

А. В. Копытов, Д. А. Донской, В. Н. Сидоренко

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В настоящей публикации представлен обзор литературы по имеющимся методам поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии алкогольной зависимости. Были проанализированы электронные базы данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года. В обзор включены исследования по эффективности, анализу различных методов поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии, и сравнение данной группы методов с другими видами вмешательств при алкогольной зависимости. Рассмотрены различные патогенетические механизмы данных методов при алкогольной зависимости. Показана эффективность данной группы методов в зависимости от индивидуальных клинических характеристик заболевания и особенностей его формирования. Проведен анализ показаний, ограничений при применении методов краткосрочной терапии. Рассмотрены вопросы рентабельности и экономической эффективности их применения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, поведенческая, когнитивно-поведенческая терапия, обзор, эффективность.

A. V. Kopytov, D. A. Donskoy, V. N. Sidorenko

BEHAVIOURAL AND KOGNITIVNO-BEHAVIOURAL THERAPY FOR ALCOHOL ADDICTION

This article provides an overview of the available literature on the methods of behavioral and cognitive behavioral therapy of alcohol addiction. Were analyzed electronic databases: “Current Contents”, “ЕТОН”, “Medline”, “PsycInfo”, “PubMed” since 1966. The review includes studies on the effectiveness of different methods of analysis of behavioral and cognitive behavioral therapy, and the comparison of this group of methods with other types of interventions for alcohol addiction. Considered various pathogenetic mechanisms of behavioral and cognitive behavioral therapy for alcohol addiction. It was shown the efficiency of this group of methods, depending on the individual clinical characteristics of the disease and the characteristics of its formation. Spend analysis readings, restrictions on the use of behavioral and cognitive behavioral therapy. Shown the questions of cost-effectiveness and economic efficiency of their use.

Key words: alcohol addiction, behavioral and cognitive behavioral therapy, review efficiency.

За последние полвека, теория поведения была расширена от поведенческой до когнитивно-поведенческой сферы, и была адаптирована для лечения широкого спектра проблем человека. Применительно к АЗ, она обеспечивала теоретическую основу для понимания этиологии патологического употребления, а также концептуальную основу для разработки клинических методов лечения данного расстройства. Ее основное положение состоит в том, что патологическое употребление, в значительной степени является приобретенным поведением, и что процессы научения, участвующие в его формировании, можно использовать для его изменения [45]. С этой точки зрения, лечение включает оценку поведения и функциональный анализ, чтобы идентифицировать специфический контекст употребления алкоголя определенным человеком, выбор эффективного вмешательства, а также возможность обучения новым моделям поведения в реальных условиях, позволяющим предотвратить срывы.

«Поведенческие» подходы охватывают в основном внешние предпосылки и последствия, которые влияют на поведение, без учета промежуточного когнитивного статуса или других индивидуальных факторов. «Когнитивно-поведенческий» подход включает когнитивные процессы и эмоциональные факторы, которые могут поддержать или изменить поведение, что в последующем позволит использовать поведенческие методы для изменения поведения [23].

Цель этого обзора литературы в том, чтобы рассмотреть, изданные исследования и сделать выводы об эффектах методов поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии, применяемых при лечении алкогольных проблем для последующего обоснования их эффективного применения в клинической наркологии.

Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слов: «алкогольная зависимость», «употребление алкоголя с вредными последствиями», «злоупотребление алко-

□ **Обзоры и лекции**

лем», «алкоголь», «хронический алкоголизм», «алкогольная интоксикация», «лечение», «психотерапия», «реабилитация», «профилактика», «ремиссия», «алкогольные проблемы», «поведенческая терапия», «когнитивно-поведенческая терапия».

В 2012 и 2015 годах произведен поиск электронных баз данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года.

Были рассмотрены доступные исследования в данной области, которые включали не только зависимых от алкоголя, но и лиц со злоупотреблением. В обзор включены исследования по методам поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии.

Были рассмотрены результаты мета-анализов, обзоров литературы и диссертаций. Самыми важными критериями по результатам, включенных исследований, были изменения в потреблении алкоголя и связанных с алкоголем проблем, продолжительность ремиссии. Субъекты в большинстве исследований были представителями из общей популяции, но некоторые исследования также включали пациентов из учреждений здравоохранения, больниц или амбулаторных клиник.

Наиболее актуальными методами поведенческой терапии являются: внешние воздействия, управление непредвиденными ситуациями, поддерживающие сообщества, тренинг копинг-навыков, профилактика рецидивов, поведенческая семейная терапия и соответствие пациента лечению.

Одна из поведенческих моделей АЗ основывается на принципе ассоциативного обучения и павловской (рефлекторной) модели, в которой условные раздражители непосредственно вызывают желание употребить алкоголь, а при повторных воздействиях способны формировать дальнейшее систематическое употребление [37, 44]. В данном контексте исследователи изучали взаимосвязь воздействия поведенческих, физиологических, когнитивных реакций на употребление алкоголя и клиническую эффективность коррекции этих воздействий в рамках процедуры лечения.

