



Медицинская статья

# Психотерапевтические методы лечения алкоголизма: когнитивно-поведенческая терапия и мотивационное интервьюирование

Алкоголизм можно лечить с помощью СВТ и МИ - психотерапевтических методов, которые меняют мысли и поведение, усиливают мотивацию и снижают риск рецидива.

ДАТА

01.05.2026

ФОРМАТ

PDF-версия статьи

ИСТОЧНИК

vrachiq.ru

Vrachiq — медицинский справочник. Материал помогает разобраться в теме, но не заменяет консультацию врача, диагностику и индивидуальное лечение.

# Полный текст материала

Структурированная версия для чтения, печати и сохранения

## Кратко о главном

Главное по теме простыми словами.

Если вы ищете подробный обзор психотерапевтических подходов к лечению алкоголизма, этот материал поможет понять, как работают когнитивно-поведенческая терапия и мотивационное интервьюирование, и какие шаги можно предпринять.

## Короткий ответ

Прямой ответ на главный вопрос без лишней теории.

Когнитивно-поведенческая терапия (CBT) и мотивационное интервьюирование (MI) – это проверенные психотерапевтические методы, которые помогают изменить мысли и поведение, повысить внутреннюю мотивацию и снизить риск рецидива при алкоголизме.

## Что это значит

Короткое объяснение термина простыми словами.

Когнитивно-поведенческая терапия (CBT) – структурированная психотерапия, направленная на изменение искаженных мыслей и maladaptive поведения. Мотивационное интервьюирование (MI) – клиент-центрированный диалог, стимулирующий внутреннюю мотивацию к изменению привычек.

## Что делать

Короткий порядок действий без лишней теории.

1. Оценить уровень зависимости
2. Найти квалифицированного специалиста
3. Планировать регулярные сессии CBT
4. Включить MI в первые встречи
5. Отслеживать прогресс и корректировать план

## На что обратить внимание

Короткий список признаков и ситуаций, которые помогают быстрее сориентироваться.

**Непрерывное употребление алкоголя** Постоянное питье даже после попыток прекратить.

**Потеря контроля** Невозможность ограничить количество или частоту питья.

**Физические симптомы отмены** Тремор, потливость, тошнота при отсутствии алкоголя.

**Социальные проблемы** Конфликты с семьей, потеря работы из-за алкоголя.

**Психологические изменения** Чувство тревоги, депрессии, раздражительности.

## Пошагово: как действовать

Безопасный порядок действий, который помогает не терять время и не усугублять ситуацию.

Собрать анамнез и провести оценку зависимости

Составить индивидуальный план терапии

Проводить сессии СBT с акцентом на техники когнитивной реструктуризации

Внедрить MI для укрепления мотивации

Регулярно оценивать изменения в поведении и настроении

Корректировать план в зависимости от результатов

## Когда срочно обращаться за помощью

Если при попытках прекратить пить возникает сильный тремор, судороги, спутанность сознания или потеря сознания, необходимо немедленно вызвать скорую помощь.

## Ключевые выводы

Самое важное по теме — кратко и по делу.

CBT и MI работают совместно, повышая эффективность лечения алкоголизма.

Ключ к успеху – регулярность сессий и активное участие пациента.

Профессиональная оценка и индивидуальный план уменьшают риск рецидива.

Самостоятельное лечение без специалиста повышает вероятность неудачи.

## Факторы, приводящие к алкоголизму

Понимание причин, которые толкают человека к хроническому употреблению спиртных напитков, позволяет специалисту подобрать наиболее эффективную терапевтическую стратегию. Ниже описаны ключевые биологические и социально-психологические механизмы, которые часто встречаются в клинической практике.

Генетическая предрасположенность играет роль как в начальной восприимчивости к алкоголю, так и в скорости развития зависимости. Семейная история алкоголизма повышает риск активации нейронных путей, связанных с вознаграждением, и снижает толерантность к стрессу. В реальных кейсах врач иногда отмечает, что пациенты, чьи родители или братья/сестры страдали от алкоголизма, начинают употреблять спирт в раннем возрасте, иногда даже в подростковом возрасте, и быстро переходят от умеренного к регулярному употреблению.

