – в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией, 9 статей – в журналах, входящих в Web of Science/Scopus, 1 монография.

**Личный вклад.** Автором были лично разработаны концепция и дизайн исследования. Все представленные результаты исследования получены автором самостоятельно, начиная с этапа планирования, разработки организации исследования, сбора первичных данных, определения и обоснования мишеней и методов психотерапии, разработки и проведения комплаенс-психотерапии, мотивационной психотерапии, статистического анализа полученных данных, обобщения и апробации полученных результатов на проблемных комиссиях, конференциях, совещаниях, а также написания монографии, статей в научные журналы и рукописи диссертации и автореферата.

#### **Структура и объем диссертации.**

Объем работы составляет 297 страниц, состоит из: введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, 42 таблиц, 14 рисунков и списка проанализированной литературы (433 источника, из которых 132 – работы отечественных авторов и 301 – зарубежных), а также приложений, среди которых клинические примеры.

#### **Материалы, методы и организация исследования.**

Обязательным критерием включения больных в исследование было получение от пациентов информированного добровольного согласия на участие в исследовании. В исследование *включались* больные алкогольной зависимостью 2-й стадии в сочетании с: параноидной формой шизофрении (бредовый или галлюцинаторный варианты) с приступообразным типом течения (эпизодический со стабильным дефектом; эпизодический ремитирующий). Шифр по МКБ-10 – F20.0 (20.02; 20.03); БАР (униполярная депрессия, текущий эпизод легкой, умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов). Шифр по МКБ-10 – F31 (31.3, 31.4). Возраст

больных – 18 лет и старше.

В исследование *не включались* пациенты: с тяжелым органическим поражением ЦНС; шифр по МКБ-10 – F00-F09; с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения; БАР с текущим маниакальным эпизодом; шифр по МКБ-10 – F31 (31.1, 31.2); с депрессивными расстройствами тяжелой степени, сопровождающимися психотической симптоматикой; шифр по МКБ-10 – F32.3; с наличием других видов зависимости, кроме алкогольной зависимости; с ВИЧ-инфекцией; участвующие в других клинических исследованиях; отказавшиеся подписать информированное согласие на проведение исследования.

*Критерии включения* в контрольную группу: алкогольная зависимость 2-й стадии.

*Критерии невключения* в контрольную группу: эндогенные психические расстройства; ВИЧ-инфекция; тяжелые соматические заболевания в стадии обострения; наличие других зависимостей, кроме алкогольной; участие в других клинических исследованиях.

Согласно требованиям доказательной медицины, использовался рандомизированный сравнительный дизайн исследования. Первоначально методом сплошной выборки все пациенты, поступающие на стационарное лечение и соответствующие критериям включения, включались в исследование (всего было набрано 409 человек). По факту несоответствия критериям включения/невключения 85 человек не были включены в исследование. Таким образом, в исследование вошли 324 пациента – мужчины, которые отвечали критериям отбора.

Все обследованные больные (N=324 человека) были разделены на 3 группы:

– 1-я основная группа (группа 1) – больные алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией (N=154; параноидная шизофрения с приступообразным типом течения (эпизодический с нарастающим дефектом,

эпизодический со стабильным дефектом; эпизодический ремитирующий; F20.0 (20.01; 20.02; 20.03);

– 2-я основная группа (группа 2) – больные алкогольной зависимостью с коморбидным БАР (N=77; униполярная депрессия, текущий эпизод легкой, умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов); F31 (31.3, 31.4).

В качестве группы сравнения (группа 3) было обследовано 97 больных алкогольной зависимостью без коморбидной психической патологии.

Все больные первоначально прошли курс психотерапии в стационарных условиях по поводу синдрома отмены алкоголя (СО): больные 1-й и 2-й групп – в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», больные группы сравнения – в ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (с ноября 2015 года – ННЦН – ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России).

После проведенного стационарного лечения все больные получали терапию в амбулаторных условиях: больные 1-й и 2-й групп – в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», больные группы сравнения находились под диспансерным наблюдением по месту постоянного проживания или временной регистрации в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

Для достижения цели исследования пациенты 1-й и 2-й групп случайным образом были разбиты на две подгруппы: экспериментальные подгруппы 1а (N=77) и 2а (N=35), в которые были включены больные, получавшие стандартизированную психотерапию и разработанную мишенеориентированную психотерапию, и плацебо-подгруппы 1б (N=77) и 2б (N=38), которые включали пациентов, получавших стандартизированную психотерапию и динамическое катамнестическое наблюдение в виде амбулаторных консультаций.

**Характеристика выборки.** Обследованные группы больных по критериям Манна – Уитни были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам и клинико-динамическим показателям.

Не выявлено статически достоверных различий по показателю среднего возраста пациентов в группах исследования: группа 1 –  $37,4 \pm 5,2$  лет; группа 2 –  $39,7 \pm 5,4$  лет; группа 3 –  $31,7 \pm 4,7$  лет ( $p < 0,05$ ).

Больные группы 1 (N=154 человека) страдали параноидной формой шизофрении с бредовым (125 человек – 81,2 %) или галлюцинаторным (29 человек – 18,8 %) вариантом. Тип течения приступообразный: эпизодический с нарастающим дефектом (11 человек – 7,1 %), эпизодический со стабильным дефектом (115 человек – 74,7 %), эпизодический ремиттирующий (28 человек – 18,2 %). Шифр по МКБ-10 – F20.0 (20.01; 20.02; 20.03).

Возраст начала шизофрении – от 26 до 34 лет (средний возраст –  $30,4 \pm 2,3$  лет). Продолжительность заболевания – от 7 до 16 лет, в среднем  $9,4 \pm 4,3$  лет. Количество госпитализаций по поводу обострения шизофрении – от 2 до 8.

Развитие шизофрении, как правило, предшествовало формированию алкогольной зависимости (128 больных – 83,1 %), либо было невозможно установить последовательность формирования патологических процессов, т.к. отмечался одновременный дебют шизофрении и алкоголизма (26 больных – 16,9 %). Длительность алкогольной зависимости у пациентов группы 1 составила от 5 до 17 лет (средняя длительность –  $8,23 \pm 2,81$  года).

В группе 2 (N=73) алкогольная зависимость второй стадии сочеталась с коморбидным БАР: униполярная депрессия в рамках БАР (текущий эпизод легкой, умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов). Шифр по МКБ-10 – F31 (31.3, 31.4). Возраст начала БАР – от 23 до 44 лет (средний возраст –  $31,2 \pm 2,2$  лет). Продолжительность – от 9 до 18 лет, в среднем  $11,8 \pm 9,3$  лет. Количество госпитализаций по поводу обострения БАР – от 3 до 12.

У пациентов группы 2 отмечались 3 варианта течения депрессивной фазы: простая депрессия (44 человека – 60,3 %), ажитированная депрессия (21 человек – 28,8 %), анестетическая депрессия (8 человек – 10,9 %). При

этом у них отмечалось в среднем от 2 до 4 депрессивных эпизодов продолжительностью от 3 месяцев до 1 года. Длительность интермиссий варьировала от 6 месяцев до 4 лет.

Длительность алкогольной зависимости у пациентов группы 2 – от 3 до 15 лет (средняя длительность –  $8,23 \pm 2,81$  года). Алкогольная зависимость формировалась на фоне БАР, когда пациенты начинали злоупотреблять алкоголем, потребление становилось систематическим, нарастала толерантность, появлялись измененные формы опьянения. При утяжелении депрессии больные либо прекращали прием алкоголя, поскольку не отмечали от него эффекта облегчения душевного состояния, либо продолжали потреблять спиртное, несмотря на отсутствие ожидаемого эффекта.

Длительность алкогольной зависимости у пациентов группы сравнения – от 3 до 18 лет (средняя длительность составила  $7,21 \pm 2,63$  года). Клинико-динамические показатели алкогольной зависимости в трех группах исследования были сопоставимы.

#### ***Характеристика методов исследования.***

Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический методы. Для сбора анамнестических и клинических данных применялась специально разработанная **«Индивидуальная карта исследования больного алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией»**, которая заполнялась в ходе диагностического интервью и клинико-психопатологического обследования.

**Клинико-катамнестический метод** включал сбор субъективных и объективных сведений о состоянии пациента через 12 месяцев после окончания стационарного лечения у родственников пациентов и исследование катамнестических данных на основании клинических бесед с пациентом, его родственниками, анализа медицинской документации. Диагноз формулировался в соответствии с критериями по МКБ-10.

