

Мотивационное интервьюирование в комплексной терапии алкогольной зависимости: опыт применения и оценка эффективности

Трусова А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева

Резюме. В рандомизируемом контролируемом исследовании изучались особенности применения и эффективность мотивационного интервьюирования (МИ) как метода краткосрочного психологического вмешательства у госпитализированных больных с алкогольной зависимостью. Исследование проводилось в 2 этапа: на 1 этапе больные были распределены в 2 группы — индивидуальное МИ-консультирование (n=146) и стандартное психолого-психотерапевтическое сопровождение (n=150). Оценивались 4 параметра: новизна информации, полученной во время консультации, интерес, положительные эмоции, полезность консультации. Результаты 1 этапа показывают, что МИ воспринимается пациентами с алкогольной зависимостью более позитивно, чем стандартное консультирование.

На 2 этапе изучалась эффективность групповой формы МИ, применявшегося в целях изменения отношения к употреблению алкоголя. Больные были рандомизированы в 2 группы — группу МИ (n=55 чел.) и группу сравнения, участники которой посещали аналогичные по длительности, но нейтральные по содержанию групповые сессии (n=50 чел.). Оценивался ряд параметров, характеризующих мотивацию к изменениям в употреблении алкоголя. Методом ретроспективного анализа (TLFB) оценивалось употребление алкоголя через 3 и 6 мес. после выписки из стационара. Результаты 2 этапа показывают более конструктивное и осознанное отношение к употреблению алкоголя, а также более существенную редукцию показателей употребления алкоголя в группе МИ. Заключение — МИ формирует более адекватное представление о своем заболевании среди госпитализированных пациентов с алкогольной зависимостью, а также способствуют сокращению употребления алкоголя после окончания стационарного лечения в отсутствие другой профессиональной психологической поддержки.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, мотивационное интервьюирование.

Motivational interviewing as a part of complex treatment of alcohol dependence: experience of use and evaluation of effectiveness.

Trusova A.V.

Saint Petersburg State University, Bekhterev Research Psychoneurological Institute

Summary. This randomized controlled trial studied experience of use and assessed the effectiveness of motivational interviewing (MI) as a part of inpatient treatment of alcohol dependence. The first phase included studying of patients' appreciation of MI-counseling (n = 146) in comparison with a standard psychological and psychotherapeutic support (n = 150). 4 parameters were evaluated: novelty of information received during the consultation, interest, positive emotions, and usefulness of consultation.

The second phase included studying effectiveness of MI-group counseling used to change attitudes to alcohol consumption. Patients were randomized into 2 groups — MI (n = 55) and control group (n = 50). Methods: assessing drinkers' motivations for change in alcohol consumption (SOCRATES), adverse consequences of alcohol abuse (SIP-2L / SIP-2R), patients' attitude towards their disease and treatment (Alcohol Anosognosia Scale/ШААНГ), calendar method for assessing alcohol use (TLFB). Results: there were significant differences in main psychological measures of readiness to change and drinking outcomes between the standard care and MI groups. Conclusion: MI can reduce alcohol consumption after hospital discharge. These results support the use of MI in Russian clinical practice.

Key words: alcohol dependence, motivational interviewing.

Проблема лечения алкогольной зависимости остается чрезвычайно актуальной как для России, так и для большинства стран Европы и Америки, что объясняется широкой распространенностью и недостаточной эффективностью терапии данной патологии. При этом роль психологических и психотерапевтических воздействий трудно переоценить — традиционно этим методам отводится важное место в лечении алко-

голизма. Современный подход к оказанию специализированной помощи пациентам с алкогольной зависимостью все больше учитывает субъективные предпочтения пациента и допускает в качестве цели терапии не только полное воздержание от алкоголя, но и сокращение его потребления.

На сегодняшний день когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) является «психотерапией выбора» при лечении зависимо-

сти от алкоголя. Однако, не всегда условия лечения и мотивация пациентов позволяют использовать КПТ в полной мере. Краткие психологические вмешательства (brief intervention), базирующиеся на теоретической основе КПТ, на сегодняшний день являются относительно широко применяемыми и хорошо изученными. Существует ряд строгих научных доказательных исследований, свидетельствующих о клинической эффективности краткосрочных вмешательств в отношении снижения количества потребляемого алкоголя у людей с опасным для здоровья уровнем его употребления [13, 26, 28, 30, 34, 35]. Зарубежные исследования последних лет подтверждают эффективность краткосрочных психологических вмешательств у лиц с установленным диагнозом алкогольной зависимости [19, 20, 21, 29, 31]. При этом, хотя доказанная эффективность данного вида вмешательств сопоставима с эффективностью других видов психологической помощи и психотерапии, краткосрочные вмешательства занимают меньше времени и являются менее дорогостоящими [11, 12, 13, 18] и, согласно данным отдельных исследователей, позволяют достичь долгосрочных устойчивых результатов (9-10 лет) [36].