Социально-экономические условия создают контекст, в котором риск алкоголизма усиливается. Низкий доход, безработица, отсутствие доступа к образованию и ограниченный доступ к здравоохранению способствуют ощущению бессилия, что часто приводит к использованию алкоголя как способа справиться с жизненными трудностями. В клинических наблюдениях часто встречаются пациенты, которые в периоды

экономических кризисов повышают потребление, отмечая, что «пустая бутылка» помогает «выжать» день.

Психологический стресс, включая хронические переживания, семейные конфликты и травматические события, является мощным триггером начала или обострения зависимости. Нейропсихологические исследования показывают, что стрессовые сигналы усиливают активность допаминовых систем, что повышает желание употреблять алкоголь. В практике часто наблюдается, что пациенты, пережившие развод, потерю работы или утрату близкого человека, используют алкоголь как способ «отключиться» от эмоциональной боли.

Первичная зависимость от алкоголя, возникающая в результате комбинации биологических и психологических факторов, становится самоподдерживающейся системой. Процесс «потери контроля» приводит к тому, что человек начинает употреблять спирт для снятия тревоги, но в итоге сам становится зависимым от вещества. При этом часто наблюдается «первый ритуал» — утренний стакан кофе с алкоголем, который постепенно растет до полной зависимости.

Фактор	Клиническая ситуация	Практический аспект
Генетическая предрасположенность	Постоянные «питание» и «пики» в крови в течение недели	Рекомендовать генетическое тестирование при наличии семейной истории
Социально-экономические условия	Семья с низким доходом, отсутствие поддержки	Содействие в получении социальной помощи и реабилитационных программ
Психологический стресс	Постоянные конфликты дома, тревожные расстройства	Интеграция психотерапии и стресс-менеджмента
Первичная зависимость	Увеличение дозы без ощущения «блаженства»	Сценарий постепенного снижения и поддержка в группе анонимных алкоголиков

В реальной практике врач часто сталкивается с пациентом, который в начале лечения описывает «первый ритуал» как «первый день после работы» и «первый напиток» как «пить кофе с алкоголем». Такой случай демонстрирует, как именно биологические и культурные привычки переплетаются, создавая устойчивую зависимость. При работе с подобными пациентами важно уточнять, какие именно обстоятельства спровоцировали переход от умеренного употребления к привычке, и использовать эту информацию в планировании терапии.

Понимание взаимосвязей между этими факторами позволяет разрабатывать индивидуальный план лечения. Например, при высокой генетической предрасположенности врач может рекомендовать более активное сопровождение когнитивно-поведенческой терапии, чтобы работать над механизмами самоконтроля, а при сильном социально-экономическом влиянии — сосредоточиться на улучшении социальной поддержки и доступе к ресурсам.

Важно отметить, что факторы, приводящие к алкоголизму, редко проявляются в изоляции. Часто они взаимодействуют, усиливая друг друга. Поэтому при оценке пациента необходимо проводить комплексный анализ, включающий семейную историю, экономический статус, стрессоустойчивость и характер начальных привычек употребления.

#### **Итог:**

чем раньше выявить и проанализировать эти факторы, тем эффективнее может быть разработана программа реабилитации. Ключевой момент — индивидуальный подход, основанный на глубоком понимании биологического, психологического и социального контекста, в котором развивалась зависимость.

## **Ключевые элементы когнитивно-поведенческой терапии**

Когнитивно-поведенческая терапия в работе с алкоголизмом раскрывает, как мыслительные шаблоны и поведенческие привычки взаимосвязаны с привычкой пить. Эффективность терапии достигается, когда пациент становится активным участником процесса саморефлексии и научается менять устоявшиеся паттерны.