В рамках **психометрического метода** в исследовании использовались следующие диагностические методики:

1. Для оценки позитивных, негативных симптомов и симптомов общей психопатологии, связанной с шизофренией, применялась **«Шкала оценки позитивных и негативных синдромов» («Positive and Negative Syndrome Scale» – PANSS)** (Kay S.R. et al., 1987).

2. Уровень ТА определялся с помощью **«Обновленной версии опросника для оценки терапевтического альянса – II» («Revised Helping Alliance Questionnaire» – HAq-II)** (Luborsky L. et al., 1996; Тучин П.В., 2012, 2014).

3. Для исследования комплаентности использовался **«Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам» («Drug Attitude Inventory» – DAI-30)** (Hogan T.P. et al., 1983; Голощапов И.В., 2010).

4. Для оценки ПВА, его тяжести и динамики в ходе лечения использовалась **визуально-аналоговая шкала (ВАШ) оценки ПВА** (Krupitsky E. et al., 2012).

5. Для оценки аффективной симптоматики использовались **«Шкала Монтомгери – Асберга для оценки депрессии» («Montgomery – Asberg Depression Rating Scale» – MADRS)** (Montgomery S.A., Asberg M.A., 1979) и **«Шкала самооценки депрессии Бека» («Beck Depression Inventory»)** (Beck A.T. et al., 1961).

Все изучаемые клинические параметры исследовались на нескольких последовательных этапах терапии: 1) тестирование 1 – после купирования СО; 2) тестирование 2 – на 3-м месяце лечения в амбулаторных условиях; 3) тестирование 3 – через полгода лечения в амбулаторных условиях.

#### **Статистическая обработка данных.**

Для сравнения показателей выборок был использован непараметрический U-критерий Манна – Уитни, пригодный для сравнения признаков в случаях, когда распределение признака хотя бы в одной выборке отличается от нормального. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по

оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ . Проведен корреляционный анализ для установления связей между изучаемыми явлениями. Для оценки различных корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции  $r$  Спирмена, поскольку коррелируемые признаки либо изменялись по закону, отличному от нормального закона распределения данных, либо измерялись в единицах порядковой шкалы.

***Организация исследования. Этапы исследования.***

1) Предварительный. Проводился набор больных в соответствии с критериями включения/невключения и рандомизированное распределение их на группы. После купирования СО всем пациентам проводилась патопсихологическая диагностика. Выделялись клинические и патопсихологические характеристики больных для определения клинических мишеней психотерапии.

2) Психотерапевтический. Была разработана и апробирована психотерапевтическая мишенеориентированная программа для больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией.

3) Заключительный. Проводилась оценка эффективности разработанной психотерапевтической программы.

***Экспериментальное воздействие и терапия.*** Стационарный курс лечения составил от 45 до 60 дней. Катамнестическое наблюдение пациентов осуществлялось в течение не менее 12 месяцев.

Пациенты экспериментальных подгрупп (1а и 2а) и подгрупп плацебо-лечения (1б и 2б) получали одинаковую психофармакотерапию СО: одинаковый набор лекарственных препаратов, дозировка которых соответствовала стандартной терапевтической и, в случаях необходимости, могла повышаться или понижаться в рамках терапевтических доз. Было сделано допущение, что так будет минимизирован фактор влияния психофармакотерапии на оценку эффективности психотерапии. Уровень тяжести СО оценивался на основании комплексного анализа психического,

соматического и неврологического статусов пациентов в динамике. В период ремиссии всем больным основных групп назначалась стандартизированная противорецидивная психофармакотерапия эндогенного заболевания.

Больные подгрупп 1а и 2а включались в специально разработанную мишенеориентированную психотерапевтическую программу. Больным в подгруппах 1б и 2б проводилось консультирование по вопросам зависимости от алкоголя (плацебо-лечение).

*Консультирование по вопросам зависимости* не обладает специфичностью по отношению к пациентам с коморбидными расстройствами, поэтому возможно его применение в группах плацебо. Формат консультирования предполагает ориентацию на решение текущих проблем, вызванных употреблением алкоголя, без изменения внутриспсихических процессов. Основными техниками консультирования по вопросам алкогольной зависимости были клинический расспрос и наблюдение, целью которых было выявление психопатологической симптоматики, в т.ч. для оценки прогноза заболевания и предоставления рекомендаций пациенту по беспокоящим его вопросам. Количество времени, затраченное на консультирование, соответствовало количеству времени, затраченному на психотерапевтическую программу в экспериментальных подгруппах.

*Мишенеориентированная психотерапевтическая программа* построена на основе психодинамической и когнитивно-поведенческой традиций, сочетает приемы мотивационного интервью (МИ) на начальном этапе, поддерживающей психотерапии, показанной пациентам с психотическими симптомами и тяжелыми депрессивными состояниями, приемы работы с иррациональными когнициями, а также оригинальные и высоко значимые для выбранного контингента больных приемы проблемно-разрешающей, стресс-совладающей психотерапии, построенной не только применительно к внешним стрессам и жизненным обстоятельствам, но и с учетом актуальной симптоматики (проявлений продуктивных, негативных, значительных

аффективных расстройств) психического расстройства, также требующей совладания с нею.

Были выделены *основные мишени психотерапии*: нарушения нозогнозии в части, связанной с осознанием проявлений алкогольной зависимости; нарушения нозогнозии в части, связанной с психическим расстройством, в т.ч. научение опознания признаков ситуативно- или эндогенно-обусловленного ухудшения состояния; дефициты совладающих стратегий (копинг-стратегий) и пассивно-страдательная позиция больных в отношении имеющихся у них расстройств («выученная беспомощность»); нарушения самооценки у пациентов, включая оценку ими собственного состояния, с отказом от переживаний самостигматизации, безнадежности своего состояния; изменение взгляда на симптомы и на поведенческие нарушения, в т.ч. связанные с приемом алкоголя, с отказом их оценки как «не зависящих от моей воли», полностью неконтролируемых; способность распознавания ПВА с последующей квалификацией симптомов и поиском альтернативных вариантов поведения; слабые критика и рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния; нарушения способности установления контакта в рамках ТА и способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста; типичные нарушения комплаентности.

Психотерапия проводилась в четыре этапа: 1-й – формирование мотивации на включение и участие в психотерапевтической программе; 2-й – усвоение пациентами базовых принципов оценки собственного состояния и поведения; 3-й – закрепление способности анализировать свое состояние, отслеживать его динамику и осознанно выбирать стратегии совладания с симптомами; 4-й – подведение итогов проведенной работы, формирование «образа желательного будущего», планов на будущее и целей будущей жизни пациента (таблица 1).

**Таблица 1 – Последовательность выполнения  
и длительность психотерапевтической программы**

Последовательность	Длительность
<i>1-й этап</i> – формирование мотивации на включение и участие в психотерапевтической программе	От 1 до 3 встреч продолжительностью по 1–1,5 ч (всего от 1,5 до 5 ч), индивидуально
<i>2-й этап</i> – усвоение базовых принципов оценки собственного состояния и поведения больными	От 1 до 3 встреч продолжительностью по 1–1,5 ч (всего от 1,5 до 5 ч), индивидуально
<i>3-й этап</i> – закрепление способности анализировать свое состояние, отслеживать его динамику и осознанно выбирать стратегии совладания с симптомами	10 основных занятий по 3–4 ч в малой открытой группе до 7 человек, частотой 2 раза в неделю. Групповой этап пролонгирован за счет последующих посещений выздоравливающими пациентами открытой группы в период после основной групповой программы. При необходимости использовались индивидуальные встречи с пациентами по инициативе больного или врача, при наличии показаний (частотой от 1 раза в неделю до 1 раза в 1–2 месяца)
<i>4-й этап</i> – подведение итогов проведенной работы, формирование «образа желательного будущего», планов и целей пациента	От 1 до 2 встреч продолжительностью по 1–1,5 ч (всего от 1,5 до 3 ч), индивидуально. Особое значение имели консультирование и поддержка в период кризиса – при угрозе срыва, рецидива наркологического заболевания, ухудшении психического состояния в связи с внешними причинами (стрессами), в связи с эндогенной динамикой, при возникновении трудностей социальной адаптации или запросом на консультативную помощь у самого пациента

*Особенности формата.* Для больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией был изменен традиционный формат МИ. Наибольшую адаптацию претерпели психотерапевтические техники для стадий предварительных размышлений, размышления об изменениях, поддержки. На стадиях предварительных размышлений и размышления об изменениях применялись техники отражения, стимулирующие размышления пациентов о проблемах, связанных с употреблением алкоголя. Организуя

фрагментированные или неорганизованные мысли в отражении, врач давал пациенту больше шансов представлять свои мысли более последовательно.