Разновидностью краткосрочных психологических вмешательств является мотивационное интервьюирование (МИ) — клиент-центрированный директивный подход, направленный на увеличение собственной мотивации человека к изменениям посредством исследования и разрешения его амбивалентности [25]. Специалист помогает пациенту осознать проблему и степень ее влияния на свою жизнь, обдумать и учесть все «за» и «против» возможных изменений, принять решение об их совершении, реализовать конкретные шаги по изменению употребления алкоголя и поддержать достигнутый результат [13, 25]. Теоретической основой МИ является модель стадий готовности к изменениям [17].

Мотивационное интервьюирование имеет ряд преимуществ перед другими методами: низкая себестоимость (МИ является разновидностью краткосрочных вмешательств, в связи с чем его проведение требует сравнительно небольших затрат [22, 27], достаточно высокая эффективность, широкий спектр применимости [14, 15, 34], усиление собственной мотивации клиента и его приверженности лечению, а также возможность применения МИ специалистами первичного медицинского звена, что может существенно расширить возможности оказания своевременной диагностической и консультативной помощи [12, 27]. Кроме того, важной отличительной чертой МИ является то, что оно может одинаково успешно применяться и как самостоятельный подход, и как подготовка или дополнение к другим методам терапии [21], а также использоваться в сочетании с другими подходами — например, КПТ [33].

В России важнейшая роль в разработке теоретических и практических аспектов применения мотивационного подхода в профилактике и терапии аддиктивных расстройств принадлежит В.М.

Ялтонскому (2009) и Н.А. Сироте (2002, 2007, 2008), а также Т.В. Агибаловой (2010, 2012, 2013). Кроме того, исследования в данной области проводили Т.Н. Балашова (2007), Р.Д. Илюк (2012) и ряд других авторов. Говоря об отечественных исследованиях МИ, следует отметить, что использование дизайна рандомизированного клинического исследования является редкостью для отечественных работ, посвященных изучению эффективности психологических и психотерапевтических воздействий.

В условиях сокращения сроков госпитализаций по поводу алкогольной зависимости (АЗ) в сочетании с низкой мотивацией больных к участию в амбулаторном реабилитационном процессе очевидна необходимость в краткосрочном психологическом вмешательстве, проводимом в период между купированием синдрома отмены алкоголя (СОА) и выпиской. МИ представляется перспективным методом как для работы с пациентами, ориентированными на дальнейшее получение специализированной помощи, так и для тех, кто не может продолжать лечение в амбулаторном режиме.

Цель исследования

Изучение особенностей применения и эффективности мотивационного интервьюирования как метода краткосрочного психологического вмешательства у госпитализированных больных с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования были разработаны этапы его проведения — на первом этапе однократно изучалась субъективная оценка пациентами индивидуального МИ-консультирования в сравнении с традиционным психолого-психотерапевтическим сопровождением; на втором этапе в динамике (отсроченная оценка через 3 и 6 мес. после выписки из стационара) оценивались показатели эффективности групповой формы МИ.

Критериями включения в исследование являлись: возраст 18-60 лет; установленный диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.25, F 10.26); прохождение стационарного лечения алкогольной зависимости; постоянное проживание в Санкт-Петербурге или пригородах СПб в пределах 150 км от города; наличие домашнего или мобильного телефона; свободное владение русским языком; способность подписать информированное согласие, отказ от применения методов плацебо-опосредованной суггестии на момент окончания лечения и в течение всего периода наблюдения.

Критериями невключения в исследование были: выраженные проявления СОА, в том числе затрудняющие интеллектуальное функционирование пациента (эти пациенты могли быть включены в исследование после курса дезинтоксикаци-

онной терапии); выраженные когнитивные нарушения (клинически значимая деменция, острый психоз, тяжелое параноидное расстройство) и/или наличие коморбидного психического заболевания, подтвержденного врачом стационара и отраженного в медицинской документации; выраженные соматические расстройства, затрудняющие повседневное функционирование (например, тяжелые нарушения функций печени, болевой синдром и т.д.); интенсивная фармакологическая терапия, изменяющая свойства внимания и способность воспринимать новую информацию (в частности, классические нейролептики, антиконвульсанты, и другие препараты с центральнодепримирующим компонентом действия) (такие пациенты могли быть включены в исследование после изменения получаемой фармакотерапии). Также, для того, чтобы не маскировать возможные эффекты МИ, в исследование не были включены пациенты, принимавшие препараты, имеющие специфическое воздействие на алкогольную зависимость (налтрексон, дисульфирам и др.).

