

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М.БЕХТЕРЕВА



**Краткосрочная психотерапия больных алкоголизмом
с невротоподобными расстройствами**

Новая медицинская технология

Санкт-Петербург

2007

**Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М.БЕХТЕРЕВА**

УТВЕРЖДАЮ

Председатель Научного совета по
Наркологии №36 РАМН
Директор ФГУ
ЦНЦ наркологии Росздрава
Член-корр. РАМН, проф.



Н. Н. Иванец
«5» декабря 2006 г.

**Краткосрочная психотерапия больных алкоголизмом
с невротоподобными расстройствами**

Новая медицинская технология

Санкт-Петербург

2007

Аннотация:

Разработанная новая медицинская технология проведения краткосрочной групповой психотерапии позволяет успешно работать в стационаре с зависимыми от алкоголя пациентами, имеющими неврозоподобные (тревожные, астенические и другие) расстройства. Технология носит интегративный характер и включает в себя элементы личностно-ориентированной, когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии. Новая медицинская технология предназначена для применения в стационарах наркологического профиля врачами психиатрами-наркологами, психотерапевтами и клиническими психологами.

Заявитель: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.

Авторы: Ерышев О.Ф., Трусова А.В., Вассерман Л.И., Елизаров П.А., Крупицкий Е.М.

Рецензенты: Калишевич С.Ю., доцент кафедры наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук.
Снедков Е.В., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова, доктор медицинских наук.

ВВЕДЕНИЕ

В современных социально-экономических условиях наблюдается четкая тенденция к сокращению сроков пребывания зависимых от алкоголя пациентов в условиях стационара, а амбулаторная помощь часто носит эпизодический характер. Естественно, что в таких условиях трудно провести полноценный курс групповой психотерапии, которую признанно считают основным видом психотерапии при алкоголизме. Поэтому в условиях наркологического стационара, где проводится первичная психологическая коррекция больных алкогольной зависимостью, остро стоит вопрос оптимизации методов проведения групповой психотерапии, а именно – формирования эффективного курса краткосрочной групповой психотерапии.

В практике отечественной наркологии наблюдается ориентация на дискретные воздействия на пациента, и остаются широко распространенными кратковременные (или даже однократные) психотерапевтические манипуляции, имеющие право на существование, но недостаточные для достижения конечных целей лечения – создание условий для таких изменений в личностной сфере пациента, которые позволили бы ему жить «без симптома» (в данном случае – без употребления алкоголя). И в то же время все больше выступает тенденция к созданию интегративной модели психотерапии алкоголизма, опирающейся на синтез современных психотерапевтических методов и техник.

Новая медицинская технология – краткосрочный курс групповой психотерапии больных с алкогольной зависимостью – разработана с учетом указанных трудностей на основе интеграции когнитивно-поведенческого, личностно-ориентированного и гештальт-подходов. Реализуемая в условиях наркологического стационара, она позволяет эффективно осуществлять психокоррекционные мероприятия на ранних этапах лечения алкогольной зависимости и создает основу для дальнейшей реадaptации пациентов.

В основу разработки метода легли следующие принципы:

1. понимание алкогольной зависимости как этиологически сложного, мультифакторного заболевания;
2. необходимость психотерапевтических воздействий на процессы зависимости от алкоголя как на уровне индивидуальных свойств, так и на уровне социального функционирования пациентов;
3. работа как с осознаваемыми пациентом дезадаптивными индивидуально-психологическими свойствами, так и с неосознаваемыми механизмами патологического функционирования личностной сферы, что достигается объединением в рамках психотерапевтического курса методов, способствующих изменению поведения и расширению сферы осознания;
4. представление о динамических и индивидуально-специфических мишенях психотерапии и соответствующая организация психотерапевтических воздействий.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Показания:

- Установленный лечащим врачом психиатром-наркологом диагноз алкогольной зависимости, соответствующий критериям диагнозов по МКБ-10 F10.25, F10.26.
- Наличие у больных с алкогольной зависимостью неврозоподобных нарушений, выражающихся в проявлениях психической дезадаптации, симптомах тревоги и астении, нарушении активного внимания, снижении умственной работоспособности и психической активности в целом.

Противопоказания:

Абсолютные

- Выраженная церебро-органическая недостаточность.
- Психические расстройства психотического уровня у больных с алкогольной зависимостью в соответствии с критериями МКБ-10.
- Выраженное интеллектуальное снижение.
- Выраженные психопатические черты личности.
- Установленный диагноз эндогенного заболевания в анамнезе.
- Выраженная сопутствующая соматическая патология.
- Возраст более 60 лет.

Относительные

- Сохраняющиеся явления алкогольной абстиненции.
- Лекарственная «загруженность» – субъективно плохо переносимые дозы транквилизаторов и малых нейролептиков.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Данная медицинская технология разработана для применения в условиях наркологического стационара с длительностью госпитализации не менее 3 недель. Больные включаются в групповую терапию не ранее десятого дня после последнего употребления алкоголя.

Для реализации метода необходимо наличие двух специалистов, являющихся ко-терапевтами при ведении групп: 1) врача психиатра-нарколога и 2) психолога либо психотерапевта.

Для проведения групп в стационаре необходимо отдельное помещение, в котором можно создать спокойную доверительную обстановку. Режим дня больных должен позволять проведение групповых занятий без ущерба для других лечебных и диагностических процедур.

Для проведения занятий желательным является наличие флип-чарта, маркеров и бумаги/ручек для индивидуального выполнения заданий пациентами.

ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

В настоящее время общепринятой является точка зрения, при которой психотерапия занимает важнейшее место в комплексе лечения больных алкоголизмом. При этом методом выбора наиболее часто является групповая психотерапия. Следует отметить, что для непосредственного применения в клинике алкоголизма разрабатывалось незначительное число оригинальных психотерапевтических методик. Преимущественно здесь используются принципы и приемы, заимствованные из методик, ориентированных на другие клиники, в частности, неврозов.

Специфических для зависимых от алкоголя пациентов техник групповой психотерапии разработано сравнительно мало. К ним относятся широко известные за рубежом «группы Анонимных Алкоголиков» (Alcoholic Anonymous) и построенные на их основе другие программы «Двенадцати шагов» (Chappel J.N., 1993). Все более популярными в Америке и Европе становятся когнитивно-поведенческие техники (Babor T.F., 2001). К отечественным разработкам следует отнести «Методику групповой континуальной психотерапии больных алкоголизмом» (Валентик Ю.В., 1995), «Метод групповой психотерапии антивитальных и аутоагрессивных проявлений в клинике хронического алкоголизма» (Шустов Д.И., 2000).