Из-за когнитивных нарушений, связанных с эндогенными психическими заболеваниями, больные с коморбидной эндогенной патологией, в отличие от больных группы сравнения, испытывали сложности в установлении причинно-следственных связей между употреблением алкоголя и нестабильностью своего психического состояния. При проведении МИ больные нуждались в развитии иных стратегий выживания, чтобы в будущем избегать употребления алкоголя. Поэтому вмешательства с использованием МИ на стадии поддержки также были направлены на стимулирование развития альтернативных моделей поведения.

На этапе группового ведения и во время индивидуальных сессий для подкрепления восприятия фигуры врача как принимающей и поддерживающей, эмоционально стабильной использовались следующие техники:

- выстраивание четких границ (время и место сеанса, четко проговариваемые групповые нормы, правила);

- структурирование психотерапевтического сеанса с введением, четким обозначением времени, затраченного на анализ, на подведение итогов сделанного, с обеспечением позитивной обратной связи;

- обеспечение доступности пациенту врача при ухудшении состояния пациента (возможность телефонного звонка и визита);

- осторожное и минимальное использование интервенций, основанных на интерпретации, когда при поиске причин употребления алкоголя использовались ссылки на условно-позитивную сторону явления (как способ «справиться с болезнью»), конфронтация с такой мотивацией проводилась мягко, постепенно;

- формирование и поддержание черт и поведенческих реакций пациента, необходимых ему для сохранения трезвости и восстановления после перенесенного психотического состояния;

– информирование больного о роли социальной поддерживающей сети, акцентирование ее значимости, поддержка усилий больного по ее налаживанию и сохранению;

– использование приемов кризисной интервенции для случаев, когда на фоне высокого уровня социального стресса возникает опасность рецидива психоза (в соответствии с диатез-стрессовой моделью изменений при шизофрении и иных серьезных психических расстройствах), либо рецидива алкогольной зависимости.

**Критерии эффективности психотерапии:** длительность ремиссии в сравнении между группами (катамнестическое наблюдение – 1 год), динамика уровня социального функционирования в сравнении между группами (семейный и трудовой статус), динамика психического состояния.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Больные из группы 1** (алкогольная зависимость с коморбидной шизофренией) достоверно не различались по своим клиническим характеристикам по подгруппам 1а и 1б при 1-м тестировании после купирования СО. Оцененные по шкале PANSS (2-е тестирование – на 3-м месяце амбулаторного лечения) показатели выраженности симптоматики у пациентов без достоверной разницы по подгруппам оставались высокими, но ожидаемыми для этапа становления ремиссии шизофренического процесса: в подгруппе 1а суммарные показатели шкал позитивных, негативных и общепатологических симптомов составили  $13,3 \pm 5,4$ ,  $17,8 \pm 3,8$ ,  $42,2 \pm 6,1$ , общий балл достигал  $73,3 \pm 9,9$ , в подгруппе 1б, соответственно,  $14,1 \pm 3,1$ ,  $16,9 \pm 3,2$ ,  $39,0 \pm 5,2$ , общий балл  $70,0 \pm 8,1$  ( $p < 0,01$ ).

*Глубина депрессии*, оцененная по шкале MADRS и шкале А. Бека, была высокой при всех трех последовательных тестированиях, что соответствовало о среднеглубокой или глубокой депрессии и без достоверных различий между пациентами подгрупп 1а и 1б при 1-м и 2-м тестированиях. К 3-му тестированию, проведенному после полугода от

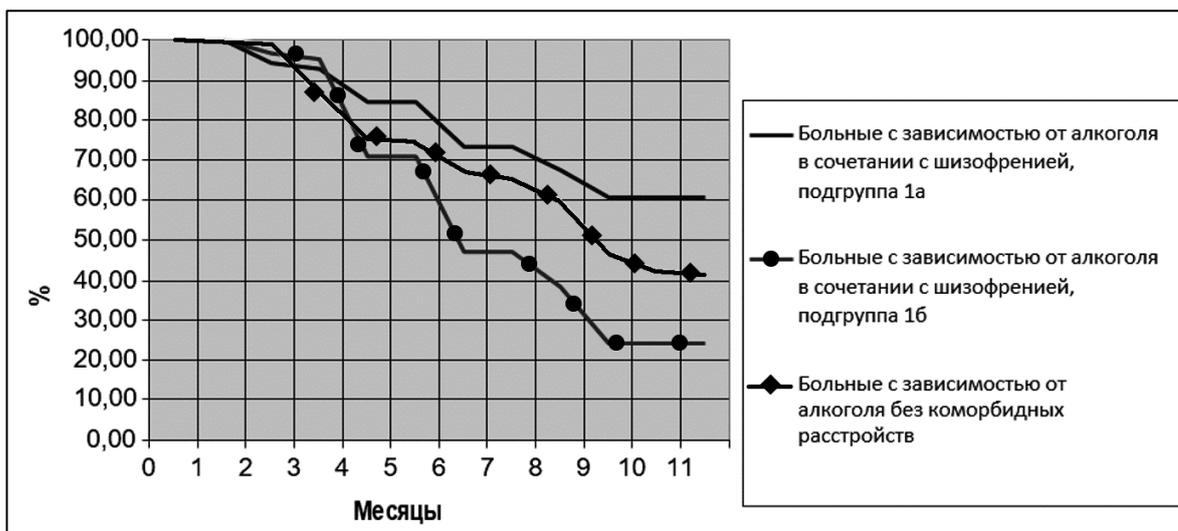
начала терапии, у больных в подгруппе 1а глубина депрессии достоверно снижалась ( $p < 0,005$ ).

При клинико-психопатологическом обследовании при всех трех тестированиях у больных подгрупп 1а и 1б выявлены дефицитарные расстройства: чувство потери энергии, безрадостности, утраты прежних интересов, повышенной утомляемости, раздражительности, подавленности, безнадежности с пессимистической оценкой перспектив.

ПВА, оцененное по шкале ВАШ, у пациентов подгрупп 1а и 1б при 1-м тестировании имело высокие показатели (63 [56; 69] и 62 [58; 72] соответственно). К 3-му тестированию уровень ПВА достоверно снижался у больных подгруппы 1а (16 [15; 18]) по сравнению с подгруппой 1б (20 [18; 25]).

Одним из наиболее значимых показателей успешности терапевтических вмешательств в отношении больных алкогольной зависимостью традиционно считается показатель длительности нахождения больных в программе терапии, поскольку выбывание из программы синонимично неукладу лечения. Хотя пациенты подгрупп 1а и 1б получали сходную фармакотерапию по поводу шизофрении, показатель их удержания в программе, оцененный во взвешенном виде в пересчете на проценты (рисунок 1), у больных, включенных в психотерапевтическую программу (подгруппа 1а), был достоверно выше по сравнению с данным показателем у больных, получавших плацебо-лечение (подгруппа 1б).

Кроме того, пациенты подгруппы 1а оставались в программе психотерапии дольше, чем пациенты группы сравнения из программы плацебо-лечения. Это свидетельствует о том, что у лиц с коморбидной психической патологией запрос на врачебную помощь высокий.



**Рисунок 1 – Длительность нахождения в программе (месяцы)**

Важным условием удержания пациентов в программе любой терапии является формирование ТА. Данный показатель терапевтического процесса оценивался пациентами обеих подгрупп и врачами по тесту НАq-II. Уже при 1-м тестировании уровень ТА у больных подгруппы 1а был достоверно выше по сравнению с больными подгруппы 1б, соответственно – 76 [70; 85] и 70 [67; 74] ( $p < 0,001$ ).

Это может быть объяснено тем, что, в отличие от всех других клинических параметров, исследуемых до включения больных в программы амбулаторного сопровождения, измерение ТА возможно было, хотя и на 1–2-м сеансах, только после включения больных подгруппы 1а в психотерапевтическую программу, а больных подгруппы 1б – в традиционное консультирование. Это подтверждает эффективность специализированной психотерапии, разработанной для больных алкогольной зависимостью с коморбидными психическими заболеваниями.

Не менее важным критерием эффективности терапевтического вмешательства в наркологии считается показатель ремиссии наркологического расстройства, которая в данном исследовании оценивалась по максимальной длительности ремиссии у каждого пациента, по длительности нахождения пациентов в терапевтической программе (по числу

полных месяцев), по количеству срывов и рецидивов алкогольной зависимости за время ее прохождения.

Проводилась оценка соотношения показателей эффективности проведенной терапии (подгруппы 1а и 1б) с основными клиническими характеристиками шизофрении, оцененными по шкале PANSS и шкале А. Бека. Поскольку все исследованные параметры не были нормализованными, для оценки взаимосвязей использовался критерий ранговой корреляции  $r$  Спирмена.