Исследование проводилось на отделении лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева и состояло из двух этапов, различающихся по составу участников.

1 этап. На первом этапе оценивалась возможность применения МИ в наркологическом стационаре и проводилось индивидуальное мотивационное интервьюирование 146 больных (группа мотивационного интервьюирования — ГМИ-1). В сравнительном аспекте оценивались данные 150 больных, получавших стандартную краткосрочную психолого-психотерапевтическую помощь (группа сравнения — ГС1). Специфические процедуры рандомизации не были использованы, однако группы не имели статистически значимых различий по основным клиническим (давность и тяжесть заболевания) и социально-демографическим (пол, возраст, образование, актуальный профессиональный статус) характеристикам. После проведения консультации (МИ или стандартная) пациенты оценивали 4 параметра по пятибалльной шкале: «новизна информации» (НИ), «интерес» (И), «положительные эмоции» (ПЭ), «полезность» (консультации) (П).

2 этап. На втором этапе оценивалась эффективность групповой формы МИ, применявшегося в целях изменения отношения к употреблению алкоголя. Всего на участие в исследовании согласились 168 пациентов. Не были включены в исследование женщины (38 чел.) из-за наличия высокой коморбидности с аффективными нарушениями и сложностями проведения смешанных по гендерному признаку групповых занятий. Часть пациентов (7 чел.) отказалась от участия по личным мотивам. В общей сложности, в исследовании приняли участие 123 чел. В окончательный анализ вошли данные 105 респондентов, т.к. данные 18 пациентов не были включены в анализ в связи с их обращением за профессиональной медицинской, психологической либо психотерапевтической помощью в периоде наблюдения (6 мес.

после выписки из стационара), что могло повлиять на оцениваемые параметры.

Участники исследования при помощи генератора случайных чисел на базе электронных таблиц Excel были рандомизированы в 2 группы — группу мотивационного интервьюирования (ГМИ-2) (n=55 чел.) и группу сравнения (ГС-2) (n=50 чел.). Для оценки готовности к изменениям в употреблении алкоголя использовались методика SOCRATES [24]. Динамика употребления алкоголя оценивалась с помощью метода ретроспективного анализа ежедневного объема потребленного алкоголя (Time Line Follow Back — TLFB) в пересчете на 100% этанол, 3-х месячная версия метода оценки [16, 32]. В оценке различали «срыв» ремиссии — отдельные единичные случаи употребления алкоголя, и «рецидив» — возврат к употреблению алкоголя (употребление более 10 стандартных доз в неделю с одним или более эпизодов «тяжелого» пьянства — 5 и более ст. доз для мужчин / 4 и более для женщин) в неделю). Оценка выраженности проблем, связанных с употреблением алкоголя, проводилась с помощью опросника Short Inventory of Problems (SIP-2L в исходной оценке и SIP-2R в последующих, Miller et al., 1995). Различные аспекты отношения пациентов к своему заболеванию и лечению оценивались с помощью Шкалы алкогольной анозогнозии [3].

Групповые сессии. Пациенты группы ГМИ-2 посещали однократную групповую сессию МИ длительностью 90 мин., которая была сфокусирована на доступном и объективном информировании пациентов об алкогольной зависимости, а также усилении мотивации к лечению и последующему поддержанию трезвости. Использовались такие техники МИ, как избегание конфронтации, снижение сопротивления, дестигматизация, работа с амбивалентностью, оценка актуальных потребностей и перспектив. Пациенты группы ГС-2 участвовали в аналогичной по длительности и нейтральной по содержанию групповой сессии, на которой освещались вопросы здорового образа жизни, правильного питания и позитивного восприятия жизни. Индивидуальное мотивационное интервьюирование и групповые сессии проводились психологами из числа сотрудников отделения, психометрическую оценку проводили другие специалисты отделения (независимые рецензоры). Помимо этого, в рамках данного исследования пациенты обеих групп получали стандартное врачебное консультирование, предусмотренное лечением в наркологическом стационаре.

Оценка. Процедура психометрической оценки включала 4 этапа на протяжении 6 месяцев. Первые два этапа оценки проводились очно, с разницей от 5 до 14 дней, во время нахождения пациента в стационаре, как правило, за 2-3 дня до групповой интервенции и через 5-10 дней после. На третьем и четвертом этапах оценки (соответственно через 3 и 6 мес. от момента выписки) оценка участников исследования проводилась во время их визита в стационар, а при отказе/невозможности визита оценка проводилась дистанци-

онно по телефону и дополнительно верифицировалась опросом родственников. Специалист, проводивший оценку, не знал, в какую именно группу — ГМИ-2 или ГС-2 — был распределен пациент. Соотношение телефонных интервью / личных визитов значимо не различалось в изучаемых группах и составляло 80%/20% (ГМИ-2) и 74%/26% (ГС-2) соответственно.

Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Обработка результатов осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS. Измеренные количественные переменные указаны в формате $M \pm SD$ (среднее \pm стандартное отклонение), частотные переменные — в абсолютных значениях и % от общей численности группы. При статистическом анализе для межгруппового сравнения исходных клинико-анамнестических и психологических данных, для оценки статистической значимости различий между изучаемыми группами использовался критерий U-Манна-Уитни и точный критерий Фишера. Для анализа показателей, измеренных в динамике, использовался критерий Т-Вилкоксона, для сравнения групп по показателям употребления алкоголя после лечения (среднесуточное количество алкоголя (граммы чистого этанола), наличие и количество срывов) были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера. Для сравнения групп по общей продолжительности воздержания от употребления алкоголя в периоде наблюдения и по времени до первого приема алкоголя применялся тест U-Манна — Уитни.

Результаты

Результаты 1 этапа. Больные, составившие группы ГМИ-1 и ГС-1, не различались по основным социально-демографическим и клиническим показателям (табл.1).

По предложенным параметрам (новизна информации, полученной на консультации; интерес к консультации; положительные эмоции во время консультации; полезность консультации) МИ субъективно оценивалось больными выше, чем стандартная психолого-психотерапевтическая консультация (табл. 2).

Сравнение общего балла субъективной оценки по предложенным параметрам среди тех пациентов, кто уже имел опыт лечения, так и среди тех, кто проходил лечение впервые, показало отсутствие различий в ГМИ-1 ($14,6 \pm 0,2$ и $14,7 \pm 0,2$ соответственно) при более высоком общем балле среди впервые лечащихся в ГС-1 ($12,4 \pm 0,6$ и $9,7 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,01$, точный критерий Фишера).

В обеих группах пациенты без высшего образования в среднем оценивали параметр «Полезность» консультации (МИ или стандартной) выше, чем пациенты с высшим образованием (ГМИ-1 — $4,4 \pm 0,3$ и $3,9 \pm 0,2$; ГС-1 $3,3 \pm 0,7$ и $2,8 \pm 0,3$ соответственно, $p < 0,01$, точный критерий Фише-

ра). При этом, по параметрам «Интерес» и «Положительные эмоции» не было выявлено различий, связанных с уровнем образования, ни в одной из групп.

Полученные результаты позволили сделать вывод о более позитивном восприятии МИ пациентами с алкогольной зависимостью по сравнению со стандартным консультированием.

Результаты 2 этапа. Больные, составившие группы ГМИ-2 и ГС-2, также не различались по основным социально-демографическим, клиническим и клинико-психологическим показателям (табл. 3).

Средний возраст больных в обеих группах был около 35 лет, более 60% больных состояли в браке на момент исследования, более 80% имели работу, около половины — высшее образование. Около трети больных имели отягощенную по алкоголю историю наследственности, более половины — опыт предыдущего лечения (табл. 3).

Все показатели шкалы SOCRATES, оцененные на исходном уровне (после купирования признаков ААС, но до проведения интервенций) в обеих исследуемых группах находились в зоне низких значений, что свидетельствует об отрицании проблем с алкоголем, непринятии диагноза «зависимость», отсутствии осознанных изменений и конструктивных действий по изменению своего употребления алкоголя (табл. 4).

Исходные показатели всех субшкал ШАНГ соответствовали среднему уровню в обеих группах, что свидетельствует о умеренно выраженной алкогольной анозогнозии, в то время как показатели SIP, характеризующие негативные последствия употребления алкоголя, находились в зоне высоких значений (табл. 4).

Значительная динамика оцениваемых показателей от исходного уровня до первой катамнестической точки оценки наблюдалась в обеих изучаемых группах и не являлась предметом специального анализа, т.к. отражает закономерные процессы, соответствующие этапу становления ремиссии.

Показатели потребления алкоголя после выписки. По совокупным данным очной оценки во время визитов в клинику и телефонных интервью при невозможности для пациента такого визита (TLFB в обоих случаях), среди пациентов ГМИ-2 40 чел. (73%) сообщили об отсутствии рецидива (т.е. либо о полном воздержании от приема алкоголя, либо единичных срывах) через 6 месяцев после выписки из стационара, в то время как среди пациентов ГС-2 аналогичный показатель составил 22 чел. (44%) ($p < 0,01$, точный критерий Фишера).

Среднее количество дней воздержания от употребления алкоголя («трезвых» дней), верифицированное методом ретроспективного анализа, для больных ГМИ-2 через 3 и 6 мес. после выписки из стационара было значимо больше, чем для больных ГС-2, при этом время до первого употребления алкоголя между группами значимо не различалось (табл. 4).