В ряде исследований, связанных с АЗ внешние воздействия не определены, как мощные активаторы для условных рефлексов [5].

Факторами, которые могут повлиять на чувствительность клиентов к воздействию внешних факторов в отношении употребления алкоголя являются внушение и реакция на реплики об алкоголе [5, 11]. Laberg [25] показал, что наиболее успешный способ, чтобы вызвать тягу в экспериментальных условиях, нужно проинформировать участников о разрешении употребить алкоголь.

Однако, наблюдение Drummond и соавт. [13] показало, что ни одно из опубликованных исследований проведенное на людях не продемонстрировало, что вызываемый вербальным воздействием ответ – является причинным фактором срыва.

Что касается лечебных мероприятий, включающих методику внушений, есть несколько исследований, которые оценивают результаты употребления. Drummond и Glautier [13] обнаружили, что воздействие внушений

было более эффективно, чем обучение релаксации, не в предотвращении рецидивов, а в снижении частоты и увеличении времени ремиссий. Monti и др. [10] нашли, что воздействие внушений, дополненное обучением копинг-навыкам, не отличалось от результатов стандартного лечения в последующие 3 месяца, но после 3 месяцев, субъекты подвергавшиеся внушениям сохраняли успехи, в то время как в группе сравнения результаты ухудшились.

Monti и др. [10] отнесли результаты преимущества эффекта в группе подвергавшейся внушениям за счет обучению копинг-навыкам, а не за счет воздействия вербальных внушений, что было поддержано в последующих исследованиях с использованием аналогичных мероприятий [11]. Таким образом, несколько исследований показали, что по результатам лечения посредством метода внушений с сопутствующим обучением копинг-навыкам либо без них, снижается тяжесть употребления, но нет влияния на предотвращение рецидивов. В исследовании сосредоточенном на выработке умеренного употребления спиртного [9] сравнили использование метода внушения (для снижением доз алкоголя) и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). Обнаружили, что при подверженности методам внушения эффективность на протяжении 6 месяцев была более существенной по снижению частоты и количества употребляемого алкоголя. Результаты этих исследований указывают на возможное применение методов внушения как процедуры лечения.

Ограничением воздействия внушения являются трудности в угашении определенных условных рефлексов, которые можно частично объяснить терапевтической резистентностью при лечении аддиктивного поведения [39]. Есть проблемы, осложняющие клиническое применение условно-рефлекторной модели. К ним относятся: а) спонтанное восстановление (тенденция возобновления условных реакций, которые были когда-то угашены, но появляются позже, когда появляются актуальные стимулы); б) генерализация (расширение спектра стимулов в отличие от тех, которые раньше актуализировали употребление и погашены в настоящее время) и с) быстрое возвращение условных рефлексов после употребленной дозы алкоголя [13].

Исследование вербальных воздействий было несколько несостоятельным из-за отсутствия достоверной информации о начальной реактивности и последующего отношения к алкогольному поведению. Возможно, переменные, влияющие на реактивность более разнообразны и сложны в отношении поведения человека, чем при проведении экспериментальных исследований, на которых базируется теория оперантного обусловливания.

Тем не менее, результаты мета-анализов по исследованию лечения методами внушения являются достаточно перспективными для того, чтобы дальнейшие клинические исследования оказались более оправданными. Они должны включать исследование факторов, которые могут увеличить или смягчить реактивность, такие как способность восприятия вербальных

внушений, особенности когнитивного статуса и личностного потенциала.

Наблюдение отношений между влечением к алкоголю и негативным влиянием внешних факторов при клинических исследованиях [27] указывают на возможность выявления дополнительных факторов, которые могут влиять на реактивность.

Управление непредвиденными ситуациями. Употребление ПАВ является одной из форм оперантно обусловленного поведения, поддерживающегося эффектами действия самого вещества и социальными последствиями.

Лечение АЗ включает в себя устранение или ослабление естественных факторов подкрепления употребления алкоголя, а также предоставление подкрепления для воздержания с помощью материальных ресурсов [21]. Была волна исследований таких подходов лечения алкоголизма в литературе 1970-х годов [26, 32]. При рассмотрении наркологических проблем, подход управления в непредвиденных ситуациях был более эффективен, по сравнению с методами лечения направленными на снижение употребления ПАВ и удержания клиентов в лечебных программах [21].

Процедуры управления в непредвиденных ситуациях были также использованы для усиления посещаемости лечебных учреждений [15] и соблюдение приема медикаментов [38].

В исследовании Petry и др. [18] показано, что, когда ситуационное управление добавили к стандартному лечению были улучшены посещаемость врачей, длительность рецидивов и снижено использование других ПАВ, которые не были объектом ситуационного вмешательства.