Однако эффективность всех этих методов ограничена, так как все они предполагают активное участие больного в их освоении, что нередко является проблематичным в силу алкогольных изменений личности пациентов (пассивность, слабоволие, ориентация на получение быстрого результата и т.п.). Предлагаемая новая медицинская технология позволяет преодолеть противодействие пациентов вовлечению в терапевтический процесс с помощью использования приемов, помогающих пациенту в более быстром и эффективном овладении навыками саморегуляции психического состояния. Это достигается путем сочетания когнитивно-поведенческого подхода, мотивационных техник и гештальт-упражнений.

В предлагаемой медицинской технологии психотерапевтические группы являются закрытыми, используется динамически-директивный метод ведения групп (уменьшение директивных проявлений и возрастание проявлений партнерства со стороны ведущих по мере развития групповой динамики).

Курс длительностью 2–3 недели рассчитан на проведение занятий со стационарованными пациентами 3–4 раза в неделю, в заранее точно определенное время, так, чтобы дневной распорядок работы отделения не позволял бы больным выключаться из процесса психотерапии.

Необходимо формировать группы на основе добровольного желания больных участвовать в психотерапевтической работе. При наличии такого желания препятствием для включения больного в группу может быть наличие противопоказаний к применению медицинской технологии.

Рекомендованное число пациентов в каждой психотерапевтической группе – 7–12 человек. Группы ведутся совместно врачом психиатром-наркологом и клиническим психологом либо психотерапевтом.

Задачи, решаемые в процессе ведения данных краткосрочных групп:

- создание у пациента мотивации на ведение трезвого образа жизни;
- выявление связи между психоэмоциональным напряжением и поведением, приводящим к выпивке;
- выработка навыков психологической саморегуляции.

Формирование психотерапевтической группы.

Роль психологической диагностики

Формирование психотерапевтической группы осуществляется ведущими группы (в основном, клиническим психологом либо психотерапевтом) при непосредственном участии лечащих врачей отделения. Предложение больному принять участие в краткосрочной групповой психотерапии исходит от лечащего врача, с учетом показаний и противопоказаний к применению метода.

Следующим этапом, предваряющим зачисление больного в психотерапевтическую группу, является этап многомерного психологического исследования. Наиболее оптимальным, по нашим данным, показало себя такое исследование:

- Диагностика психического состояния, широкого спектра типологических особенностей личности и поведения, уровня и качества социальной адаптации, специфики защитных механизмов и эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях – тест ММРІ, компьютерная версия, экспертная система «Автанклип» лаборатории клинической психологии НИПИ им. В.М.Бехтерева (Щелкова О.Ю., Червинская К.Р., 1995).
- Дифференцированная оценка структуры и степени выраженности невротоподобных нарушений, а также особенностей личности, потенциально значимых для их возникновения - опросник для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР). (Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Вукс А.Я., Михайлова И.Н., 1998).
- Диагностика субъективно понимаемых мотивов алкоголизации – шкала «Мотивы употребления алкоголя (МУА)» (Завьялов В.Ю., 1988).
- Диагностика эмоционально-личностных свойств испытуемых и оценка их степени выраженности (тревоги как ситуативной переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики) – интегративный тест тревожности (ИТТ), разработанный в лаборатории клинической психологии НИПИ им. В.М.Бехтерева (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997).
- Оценка уровня социальной фрустрированности, дополнительная информация о социальном статусе больного, потенциальные конфликтные сферы его реальной жизненной ситуации – шкала уровня социальной фрустрированности (УСФ), разработанная в лаборатории клинической психологии НИПИ им. В.М.Бехтерева (Вассерман Л.И., 1995).

При возможности набирать в группу различных пациентов, мы рекомендуем придерживаться следующих тенденций в формировании группы:

- максимальная разнородность индивидуально-личностных характеристик (по результатам тестирования по тесту ММРІ, ИТТ и шкале УСФ);
- минимальная разнородность невротоподобной симптоматики и мотивов употребления алкоголя (по результатам тестирования по ОНР и шкале МУА).

Также многомерное экспериментально-психологическое исследование по вышеозначенным методикам позволяет выявить специфические для конкретной группы пациентов мишени психотерапии – например, тревога в межличностных контактах, социальная фрустрированность, неуверенность в себе, сниженная самооценка, ощущение собственной бесполезности, социальная пассивность, паранойяльная настроенность, агрессивность и т.д. Такие психотерапевтические мишени необходимо проработать их на VI–VIII занятиях, соответствующим образом акцентировав психодраматические техники и ролевые игры.

Структура курса

Структура краткосрочного группового курса может быть представлена следующим образом:

I занятие – знакомство, вхождение в контакт, определение целей и задач группы, групповых норм и правил.

II занятие – определение проблем, стоящих перед пациентами, причин их пребывания в наркологическом стационаре.

III занятие – информационное: патофизиологические механизмы формирования зависимости от алкоголя, формирование «образа развития заболевания и его последствий».

IV занятие – «анозогностическое»: преодоление группового сопротивления и индивидуальных механизмов психологической защиты в признании болезни.

V, VI, VII, VIII занятия – собственно психотерапевтические.

На первом и втором занятиях реализуется первая фаза групповой динамики, включающая иницирующий контакт, сплочение и присоединение. В этой фазе группа работает как с элементами актуального состояния («здесь и сейчас»), так и с прошлым алкогольным опытом («там и тогда»). В процессе «проговаривания» пациентами проблем, стоящих перед ними, и субъективно понимаемых причин госпитализации воспроизводятся в деталях алкогольные эксцессы, что позволяет обнаружить клинические признаки алкогольной зависимости. По мере воспроизведения пациентами прошлого алкогольного опыта проявляется связь отдельных алкогольных эксцессов между собой, что вызывает у пациентов усиление механизмов психологической защиты.

Таким образом, первая фаза групповой динамики заканчивается, и происходит переход во вторую фазу, которая реализуется на третьем и четвертом занятиях.

Вторая фаза – фаза конфронтации, которая неизбежна и проявляется как механизмы группового сопротивления, так и индивидуальные механизмы психологической защиты, лежащие в основе алкогольной анозонозии.