В таблице 2 приведены клинические характеристики пациентов подгруппы 1а в корреляции с показателями эффективности психотерапии.

**Таблица 2 – Коэффициенты интеркорреляций клинических параметров ремиссии алкогольной зависимости и показателей эффективности психотерапии (в подгруппе 1а)**

	Показатели шкалы депрессии Бека			Показатели шкалы PANSS		
	Тестир. 1	Тестир. 2	Тестир. 3	Негат. симпт.	Общепат. симптомы	Суммарный балл
Максимальная длительность ремиссии	-0,23 p=0,06	-0,21 p=0,07	-0,32 p<0,01	-0,28 p<0,05	-0,31 p<0,01	-0,31 p<0,01
Длительность нахождения в программе	-0,14 p=0,26	-0,23 p<0,05	-0,31 p<0,01	-0,27 p<0,05	-0,35 p<0,01	-0,31 p<0,01
Срывы за время программы	0,30 p<0,05	0,20 p=0,08	0,39 p=0,12	0,21 p=0,07	0,02 p=0,82	0,11 p=0,35

Примечание: использован  $r$ -критерий ранговой корреляции Спирмена; значимых корреляционных связей с показателем субшкалы «Позитивная симптоматика» PANSS не установлено.

Кроме того, была оценена корреляция между показателями эффективности мишенеориентированной психотерапии и уровнем ТА, оцененного пациентами и врачами в ходе 1-го и 2-го тестирований (таблица 3).

**Таблица 3 – Коэффициенты интеркорреляций показателей ТА и эффективности психотерапии (в подгруппе 1а)**

	ТА-1 пац-та M±SD	ТА-1 врача M±SD	ТА-1 M±SD	ТА-2 пац-та M±SD	ТА-2 врача M±SD	ТА-2 M±SD
Максимальная длительность ремиссии	0,01 p=0,94	0,11 p=0,34	0,06 p=0,61	0,34 p<0,01	0,33 p<0,01	0,36 p<0,01
Длительность нахождения в программе	0,06 p=0,59	0,19 p=0,12	0,13 p=0,27	0,52 p<0,001	0,45 p<0,001	0,51 p<0,001
Срывы за время программы	0,01 p=0,94	0,11 p=0,11	0,06 p=0,64	0,03 p=0,82	0,02 p=0,84	0,02 p=0,90

Примечание: использован г-критерий ранговой корреляции Спирмена; ТА-1, ТА-2 – альянс при 1-м и 2-м тестированиях соответственно; М – медиана; SD – стандартная ошибка.

Как видно из таблиц 2 и 3, у пациентов подгруппы 1а установлена высоко значимая отрицательная связь (на уровне  $p<0,05$  или  $p<0,01$ ) показателей длительности ремиссий алкогольной зависимости и длительности нахождения в программе с показателями субшкал «Негативная симптоматика» и «Общепатологическая симптоматика» PANSS. Это свидетельствует о том, что фиксируемая у пациентов с алкогольной зависимостью и коморбидной шизофренией на этапе включения в психотерапевтическую программу выраженная психопатологическая симптоматика ухудшала вероятный прогноз эффективности психотерапии в отношении алкогольной зависимости, увеличивала вероятность коротких сроков ремиссии и коротких сроков нахождения больных в программе лечения. Это могло быть связано со следующими обстоятельствами: 1) конгруэнтные аффективному компоненту ПВА эндогенные аффективные

расстройства (чувство дискомфорта, тревога, психическое напряжение) поддерживают его интенсивность и препятствуют его дезактуализации; 2) выраженные дефицитарные нарушения снижают или даже препятствуют восприимчивости больных к психотерапевтическим вмешательствам, что снижает их конгруэнтность, увеличивает вероятность выхода из психотерапевтической программы и, как следствие этого, – сокращает длительность ремиссии.

По эндогенным расстройствам продуктивного круга (по шкале PANSS) не обнаружено коррелятивной связи с исследованными показателями эффективности терапии. Это говорит об их низкой толерантности (интактности) в отношении психотерапевтических вмешательств и, следовательно, об актуальности их адекватной психофармакотерапии.

Как видно из таблицы 2, показатели депрессии по шкале А. Бека при 1-м тестировании не коррелировали с показателем максимальной длительности ремиссии и длительности нахождения в программе. Таким образом, наличие депрессивных расстройств любой степени выраженности не является препятствием для эффективного ведения пациента в рамках мишенеориентированной программы. В то же время установлена положительная корреляционная связь показателей депрессии по шкале А. Бека и числом срывов за время прохождения программы. Поскольку увеличение тяжести депрессии на этапе вхождения в программу терапии увеличивало вероятность срывов в рамках алкогольной зависимости, именно депрессивные расстройства были одной из основных мишеней психотерапевтического воздействия.

У больных подгруппы 1б (плацебо-лечение) по результатам корреляционного анализа выявлена связь эндогенных психопатологических расстройств (негативных и общепатологических симптомов), оцененных по шкале PANSS, с длительностью нахождения в программе плацебо-лечения.

Следовательно, выраженные эндогенные психические расстройства на этапе вхождения в программу плацебо-лечения негативно влияют на

вероятный прогноз его эффективности. Клинико-психопатологические данные показали, что это было связано с тем, что у больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией привычное употребление алкоголя было одним из способов совладания с дискомфортными для них эндогенными психическими расстройствами. В отношении эндогенных психических расстройств продуктивного круга такой корреляционной связи не установлено, а клинико-психопатологические исследования показали, что употребление алкоголя не используется больными алкогольной зависимостью и коморбидной шизофренией для совладания с продуктивными расстройствами, а если используется, то в единичных и статистически незначимых случаях.

По результатам динамического клинико-психопатологического исследования больных подгрупп 1а и 1б было установлено, что для больных алкогольной зависимостью с эндогенной шизофренией типично употребление алкоголя с целью преодоления субъективно дискомфортных эндогенных дефицитарных психических расстройств, таких как притупление эмоций, отгороженность, трудности в общении, пассивно-апатическая отстраненность, обеднение и стереотипизация мышления (входят в перечень показателей субшкалы «Негативная симптоматика» PANSS). Такой тип совладания с психопатологическими нарушениями был обозначен нами как ДАК. Пациенты использовали ДАК для совладания с симптомами депрессии, тревоги, напряженности, моторной заторможенности, трудностями концентрации внимания и иными симптомами (входят в перечень показателей субшкалы «Общие психопатологические симптомы» PANSS).

Таким образом, участие больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией в мишенеориентированной психотерапевтической программе приводило к увеличению комплаенса, более длительному удержанию больных в программе, увеличивало длительность ремиссий алкогольной зависимости. Условием успешности проведения психотерапии, особенно на начальном этапе, является адекватное

фармакологическое воздействие на симптомы эндогенного заболевания. Однако наличие положительной динамики психического состояния вследствие проводимой на стационарном этапе психофармакотерапии не обеспечивает стабильности отказа больных от употребления алкоголя, что видно из данных пациентов подгруппы 1б. В дальнейшем условием эффективности лечения больных с коморбидной патологией становится психотерапевтический альянс «врач – больной», и, по мере укрепления альянса, формирования навыков саморегуляции и новой стратегии совладания со стрессом, возрастает роль поддерживающей пациента среды.

**Больные из группы 2** (алкогольная зависимость с коморбидным БАР) были случайным образом разделены на подгруппы 2а и 2б: больные подгруппы 2а были включены в мишенеориентированную психотерапевтическую программу, а больные подгруппы 2б получали терапевтическое сопровождение в виде консультирования по вопросам зависимости (плацебо-лечение).

Сравнительно-статистический анализ пациентов подгрупп 2а и 2б по показателям шкалы А. Бека при 1-м тестировании показал, что они достоверно выше в подгруппе 2б, тогда как по тесту MADRS, напротив, они были достоверно выше в подгруппе 2а, что отражало выраженный полиморфизм депрессивных расстройств на этапе вхождения больных в программу терапии.

При 2-м тестировании, которое производилось в процессе участия больных подгруппы 2а в мишенеориентированной психотерапевтической программе и больных подгруппы 2б в процессе плацебо-лечения, установлено достоверно более значимое снижение показателей глубины депрессии у пациентов подгруппы 2а по сравнению с пациентами подгруппы 2б.

При 3-м тестировании в подгруппе 2а показатели депрессии снижались до  $11,3 \pm 3,1$  баллов по тесту А. Бека и до 5,2 баллов по тесту MADRS (в подгруппе 2б значения составили  $15 \pm 5,5$  и 7,2 балла соответственно), что

говорит о выравнивании настроения и о формировании ремиссии эндогенной депрессии.