Поддерживающие сообщества не придерживаются так близко к методологии системы оперантного обусловливания, а используют вместо этого достаточно эклектичный набор мер, который включает в себя адаптированные навыки социального научения, поведенческой семейной терапии, совладающего поведения, обучение управлению стрессом, социального консультирования, а также включает в себя использование дисульфирама [31]. Несмотря на перспективные ранние сообщения [6], был длительный период, когда подход поддерживающих сообществ не был широко использован клинически и не было практически ни одного исследования кроме работ Azrin [6].

Smith и др. [48] сообщили об исследованиях бездомных алкоголиков, у которых подход поддерживающих сообществ показал преимущество перед стандартным лечением, хотя употребление алкоголя постепенно увеличивалось в течение последующего периода. Когорта участников поддерживающих сообществ пила запоями, принуждая авторов произвести поиск для клиента новых вариантов лечения, как альтернативу этому подходу, которая предсказывала бы успех. Budney и др. [8] объединили два оперантно-ориентированных метода, поддерживающие сообщества и управление в непредвиденных ситуациях, что показало свою эффективность при кокаиновой зависимости [8].

Существует немного исследований подхода поддерживающих сообществ с позиций доказательной медицины. В основном это сообщения в оригинальных докладах и нескольких мета-анализах (на основе ранних работ), что не позволяет с уверенностью говорить о достаточной эффективности применения данного подхода и ставит несколько вопросов о том, какие элементы подхода имеют решающее значение, какие средства необходимы для сохранения положительного эффекта после завершения лечения, как оценить его эффективность при лечении АЗ.

Обучение копинг-навыкам. Принятая в фокус внимания несколько иная, чем поведенческий подход, когнитивно-поведенческая теория рассматривает зависимость от алкоголя, как неадекватный способ справиться с проблемами или потребностями. С этой точки зрения, АЗ развивается в результате влияния подкрепляющих эффектов алкоголя, ожиданий относительно его последствий или имитационных моделей для подражания [10]. Лечение ориентируется на навыки, необходимые для изменения или адекватного реагирования на предикторы употребления или последствия, которые могут включать когниции и эмоции [32]. Дефицит копинг-навыков считают основным фактором риска употребления алкоголя и который, вероятно, продолжится при отсутствии адекватных копинг-навыков [33]. Таким образом, обратиться к обучению копинг-навыкам необходимо для преодоления их дефицита, устранению факторов, которые могут препятствовать преодолению срыва и при необходимости обеспечения их адекватного применения на практике.

Среди различных методов лечения обучение копинг-навыкам было самым широко изученным. Три мета-анализа определили его как первый [42] или второй [17] среди методов лечения АЗ с доказательной эффективностью. Тем не менее, по сравнению с другими методами лечения в исследованиях с использованием рандомизации, обучение копинг-навыкам часто не дает лучших результатов с точки зрения основных эффектов [43].

В обзоре по оценке эффективности КПТ, сосредоточенной главным образом на обучении копинг-навыкам Morgenstern и др. [34] отметили, что, несмотря на его сильные теоретические основы и впечатляющие данные по эффективности, никакие доказательства полностью не подтверждают его гипотетических механизмов действия. Для обеспечения доказательной эффективности копинг-навыков нужно продемонстрировать, что ориентированное на приобретение копинг-навыков лечение: 1) уменьшает симптомы больше, чем лечение сравнения, 2) оказывает большее влияние на копинг-навыки, 3) результаты употребления изменяются совместно с изменениями копинг-навыков, 4) включение копинг-навыков в качестве ковариаты в статистический анализ снижает эффект лечения по употреблению. Morgenstern и др. [34] обнаружили, что в большинстве исследований не удалось показать, что совладающее поведение было посредником при когнитивно-поведенческой терапии или ковариантой результата лечения. Есть немного исследований, до-

казывающих высокую эффективность применения коррекции совладающего поведения по сравнению с лечением сравнения, и изменение в копинг-навыках было связано с исходом употребления, а результаты лечения не связаны с изменениями копинг-навыков.

Longabaugh и др. [33] рекомендовали, что будущие исследования обучения копинг-навыкам должны использовать функциональный анализ для каждого участника и критерии мастерства, чтобы обеспечить адекватность их обучения.