В этой фазе группа сначала получает от одного из ведущих, врача психиатра-нарколога, занимающего директивную позицию с элементами роли «эксперта», четко и доступно изложенный материал по патофизиологическим механизмам формирования зависимости от алкоголя, иллюстрированный примерами из недавних рассказов самих пациентов (третье занятие), тем самым получая «пищу для размышлений» и «масло в огонь» групповой дискуссии (четвертое занятие).

Цель применения подобного рода тактики – добиться в нужный момент возникновения в группе со стороны пациентов однородной формы психологического сопротивления, чтобы в дальнейшем относительно

одновременно вывести пациентов в зону возможных психотерапевтических изменений.

Обращаем внимание на то, что исключительно важным с точки зрения отдельных этапов групповой динамики и успешности групповой сессии в целом, является то, как ведущим-экспертом, врачом психиатром-наркологом подан этот информационный материал. Перед первой групповой сессией стоит подготовить такой лекционный материал заранее, рассчитывая на 45–60 минут изложения.

План изложения таков:

1. Определение понятия «алкоголь» – что относится к алкогольным напиткам.
2. Физиологические и биохимические процессы в организме здорового человека во время однократного употребления алкоголя.
3. Механизмы формирования алкогольной зависимости – патофизиологические изменения в организме в результате систематического употребления алкоголя. Частота и массивность употребления алкоголя – индивидуальные различия. Роль наследственных, генетических, биологических, психологических и социальных факторов.
4. Признаки зависимости в соответствии с критериями МКБ-10. Алкогольный абстинентный синдром. Патологическое влечение к алкоголю. Стадии зависимости по классификации И.Н.Пятницкой и А.А.Портнова. Формы зависимости – постоянная, псевдозапойная, запойная, перемежающаяся.
5. Последствия сформированной зависимости. Течение алкоголизма и его осложнения – алкогольные психозы, алкогольная эпилепсия. Другие психические и соматические осложнения. Изменения личности при алкоголизме. Исход алкогольной зависимости.
6. Существующие на сегодняшний день способы лечения.

Язык изложения должен быть простым, следует избегать использования большого количества терминов, а приведенные термины сразу же расшифровывать. На вопросы участников группы следует отвечать по ходу рассказа, не теряя основного направления изложения. Подача данной информации должна быть подчеркнута лишенной эмоциональной окраски и носить сугубо «медицинский» характер, т.е. не вызывать сомнения и желания оспорить. Позиция эксперта, которую занимает в группе врач психиатр-нарколог, подразумевает именно такую подачу материала.

В случае правильного использования этой тактики фаза конфронтации удачно преодолевается за два занятия: нарастающее с обсуждением алкогольных тем неоднородное недовольство участников группы не имеет своего выхода, т.к. на третьем занятии фактически осуществляется «лекция» и участники не имеют возможности проявить свое сопротивление, что только усиливает конфронтацию, доводя ее до максимальной. А на четвертом занятии правильное распределение ролей между ведущими группы, делающее необоснованным проявление негативного отношения к ним участников, переводит накопившуюся агрессию в русло групповой дискуссии, позволяя успешно миновать фазу конфронтации.

Количество занятий является важным в столь «компактном» психотерапевтическом курсе, поэтому в отдельных случаях удастся проходить две первые фазы групповой работы за три занятия, но всегда возможно их реализовать за четыре занятия.

Таким образом, к пятому занятию группа становится сплоченной и переходит в следующую, третью рабочую фазу – фазу собственно психотерапевтических изменений.

Во время дальнейших занятий с больными прорабатываются элементы патологического влечения к алкоголю. Только после осознания наличия тех или иных признаков патологического влечения к алкоголю у себя больные в дальнейшем смогут эффективно противостоять различным ситуациям, возникающим в реальной жизни. Применяя когнитивные техники и гештальт-упражнения, описание которых приведено далее, больные синтезируют обычно

присущие им мысли, чувства, желания, фантазии, телесные ощущения и т.д. В ходе самостоятельных упражнений больные обучаются контролю за своим внутренними дестабилизирующими импульсами, приводящими к актуализации влечения к алкоголю, осознают имеющуюся между ними связь.

В дальнейшем используются техники, включающие анализ ситуаций употребления алкоголя и элементов ролевых игр, когда каждый пациент обучается отражать как внешнее алкогольное давление, так и собственные внутренние провокационные импульсы.

Отрабатываются когнитивно-поведенческие навыки: вербальное и невербальное описание и выражение собственного эмоционального состояния, формулы отказа от алкоголя, включающие обязательное обозначение своей личностной позиции; навыки уверенного поведения; способы релаксации и снятия психоэмоционального напряжения.

Окончательный этап групповой работы подразумевает, что каждый пациент, основываясь на расширении «сознаваемого личностного пространства», осуществляет постановку для самого себя индивидуальных задач, решение которых создаст условия для полного отказа от употребления алкоголя.

Психотерапевтические техники и упражнения

Новая медицинская технология носит интегративный психотерапевтический характер и использует элементы личностно-ориентированной психотерапии, а также гештальт-упражнения и когнитивные техники: развитие навыков психологической регуляции, расширение «сознаваемого личностного пространства», постановка индивидуальных задач, решение которых создаст условия для полного отказа от употребления алкоголя. Выполнение каждого упражнения обязательно обсуждается участниками группы. Каждое такое обсуждение является промежуточным подведением итогов, которое должно интегрировать полученный каждым

участником опыт в групповую реальность. Поэтому вопросы промежуточной дискуссии должны быть ориентированы не только на приобретенный опыт, но и на динамические характеристики взаимодействия в группе.

Ведение записей (может использоваться уже с первого занятия, более активно – со второго занятия и до конца курса). Одна из наиболее простых техник, может использоваться факультативно – т.е. ее использование скорее желательно, чем обязательно. Однако, при кажущейся простоте использование этой техники приносит неожиданные результаты. Используются 2 вида ведения записей:

- Выполнение в письменном виде «домашних заданий» – тем для размышления в промежутках между занятиями.
- «Расширенный вариант» – побуждение к ведению регулярных записей, дневника для регулярного фиксирования процессов развития внутренней жизни. Внешние события могут также записываться, поскольку они связаны с динамикой внутреннего мира.