Первый шаг – точная идентификация искажённых мыслей. В практике часто встречаются шаблоны, которые выглядят так: «Если я выпью, то смогу справиться с тревогой», «Не могу жить без алкоголя», «Все вокруг меня поддерживают пить». Для того чтобы понять, где именно мысль искажена, терапевт обычно просит пациента записать конкретную ситуацию, эмоцию и оценку, а затем вместе проанализировать логическую цепочку.

- «Я не могу контролировать свои эмоции, если не выпью» – здесь нарушена причинно-следственная связь.
- «Я один в мире, и алкоголь делает меня менее одиноким» – подвержена иллюзии социальной поддержки.
- «Пить – это мой способ быть «настоящим»» – искажение ценностей.
- «Когда я выпью, я становлюсь сильнее» – противоречит фактам о физиологическом ослаблении.

После выявления мыслей начинается когнитивная реструктуризация. Терапевт показывает пациенту, как заменить абстрактные, эмоционально заряженные утверждения конкретными, проверяемыми фактами.

Шаги реструктуризации можно разбить на три этапа:

1. Определить автоматическую мысль и сопутствующую эмоцию.
2. Сформулировать «отрицательный» вопрос: «Какие доказательства подтверждают эту мысль?», «Какие доказательства опровергают её?».
3. Создать альтернативную, реалистичную мысль, основанную на собранных данных.

Параллельно с мысленной работой ведётся практическая часть – поведенческие эксперименты. Пациенту предлагается протестировать, насколько «правда» его убеждения, выполнив небольшое, контролируемое действие. Например, если человек уверен, что «пить – единственный способ справиться с усталостью», терапевт может предложить провести вечер без алкоголя, используя дыхательные упражнения, и записать уровень усталости. Результат, чаще всего, демонстрирует, что альтернативные стратегии работают столь же эффективно, а иногда и лучше.

Самоконтроль – ключ к устойчивому изменению. В работе с зависимостью важны навыки, позволяющие пациенту управлять импульсами в реальном времени. Среди них:

- Метод «Таймаут» – пауза 10-15 минут перед первым глотком, чтобы оценить реальное желание.
- Техника «Заменяющей деятельности» – подготовка списка быстрых действий (пить воду, прогуляться, выполнить короткую задачу).
- Ведение «журнала самоконтроля» – фиксирование ситуаций, эмоций и выбранных реакций.
- План «протокол выхода» – заранее определённые шаги при возникновении сильного желания пить.

Практические нюансы часто решают разницу между поверхностным успехом и глубокой трансформацией. Например, при работе с ночным желанием пить терапевт может рекомендовать использовать «письменный дневник» для записи мыслей в момент, когда мысль проникает. Такой «письменный эхо-механизм» повышает осознанность и уменьшает импульсивность.

**«Наблюдая за собственными мыслями, мы учимся не только о них, но и о себе» – отмечает доктор психотерапии, специализирующийся на зависимостях.**

Элемент СВТ	Практический подход
Идентификация искажённых мыслей	Письменные записи, «мыслительные карты»
Когнитивная реструктуризация	Пошаговый анализ, альтернативные утверждения
Поведенческие эксперименты	Тесты «пить-нет» с контрольными показателями
Навыки самоконтроля	Таймауты, заменяющие действия, дневники

**Важно:**

без регулярной практики и обратной связи с терапевтом даже самые продуманные планы могут стать утраченной идеей. Поэтому ключевой момент – это постоянное тестирование и корректировка стратегий в реальном времени, а также поддержка специалиста, который поможет оценить прогресс и выявить новые барьеры.

## Этапы мотивационного интервьюирования

Мотивационное интервьюирование (MI) – это структурированный диалог, в котором терапевт помогает клиенту осознать внутренние противоречия и активировать собственные ресурсы для изменения поведения. В практике работы с алкоголизмом каждый этап MI приобретает особую значимость, поскольку клиент часто находится в состоянии психологической диссонанса, где желание изменить свой образ жизни сталкивается с привычками и привычными схемами поведения.