Несколько отличительным вариантом обучения копинг-навыкам является профилактика рецидивов (ПР). Подход, который сочетает в себя ряд элементов лечения, многие из которых связаны с обучением навыкам. Подобно результатам Longabaugh и др. [33] в обзоре по исследованию использования ПР Carroll [12] обнаружил, что она продемонстрировала эффективность по сравнению с отсутствием лечения. Однако, по эффективности не была лучше, чем, при других альтернативных методах лечения. В мета-анализе исследований ПР установлено [14], что лечение методом ПР имело большее влияние на психосоциальное функционирование, чем на употребление ПАВ, что составляет лишь небольшую долю в определении последствий употребления ПАВ. Carroll и др. [12] обнаружили, что ПР является эффективным методом для поддержания эффекта лечения и снижения тяжести рецидивов, но преимущества лечения ослабевают при увеличении интервалов после лечения. ПР предполагает использование обучения копинг-навыкам, как дополнительную стратегию для повышения эффективности лечения.

Семейная поведенческая терапия (СПТ). Включение супруга/партнера клиента в лечение помогает выявить проблемы в отношениях, которые вызывают или усиливают употребления ПАВ, а также позволяет партнеру предоставить поддержку на этапах реабилитации клиента [30]. Поведенческий подход при лечении АЗ в парах позволяет выявить суть конфликтов, которые вызывают употребление, улучшить коммуникации в напряженных отношениях и позволяют поддерживать условия для воздержания [30]. СПТ показана, когда имела связь с насилием в семье [35]. Fals-Stewart и др. [16] обнаружили, что СПТ была более эффективной и более экономически целесообразной, чем индивидуальная терапия для снижения употребления ПАВ, поддержания ремиссии и уменьшения правовых, семейных, социальных проблем.

Существует вариант СПТ при одностороннем взаимодействии с супругом пьющего, которое использовано для мотивирования пьющего для обращения за лечением. Данная методология также может быть использована с участием значимых других, желающих помочь алкоголику. Значимые другие участвуют в программе, включающей в себя: мотивационное интервьюирование, обучение управлению в непредвиденных ситуациях для обеспечения воздержания, обучение навыкам коммуникации, определения видов деятельности, которые будут конкурировать с употреблением, обучение управлению в ситуациях риска, подготовка нача-

ла лечения и выявление поддерживающих мероприятий за пределами отношений. Miller и др. [33] сравнили СПТ с Ал-Анон группами и программами конфронтационных вмешательств Johnson, и нашли, что СПТ была более эффективной для вовлечения немотивированных пьющих в лечебные программы. Miller и др. [33] обнаружили у пьющих снижение депрессии, тревожности, гнева и соматических симптомов при обеспечении поддержки со стороны значимых других.

O'Farrell's [35] в обзоре литературы показал, что СПТ при алкогольных проблемах является эффективной и превосходит индивидуально ориентированные методы лечения. Однако, он отмечает, что СПТ не стала популярной, несмотря на его эмпирическую поддержку, и «используется редко, если вообще используется». McCrady и др. [30] отмечают, что лечебный подход с участием физических лиц является сложным, так как они могут иметь свою собственную психопатологию и их взаимодействия могут быть дезорганизованы и разрушительными.

O'Farrell's [35] рекомендует СПТ для влияния на детей в алкогольных семьях, в качестве средства содействия для долгосрочного восстановления и для семей, в которых жена идентифицирована с пациентом и имеет коморбидную патологию.

Учитывая сообщения о незначительных преимуществах в отношении долгосрочных эффектов, особенно в более тяжелых случаях [35] рекомендуют добавить ПР в течение года после СПТ. Это в основном касается случаев, когда алкогольные и семейные проблемы были более тяжелыми изначально. Однако, McCrady и др. [30] обнаружили, что добавление ПР к СПТ привело к более коротким периодам ремиссии, хотя продолжительность срывов была коротче.

Miller и др. [33] отметили, что результаты эффективности поддерживающих сообществ и семейного тренинга не опубликованы, а значимые другие используют интуитивные собственные навыки или опыт других. Другие семейные подходы к привлечению алкоголиков для лечения, основаны на методах программ Джонсона, которые менее конфронтативны и предназначены для амбулаторного лечения [41]. Однако они нуждаются в проверке их эффективности.

Соответствие пациент-лечение. Соответствие пациент-лечение в литературе определяет некоторые характеристики клиента, которые определяют повышенный риск неудачи лечения и кто может извлечь выгоду из КПТ. В соответствующих исследованиях, которые включали КПТ, [5, 43] обнаружили, что клиенты с большей социопатией и психопатологией, были абстинентами и имели меньше проблем, связанных с алкоголем, после группового лечения. Клиенты, которые были относительно свободны от этих характеристик, жили лучше после интерактивной терапии. Longabaugh и др. [28] обнаружили, что клиенты с анти-социальными характеристиками показали лучшие результаты лечения после индивидуально-ориентированной когнитивно-поведенческой терапии, по сравнению с коллективной когнитивно-поведенческой терапией.