Ведение регулярных записей является безусловно более трудоемким, требует внутренней сосредоточенности и самодисциплины, что для пациентов с невротоподобными расстройствами и алкогольной зависимостью будет одновременно и сложным, и полезным.

Ведение подобных записей преследует несколько задач:

1. Учит четко и ясно выражать свои мысли.
2. Учит из многих точек зрения выбирать одну, наиболее близкую и импонирующую – т.е. формировать собственное мнение.
3. Способствует самораскрытию.
4. Является стимулятором творчества.

Темы и информация для размышлений между занятиями непосредственно рождаются в ходе занятия и зависят от многих факторов, т.е. не могут быть «заданы» заранее. Такие темы часто встречаются в разных сессиях: «Что по совести было бы правильно сделать в моей жизненной ситуации?», «Зачем я, собственно, должен перестать пить?», «Ради чего (ради

кого) я хочу бросить пить?», «Как прекращение пьянства повлияет на мою жизнь и жизнь других людей?» и т.п.

Упражнения на внимательность и сознание (используются, начиная с пятого занятия). В одном из употреблений термин «внимательность» (mindfulness) означает ясное, осознанное (lucid) качество сознания (awareness) повседневного опыта жизни. Упражнения на внимательность служат основой выработки восприятия «здесь и сейчас», а также позволяют совершенствовать *самопонимание* личности, в том числе более четкое и глубокое понимание мотивов собственных поступков. Рационально использовать следующие упражнения:

«Чувствование – смотрение – слушание». Вот описание его выполнения – текст от лица ведущего-психолога/психотерапевта: *Устройтесь удобно, закройте глаза, расслабьтесь. Сосредоточьте внимание на правой ступне. Я предлагаю вам открыть свое сознание ко всему, что вы можете почувствовать в своей правой ступне в данный момент... и в другие моменты. Нет никакого особого ощущения, которое вам следовало бы искать или стараться вызвать. Просто нужно сосредоточиться на том, что есть. Вы можете почувствовать пустоту, как будто там ничего нет, либо это может быть покалывание, тепло или холод. Это может быть болезненным, нейтральным или приятным. Что бы вы ни чувствовали в своей правой ступне от момента к моменту, это нормально. Откройте свое сознание к прочувствованию того, что там есть, так ясно, как только можете.*

Я предлагаю вам, что называется, смаковать ощущения в правой ступне. Прочувствуйте их, это нечто особенное.

Переместите свои ощущения на правую лодыжку. При этом вы можете по-прежнему быть сосредоточены на ступне. Но теперь сосредоточьтесь и на том, что происходит в лодыжке. Если вы мысленно унеслись куда-то, то вернитесь к тем ощущениям, которые в ней есть.

Теперь переместитесь к правому колену и бедру и прочувствуйте, что вы там ощущаете. После этого перенесите свое внимание на правую ладонь и зафиксируйте свои ощущения.

Теперь прочувствуйте правое предплечье, посмотрите, какие ощущения или, может быть, конфигурации ощущений имеют там место. Затем просмакуйте, так сказать, ощущения в верхней части вашей правой руки. Помните, что нет «правильных» или «неправильных» ощущений; надо просто почувствовать все происходящее от мгновения к мгновению, не думая об этом.

Теперь переместите свое внимание через все тело к верхней части левой руки и прочувствуйте то, что в ней происходит.

Далее переходите ниже, к локтю и предплечью левой руки. Прочувствуйте левую кисть и ладонь. Когда вы сосредоточиваетесь на той или иной части тела, не важно, что появляются ощущения в других частях. Не отдавайтесь им и не отвергайте их, не теряйте себя в них. Просто концентрируйтесь на той части, которой вы в этот момент заняты.

Левая кисть, ладонь и пальцы. Вслед за этим перемещайте внимание на левое бедро. Отметьте здесь свои ощущения. Теперь вниз, на левую лодыжку, и еще ниже – на левую ступню. Далее я предлагаю расширить фокус внимания и почувствовать одновременно обе ступни и лодыжки... и оба бедра одновременно. Прочувствуйте обе ноги целиком.

А теперь еще больше расширьте свое внимание и, продолжая чувствовать ноги, прочувствуйте также и руки. Итак, вы ощущаете одновременно и руки, и ноги.

Продолжая чувствовать и то и другое, добавьте активное слушание имеющихся в этом помещении звуков.

Слышание превалирует над кинестетическими ощущениями, то есть ощущениями, связанными с телодвижениями, так что большая часть вашего внимания уделяется именно слушанию. Я предлагаю вам одновременно слушать и чувствовать и руки и ноги, слушать в том смысле, что вы открыты к тому, чтобы услышать те звуки, которые могут быть услышаны в данный момент. Вы не услышите тут ничего особенного, и вам не нужно слушать каким-то особенным образом, просто слушайте и чувствуйте свои руки и ноги.

...через некоторое время я попрошу вас еще больше расширить объем своего внимания и медленно открыть глаза, продолжая одновременно с этим активно слушать звуки и чувствовать свои руки и ноги.

...зрительное восприятие мира – наше доминирующее чувство, так что оно займет большую часть внимания, примерно 50 – 60 процентов. Наверное, около 30 процентов займет слух и около 10 процентов – ощущения в руках и ногах.

Итак, медленно открывайте глаза, продолжая ощущать руки и ноги и слушать звуки, которые здесь имеют место.

Теперь, когда вы открыли глаза, я предлагаю вам посмотреть на все более внимательно, чем обычно. Смотрите осознанно, не просто устремляйте взгляд в определенную сторону. Смотрите сначала на одну вещь, потом через несколько секунд на другую.

ПРИСУТСТВОВАТЬ в настоящем – ЗНАЧИТ ЧУВСТВОВАТЬ, СМОТРЕТЬ И СЛУШАТЬ.

«Часы» – участникам группы задается вопрос – «Чьи наручные часы самые старые и любимые?»; часы самого «самонадеянного» участника пускаются по кругу, он должен рассказывать о них, остальные тщательно изучают его часы и задают ему о них вопросы, например: «Какой формы минутная стрелка? Что находится на оборотной стороне часов? Что находится над цифрой 6?» и т.п.

«Ритм» – задание для всех участников: отбивать любым доступным способом свой особый ритм, при этом прислушиваясь к ритму других участников, выбирать понравившийся и переходить на него). Последнее упражнение помимо внимательности способствует развитию групповой сплоченности.