При оценке ПВА как стержневого расстройства алкогольной зависимости учитывалось, что актуальное ПВА не предопределяет обязательного употребления алкоголя, поскольку ПВА относится к субъективным переживаниям пациента, а поведение в форме употребления алкоголя является их следствием, причем необязательным. ПВА, оцененное по шкале ВАШ на этапе 1-го и 3-го тестирований, показало сопоставимые данные при отсутствии достоверных различий между подгруппами по данному показателю.

Таким образом, интенсивность ПВА у больных алкогольной зависимостью с БАР была мало подвержена влиянию психотерапевтических технологий.

Сопоставление длительности нахождения в программе терапии для пациентов подгрупп 2а, 2б и группы 3 показало достоверное увеличение данного показателя у больных, включенных в программу мишенеориентированной психотерапии (подгруппа 2а) (рисунок 2).

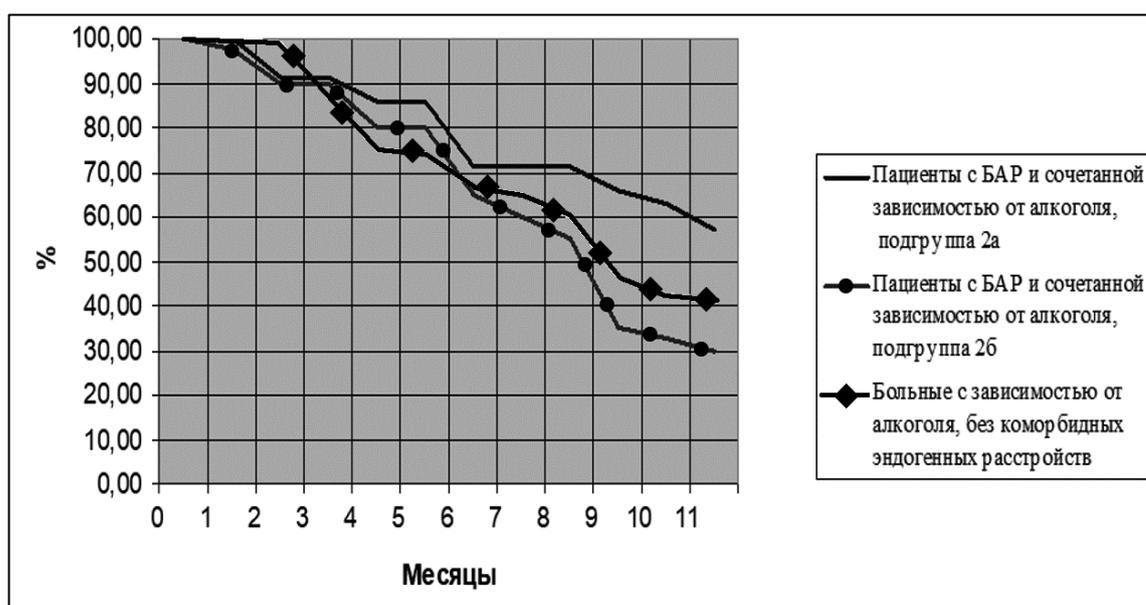


Рисунок 2 – Длительность нахождения в программе

Также больные из подгруппы 2а формировали отчетливый запрос на врачебную помощь, что отражалось высоким показателем ТА, который оценивался в динамике дважды, в период 3–4-й психотерапевтической сессии (тестирование 1) и через полгода после начала терапии.

Уже на первых сеансах амбулаторного сопровождения, независимо от его вида, больные целевых подгрупп легко формировали ТА с курирующим их терапевтом. При этом установка больных на формирование терапевтических отношений с терапевтом в обеих подгруппах исследования (подгруппа 2а – 82 [72; 91]; подгруппа 2б – 78 [72; 86]) была выше по сравнению с аналогичными установками терапевта (подгруппа 2а – 78 [71; 81]; подгруппа 2б – 77 [69,25; 84,38]).

Через 6 месяцев участия больных в программах амбулаторного сопровождения совокупный показатель ТА увеличивался: в подгруппе 2а – 78 [73; 86] (ТА-1) и 87,5 [82,5; 94,5] (ТА-2), в подгруппе 2б – 77,25 [69,5; 84,38] (ТА-1) и 77,75 [73,25; 81,5] (ТА-2). При этом зафиксированное усиление ТА у больных из подгруппы 2а (участие в психотерапевтической программе) происходило за счет участия в формировании ТА и больных, и курирующих их терапевтов.

В то же время в подгруппе 2б (участие в традиционном консультировании) увеличение интенсивности ТА происходило за счет участия курирующего терапевта (ТА-1 77 [69,25; 84,38]; ТА-2 79,5 [71,5; 83]), в то время как показатели ТА, сделанные пациентами, не изменились (ТА-1 78 [72; 86]; ТА-2 78 [73; 80,75]).

Это отличает больных группы 2 (коморбидное БАР) от больных группы 1 (коморбидная шизофрения), для которых в целом характерны более низкие показатели интенсивности ТА, но статистически значимая связь его интенсивности с участием в программе психотерапии (таблица 4).

**Таблица 4 – Коэффициенты интеркорреляций показателей ТА и эффективности психотерапии (в подгруппе 2а)**

	ТА-1 пац-та	ТА-1 врача	ТА-1	ТА-2 пац-та	ТА-2 врача	ТА-2	Разница ТА-2 и ТА-1
Максимальная длительность ремиссии	-0,36 p<0,05	-0,25 p=0,15	-0,32 p=0,06	0,04 p=0,82	0,03 p=0,87	0,04 p=0,82	0,49 p<0,01
Длительность нахождения в программе	-0,21 p=0,22	-0,14 p=0,42	-0,17 p=0,31	0,25 p=0,16	0,20 p=0,26	0,24 p=0,16	0,54 p<0,001
Срывы за время программы	-0,09 p=0,62	0,01 p=0,96	-0,05 p=0,79	-0,09 p=0,57	0,10 p=0,56	0,01 p=0,95	0,03 p=0,88

Примечание: использован г-критерий ранговой корреляции Спирмена; ТА-1, ТА-2 – альянс при 1-м и 2-м тестированиях соответственно.

Клинически и статистически установленная достоверная связь продолжительности нахождения в программе терапии и длительности ремиссии алкогольной зависимости с исследованными в динамике и возрастающими в процессе участия в психотерапевтической программе показателями ТА отражает значительную роль психологических факторов, и особенно – характера взаимоотношений «врач – больной» для увеличения вероятности хорошего терапевтического прогноза. Сформировавшийся уже в начале терапии ТА и его стабильность были важным условием формирования длительной и устойчивой ремиссии алкогольной зависимости.

При отсутствии достаточного уровня ТА и его положительной динамики увеличивалась вероятность срыва, что отражало особую уязвимость больных группы 2 к разрушению уже сложившихся терапевтических отношений и, как следствие, более общую их подверженность стрессу утраты значимых контактов. Косвенно данный факт может свидетельствовать об употреблении алкоголя как особого вида копинга, к которому прибегают больные алкогольной зависимостью с коморбидным БАР для совладания не только с аффективными расстройствами (что очевидно из клинических наблюдений), но и с переживаниями потерь.

Для пациентов подгруппы 2а был проведен анализ корреляционных связей (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) показателей депрессии по шкале А. Бека и оценки ПВА по ВАШ с основными показателями ремиссии алкогольной зависимости (длительность ремиссии, длительность их нахождения в программе, число срывов за время лечения). Поскольку для методики MADRS не было обнаружено значимых корреляций, эти данные в таблице 5 не отражены.

**Таблица 5 – Коэффициенты интеркорреляций клинических параметров ремиссии и показателей эффективности психотерапии (в подгруппе 2а)**

	Показатели шкалы депрессии Бека			Показатели ВАШ	
	Тестир. 1	Тестир. 2	Тестир. 3	Тестир. 1	Тестир. 2
Максимальная длительность ремиссии	-0,17 p=0,32	-0,09 p=0,61	0,08 p=0,63	0,09 p=0,58	-0,34 p<0,05
Длительность нахождения в программе	-0,07 p=0,96	0,79 p=0,65	0,19 p=0,65	0,11 p=0,51	-0,14 p=0,42
Срывы за время программы	-0,16 p=0,93	0,04 p=0,81	0,09 p=0,61	-0,53 p<0,01	-0,11 p=0,52

Примечание: использован г-критерий ранговой корреляции Спирмена.

Как видно из таблицы 5, не установлено значимых корреляций между исследованными в динамике (тестирования 1–3) показателями депрессии по шкале А. Бека, показателями ПВА по шкале ВАШ и основными показателями эффективности терапии. Отсутствие значимых корреляций по данным показателям, с одной стороны, может быть связано с полиморфностью клинической картины каждого из двух сочетанных заболеваний, а с другой стороны – актуализирует важность индивидуального подхода при выборе терапевтической тактики в отношении данной категории больных.