Выводы из других исследований [1] определили дополнительные характеристики клиентов, которые могут получить выгоду от КПТ. Например: лица, с внешним locus контроля, скорее всего, будут иметь преимущества от консультирования по поводу копинг-навыков; клиенты с существенной мотивацией на употребление, высокой тревожностью и более низким уровнем образования, могут получить выгоду от обучения навыкам коммуникации; клиенты, способные определить конкретные ситуации высокого риска имеют лучшие результаты лечения при применении ПР; одинокие мужчины могут, извлечь выгоду от подхода во-влечения в поддерживающие сообщества.

Когнитивно-поведенческие вмешательства.

За последние 25 лет многочисленные когнитивно-поведенческие вмешательства для лечения алкогольной зависимости были разработаны и проверены [53]. Они отличались по продолжительности, модальности (групповые, индивидуальные, парные), содержанию (например, узкого или широкого спектра), условиям лечения (например, стационарное, амбулаторное) и имело ли место обучение копинг-навыкам в комбинации с другими терапевтическими методами (например, семейная терапия, фармакотерапия). Несмотря на различия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) при АЗ состоит из двух основных элементов. Во-первых, КПТ основана на принципах социально-когнитивной теории [7]. Применительно к АЗ [3, 29] эти принципы постулируют центральную роль когнитивного и поведенческого копинга. Дефицит в способности справиться с жизненными проблемами вообще и алкогольными проблемами в частности, чтобы сдерживать чрезмерное употребление алкоголя, приводит к возобновлению пьянства после abortивных попыток воздержания. Во-вторых, все виды КПТ используют форму обучения копинг-навыкам для преодоления когнитивного и поведенческого дефицита. КПТ использует стандартный набор методов, обучающих копинг-стратегиям, которые учитывают идентификацию и специфичность ситуаций, когда встречается несоответствие копинга, а также используют обучение, моделирование, ролевые игры и поведенческие репетиции. Эти методы на основе оценки предназначены не только для того, чтобы повысить уровень когнитивного и поведенческого копинга, но и для облегчения восприятия внешних воздействий и улучшения адаптации в стрессовых ситуациях.

Эффективность КПТ вмешательств при АЗ была продемонстрирована несколько раз в РКИ, особенно по влиянию на снижение употребления. Кроме того, всесторонние обзоры лечения алкогольных проблем оценивают программы КПТ как высокоэффективные при лечении АЗ [17, 42, 46, 53].

Сильная теоретическая база, впечатляющие данные об эффективности и слабые доказательства альтернативных эффективных методов лечения привели к господствованию КПТ в качестве доминирующей парадигмы при лечении АЗ в рамках научного сообщества. Например, обучение копинг-навыкам стало стандартом, с которым в настоящее время сравниваются другие методы лечения АЗ, и оно представляется либо в ка-

честве основного метода, либо как отдельного компонента (например, поведенческая семейная терапия) при комплексных интервенционных вмешательствах почти во всех клинических исследованиях лиц с АЗ. Подобные вмешательства, основанные на принципах КПТ, при лечении АЗ были разработаны и испытаны при лечении других зависимостей, например, зависимость от наркотиков [7], никотина [50] и азартных игр [51]. Опросы показывают, что профессионалы в области зависимостей рассматривают с теоретических позиций методы КПТ весьма эффективными [44]. Руководства по лечению КПТ, которые были разработаны и предназначены для практического использования [43, 49], были проверены на эффективность в нескольких проведенных исследованиях [36, 49]. Даже конкурирующие подходы, такие как 12 шагов и психодинамическая терапия, признают ценность КПТ и предлагают методы инкорпорирующие методы КПТ в свои модели лечения [19, 24].

Хотя ряд обзоров рассмотрели доказательства эффективности КПТ для АЗ [7, 10, 14, 17, 53], в обзорах не представлено доказательств, подтверждающих вероятные механизмы действия, через которое работает КПТ. Доказательства эффективности не демонстрируют, что лечение работает, как предполагают, так как возможны разные механизмы действия. Исследователи в целом согласны, что валидизация подхода к лечению должна включать доказательства эффективности действия, а также, что эффекты вмешательства прогнозируемы [22]. Демонстрация того, что лечение эффективно, без понимания того, как оно работает подрывает критерий доказательности научных исследований [20]. Специфично, если существенные элементы вмешательства не были идентифицированы, то это не может быть воспроизведено окончательно. Кроме того, идентификацию механизмов действия считают важной в отношении улучшения эффективности. В то время как КПТ оценивается как один из двух методов лечения, имеющих наибольшее доказательство эффективности, он по-прежнему ограничено эффективен при лечении АЗ [53]. Если активные компоненты можно было бы идентифицировать, то вмешательство можно было бы модифицировать для повышения его эффективности. Альтернативно, эффективность могла бы быть улучшена взаимодействием пациент-лечение или комбинированием лечения с другими активными компонентами [4].