Базовое упражнение сознания. Участники группы разбиваются на пары и получают следующую инструкцию: *Выберите партнера, сядьте лицом друг к другу, расслабьтесь. Делитесь по очереди своим сознанием внешнего мира. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю, что...» – и заканчивайте его сообщением о своем непосредственном сознании*

ощущений, возникающих в результате воздействия предметов внешнего мира, например гудения кондиционера, запаха и т.п. Повторяйте эти высказывания и продолжайте сознавать внешний мир в течение одной или двух минут. Старайтесь избегать интерпретации, оценивания или фиксации на чем-то одном, оставайтесь в контакте исключительно со своим сознанием внешнего мира.

..теперь переключитесь и слушайте, как ваш партнер рассказывает о своем сознании. Если вы чувствуете, что партнер «соскальзывает» и начинает интерпретировать или оценивать, скажите ему об этом.

...теперь обратите внимание на стимулы внутри вас. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о своем сознании внутренних ощущений, таких, например, как напряженность в животе, сухость во рту, зуд в руке и т.п.

Теперь партнер...

...теперь обратите внимание на содержание своих мыслей. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о своем сознании интереса к тому, сколько времени, о сознании тревоги по поводу близких или о сознании предположения о содержании мыслей партнера.

...теперь партнер...

Теперь понаблюдайте, куда поведет вас сознание, если не сосредоточиваться на какой-либо конкретной задаче. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о том, что вы узнаете в данный момент, к чему бы это не относилось.

...теперь партнер...

Смотрите на партнера. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о своем непосредственном сознании партнера. Затем начинайте предложение словами: «И я представляю, что...» – и заканчивайте его сообщением о ваших фантазиях или убеждениях относительно партнера. Например, вы можете сознавать, что ваш партнер сидит скрестив руки, и представить, что ему холодно.

Продолжайте описывать ваше сознание ощущений и фантазии в течение примерно двух минут, затем выслушайте обратную связь от своего партнера относительно точности своих оценок.

Затем послушайте, как партнер выполнит это упражнение, и дайте ему обратную связь.

«Сила языка». Это упражнение помогает участникам группы обратить внимание на содержание своей речи и изменить структуру своего языка. Упражнение следует выполнять «по очереди», «по кругу». Каждый из участников произносит три фразы, начиная каждую словами «я должен». Затем, сохраняя неизменными остальные части, произносит эти фразы, заменив в них слова «я должен» словами «я предпочитаю». Делится своими впечатлениями и переживаниями.

Следующий круг – каждый участник произносит три фразы, начинающиеся словами «я не могу». Затем заменяет в них «я не могу» на «я не хочу», сохраняя остальные части неизменными. Делится своими впечатлениями и переживаниями (обратите внимание группы на разницу между способностью отказать и чувством некомпетентности или беспомощности).

Следующий круг – участники по очереди произносят три фразы, начинающиеся со слов «мне надо», и затем заменяют «мне надо» на «я хочу». Делятся своими впечатлениями и переживаниями (обратите внимание группы на то, ведет ли замена необходимости желанием к ощущению свободы или к облегчению. Является ли то, о чем вы говорили, чем-нибудь действительно жизненно необходимым или чем-то тем, что хотелось бы, но без чего можно прожить).

Наконец, по очереди участники группы произносят три фразы, начинающиеся словами «я боюсь, что», и затем меняют «я боюсь, что» на «я хотел бы», оставляя остальные части фраз без изменений. Делятся своими впечатлениями и переживаниями (обратите внимание группы на то, мешает ли страх достижению важных целей и приобретению интересующего опыта).

Резюмируйте, что слова «я должен», «я не могу», «мне надо» и «я боюсь, что» отрицают способность человека быть ответственным. Изменяя свой язык,

участники группы могут сделать шаг к повышению ответственности за собственные мысли, чувства и действия. Обсудите использование этих слов в контексте описания пациентами своего употребления алкоголя или отказа от него.

Изменение патологических убеждений (возможно частично использовать на втором и четвертом занятии, но целиком используется на шестом-седьмом занятии). Для того чтобы выявить патологические убеждения относительно алкоголя можно использовать следующий список (индивидуальную работу с этим можно проводить в промежутке между групповыми занятиями):

1. Я не несу ответственность за употребление алкоголя.
2. Я могу остановиться в любой момент при помощи одной только силы воли.
3. Чуть-чуть алкоголя (пара кружек пива, пара стопок и т.п.) мне только на пользу.
4. Капля алкоголя еще никому не вредила.
5. Если в какой-то момент я и не смогу остановиться, ничего драматичного всё равно не произойдет.
6. Алкоголь мне необходим для того, чтобы как следует повеселиться.
7. К частому (систематическому) употреблению меня привели негативные чувства (гнев, страх, тревога, печаль, тоска и т.д.).
8. Чтобы не чувствовать себя плохо, лучший способ – выпить.
9. Испытывать опьянение приятно.
10. Я могу справиться с употреблением алкоголя лучше, чем другие.
11. Алкоголь нужен мне, чтобы чувствовать себя более уверенно.
12. Немного самодисциплины – и я всегда смогу перестать употреблять алкоголь.
13. Если я достаточно хорошо постараюсь, я всегда смогу себя контролировать.
14. Алкоголизм – просто вредная привычка.
15. От алкоголизма можно вылечиться.
16. Я лучше справляюсь с жизненными ситуациями, если выпиваю.
17. Я должен удовлетворять свои желания.

18. Я уверен, что, выпив, никогда не потеряю над собой контроль.
19. Со мной интересней общаться, я больше нравлюсь другим людям, когда немного пьян.
20. Я могу перестать выпивать в любой момент без посторонней помощи, если буду очень стараться (или – если только захочу).
21. Я должен быть все время в хорошем настроении.
22. Вы не можете сказать мне об алкоголизме ничего такого, чего бы я не знал.
23. Люди должны получать от жизни все, что им хочется.
24. Лучший способ справиться с проблемами – это не думать о них.

Каждый из пациентов в результате работы с этим списком высказывает свое согласие («да, согласен») или несогласие («нет, не согласен») с каждым утверждением. Отмечаются те утверждения, с которыми пациенты согласны – далее происходит групповая работа над их опровержением.

Техники опровержения. Каждое из выявленных патологических убеждений нуждается в опровержении. Целесообразно использовать два вида техник опровержения: контраргументы и объективное опровержение.