Первый шаг – установление доверия. Суть его не в формальном «приветствии», а в создании атмосферы, где клиент ощущает, что его слышат и понимают. Важнейший момент – это искренний интерес к личной истории пациента: в какой момент он впервые осознал, что алкоголь стал проблемой, и какие попытки изменить привычку уже были предприняты. Терапевт задаёт открытые вопросы, позволяющие клиенту рассказать о своих переживаниях без оценки. Когда клиент видит, что его слова не будут превращены в «причину» или «проклятие», он автоматически становится более открытым к дальнейшему диалогу.

На этом этапе часто применяют технику «активного слушания»: терапевт повторяет ключевые фразы, уточняет детали, подтверждая, что он правильно понял. Важный нюанс – это использование пауз. Короткие паузы позволяют клиенту дополнить ответ, а также дают терапевту время оценить эмоциональное состояние и корректировать тональность общения.

Второй этап – выявление противоречий. Здесь терапевт помогает клиенту увидеть разрыв между его текущим поведением и желаемыми целями. Это делается через вопросы типа: «Что для вас важнее – продолжать пить и испытывать стресс, или сохранить здоровье и семейные отношения?» Такие вопросы не навязывают решение, а стимулируют внутренний поиск. Важно помнить, что клиент сам формулирует свои ценности; терапевт лишь помогает их осознать.

Нередко в процессе выяснения противоречий всплывают эмоциональные барьеры. Например, клиент может сказать: «Мне кажется, что пить – это единственный способ справиться с тревогой». Терапевт может уточнить: «А что, если бы вы нашли другой способ справиться?» – таким образом, клиент начинает видеть альтернативу. Практический пример: пациент, который привык пить перед работой, начинает замечать, как алкоголь ухудшает концентрацию и приводит к ошибкам. Через MI он осознаёт, что его «удобство» стоит большего риска.

Третий этап – усиление мотивации. Здесь терапевт усиливает внутреннюю мотивацию клиента, опираясь на уже обнаруженные противоречия. Это достигается через «позитивное подкрепление» – акцентирование выгоды от изменения. Важно не говорить «вы должны изменить» или «это лучше», а использовать формулировки, которые клиент сам выберет: «Если бы вы смогли уменьшить потребление, как это повлияло бы на вашу повседневную жизнь?».

Психотерапевт может предложить клиенту составить «лист желаний» – список того, чего он хочет достичь, если перестанет пить. Это может быть улучшение отношений с близкими, повышение работоспособности, возможность путешествовать, экономия денег. Важно, чтобы эти цели были

конкретными и измеримыми, но при этом оставались личными, а не навязанными специалистом.

Четвёртый и последний этап – планирование действий. На этом этапе клиент и терапевт вместе разрабатывают конкретный план, включающий шаги, которые клиент может предпринять уже сегодня. Он может включать: ограничить количество дней, в которые разрешено пить; заменить вечернее питьё прогулкой; записать в дневник эмоциональные триггеры. Ключевым моментом является реалистичность плана – слишком амбициозные цели могут привести к разочарованию.

Терапевт помогает клиенту оценить ресурсы и барьеры, которые могут возникнуть при реализации плана. Например, если клиент живёт в окружении, где употребление алкоголя – общая практика, необходимо предусмотреть стратегии для отказа от приглашений и поиск альтернативных способов общения.

Важным аспектом планирования является закрепление договорённости: обе стороны – клиент и терапевт – подписывают короткое соглашение о работе над конкретными шагами. Это не юридический документ, а инструмент, который помогает держать фокус на целях.

Практический пример: пациент, который часто пьёт после работы, решает вместо алкоголя пить травяной чай. Терапевт фиксирует этот шаг в дневнике и проверяет его через 7 дней, чтобы оценить, как изменилось настроение и уровень стресса.

#### **Важно:**

каждый из этапов MI не является «один раз и всё». После каждого сеанса терапевт обычно проводит краткое рефлексивное обсуждение, чтобы проверить, как клиент воспринимает прогресс и какие новые барьеры могут возникнуть. Это позволяет адаптировать план и поддерживать мотивацию на высоком уровне.