Переменные		ГМИ-1	ГС-1
Число больных		146	150
Возраст		35,6±4,7	34,15±5,2
Пол	мужчины	124 (84,9%)	132 (88%)
	женщины	22 (15,1%)	18 (12%)
Наличие высшего образования		84 (57,5%)	92 (61,3%)
Трудовая занятость	(наличие работы)	118 (80,8%)	123 (82%)
Давность заболевания (формирования СОА) годы		8,2±2,7	7,6±2,4
Предыдущий опыт лечения (повторное обращение)		69 (47%)	76 (50,7%)

Примечания: 1. Средние величины указаны в формате $M \pm SD$; 2. Статистически значимых различий между группами нет.

Переменные		ГМИ-1	ГС-1
Субъективная оценка после консультации	Новизна информации	2,92±1,52*	2,48±1,25
	Интерес	4,03±1,31*	3,28±1,44
	Положительные эмоции	3,54±1,47*	2,16±1,72
	Полезность	4,25±1,22*	3,18±1,69

Примечания: 1. Средние величины указаны в формате $M \pm SD$; 2. Статистическая значимость различий между группами: * — $p < 0,01$ (критерий U-Манна-Уитни).

Переменные		ГМИ2	ГС2
Число больных		55	50
Возраст		36,2±9,3	35,5±9,6
Наличие высшего образования		32 (58,2%)	27 (54%)
Трудовая занятость (наличие работы)		47 (85,5%)	44 (88%)
Состоит в актуальном браке		38 (69,1%)	32 (64%)
Отягощенная наследственность по алкоголизму		18 (32,7%)	14 (28%)
Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм		7 (12,7%)	7 (14%)
Давность заболевания (формирования СОА) годы		8,4±4,7	8,1±4,6
Среднесуточный объем употребляемого алкоголя (3 предшествующих мес., грамм 100% этанола)		95,23±28,4	98,6±31,5
Характеристики опьянения	агрессия	14 (25,5%)	11 (22%)
	эйфория	15 (27,35%)	14 (28%)
	палимпсесты	23 (41,8%)	19 (38%)
	алкогольные амнезии	6 (10,9%)	6 (12%)
Предыдущий опыт лечения (повторное обращение)		31 (56,6%)	29 (58%)

Примечания: 1. Средние величины указаны в формате $M \pm SD$; 2. Статистически значимые различия между группами отсутствуют.

Динамика психометрических показателей. Оценка также проводилась либо очно во время визитов в клинику, либо с помощью телефонных интервью при невозможности для пациента такого визита. В обеих изучаемых группах не наблюдалось различий в исходном уровне изучаемых показателей (табл. 4). Через 3 мес. после выписки из стационара все показатели SOCRATES у боль-

ных ГМИ-2 были значимо выше, чем у больных ГС-2. При этом среди пациентов ГМИ-2 была выявлена достоверная отрицательная динамика показателей по шкале «Действие» между оценкой через 3 и 6 мес. после выписки из стационара. Для больных ГС-2 достоверной динамики показателей SOCRATES между этими точками исследования выявлено не было (табл. 4).