Техника контраргументов подходит для опровержения эмоционально насыщенных убеждений, имеющих личностный смысл для пациента. К таким убеждениям, например, относятся: *«я должен выпивать наравне с друзьями»*, *«алкоголь нужен мне, чтобы чувствовать себя более уверенно»*, *«со мной интересней общаться, я больше нравлюсь другим людям, когда немного пьян»*, *«лучший способ справиться с проблемами – это не думать о них»*, *«я должен быть все время в хорошем настроении»*, *«люди должны получать от жизни все, что им хочется»*, *«я должен удовлетворять свои желания»* и т.д.

Эта техника подразумевает нахождение с помощью участников группы контраргументов для каждого патологического убеждения. Удостоверьтесь, что контраргументы достаточно сильные, опровергают патологическое убеждение, и при этом они реалистичны и логичны. Например, к убеждению *«со мной интересней общаться, я больше нравлюсь другим людям, когда немного пьян»* могут быть подобраны такой контраргумент, как *«со мной интересней общаться, я больше нравлюсь другим людям, когда я абсолютно трезв и*

нахожусь в хорошем приподнятом настроении, которое возникает у меня, когда дела идут хорошо».

Техника объективного опровержения подходит для ошибочных убеждений, связанных с сущностью происходящего с человеком во время употребления алкоголя. Она не затрагивает эмоциональную составляющую убеждений, предполагает обучение стилю рассуждений с помощью логичных неэмоциональных аргументов. Техника объективного опровержения оптимально подходит для работы с пациентами в рамках краткосрочного курса, поскольку не задевает их эмоциональные струны и не вызывает протестных реакций.

Примеры объективного опровержения утверждений из приведенного выше списка. Убеждения декларируются отдельным пациентом, опровержения – вырабатываются группой.

Убеждения: *«Я не несу ответственность за употребление алкоголя»; «К частому (систематическому) употреблению меня привели негативные чувства (гнев, страх, тревога, печаль, тоска и т.д.)».*

Опровержение: зависимость от алкоголя носит физиологический характер, но поведение, приводящее к зависимости, т.е. систематическое употребление алкоголя, вызывается психологическими причинами. Принятие алкоголя – произвольное поведение. Ничто ни снаружи, ни внутри не вынуждает тебя к этому. Ты делаешь это сам(а). Ты сам(а) выбираешь алкогольный напиток, сам(а) покупаешь его, сам(а) выпиваешь. Ни желание, ни рефлекс, ни необходимость, ни эмоция, ни болезнь не может заставить сделать это. Все эти факторы могут склонять к употреблению алкоголя, но в конечном итоге именно ты говоришь «да, я выпью», что запускает весь процесс. Только ты несешь ответственность за свое поведение.

Убеждения: *«Чуть-чуть алкоголя (пара кружек пива, пара стопок и т.п.) мне только на пользу»; «Капля алкоголя еще никому не вредила».*

Опровержение: ты действительно выпиваешь по «чуть-чуть»? И как часто? Когда последний раз было так, чтобы ты выпил каплю? Все начинают с малого, но заканчивают большим.

Убеждения: «Я могу остановиться в любой момент при помощи одной только силы воли»; «Я могу справиться с употреблением алкоголя лучше, чем другие»; «Немного самодисциплины – и я всегда смогу перестать употреблять алкоголь»; «Я могу перестать выпивать в любой момент без посторонней помощи, если буду очень стараться».

Опровержение: зависимость от алкоголя – одна из очень сложных проблем, которые могут быть у человека. По сравнению с другими заболеваниями (в том числе психическими), от алкогольной зависимости избавляются гораздо меньше пациентов. Почему? Потому, что они сопротивляются лечению, уклоняются от него, искажают информацию о себе, не слушают врачей, игнорируют их рекомендации, и в целом саботируют помощь. Это происходит не потому, что зависимые от алкоголя люди не такие честные, умные или трудолюбивые, как другие. К такому поведению они прибегают по природе своей зависимости. Когда у человека есть зависимость, у него в голове звучат одновременно две мысли: одна предостерегает его от употребления (можно называть это инстинктом самосохранения, позитивным началом, и т.п.), другая – говорит, что нужно выпить. Человеку с зависимостью очень сложно противостоять этой второй мысли, она давит на него снова и снова, пока он не сдастся и не выпьет. А чем чаще он уступает этой второй мысли, тем сильнее она на него давит. И наоборот – чем чаще он может ей противостоять, тем слабее она будет. Но если зависимость уже есть, человек должен будет противостоять этой мысли до конца жизни и всегда контролировать себя.

Убеждения: «Я уверен, что, выпив, никогда не потеряю над собой контроль»; «Если я достаточно хорошо постараюсь, я всегда смогу себя контролировать».

Опровержение: Алкоголь воздействует на те участки головного мозга, которые отвечают за эмоции и поведение. В результате воздействия алкоголя на эти зоны мозга ты перестаешь себя контролировать – фактически ты даже не будешь пытаться это делать. Алкоголь на какое-то короткое время исказит твоё видение себя самого и окружающего мира, что приведёт к неправильному

неадекватному поведению. Не важно, насколько ужасным или глупым это может казаться тебе сейчас, но ты можешь сделать буквально все, будучи пьяным, и провести потом много времени, пытаясь исправить то, что натворил.

Убеждения: *«Алкоголь мне необходим для того, чтобы как следует повеселиться»;* *«Чтобы не чувствовать себя плохо, лучший способ – выпить»;* *«Испытывать опьянение приятно»;* *«Алкоголь нужен мне, чтобы чувствовать себя более уверенно»;* *«Я лучше справляюсь с жизненными ситуациями, если выпиваю».*

Опровержение: информация о биологических механизмах и психологическом смысле употребления алкоголя. Когда человек использует алкоголь для того, чтобы решить жизненные проблемы, он, таким образом не справляется с ними (это лишь иллюзия), а удовольствие, полученное от употребления алкоголя, является суррогатом настоящего жизненного успеха. Когда человек выпивает, он не борется, не преодолевает сложности, не наносит удар. Он делает прямо противоположное – бежит от проблем. Алкоголь – это неправильный, незрелый и трусливый способ встречи с жизнью, который никак не связан с преодолением проблем, развитием личности и успехом в жизни.