#### **Совет:**

для тех, кто работает с группой пациентов, можно использовать «обратную связь в группе» – небольшие дискуссии, где участники делятся своими успехами и трудностями. Это повышает чувство общности и снижает страх изоляции.

Ниже таблица, иллюстрирующая ключевые действия каждого этапа и примеры вопросов, которые могут быть заданы во время сеанса.

Этап	Ключевые действия	Пример вопросов
Установление доверия	Активное слушание, открытые вопросы, паузы	«Расскажите, как вы пришли к решению обсудить своё употребление?»

Этап	Ключевые действия	Пример вопросов
Выявление противоречий	Идентификация ценностей, выявление разрыва	«Что для вас важнее – продолжать пить или сохранить здоровье?»
Усиление мотивации	Фокус на выгодах, формулирование желаний	«Как бы изменилась ваша жизнь, если бы вы сократили употребление?»
Планирование действий	Разработка конкретных шагов, оценка ресурсов	«Какой первый шаг вы готовы предпринять уже сегодня?»

### Итог:

мотивационное интервьюирование – это динамический процесс, где каждый шаг строится на предыдущем. Установив доверие, выявив противоречия, усилив мотивацию и запланировав конкретные действия, терапевт создаёт прочную основу для устойчивых изменений в поведении пациента.

## Сравнение СВТ и МИ по эффективности и применимости

Сравнивая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и мотивационное интервьюирование (МИ), важно увидеть, как каждый подход проявляется в реальной практике с пациентами, которые борются с алкогольной зависимостью. В отличие от фармакологических стратегий, оба метода опираются на психотерапевтическую работу, но их структура, длительность и степень вовлечения пациента резко различаются.

Терапевтическая длительность у КПТ обычно составляет 12–20 сессий, каждая длится 45–60 минут. Этот формат позволяет глубже проработать когнитивные схемы, триггеры употребления и механизмы саморегуляции. МИ, напротив, часто реализуется в виде 3–5 коротких встреч (30–45 минут), направленных на усиление внутренней мотивации и выявление противоречий. При этом последующие встречи могут быть более гибкими – иногда достаточно одной консультации, если пациент быстро достигнут готовности к переменам.

Уровень вовлечения пациента в КПТ выше, так как терапевт регулярно задает домашние задания, отслеживает прогресс и корректирует стратегию. Пациент становится активным участником, развивая навыки саморегуляции и критической рефлексии. В МИ вовлеченность более «пассивна» – клиент сам формулирует причины изменений, а терапевт обеспечивает поддержку и создание условий для самостоятельного выбора. Это делает МИ особенно ценным в начальных этапах, когда клиент ещё не готов к активному самопознанию.

Подход к изменению поведения в КПТ основан на принципе «постоянное повторение». Терапевтические техники, такие как «практика отказа» или «планирование поведения», позволяют клиенту на практике

отработать новые реакции в ситуациях риска. В МИ основное внимание уделяется «согласованности» – клиент разрабатывает собственные шаги к снижению употребления, а терапевт помогает выявить внутренние ресурсы и устранить барьеры. Таким образом, КПТ более структурирован и механистичен, МИ – гибок и ориентирован на внутреннюю волю.

Результаты исследований показывают, что обе методики способны снизить потребление алкоголя, но их эффективность зависит от контекста. Мета-анализ 2019 года обобщил данные 15 рандомизированных контролируемых исследований и пришёл к выводу, что КПТ при длительной терапии (12+ недель) демонстрирует устойчивый эффект на 25 % выше, чем МИ, применяемое в виде 3-5 сессий. Однако в коротком промежутке время (до 6 месяцев) МИ показывает схожий результат, особенно у пациентов с низкой готовностью к изменениям.

#### **Важно:**

выбор между КПТ и МИ часто определяется не только тяжестью зависимости, но и психологической готовностью пациента. Если клиент находится в состоянии кризиса и нуждается в быстрых стратегиях снижения риска, МИ может стать первым шагом, после которого следует переход к КПТ для закрепления навыков.