На этапе планирования исследования выдвигалась гипотеза о том, что глубина депрессии при вхождении больных группы 2 в программу терапии

(психотерапия и плацебо-лечение) прямо коррелирует с длительностью формирующейся ремиссии алкогольной зависимости.

Однако эта гипотеза не подтвердилась, что, по данным предыдущих исследований, может быть связано с тем, что к срыву и к рецидиву алкогольной зависимости могут приводить не только депрессивные эпизоды, но и маниакальные, и гипоманиакальные состояния в рамках БАР (Альтшулер В.Б., Галактионова Т.Е., 2001; Бузик О.Ж., Агибалова Т.В., 2008; Альтшулер В.Б., 2012).

Сравнительное исследование на больных подгруппы 2б показало аналогичные результаты – отсутствие значимых корреляций между показателями депрессии по шкале А. Бека, показателями ПВА по шкале ВАШ и основными показателями ремиссии алкогольной зависимости (длительность ремиссии, длительность их нахождения в программе, число срывов за время лечения).

**Влияние мишенеориентированной психотерапии на симптомы депрессии и ПВА у больных алкогольной зависимостью с коморбидным психическим расстройством.**

При вхождении в психотерапевтическую программу глубина депрессии была выраженной у пациентов двух основных групп (таблицы 6 и 7).

**Таблица 6 – Описательные статистики оценок по шкале депрессии А. Бека для больных основных подгрупп и группы сравнения**

	Тестир. 1 Median [q1; q3]	Тестир. 2 Median [q1; q3]	Тестир. 3 Median [q1; q3]
Подгруппа 1а (N=77)	24 [19; 32]	21 [16; 26]	16 [11; 20]
Подгруппа 1б (N=77)	26 [21; 31]	21 [16; 24]	19 [15; 21]
Подгруппа 2а (N=35)	34 [29; 38]	23 [20; 26]	11 [9; 13]
Подгруппа 2б (N=38)	38,5 [34; 43]	24,5 [21; 30]	15,5 [11,25; 18,75]
Группа 3 (N=97)	18 [16; 21]	13 [11; 16]	9 [7; 12]

Примечание: Median – медианное значение; q1 – 25-й перцентиль; q3 – 75-й перцентиль.

**Таблица 7 – Значения U-критерия Манна – Уитни по результатам сравнения уровня депрессии у больных исследованных подгрупп для оценки отличий в динамике**

	Показатели шкалы депрессии А. Бека		
	Тестир. 1	Тестир. 2	Тестир. 3
Подгруппа 1б – группа 3	1728 p<0,001	1270 p<0,001	638 p<0,001
Подгруппа 2б – группа 3	20 p<0,001	90 p<0,001	804 p<0,001
Подгруппа 1а – подгруппа 2а	534 p<0,001	916 p<0,05	560 p<0,001
Подгруппа 1б – подгруппа 2б	382 p<0,001	980 p<0,001	1106 p<0,01

Пациенты с алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией переживали пессимизм в оценке перспектив, пассивно-страдательную позицию, переживания подавленности, тоски, которая, однако, не достигала уровня выраженной душевной боли, была несколько «смазанной» на фоне продуктивной и общепатологической симптоматики шизофрении. В самоотчетах пациентов обнаруживались переживания по поводу собственной малоценности, проявления самостигматизации в связи с психическим заболеванием.

Пациенты с зависимостью от алкоголя и БАР отмечали выраженные переживания тоски, подавленности, иногда доходящие до степени отчаяния, у них отмечались суицидальная настроенность и пессимистическая оценка перспектив.

Анализ показателей депрессии по шкале А. Бека в динамике у пациентов всех групп исследования (группы 1–3) показал, что их значения снижались последовательно от 1-го тестирования к 3-му (см. таблицы 6 и 7).

У всех больных группы 1, которые были включены в мишенеориентированную психотерапевтическую программу (подгруппа 1а) или получали плацебо-лечение (подгруппа 1б), при 3-м тестировании наблюдалось заметное снижение уровня депрессии (16,1 и 18,2 балла

соответственно). Однако если в подгруппе 1а удавалось удержать тенденцию к дальнейшему снижению уровня депрессии и к 3-му тестированию через полгода от начала терапии добиться существенного купирования депрессивных расстройств до уровня легкого депрессивного состояния, то у пациентов подгруппы 1б, получающих плацебо-лечение, терапевтическая динамика депрессии была менее выраженной, и к 3-му тестированию депрессивные расстройства оставались на уровне умеренно-выраженных (подгруппа 1б – 18,2 балла, подгруппа 2б – 15,0 балла).

У больных подгруппы 2а при 1-м тестировании глубина депрессии была выраженной и приближалась к тяжелой депрессии (по шкале А. Бека – выше 26 баллов). В процессе участия в мишенеориентированной программе терапии показатели депрессии последовательно снижались:  $34,5 \pm 7,8$ ,  $23,7 \pm 5,3$  и  $11,3 \pm 3,1$  баллов соответственно. У пациентов подгруппы 2б при 1–3-м тестированиях средневзвешенный балл составил  $38,8 \pm 6,2$ ,  $25,4 \pm 5,8$  и  $15 \pm 5,5$  баллов соответственно.

Положительная терапевтическая динамика показателей депрессии у больных группы 2 не может быть объяснена только спонтанной динамикой депрессивного эпизода или эффектами медикаментозной терапии, т.к. у больных с зависимостью от алкоголя с коморбидной депрессией, не включенных в мишенеориентированную программу (подгруппа 2б), ослабление симптомов депрессии было достоверно ниже (по шкале А. Бека –  $15 \pm 5,5$  балла), и у большинства пациентов сохранялась депрессивная симптоматика, хоть и в степени слабо выраженной депрессии (3-е тестирование по шкале А. Бека).

У пациентов группы 3 при вступлении в программу терапии клинические проявления депрессии были достоверно ниже аналогичных показателей у больных основных групп (подгруппы 2а и 2б). Средневзвешенная оценка депрессии по тесту А. Бека составила при 1-м тестировании  $18,8 \pm 4,6$  балла и находилась в диапазоне от легкой депрессии (9–18 баллов) до умеренной (19–26 баллов). При 2-м и 3-м тестированиях

показатель депрессии по шкале А. Бека был достоверно ниже и приближался к средне-популяционным значениям (соответственно,  $13,2 \pm 3,4$  и  $9,4 \pm 3,5$  баллов).

Заметные различия отмечены только у пациентов с зависимостью от алкоголя и коморбидным БАР, у которых значения показателя синдрома ПВА, оцененные по шкале ВАШ, несколько превышали аналогичные показатели у больных с коморбидной шизофренией и у лиц без коморбидной психической патологии (различия статистически достоверны).

У всех больных, независимо от вида амбулаторного сопровождения (психотерапевтическая программа или традиционное консультирование по вопросам алкогольной зависимости), к 6-му месяцу наблюдения (тестирование 3) отмечалось снижение оцененного по шкале ВАШ показателя интенсивности ПВА. При этом минимальные значения синдрома ПВА наблюдались у больных подгруппы 1а ( $16 [15; 18]$ ) и у больных группы сравнения ( $16 [15; 18]$ ).

Внутригрупповые сопоставления показали, что у больных подгрупп 1а и 2а, включенных в программу психотерапии, значения синдрома ПВА были меньше ( $16 [15; 18]$  и  $19 [15; 26]$ ) по сравнению с аналогичными показателями у больных подгрупп 1б и 2б (соответственно,  $20 [18; 25]$  и  $21 [17; 27,5]$ ).

## **ВЫВОДЫ**

1. Коморбидные состояния в виде сочетания алкогольной зависимости и эндогенного психического заболевания представляют собой сложный клинический феномен, в структуре которого по механизму синергического взаимодействия формируются сочетанные психические и поведенческие расстройства. Выявлено, что для совладания с эндогенными и экзогенными расстройствами у данной категории больных формируется особый вид копинга – ДАК, который является важным фактором, влияющим на комплаентность к психофармакотерапии и психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией или коморбидным

БАР. Это необходимо учитывать при формировании терапевтической стратегии и тактики, в т.ч. тактики психотерапевтических вмешательств в отношении данной категории пациентов.

2. Терапия больных алкогольной зависимостью и коморбидными психическими расстройствами должна быть комплексной и сочетать психофармакотерапию и психотерапию. Психофармакотерапия обеспечивает редукцию имеющейся психопатологической симптоматики, улучшает когнитивные функции больных, что делает их доступными для психотерапевтического вмешательства, а психотерапевтические вмешательства, в свою очередь, обеспечивают ТА и комплаентность пациентов, удерживают их в лечебной программе.