Убеждения: *«Алкоголизм – просто плохая привычка»;* *«От алкоголизма можно вылечиться»;* *«Вы не можете сказать мне об алкоголизме ничего такого, чего бы я не знал»;* *«Если в какой-то момент я и не смогу остановиться, то всё равно ничего страшного не произойдёт?».*

Опровержение: патофизиология зависимости, механизмы формирования зависимости и сущность болезни.

Психодраматические техники и ролевые игры (используются, начиная с пятого занятия, более активно – на седьмом-восьмом занятии).

«Золотая рыбка». Обязательно участие каждого участника группы. Каждый участник перед группой делает короткое сообщение на тему: *«Какие три желания я попросил бы выполнить золотую рыбку, попадись она мне в руки».* Обсуждение включает в себя ответы на вопросы *«Легко ли было выбрать три желания? Не остались ли какие-либо желания забытыми? Может ли ваши желания выполнить кто-либо другой, помимо золотой рыбки?»*

Можете ли вы сами что-либо сделать для выполнения ваших желаний?»
Имеет смысл тщательно фиксировать высказанные участниками желания для последующего анализа. Записи используются при выполнении дальнейших упражнений.

«Остров мечты». Участники группы получают следующую инструкцию: *«Мы все находимся на чудесном тропическом острове, где есть все, чего только можно желать: пальмы и песок, фрукты и море, горы и журчащие ручьи, трава и солнце. Поищите для себя на этом острове место для наслаждения, займите его и наслаждайтесь жизнью. Если вам чего-либо не хватает для счастья – обращайтесь ко мне. У меня есть все, чего только не пожелаешь...Расскажите по очереди, чем Вы занимаетесь, что позволяет Вам чувствовать себя счастливым, что у Вас есть, попросите, если Вам чего-либо не хватает».*

«Уютные местечки, приятные дела». Участники группы получают инструкцию обдумать и найти места, где они чувствуют себя совершенно комфортно, одно пребывание в которых доставляет им удовольствие, потом вспомнить занятия, которые доставляют им удовольствие. Иногда одно связано с другим, иногда – нет. Участники группы по очереди рассказывают об этих местах и занятиях остальным. Обсуждение. Примеры мест, доставляющих удовольствие: дача, горы, берег моря, рабочий кабинет, салон автомобиля, постель, концертный зал, ванная комната, бассейн, рынок, тренажерный зал, яхта. Примеры занятий, доставляющих удовольствие: чтение, классическая музыка, праздничное застолье, секс, споры о политике, послеобеденный сон, подводное плавание, компьютерные игры.

Ролевые игры. Разделите группу пополам, образуя два круга один внутри другого. По сигналу ведущего участники внешнего круга движутся по часовой стрелке, а внутреннего – против часовой стрелки. По сигналу участники останавливаются и поворачиваются лицом к соответствующему партнеру в другом круге. Находящиеся во внешнем круге играют роли «соблазнитель» - активно уговаривают выпить тех, кто находится во внутреннем круге. Соответственно, находящиеся во внутреннем круге, должны

приложить максимум усилий для отказа. Участники спонтанно продолжают ролевую игру в течение трех минут, затем в течение двух минут делятся с партнерами мыслями и чувствами относительно своего опыта.

По сигналу руководителя группа опять начинает движение, затем по сигналу останавливается и повторяет процедуру выбора партнеров. На этот раз участники во внутреннем круге играют роли «противников пьянства», старающихся объяснить вред употребления алкоголя участникам из внешнего круга. Через три минуты участники прекращают игру и делятся впечатлениями.

Изменение патологического поведения. Самый действенный способ изменить патологическое поведение при алкоголизме – не употреблять алкоголь. Обсуждая эту тему в группе во время краткосрочных занятий, не следует ориентировать пациентов на контролируемое употребление спиртного, более действенным и верным с точки зрения современной концепции алкогольной зависимости является ориентация на полный отказ от алкоголя.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

К возможным осложнениям при использовании данной медицинской технологии относится возникшее в ходе групповой работы резко негативное отношение кого-либо из пациентов к участникам группы и/или ведущим группы, неприятие групповой работы в целом, приведшее к отказу такого пациента от дальнейшего посещения групповых занятий. При соблюдении этических норм и общих правил поведения в психотерапевтической группе, а также противопоказаний к применению медицинской технологии, указанных выше, такие отказы являются крайне редкими и, как правило, связаны с глубинной личностной проблематикой конкретного больного.

Если такой отказ произошел, следует в индивидуальной беседе с пациентом:

- определить причины отказа от дальнейшего участия в группе;

- обсудить и проработать причины отказа в индивидуальном порядке;
- если после этого пациент продолжает отказываться от участия в группе, следует исключить для него групповые занятия, оставив только индивидуальные формы психотерапевтической работы.

Для остальных участников группы выбытие одного из членов является важным событием, которое нельзя игнорировать. Не стоит подробно обсуждать в группе причины отказа одного из участников, тем более в его отсутствие. Следует коротко сообщить им о том, что кто-либо из пациентов не будет продолжать участвовать в группе, корректно сформулировав причины. Корректная формулировка причин должна удовлетворять двум признакам:

- а) сохраняет тайну личности отказавшегося участника, не унижает и не оскорбляет его перед другими участниками группы;
- б) сохраняет для других участников групповую работу привлекательной.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Предлагаемая медицинская технология апробирована на 148 больных наркологического стационара, которые являлись участниками 16 групповых психотерапевтических сессий.

Средний возраст больных составил 36,7 лет. Средняя длительность заболевания составила 7,5 лет. Средний возраст манифеста заболевания 30,3 лет. Госпитализированы первично – 68,6 %, повторно – 31,4 %. Имеют неполное среднее образование – 9,3 %; среднее, средне-специальное – 52,3 %; неполное высшее, высшее – 38,4 %. Имеют следующий род занятий: рабочий – 24,4 %, служащий – 66,3 %, временно не работает – 9,3 %. Семейное положение: состоят в браке 48,8 % испытуемых, вдовы – 5,8 %, разведены – 37,2 %, не состоят в браке – 8,2 %.

Запойная форма алкогольной зависимости (F10.26) наблюдалась у 55,8 % больных, постоянная форма алкогольной зависимости (F10.25) у 44,2 %.

У всех больных в периоды воздержания от алкоголя наблюдались неврозоподобные нарушения:

- снижение работоспособности;
- нарушения сна;
- нарушения социальных контактов;
- переживание своей малоценности;
- немотивированные страхи;
- неуверенность в себе;
- познавательная и социальная пассивность;
- невротический сверхконтроль поведения;
- аффективная неустойчивость;
- элементы социальной дезадаптации.