Переменные		Группы	Исходный уровень	Оценка после выписки	
				3 мес.	6 мес.
Общая продолжительность воздержания от употребления алкоголя (дни)		ГМИ2	х	72±8,2*	151±14,3*
		ГС2	х	56±12,4	138±18,7
Время до первого употребления алкоголя после выписки (дни)		ГМИ2	х	28±4,3	х
		ГС2	х	26±5,8	х
SOCRATES	Осознание	ГМИ2	16,8±3,7	34,3±4,2*	35,4±3,7
		ГС2	17,2±3,4	25,2±4,7	25,7±3,8
	Амбивалентность	ГМИ2	7,6±4,2	16,4±3,2*	16,1±2,9
		ГС2	7,4±3,7	7,4±3,2	6,8±3,3
	Действие	ГМИ2	23,8±6,4	32,6±4,8*	26,3±6,1 х
		ГС2	22,7±5,8	27,2±6,4	27,3±5,8
SIP-2R	Физическое здоровье	ГМИ2	7,7±0,8	1,7±0,08	1,4±0,6 х
		ГС2	6,9±0,9	1,5±1,0	1,4±0,8
	Социальное функционирование	ГМИ2	7,3±0,7	2,1±1,1	1,5±0,3 х
		ГС2	6,8±0,4	2,3±0,9	1,6±0,6 х
	Личностные проблемы	ГМИ2	6,8±1,7	1,8±0,5*	1,9±0,7
		ГС2	7,3±2,2	2,3±0,7	2,2±0,8
	Импульсивность	ГМИ2	6,3±2,2	0,8±0,07	1,1±0,1
		ГС2	6,7±1,6	1,0±0,2	1,0±0,3
	Межличностные проблемы	ГМИ2	7,2±1,9	1,4±0,4	1,2±0,3
		ГС2	7,6±2,1	1,6±0,3	1,5±0,4
	Общий показатель	ГМИ2	35,3±1,8	7,8±1,2*	7,1±1,1* х
		ГС2	35,4±2,2	8,7±1,6	7,7±1,3 х
ШАНГ	Неинформированность	ГМИ2	8,8±1,9	3,1±1,7*	3,0±1,8*
		ГС2	8,4±2,3	4,5±1,8	4,3±2,1
	Непризнание симптомов заболевания	ГМИ2	5,8±2,2	2,8±1,2*	3,1±1,7*
		ГС2	5,6±2,1	5,1±2,3	6,7±3,1 х
	Непризнание заболевания	ГМИ2	6,5±2,2	3,8±1,7	3,3±2,4* х
		ГС2	6,7±1,8	4,6±2,1	4,8±2,7
	Непризнание последствий заболевания	ГМИ2	14,1±3,8	5,7±2,8*	6,0±2,5*
		ГС2	13,9±4,1	9,8±3,2	10,4±4,6
	Эмоциональное неприятие заболевания	ГМИ2	8,8±3,1	4,3±1,8*	3,3±1,4* х
		ГС2	8,5±3,2	8,8±2,7	8,2±2,9
	Несогласие с лечением	ГМИ2	7,5±1,7	1,5±0,7*	1,8±0,6*
		ГС2	7,8±1,4	5,2±2,7	4,8±2,4
Непринятие трезвости	ГМИ2	17,8±3,6	8,2±2,1	7,7±3,0	
	ГС2	18,1±3,3	8,7±2,5	8,5±2,7	

Примечания: 1 Средние величины указаны в формате $M \pm SD$; 2. Статистическая значимость различий между группами: * — $p < 0,01$ (критерий U-Манна-Уитни); 3. Статистическая значимость различий между показателями внутри группы на этапе 3 и 6 мес. после выписки х — $p < 0,01$ (критерий Т-Вилкоксона).

Оценка негативных последствий употребления алкоголя по шкале SIP-2R, проведенная через 3 и 6 мес. после выписки из стационара, показала значительное уменьшение таких последствий во всех сферах жизни пациентов обеих групп (табл. 4).

Значимые различия между группами по шкале SIP-2R были получены в сфере личностных проблем, связанных с употреблением алкоголя, через 3 мес. после выписки из стационара, а также в значении общего показателя выраженности негативных последствий употребления алкоголя в обеих точках оценки периода наблюдения. Снижение уровня показателей SIP между оценкой через 3 мес. и через 6 мес. наблюдалась в сферах физического здоровья (ГМИ-2), социального функционирования и общей выраженности негативных последствий употребления алкоголя (обе группы) (табл. 4).

Динамика, наиболее сильно характеризующая различия между изучаемыми группами, наблюдалась в показателях ШАНГ — у пациентов ГМИ-2 наблюдались более низкие показатели фактически по всем шкалам как через 3, так и через 6 мес. после выписки. Не имели значимых различий только показатели шкалы «Непринятие трезвости». Показатели шкалы «Непризнание заболевания» не различались при оценке через 3 мес., но достоверно различались при оценке через 6 мес. после выписки из стационара (табл. 4). Следует отметить, что изменение показателей в промежутке между 3 и 6 мес. после стационарного лечения наблюдалось по разным шкалам: по шкалам «Непризнание заболевания» и «Эмоциональное принятие заболевания» у больных ГМИ-2, по шкале «Непризнание симптомов заболевания» — у больных ГС-2 (табл. 4).

Обсуждение. На наш взгляд, данное исследование позволяет оценить эффекты воздействия на собственную мотивацию пациентов, без искажений, связанных с директивным запугивающим или излишне воодушевляющим воздействием специалистов, оказывающих медицинскую и психологическую помощь больным алкоголизмом. Алкогольная анозогнозия, при всей неоднородности мнений о ее природе, отражает в том числе и активность механизмов психологической защиты — сопротивление принятию негативной информации о себе и отрицание ее очевидных проявлений. Столь значительная разница между изучаемыми группами именно в показателях Шкалы алкогольной анозогнозии отражает, по нашему мнению, позитивный эффект, полностью соответствующий духу мотивационного интервьюирования — снижение сопротивления, которое, в свою очередь, позволяет пациенту осознать проблему, степень ее влияния на свою жизнь и предпринять доступные ему шаги и решения.