3. Для пациентов с алкогольной зависимостью и коморбидными психическими заболеваниями выделены общие и специфические мишени психотерапии.

3.1. К общим мишеням психотерапии отнесены: ДАК, нарушения нозогнозии, отсутствие критической оценки актуального психического состояния и навыков опознания обострения психического расстройства, в т.ч. ПВА, несформированные навыки совладания с имеющимися болезненными расстройствами, низкая самооценка и явления самостигматизации, низкая комплаентность и отсутствие установки на воздержание от употребления алкоголя.

3.2. К специфическим мишеням психотерапии больных с коморбидной шизофренией были отнесены: нарушения нозогнозии в части, связанной с шизофренией; нарушения опознания признаков ситуативно- или эндогенно-обусловленного ухудшения состояния и эскалации симптомов шизофрении; изменение отношения к симптомам и к поведенческим нарушениям, в т.ч. связанным с приемом алкоголя, с отказом их оценки как полностью неконтролируемых.

3.3. К специфическим мишеням психотерапии больных с коморбидным БАР были отнесены: нарушения нозогнозии в части, связанной с БАР;

нарушения опознания признаков ситуативно- или эндогенно- обусловленного ухудшения состояния и эксацербации симптомов депрессии; нарушения способности установления контакта в рамках ТА и способности к принятию эмоциональной поддержки от специалиста.

4. После достижения положительной динамики психического состояния вследствие психофармакотерапии для формирования у больных устойчивой установки на отказ от употребления алкоголя необходимы специализированные технологии психотерапевтического воздействия: формирование ТА «врач – больной», формирование у больного навыков саморегуляции и новой стратегии совладания со стрессом, мишенеориентированная психотерапия.

5. Апробация разработанной для пациентов с алкогольной зависимостью и коморбидной эндогенной патологией модификация мотивационной психотерапии показала ее высокую эффективность в отношении повышения комплаентности к терапии.

5.1. Включение больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией в мишенеориентированную психотерапевтическую программу позволяет снизить или даже купировать актуальность ПВА, сформировать достаточный арсенал навыков саморегуляции поведения и навыков совладания с имеющимися психическими расстройствами без употребления алкоголя, способствует формированию и поддержанию мотивации на лечение и пребывание в психотерапевтической программе.

5.2. У больных алкогольной зависимостью с коморбидным БАР участие в мишенеориентированной психотерапевтической программе позволяет уменьшить проявления депрессии и интенсивность ПВА. При этом уровень ТА не влиял на клиническую динамику алкогольной зависимости.

6. В рамках разработанной мишенеориентированной психотерапии ее организационные формы определяются клинической спецификой коморбидного психического заболевания.

6.1. Поскольку у больных алкогольной зависимостью с коморбидной шизофренией нарушен процесс социальной коммуникации и интерперсонального взаимодействия, для них предпочтительными являются групповые формы работы.

6.2. Для больных алкогольной зависимостью с коморбидным БАР, помимо групповых форм психотерапевтического воздействия, паритетными являются индивидуальные психотерапевтические сессии, поскольку для них характерен широкий диапазон аффективных расстройств, что требует индивидуальных терапевтических подходов.

7. Проведенное исследование доказало эффективность разработанной мишенеориентированной психотерапии: в подгруппах больных, где она применялась, достоверно увеличилась длительность нахождения больных в лечебной программе, улучшилось качество ТА, отмечены меньшее количество срывов и рецидивов алкогольной зависимости, дезактуализация синдрома ПВА, увеличение числа больных в состоянии ремиссии алкогольной зависимости в течение 1 года наблюдения.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Гуревич, Г.Л. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования / М.А. Винникова, Т.В. Агибалова, Л.В. Мищенко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6. – № 5. – С. 245–248.

2. Гуревич, Г.Л. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных с коморбидной аффективной патологией / М.А. Винникова // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – М., 2004. – С. 289.

3. Гуревич, Г.Л. Особенности клиники, диагностики и терапии алкогольной зависимости при аффективных психозах // Вопросы наркологии. – 2004. – № 3. – С. 38–46.

4. Гуревич, Г.Л. Шизоаффективные расстройства и алкогольная зависимость: клиника и терапия // Межрегиональный сборник научных трудов «Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии». – Рязань, 2004. – С. 119–122.

**5. Гуревич, Г.Л. Атаракс (гидроксизин) в терапии синдрома лишения: результаты сравнительного исследования / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, Т.В. Агибалова, Е.О. Бойко // Наркология. – 2006. – № 10. – С. 36–42.**

6. Гуревич, Г.Л. Возможности использования опросника SF-36 в наркологической практике / А.Ю. Ненастьева, Е.О. Бойко // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2006. – Т. 11. – № 1–2. – С. 49–52.

7. Гуревич, Г.Л. Особенности клиники, диагностики и терапии алкогольной зависимости, протекающей на фоне эндогенных аффективных расстройств. Пособие для врачей (усовершенствованная медицинская технология) / М.А. Винникова, Т.В. Агибалова, Е.О. Бойко. – М.: ФГУ ННЦ наркологии Росздрава, 2006. – 26 с.

8. Гуревич, Г.Л. Сравнительное изучение показателей качества жизни у больных с зависимостью от опиатов / А.Ю. Ненастьева, Е.О. Бойко // Материалы Международной научно-практической конференции «Общество против наркотиков». – Казань, 2006. – С. 152–154.

9. Гуревич, Г.Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике. – М.: Медпрактика-М, 2007. – 120 с.

**10. Гуревич, Г.Л. Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике / А.Ю. Ненастьева, Е.О. Бойко // Наркология. – 2007. – № 2. – С. 32–37.**

11. Гуревич, Г.Л. Комплаенс и приверженность как основные составляющие терапевтического процесса / Т.Р. Петросян, О.Ж. Бузик // В сб.: Наркология-2010. Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии. – М.: Национальный научный центр наркологии, 2010. – С. 129–130.

12. Гуревич, Г.Л. Патологическое влечение к азартным играм у больных шизофренией / О.Ж. Бузик // В сб.: XV Съезд психиатров России. Материалы Съезда / Отв. ред. В.Н. Краснов. – М.: Медпрактика-М, 2010. – С. 246.

13. Гуревич, Г.Л. Психотерапевтическая программа в комплексном лечении больных игровой зависимостью / Т.В. Агибалова, Е.В. Речкина, С.В. Котов, Л.П. Катрасева, П.В. Тучин // Методические рекомендации для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. – М.: ФГУ ННЦ наркологии МЗСР, 2010. – 25 с.

14. Гуревич, Г.Л. Реабилитация пациентов с коморбидной патологией / О.Ж. Бузик, А.Р. Саркисян // В сб.: XV Съезд психиатров России. Материалы Съезда / Отв. ред. В.Н. Краснов. – М.: Медпрактика-М, 2010. – С. 240.

**15. Гуревич, Г.Л. Значение личности больных алкоголизмом в психотерапевтическом процессе / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 2. – С. 39–43.**

16. Гуревич, Г.Л. Значение психотерапевтического альянса при лечении больных опиоидной наркоманией / П.В. Тучин, Т.В. Агибалова // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы

военной психиатрии», 9–10 июня 2011 года, Санкт-Петербург. – СПб.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2011. – С. 191.

17. Гуревич, Г.Л. Сравнительная характеристика пациентов с сочетанной психиатрической и наркологической патологией в контексте различных групп диспансерного наблюдения / Д.Н. Киселев, Д.И. Шустов, А.К. Гажа, С.В. Игнатьев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 11. – С. 61–65.

18. Гуревич, Г.Л. Варианты терапевтических ремиссий у больных алкогольной зависимостью в процессе лечения вивитролом / Т.В. Агибалова, Н.В. Туманов, А.Г. Кузнецов, П.В. Тучин, А.О. Каминская, Д.С. Вальчук, Б.А. Бирюков // Наркология. – 2012. – № 6. – С. 70–74.

19. Гуревич, Г.Л. Значение комплексных психотерапевтических программ в лечении наркологических больных / Т.В. Агибалова // XI Московская ассамблея «Здоровье столицы», 13–14 декабря 2012 года. Материалы докладов. – М., 2012. – С. 127.

20. Гуревич, Г.Л. Нейрокогнитивный дефицит и социальное познание при шизофрении / О.В. Рычкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112. – № 11. – С. 13–17.