Подобная мозаичная симптоматика не укладывается в рамки нозологических критериев МКБ-10, не выносится в диагноз и отмечается лечащим врачом в текущей клинической картине пациента.

Традиционным показателем успешности проведенного лечения для данного контингента больных является показатель «годовых ремиссий». Катамнестически отслеживалась длительность ремиссии (в мес.), ремиссия в течение 12 мес. после выписки из стационара принималась за максимальную. Количество больных, выраженное в процентах, достигавших ремиссии в 12 месяцев, выражало эффективность проведенного лечения. Полученные данные наглядно представлены на диаграмме 1.

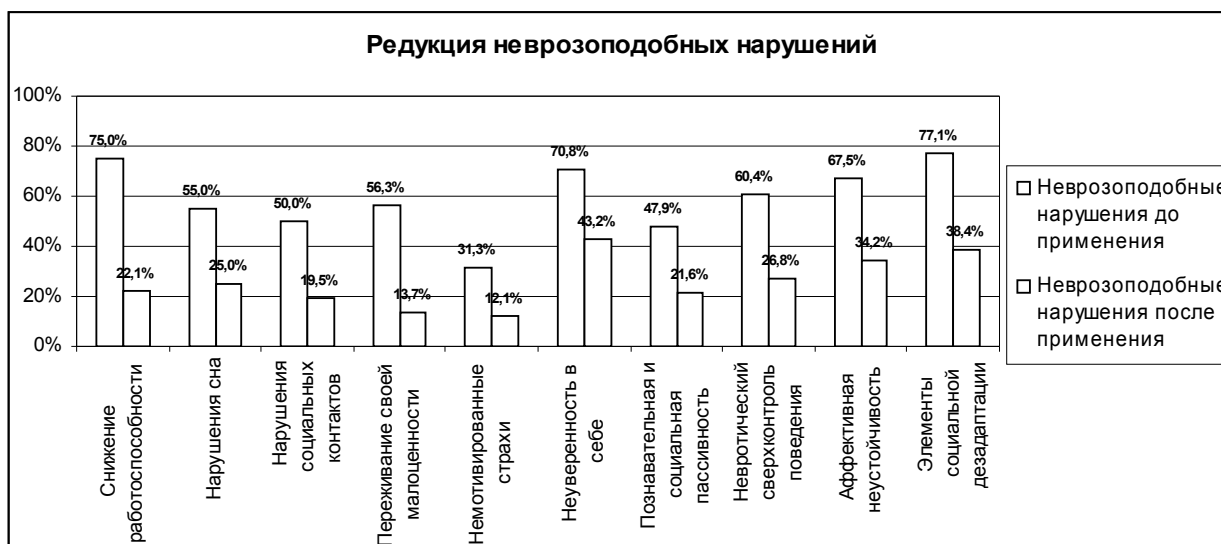
Диаграмма 1



Как мы видим на представленной диаграмме, применение предлагаемой медицинской технологии повышает эффективность традиционного лечения наркологического стационара (комплекс фармакотерапии и индивидуальной психотерапии) почти вдвое. По нашим данным 37,6 % пациентов после лечения в наркологическом стационаре воздерживаются от приема алкоголя 12 и более месяцев. А у тех пациентов, у которых традиционное лечение было дополнено применением новой медицинской технологии, количество годовых ремиссий составляет уже 68,3 %

В результате применения предлагаемой медицинской технологии наблюдалась значительная редукция неврозоподобной симптоматики, что проиллюстрировано на диаграмме 2 – столбцы отражают количество больных в процентном выражении от общего числа, у которых наблюдались те или иные неврозоподобные нарушения до и после лечения с применением новой медицинской технологии.

Диаграмма 2



Как очевидно из представленных на диаграмме 2 данных, все неврозоподобные нарушения редуцировались в значительной степени, причем

наибольшей редукации подверглись нарушения работоспособности, социальных контактов и самооценки.

Также эффективность предлагаемой медицинской технологии проведения краткосрочной групповой психотерапии в наркологическом стационаре подтверждается положительной динамикой существенных психологических характеристик больных алкогольной зависимостью с неврозоподобными расстройствами, относящихся преимущественно к когнитивной и мотивационной сфере личности, свидетельствующей о перестройке системы отношений личности больных, значительном устранении неврозоподобных нарушений, формировании предпосылок устойчивой ремиссии. Наблюдается динамика когнитивных характеристик, свидетельствующая о формировании у больных индивидуальной иерархии социальных приоритетов, позитивных изменениях в сфере социальной перцепции личности, повышении уровня осознанности поведения, уменьшении анозогнозии и формировании личностно-значимой установки на трезвость.

Дальнейшее личностное развитие пациентов, прошедших курс групповой психотерапии, подразумевает продолжение психотерапевтической работы, как в индивидуальной, так и групповой формах. Однако, если, с учетом современных социально-экономических реалий, подобного не происходит, пациенты все равно имеют мощный импульс, а также методологическую и техническую основу для самостоятельного личностного роста.

Упомянутые литературные источники:

- Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом. //Вопросы наркологии. – 1995, №2.
- Шустов Д.И. Психотерапия антивитаальных проявлений в клинике хронического алкоголизма. Пособие для врачей. – М. – 2000.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. – WHO. – 2001.
- Chappel J.N. Long-term recovery from alcoholism. // Psychiatr Clin North Am. – 1993.

Методическая литература:

- Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации. СПб, 1997.
- Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 1995, № 2, С. 73 – 79.
- Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Вукс А.Я., Михайлова И.Н. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР). Пособие для врачей и психологов. СПб, 1998.
- Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, 1988.
- Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Червинская К.Р., Иванов А.Е. Миннесотский многошкальный личностный опросник. СПб.: Лаб. клин. психологии Психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева, 2002.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева

Краткосрочная психотерапия больных алкоголизмом с неврозоподобными расстройствами: Новая медицинская технология / СПб. науч.-иссл. психоневрол. инт-т им.В.М.Бехтерева; Авторы-сост.: О.Ф.Ерышев и др. – СПб., 2007. – 32 с.

Подписано в печать 21.06.2007. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета

в типографии СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева

Печать ризографическая.

Заказ № 979. Тираж 300 экз.