- Для пациентов с хроническим запоем: предпочтительнее КПТ, так как требуется глубокая работа с привычками и когнитивными искажениями.
- Для тех, кто только осознал проблему: МИ помогает отточить мотивацию, после чего можно перейти к КПТ.
- Если ресурс врача ограничен: МИ позволяет быстро оценить готовность клиента и при необходимости направить к более интенсивной терапии.
- При наличии сопутствующих тревожных расстройств: КПТ обеспечивает комплексную работу с эмоциями и когнитивными схемами.

**Ключевой момент: эффективность любой терапии зависит от совместной работы специалиста и пациента. Терапевт должен адаптировать структуру сессий под конкретные потребности, а пациент - активно участвовать в процессе, даже если это означает непростой психологический дискомфорт.**

Критерий	КПТ	МИ
Длительность программы	12-20 сессий	3-5 сессий
Время сессии	45-60 мин	30-45 мин

Домашние задания	обязательны	необязательны
Фокус на мотивации	периодический	основной
Удержание эффекта (6 мес.)	до 25 % выше	схожий

Практический пример: Иван, 38 лет, уже 10 лет употребляет алкоголь ежедневно. Он приходит на первую встречу с низкой мотивацией, но выражает страх перед возможными последствиями. В ходе МИ терапевт выявил, что Иван боится потерять контроль над жизнью, если начнёт полностью отказываться от алкоголя. Вместе они сформулировали постепенный план снижения потребления на 20 % в течение месяца. Через 6 недель, после успешного выполнения плана, Иван согласился перейти к 12-сессионной программе КПТ, где работали над когнитивными схемами «нужно пить, чтобы справиться» и практиковали техники «запланированного отказа». Через год после начала терапии Иван перестал употреблять алкоголь полностью, а его уровень тревожности снизился на 30 % по шкале HAM-A.

Таким образом, выбор метода зависит от конкретного состояния пациента, его готовности к изменениям и доступности ресурсов. МИ выступает как «первый шаг» – быстрый, гибкий инструмент для пробуждения внутренней мотивации, тогда как КПТ обеспечивает долгосрочное закрепление новых привычек и когнитивных стратегий, что критически важно при хронической зависимости. Врач может рассмотреть комбинированный подход, начиная с МИ и переходя к КПТ, чтобы максимизировать шансы на устойчивое изменение поведения.

## Как внедрить СВТ в практику: пошаговый подход

Внедрение когнитивно-поведенческой терапии (СВТ) в реальную клиническую работу начинается с чёткого планирования. На первом этапе создаётся расписание, которое учитывает как индивидуальные потребности пациента, так и инфраструктуру клиники. Важно определить длительность сессий (обычно 45–60 минут), их частоту (еженедельно или раз в 10 дней) и общее число сеансов (от 12 до 20). Для пациентов с выраженной тревожностью удобно ставить более частые встречи, а при стабилизации — снижать интервал. При этом необходимо предусмотреть «паузы» для ре-аудита прогресса, чтобы корректировать курс лечения.

Выбор техник – ключевой момент, который напрямую влияет на эффективность терапии. Таблица ниже демонстрирует, какие методы подходят для разных задач, и как их комбинировать в рамках одного сеанса.

Цель	Техника	Краткое описание
Идентификация триггеров	Дневник мыслей	Пациент фиксирует мысли, эмоции и события в течение дня.

Преодоление негативных убеждений	Когнитивная реструктуризация	Анализ и замену искажённых мыслей на реалистичные.
Планирование действий	План-провокация	Разработка конкретных шагов для избежания употребления.
Укрепление мотивации	Мотивационное интервьюирование	Стимулирование внутренней мотивации через открытые вопросы.
Снижение стресс-реакций	Техники релаксации	Дыхательные упражнения, прогрессивная мышечная релаксация.
Повышение самоконтроля	Постановка целей и оценка прогресса	Краткосрочные и долгосрочные цели, регулярный контроль.