КПТ для лечения АЗ ясно формулирует теорию, как вмешательства обеспечивают сокращение употребления алкоголя. Ключевыми факторами, связанными с вероятными эффектами, являются повышение самооценки, приобретение когнитивных и поведенческих копинг-навыков и использование этих копинг-навыков, чтобы справляться с напряженными и/или связанными с алкоголем ситуациями.

КПТ, определенно является одним из методов лечения классифицируемых, как метод лечения с широким спектром, который делает основной акцент не на употреблении алкоголя самого по себе, а на областях жизни, функционально связанных с употреблением

алкоголя и рецидивами. Основным предположением является то, что алкогольные проблемы возникают или продолжаются, потому что у человека не хватает важных копинг-навыков для обеспечения трезвой жизни. Поэтому методы лечения с широким спектром действия стремятся научить проблемно пьющих копинг-навыкам [53].

Для того, чтобы оценить эффективность метода КПТ нужно сравнить ее с альтернативными методами лечения.

Идентифицировали 10 исследований, которые протестировали гипотезу о механизмах действия КПТ. В большинстве мультицентровых исследований были проверены критерии копинга и связанные с употреблением алкоголя изменения. В целом, ни в одном из исследований не сообщили о положительных результатах. Только в исследовании Hawkins и др. [47] была засвидетельствована поддержка предполагаемых механизмов действия КПТ.

На основании доказательств, можно прийти к выводу, что научно еще не установлено, почему КПТ является эффективным средством для лечения АЗ. Несостоятельной оказалась гипотеза, что КПТ работает посредством воздействия на копинг-стратегии.

В проекте MATCH [40] проверено более 20 гипотез с вовлечением более чем 1700 участников, рандомизированных на три группы в зависимости от проводимых мероприятий: лечение КПТ, программа 12 шагов и тренинг повышения мотивации (ТПМ). Лишь немногие из проекта MATCH гипотез были подтверждены. Подтверждена гипотеза, что клиенты с более тяжелыми симптомами АЗ дифференцированно извлекают выгоду из КПТ; программа 12 шагов имела эффект лишь при незначительной тяжести АЗ [40]; клиенты с высоким содержанием гнева больше всего выиграют от ТПМ [40]. Результаты других исследований сравнения программы 12 шагов и КПТ показали их одинаковую эффективность [36], а Longabaugh и др. [28] обнаружили, что КПТ не превосходила других надежных методов лечения.

Причиной провала проекта MATCH является повторение выводов предыдущих исследований и общее отсутствие согласованности в этом исследовании, но соответствующая концепция заслуживает дальнейшего рассмотрения.

Таким образом, результаты одного научного исследования могут быть применимы к связанным с ними подходам, которые разделяют те же самые элементы, и, возможно, приведут к консолидации проверенных связанных с ними компонентов и подходов в одном пакете лечения.

Обнаружено, что автономное применение КПТ не превосходило результатов альтернативных методов лечения, но эффективность КПТ увеличивалась, если она была добавлена к другим видам лечения. Чем сильнее альтернатива, которая сравнивалась с КПТ, тем меньше вероятность, что КПТ была более эффективной. Это лучше, чем отсутствие лечения, что не позволяет говорить об отсутствии эффективности, но с другой стороны не была более эффективной, чем другие надежные методы лечения [28].

Основываясь на этих выводах, Longabaugh и др. [28] рекомендуют включить компоненты КПТ в подход более «широкого спектра», который включает такие мероприятия, как повышение мотивации, улучшение коммуникативности и поведенческую супружескую терапию. Тем не менее, ни одна из этих мер не была оценена в соответствии с критериями, которые Longabaugh и др. применяли в КПТ, поэтому они не могли предположить, что это обязательно повысит эффективность КПТ.

Многие из методов, используемых в КПТ основаны на научно полученных принципах научения, но когда эти принципы применяются к проблемам человека их научные истоки не предусматривают автоматическое получение статуса «научной гипотезы» [28].

Одной из рекомендаций является то, что должна быть разработана более широкая схема классификации эпизодов рецидивов, чтобы включить личностные и межличностные характеристики пациента, когнитивные особенности, факторы окружающей среды и несколько прошлых событий для решения вопроса об эффективном применении лечебно-профилактических мероприятий при алкогольной зависимости.

В литературе по психотерапии при сравнении результатов КПТ и аналогичных методов лечения позволили заключать, что КПТ работает через неспецифические эффекты [2, 52]. Однако, это является слишком общим заключением. Нужно улучшить методологический подход исследований эффектов КПТ и провести анализ по следующим позициям: критерии, лечение, дизайн и выборку. Должен быть проверен более исчерпывающий набор посредников КПТ, включая когнитивные конструкции, такие как негативные ожидания. Кроме того, далее необходима более концептуальная и методологическая работа, для того чтобы улучшить существующую самооценку и ролевое функционирование, чтобы гарантировать эффекты КПТ [7].