В том, что касается готовности к изменению поведения в отношении алкоголя, оцениваемой по методике SOCRATES, обращает на себя внимание перемещение показателей всех шкал из зоны низких значений в зону средних значений, характерное для пациентов основной исследуемой груп-

пы, но не группы сравнения. Этот результат также может свидетельствовать о позитивных эффектах мотивационного интервьюирования, способствующих формированию более осознанного, критичного, двойственного отношения к алкоголю и отражать большую готовность к изменениям у пациентов основной группы.

Отрицательная динамика по шкале «Действие» SOCRATES в группе мотивационного интервьюирования в периоде наблюдения, по-видимому, отражает устоявшуюся жизненную ситуацию больных и отсутствие необходимости предпринимать конкретные действия по обращению за медицинской помощью.

Закономерная редукция показателей, связанных с негативными последствиями употребления алкоголя, интересна в том отношении, что различия между исследуемыми группами выявлены по параметру, характеризующему именно личностную проблематику, что, в свою очередь, также представляется нам эффектом проведенного мотивационного интервьюирования.

Относительно методов оценки употребления алкоголя в периоде наблюдения — телефонные интервью, подкрепленные опросом родственников, хоть и не могут являться абсолютно достоверным свидетельством, дают возможность приблизительной, ориентировочной оценки, финансово не обременительной для исследователя и достаточно широко используются в зарубежных исследованиях. В разработке дизайна данного исследования мы старались нивелировать субъективность оценки в телефонном интервью привлечением «ослепленного» рейтера. Полученные данные в различиях между группами относительно наступления рецидива могут показать слишком оптимистичными, однако они вполне согласуются с данными литературы о «краткосрочных» эффектах мотивационного интервьюирования, наиболее явно проявляющихся в первые 3-6 мес. после проведения. Даже если принять тот факт, что ретроспективная оценка употребления алкоголя по телефону в период после выписки из стационара не дает представления об истинном количестве «чистых» ремиссий, следует учесть, что метод телефонных интервью одинаково применялся в обеих группах, т.е. его неточность не могла оказать существенного влияния на межгрупповую разницу этих показателей.

Ограничения исследования. Ограничениями данного исследования являются отсутствие стандартных для клинических исследований в наркологии лабораторных методов оценки воздержания от алкоголя (анализ гамма-глутамилтранспептидазы) и проведение процедур оценки употребления алкоголя и психометрических показателей у значительной части больных по телефону. Также к ограничениям исследования следует отнести отсутствие оценки целей лечения со стороны пациента (полная трезвость или контролируемое употребление алкоголя) и данных дальнейшего (после 6 мес.) катамнеза.

Заклучение.

Мотивационное интервьюирование в целом и групповая форма его проведения эффективны в усилении мотивации к изменению употребления алкоголя, способствуют сокращению употре-

бления алкоголя после окончания стационарного лечения в отсутствие другой профессиональной психологической поддержки, формируют более адекватное представление о своем заболевании среди госпитализированных пациентов с алкогольной зависимостью.

Литература

1. Балашова Т.Н., Собелл Л. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. — Том 02/N 1/2007. — С. 4-7.
2. Илюк Р.Д. Мотивационные и когнитивно-поведенческие вмешательства в реабилитации ВИЧ-инфицированных потребителей опитных наркотиков с коморбидными психическими расстройствами / *Методические рекомендации*. — СПб — НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2012. — С. 56.
3. Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Бочаров В.В., Вукс А.Я. Методика оценки анозонозии у больных алкоголизмом/ *Методические рекомендации*. — СПб — НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2011. — С. 37.
4. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // *Руководство по наркологии* / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2008. — С. 369-406.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Работа с мотивацией // *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ* / Под ред. Ю.В. Валентика, Н.А. Сироты. — М. — 2002. — С. 93-120.
6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика рецидивов // *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ* / Под ред. Ю.В. Валентика, Н.А. Сироты. — М. — 2002. — С. 171-192.
7. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. — 2-е изд. Изд-во: Академия. — 2007. — 176 с.
8. Шалаева Е.В., Агибалова Т.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости // *Наркология*. — 2013. — Т. 12. № 12 (144). — С. 65-69.
9. Шалаева Е.В., Рычкова О.В., Агибалова Т.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости: к обоснованию модели // *Наркология*. — 2013. — Т. 12. № 7 (139). — С. 62-65.
10. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // *Вопросы наркологии*. — 2009. — № 6. — С. 60-69.
11. Angus C., Latimer N., Preston L., L.J., Purshouse R. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care // *Front Psychiatry. Addictive disorders and Behavioral Dyscontrol*. — 2014. — Sep, vol. 5. — P. 1-10.
12. Ballesteros J., Duffy J.C., Querejeta I., et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and meta-analysis // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. — 2004. — Vol. 28. — P. 608-618.
13. Bien T.H., Miller W.R., Borouhgs J.M. Motivational interviewing with alcohol outpatients // *Journal Behav Psychother*. — 1993. — Vol.21. — P. 347-356.
14. Bundy C. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. // *J R Soc Med*, 2004. — Vol. 97. — P. 43-47.
15. Burke B.L., Arkowitz H., Menchola M. The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2003. — Vol. 71, № 5. — P. 843-861.
16. Dawe, S., Loxton, N., Hides, L., Kavanagh, D., & Mattick, R. Review of Diagnostic and Screening Instruments for Alcohol and Other Drug Use and Other Psychiatric Disorders (Second Edition). — Brisbane: Commonwealth of Australia. — 2002. — 166 p.
17. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors / In: Miller W.R., Heather N., editors. *Treating Addictive Behaviors* // 2nd ed. New York: Plenum Press. — 1998. — P. 3-24.
18. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department / Longabaugh R., Woolard R.E., Nirenberg T.D., Minugh A.P., Becker B., Clifford P.R., Carty K., Sparadeo F., Gogineni A. // *J. Stud. Alcohol*. — 2001. — Vol. 62. — P. 806-816.
19. Field C.A., Caetano R. The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence: Who benefits from brief interventions? // *J Drug and Alcohol Dependence*. — 2010. — Vol. 111. — P. 13-20.
20. Guth S., Lindberg S.A., Badger G.J., Thomas C.S., Rose G.L., Helzer J.E. Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals // *J Stud Alcohol Drugs*. — 2008. — Vol. 69. — P. 243-250.
21. Heffner J.L., Tran G.Q., Johnson C.S., Barrett S.W., Blom T.J., Thompson R.D., Anthenelli R.M. Combining motivational interviewing with compliance enhancement therapy (MI-CET): development and preliminary evaluation of a new,