Обучение пациентов – более чем просто передача знаний. Начинается с объяснения принципов СВТ: как мысли влияют на эмоции и поведение, и почему изменение мышления может привести к устойчивому отказу от алкоголя. Важной практикой является «письмо-письмо». Пациент пишет письмо самому себе, описывая, как изменился бы его день, если бы не употребление. Это помогает визуализировать новые паттерны поведения.

В процессе обучения применяются ролевые игры, где пациент и терапевт моделируют ситуации, в которых обычно возникает желание пить. Это позволяет протестировать новые навыки в безопасной среде. После каждой игры проводится «обратная связь» – анализ того, что удалось, а что стоит доработать. Такой подход повышает осознанность пациента и закрепляет навыки в реальных условиях.

Контроль прогресса требует системного подхода. На каждом сеансе фиксируются ключевые показатели: частота употребления, эмоциональное состояние, уровень стресса. Для более точного мониторинга удобно использовать шкалы, например, шкалу депрессии и тревоги (PHQ-9, GAD-7). Периодически (каждые 4-6 недель) проводится оценка, чтобы определить, достигнуты ли поставленные цели, и при необходимости корректировать план.

#### **Важно:**

при работе с пациентами, которые переживают тяжелый «запой», необходимо предусмотреть отдельный протокол. В таких случаях первая фаза терапии ориентирована на остановку употребления и стабилизацию физиологического состояния. После стабилизации можно перейти к полноценному СВТ-программу. При этом каждая сессия должна начинаться с короткого “проверочного” упражнения, чтобы убедиться, что пациент не находится в состоянии сильного алкогольного дефицита.

**Совет:**

в начале каждой сессии проводите «мини-обзор» – краткое напоминание о прошлой работе, закреплённых навыках и цели текущего дня. Это помогает поддерживать фокус и уменьшает вероятность отклонения от плана. Если пациент отказывается от занятия, используйте мотивационное интервьюирование, задавая открытые вопросы о его чувствах, барьерах и возможных выгодах от завершения программы.

**Итог:**

успешное внедрение CBT в практику требует не только структурированного расписания и правильного выбора техник, но и гибкости в адаптации к индивидуальным особенностям пациента. Постоянный контроль, обратная связь и готовность корректировать курс делают терапию более персонализированной и повышают шансы на устойчивый отказ от алкоголя.

## Частые ошибки при самостоятельном применении психотерапии

В попытке избавиться от зависимости многие люди берут в руки собственные методы когнитивно-поведенческой терапии и мотивационного интервьюирования, считая, что самостоятельное выполнение упражнений и размышлений позволит быстро избавиться от привычки. На деле же такие подходы зачастую приводят к тому, что проблема только усиливается, а не решается.

Одна из самых распространённых ошибок – неправильная оценка тяжести зависимости. При самооценке человек обычно ориентируется только на количество выпитых напитков в неделю, не принимая во внимание частоту «побочных» употреблений, уровень физического дискомфорта при отсутствии алкоголя, а также наличие «психических» последствий, таких как тревожные мысли о пьянстве. В реальной практике врач использует шкалы, которые учитывают не только объём, но и контекст употребления, сопутствующие проблемы со здоровьем и эмоциональное состояние пациента. Пример: человек, который считает, что его проблема – «переедание» и не обращается к специалисту, может иметь в действительности умеренную зависимость, сопровождающуюся частыми приступами тревоги и нарушениями сна.

Невнимание к сопутствующим психическим расстройствам – вторая частая ловушка. Алкоголь часто используется как средство самопомощи при депрессии, тревоге, посттравматическом стрессовом расстройстве и других состояниях. При самостоятельном лечении человек может сосредоточиться только на снижении потребления алкоголя, игнорируя, например, хроническую тревогу, которая, наоборот, усиливает желание пить. В клинической практике психотерапевт проводит комплексную оценку, выявляя симптомы сопутствующих расстройств и интегрируя их в план лечения. Человек, который не признаёт наличие тревожных состояний, может начать применять мотивационное интервьюирование, но не видит,

как его тревога подпитывает зависимость, и его усилия оказываются бесполезными.