Относительно немного исследований рассматривали, является ли КПТ хорошим методом для лиц с дефицитом навыков. Может случиться так, что КПТ работает через специфические эффекты для подгрупп, которые хорошо подобраны к интервенционному подходу через более общие механизмы.

Кроме того анализ специфических эффектов следует дополнить рассмотрением активных ингредиентов, разделяющих КПТ и другие методы лечения АЗ. Анализу неспецифических терапевтических эффектов в лечении АЗ уделяется сравнительно мало внимания. Систематические попытки улучшить дизайн исследования в этих областях может обеспечить более точное понимание того, как КПТ и другие методы лечения АЗ, помогут улучшить результаты лечения.

Литература

1. *A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment* / M. E. Mattson [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol*. – 1994. – Vol. 12. – P. 16–29.
2. *A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, “all must have prizes”* / B. E. Wampold [et al.] // *Psychological Bulletin*. – 1999. – Vol. 122. – P. 203–215.

3. *Abrams, D. B. Social learning theory / D. B. Abrams, R. S. Niaura // J. Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. – 1987. – P. 131–178.*
4. *Agras, W. S. Helping people improve their lives with behavior therapy/ W. S. Agras // J. Behavior Therapy. – 1997. – Vol. 28. – P. 375–384.*
5. *Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity and relapse in treated alcoholic men / N. L. Cooney [et al.] // Journal of Abnormal Psychology. – 1997. – Vol. 106. – P. 243–250.*
6. *Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy / N. H. Azrin [et al.] // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. – 1982. – Vol. 13. – P. 105–112.*
7. *Bandura, A. Social Foundations of Thought and Action / A. Bandura // Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall. – 1986.*
8. *Budney, A. J. A community reinforcement plus vouchers approach: treating cocaine addiction / A. J. Budney, S. T. Higgins // National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD National Institute on Drug Abuse. – 1998. – Publication Number 98-4309.*
9. *Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy / T. Sitharthan [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 65. – P. 878–882.*
10. *Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation / P. M. Monti [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1993. – Vol. 61. – P. 1011–1019.*
11. *Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics / D. J. Rohsenow [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1994. – Vol. 62. – P. 620–626.*
12. *Do patients change in the ways we intend? Assessing acquisition of coping skills among cocaine-dependent patients / K. M. Carroll [et al.] // Psychological Assessment. – 1999. – Vol. 11. – P. 77–85.*
13. *Drummond, D. C. A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence / D. C. Drummond, S. Glautier // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1994. – Vol. 62. – P. 809–817.*
14. *Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review / J. E. Irvin [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1999. – Vol. 67. – P. 563–570.*
15. *Ersner-Hershfield, S. M. Clinical and experimental utility of refundable deposits / S. M. Ersner-Hershfield, G. J. Connors, S. A. Maisto // Behaviour Research and Therapy. – 1981. – Vol. 19. – P. 455–457.*
16. *Fals-Stewart, W. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis / W. Fals-Stewart, T. J. O'Farrell, G. R. Birchler // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 65. – P. 789–802.*
17. *Finney, J. W. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation / J. W. Finney, S. C. Monahan // Journal of Studies on Alcohol. – 1996. – Vol. 29. – P. 229–243.*
18. *Give them prizes and they will come: variable-ratio contingency management for treatment of alcohol dependence / N. M. Petry [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 250–257.*
19. *Gorski, T. T. Counseling for Relapse Prevention / T. T. Gorski, M. Miller // Independence, MO, House-Independence Press. – 1982.*
20. *Greenberg, L. S. Process research: current trends and future perspectives / L. S. Greenberg, W. M. Pinsof // The Psychotherapeutic Process: a research handbook. – 1985. – P. 3–20.*
21. *Higgins, S. T. Contingency management: incentives for sobriety / S. T. Higgins, N. M. Petry // Alcohol Research and Health. – 1999. – Vol. 23. – P. 122–127.*
22. *Hollon, S. D. The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications // American Psychologist. – 1996. – Vol. 51. – P. 1025–1030.*
23. *Kazdin, A. E. History of behavior modification / A. E. Kazdin, A. S. Bellack, M. Hersen. // International handbook of behavior modification and therapy, Plenum, New York. – 1982. – P. 3–32.*
24. *Keller, D. S. Exploration in the service of relapse prevention: a psychoanalytic contribution to substance abuse treatment / D. S. Keller, F. Rotgers, J. Morgenstern // Treating Substance Abuse: theory and technique, New York, NY, Guilford Press. – 1996.*
25. *Laberg, J. C. What is presented, and what prevented, in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjects? / J. C. Laberg // Addictive Behaviors. – 1990. – Vol. 15. – P. 367–386.*
26. *Liebson, I. A behavioral treatment of alcoholic methadone patients / I. Liebson, A. Tommasello, G. Bigelow // Annals of Internal Medicine. – 1978. – Vol. 89. – P. 342–344.*
27. *Litt, M. D. Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics / M. D. Litt, N. L. Cooney, P. Morse // J. Addiction. – 2000. – Vol. 95. – P. 889–900.*
28. *Longabaugh, R. Cognitive-behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions / R. Longabaugh, J. Morgenstern // Alcohol Research and Health. – 2000. – Vol. 23. – P. 78–87.*
29. *Marlatt, G. A. Relapse prevention / G. A. Marlatt, J. R. Gordon // Guilford, New York. – 1985. – P. 77–92.*
30. *McCrary, B. S. Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months / B. S. McCrary, E. E. Epstein, L. S. Hirsch // J. Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 1381–1396.*
31. *Meyers, R. J. Clinical guide to alcohol treatment: the community reinforcement approach / R. J. Meyers, J. E. Smith // Guilford Press, New York. – 1995.*
32. *Miller, P. M. Alternatives to alcohol abuse: a social learning model / P. M. Miller, M. A. Mastria // Research Press, Champaign, IL. – 1977.*
33. *Miller, W. R. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members / W. R. Miller, R. J. Meyers, J. S. Tonigan // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1999. – Vol. 67. – P. 688–697.*
34. *Morgenstern, J. Cognitive behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action / J. Morgenstern, R. Longabaugh // J. Addiction. – 2000. – Vol. 95. – P. 1475–1490.*
35. *O'Farrell, T. J. Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study / T. J. O'Farrell, V. Van Hutton, C. M. Murphy // Journal of Studies on Alcohol. – 1999. – Vol. 60. – P. 317–321.*
36. *Ouimette, P. C. Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness / P. C. Ouimette, J. W. Finney, R. H. Moos // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 65. – P. 230–240.*
37. *Reactivity to alcohol cues in alcoholics and non-alcoholics: implications for a stimulus control analysis of drinking / O. F. Pomerleau [et al.] // J. Addictive Behaviors. – 1983. – Vol. 81. – P. 1–10.*
38. *Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management / K. L. Preston [et al.] // Drug and Alcohol Dependence. – 1999. – Vol. 54. – P. 127–135.*
39. *Pavlovian conditioning of drug reactions: some implications for problems of drug addiction / J. J. Lynch [et al.] // Conditional Reflex. – 1973. – Vol. 8. – P. 211–223.*