- manual-guided psychosocial adjunct to alcohol-dependence pharmacotherapy // *J Stud Alcohol Drugs*. — 2010. — Jan, vol. 71(1). — p. 61–70.
22. Kohler S., Hofmann A. Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis // *Alcohol Alcohol*. — 2015. — Vol.50. — P. 107–117.
 23. Miller W.R., Tonigan J.S., Longabaugh R. THE DRINKER INVENTORY OF CONSEQUENCES (DrInC). An Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse. Test Manual. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. — 1995. — Vol. 4. — P. 49–53.
 24. Miller, W.R. Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // *Psychol. of Add. Beh.* — 1996. — Vol. 10. — N2. — P. 81–89.
 25. Miller, W.R., Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change* // Guilford Press, New York. — 2002. — 428 p.
 26. Moyer A., Finney J.W., Swearingen C.E., Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations // *Addiction*. — 2002. — Vol. 97. — P. 279–292.
 27. Neighbors C.J., Barnett N.P., Rohsenow D.J., Colby S.M., Monti P.M. Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department // *J Stud Alcohol Drugs*. — 2010. — Vol.71. — P. 384–394.
 28. Orford J.F. UKATT Research Team: Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT) // *British Medical Journal*. — 2005. — Vol. 331. — P. 541–544.
 29. Owens L., Butcher G., Gilmore I., Kolamunnage-Dona R., Oyee J., Perkins L., Walley T., Williamson P., Wilson K., Pirmohamed M. A randomised controlled trial of extended brief intervention for alcohol dependent patients in an acute hospital setting (ADPAC) // *BMC Public Health*. — 2011. — 11:528. — p. 1–9. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/528>
 30. Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // *J Stud Alcohol*. — 1997. — Vol. 58. — P. 7–29.
 31. Romo L., Le Strat Y., Aubry C., Marquez S., Houdeyer K., Batel P., Adès J., Gorwood P. The role of brief motivational intervention on self-efficacy and abstinence in a cohort of patients with alcohol dependence // *Int J Psychiatry Med*. — 2009. — Vol. 39 (3). — P. 313–323.
 32. Sobell LC, Sobell MB. *Timeline FollowBack user's guide: A calendar method for assessing alcohol and drug use*. // Toronto: Addiction Research Foundation. — 1996. — P. 41–72.
 33. Söderlund LL. *Motivational interviewing in theory and practice* // Linköping. — 2010. — 92 p.
 34. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM: The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review // *Alcohol Alcohol*. — 2006. — Vol. 4. — P. 328–335.
 35. Whitlock E.P., Polen M.R., Green C.A., Orleans T., Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force // *Ann. Intern. Med*. — 2004. — Vol. 140. — P. 557–568.
 36. Wutzke S.E., Conigrave K.M., Saunders J.B., et al. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: A 10-year follow-up // *Addiction*. — 2002. — Vol.97. — P. 665–675.

Сведения об авторе

Трусова Анна Владимировна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: anna.v.trusova@gmail.com