21. Гуревич, Г.Л. Нейропсихологическая коррекция когнитивных нарушений как часть психотерапии при шизофрении / О.В. Рычкова // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2012. – Т. XLIV. – № 1. – С. 68–75.

22. Гуревич, Г.Л. Применение комплаенс-психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов // Методические рекомендации для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. – М.: ФГУ НИЦ наркологии МЗСР, 2012. – 31 с.

23. Гуревич, Г.Л. Применение мотивационного интервью в наркологической практике / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов // Методические рекомендации для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе. – М., 2012. – 34 с.

24. Гуревич, Г.Л. Социальное познание и копинг поведение у больных шизофренией с коморбидным синдромом зависимости от алкоголя / О.В. Рычкова // Вопросы наркологии. – 2012. – № 6. – С. 161–163.

25. Гуревич, Г.Л. Алкогольная зависимость и нарушения психической адаптации (использование инъекционной формы налтрексона пролонгированного действия) / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов, Д.С. Вальчук, А.Д. Петров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 6. – № 2. – С. 63–68.

26. Гуревич, Г.Л. Алкогольная зависимость, сформированная на фоне нарушений психической адаптации / Т.В. Агибалова,

**О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов, О.В. Недобыльский // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2013. – № 6(94). – С. 169–176.**

**27. Гуревич, Г.Л. Динамика когнитивных функций у больных с зависимостью от алкоголя / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов, Р.К. Потапова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2013. – № 6(94). – С. 9–15.**

**28. Гуревич, Г.Л. Значение социального познания и копинг поведения у больных шизофренией с коморбидным синдромом зависимости от алкоголя / О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, Е.Ю. Преснякова // Психическое здоровье в Германии и России: клиническая и исследовательская инициатива. Материалы конгресса, 16–18 октября 2013 года, Санкт-Петербург. – СПб., 2013. – С. 20.**

**29. Гуревич, Г.Л. Особенности формирования, течения и терапии зависимости от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Т.В. Агибалова, Т.А. Петросян, А.Г. Кузнецов, С.А. Шувалов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 6. – № 2. – С. 33–38.**

**30. Гуревич, Г.Л. Особенности формирования, течения и терапии зависимости от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Т.В. Агибалова, Т.А. Петросян, А.Г. Кузнецов, С.А. Шувалов // Наркология. – 2013. – № 5. – С. 36–41.**

**31. Гуревич, Г.Л. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов, П.В. Тучин, Д.С. Вальчук // Методические рекомендации для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе. – М., 2013. – 32 с.**

**32. Гуревич, Г.Л. Работа с психологическими защитами в психотерапевтическом процессе у больных алкогольной зависимостью с коморбидной личностной патологией / Т.В. Агибалова, Л.В. Мищенко, Д.С. Вальчук // Материалы Российской научной конференции с международным участием «Психиатрия: дороги к мастерству», 5 июня 2013 года, Ростов-на-Дону. – Ростов-на-Дону, 2013. – С. 20–29.**

**33. Гуревич, Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении / О.В. Рычкова, Н.А. Соина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2013. – № 6(94). – С. 59–64.**

**34. Гуревич, Г.Л. Анализ эффективности результатов лечения больных алкогольной зависимостью с алкогольной полинейропатией / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, О.В. Недобыльский, С.В. Шутова, А.Г. Кузнецов // Наркология. – 2014. – № 6. – С. 64–67.**

**35. Гуревич, Г.Л. Взаимосвязь эмоциональных и когнитивных нарушений в структуре наркологических заболеваний / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, Р.К. Потапова // Наркология. – 2014. – № 1. – С. 84–90.**

**36. Гуревич, Г.Л. Оценка эффективности психотерапевтической программы в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью**

с коморбидной эндогенной патологией // Вопросы наркологии. – 2014. – № 4. – С. 52–63.

37. Гуревич, Г.Л. Психотерапия в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин // Наркология. – 2014. – Т. 13. – № 7(151). – С. 60–66.

38. Гуревич, Г.Л. Улучшение комплаенса больных опиоидной зависимостью за счет формирования стойких положительных взаимоотношений между врачом и пациентом в ходе альянс-центрированной краткосрочной психотерапии / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, Т.Р. Петросян, О.В. Недобыльский // Методические рекомендации для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе. – М., 2014. – 26 с.

39. Гуревич, Г.Л. Эмоциональные и когнитивные нарушения в структуре наркологических заболеваний: взаимовлияние и взаимосвязь / О.Ж. Бузик, О.В. Рычкова, Т.В. Агибалова, Е.В. Шалаева, Р.К. Потапова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – № 5–2. – С. 79–83.

40. Гуревич, Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении / О.В. Рычкова, Н.А. Соина, Т.В. Агибалова, В.В. Румбешт // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12. – № 1(92). – С. 37–42.

41. Гуревич, Г.Л. Коморбидные эндогенные расстройства у больных с алкогольной зависимостью / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Методические рекомендации. – М., 2015. – 31 с.

42. Гуревич, Г.Л. Психотерапия больных с алкогольной зависимостью и коморбидной эндогенной патологией / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, О.Ж. Бузик // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 4. – № 2. – С. 28–33.

43. Гуревич, Г.Л. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости / Т.В. Агибалова, О.Д. Тучина, Д.И. Шустов, А.А. Мухин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 3. – С. 61–68.

44. Гуревич, Г.Л. Эффективность психотерапевтической программы в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией: параноидной формой шизофрении / О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань. Материалы / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 688–690.

45. Гуревич, Г.Л. Использование кратких психотерапевтических вмешательств, направленных на снижение потребления алкоголя при оказании помощи лицам, потребляющим спиртное с пагубными последствиями и синдромом зависимости / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова,

А.Г. Кузнецов, Д.С. Вальчук, В.А. Адамян, О.И. Русинова, А.О. Каминская, Т.С. Залялетдинов, Э.Н. Мубаракшин // Сборник статей Третьей Всероссийской конференции по транзакционному анализу с Международным участием «Транзакционный анализ в психотерапии и наркологии». – Рязань: РИО УМУ, 2016. – С. 76–86.

**46. Гуревич, Г.Л. Психотерапевтическая программа по снижению патологического влечения к алкоголю: предварительная оценка эффективности / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, Д.С. Вальчук, П.В. Тучин, О.Ж. Бузик, О.Д. Тучина, Н.М. Курлович // Вопросы наркологии. – 2016. – № 7–8. – С. 34–43.**

47. Гуревич, Г.Л. Психотерапия, направленная на патологическое влечение к алкоголю / Т.В. Агибалова, Д.С. Вальчук, О.Ж. Бузик, О.Д. Тучина, Н.М. Курлович // В сб.: Сочетанная патология в психиатрии и наркологии: проблемы диагностики, терапии, реабилитации, ресоциализации. Материалы третьей ежегодной научно-практической конференции с международным участием. – М.: Российский университет дружбы народов, 2016. – С. 44–47.

48. Гуревич, Г.Л. Психотерапия в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией. Методические рекомендации / Т.В. Агибалова, С.А. Игумнов, О.В. Недобыльский, Н.М. Нечайкин. – М., 2017.

49. Гуревич, Г.Л. Психотерапия, направленная на патологическое влечение к алкоголю / Д.С. Вальчук, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, О.Д. Тучина, Н.М. Курлович // В сб.: Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2017. – С. 271–273.

**50. Гуревич, Г.Л. Психотерапия, направленная на патологическое влечение к алкоголю / Д.С. Вальчук, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, О.Д. Тучина, Н.М. Курлович // Вопросы наркологии. – 2017. – № 8(156). – С. 96–98.**

51. Гуревич, Г.Л. Мотивационное интервью при лечении пациентов с алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, О.В. Рычкова // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115-летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла, 18 сентября 2020 года, Кемерово / Отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 70–79.

**52. Гуревич, Г.Л. Эффективность психотерапии больных алкогольной зависимостью с коморбидными эндогенными заболеваниями / Т.В. Клименко, Т.В. Агибалова // Наркология. – 2020. –**

**T. 19. – № 11. – C. 43–51.**

**53. Gurevich, G.L. Features of the Formation, Course, and Treatment of Alcohol Dependence in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder / T.V. Agibalova, A.G. Kuznetsov, S.A. Shuvalov, T.R. Petrosyan // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2014. – Vol. 44. – № 9. – P. 1068–1072.**

**54. Gurevich, G.L. Medical Rehabilitation of Patients with Alcohol Dependency at Risk of Parental Rights Deprivation / T.V. Agibalova, I.I. Akhmetzyanov, R.F. Khaeva, G.L. Udachina, O.V. Nedobylskiy, A.V. Orlova // S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. – 2019. – Vol. 119. – № 3. – P. 65–69.**