□ **Обзоры и лекции**

40. *Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // Journal of Studies on Alcohol. – 1997. – Vol. 58. – P. 7–29.*

41. *The ARISE intervention. Using family and network links to engage addicted persons in treatment / J. Garrett [et al.] // Journal of Substance Abuse Treatment. – 1998. – Vol. 15. – P. 333–343.*

42. *The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation / H. Holder [et al.] // Journal of Studies on Alcohol. – 1991. – Vol. 52. – P. 517–540.*

43. *Relationship between role-play measures of coping skills and alcoholism treatment outcome / R. M. Kadden [et al.] // Addictive Behaviors. – 1992. – Vol. 17. – P. 425–437.*

44. *Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse / R. S. Niaura [et al.] // Journal of Abnormal Psychology. – 1988. – Vol. 97. – P. 133–152.*

45. *Rotgers, F. Behavioral theory of substance abuse treatment: bringing science to bear on practice / F. Rotgers, D. S. Keller, J. Morgenstern // Treating substance abuse. Theory and technique, The Guilford Press. – 1996. – P. 174–201.*

46. *Roth, A. What Works for Whom: a critical review of psychotherapy research / A. Roth, P. Fonagy // Treating substance abuse. Theory and technique, The Guilford Press. – 1996.*

47. *Skills training for drug abusers: generalization, maintenance, and effects on drug use / J. D. Hawkins [et al.] // Journal*

of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – Vol. 57. – P. 559–563.

48. *Smith, J. E. The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals / J. E. Smith, R. J. Meyers, H. D. Delaney // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1998. – Vol. 66. – P. 541–548.*

49. *Sobell, L. C. Bridging the gap between scientists and practitioners: the challenge before us / L. C. Sobell // Behavior Therapy. – 1996. – Vol. 27. – P. 297–320.*

50. *Stevens, V. J. Preventing smoking relapse using an individually tailored skills-training technique / V. J. Stevens, J. F. Hollis // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – Vol. 57. – P. 420–424.*

51. *Sylvain, C. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study / C. Sylvain, R. Ladouceur, J. Boisvert // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 65. – P. 727–732.*

52. *Tang, T. Z. Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression / T. Z. Tang, R. J. DeRubeis // Clinical Psychology: Science and Practice. – 1999. – Vol. 6. – P. 283–288.*

53. *What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature / W. R. Miller [et al.] // Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives (2nd ed.). New Jersey. – 1995. – P. 12–44.*

Поступила 5.07.2016 г.