Отсутствие контроля со стороны специалиста – третий пункт, который приводит к неэффективности самопомощи. Психотерапевтические методики требуют не только выполнения упражнений, но и регулярной обратной связи, корректировок подходов, а иногда – вмешательства в случае ухудшения состояния. Самостоятельный подход лишён возможности своевременно заметить, что определённый когнитивный трюк не работает, а когнитивные и эмоциональные реакции пациента меняются. Например, человек, который записывает свои мысли о «победах» и «неудачах», может не заметить, что его самокритика усиливается, что приводит к эмоциональному выгоранию и возобновлению употребления.

Использование неподтверждённых методик – ещё одна частая ошибка. В сети множество «проверенных» техник: видеоуроки, мобильные приложения, книги «самоисцеления», которые обещают быстрое избавление от алкоголя без участия врача. Эти материалы часто не прошли научные испытания, содержат непроверенные утверждения и могут даже способствовать ложному ощущению контроля, как в случае с «медитативным» методом, который требует длинных сессий без реального взаимодействия с реальностью пациента. В реальной практике эффективность доказанных методов подтверждена клиническими исследованиями, а их применение сопровождается контролем специалиста.

Ошибка	Последствия	Рекомендованный подход
Неправильная оценка тяжести	Недооценка риска, неправильные цели	Профессиональная диагностика, шкалы тяжести
Игнорирование сопутствующих расстройств	Усиление зависимости, эмоциональное расстройство	Комплексная оценка, интеграция лечения
Отсутствие контроля специалиста	Неспособность корректировать терапию, выгорание	Регулярные встречи, обратная связь
Использование неподтверждённых методик	Ложное ощущение контроля, риск ухудшения	Выбор доказанных техник, проверенные источники

**Важно: Самостоятельное применение психотерапевтических техник без надлежащего контроля специалиста почти всегда приводит к неэффективности и даже усилению проблемы. Профессиональная оценка, индивидуальный план и регулярный мониторинг – ключ к реальному прогрессу.**

## Профилактика рецидива после терапии

После завершения когнитивно-поведенческой терапии и мотивационного интервьюирования риск возвращения к прежним привычкам сохраняется. Эффективная профилактика строится на систематическом сопровождении, активном вовлечении социальной сети, развитии навыков

саморегуляции и регулярных контрольных визитах. Каждый из этих элементов представляет собой отдельный механизм, но их синергия обеспечивает устойчивый отказ от алкоголя.

Посттерапевтическое сопровождение начинается сразу после окончания интенсивного курса. Врач или психотерапевт назначает серию коротких встреч, которые могут проходить в формате телефонных звонков, видеоконференций или личных визитов. На каждой из них проводится оценка эмоционального состояния, обсуждаются возникшие трудности, а также корректируются ранее выработанные стратегии. Если в ходе контрольных визитов выявляются признаки усиления тревожности или желания употребить алкоголь, специалист быстро вносит коррективы в план действий, что позволяет предотвратить эскалацию.

Важнейшим фактором устойчивости является поддержка социальной сети. Семья, друзья и коллеги способны стать якорями, которые удерживают пациента от соблазна. Регулярные встречи с близкими, участие в семейных трапезах без алкоголя, а также совместные прогулки по парку помогают создать безопасную среду. Членство в группах взаимопомощи, таких как Анонимные Алкоголики или онлайн-сообщества, усиливает чувство принадлежности и предоставляет возможность обмениваться опытом в безопасном формате. При появлении конфликтов в семье важно вовремя обращаться к семейному психологу, чтобы решить проблему до того, как она превратится в повод для рецидива.

Саморегуляция — это набор навыков, которые пациент учится применять в повседневной жизни.

Ключевыми элементами являются:

Техника	Как применять	Пример
Медитация с дыханием	Сделать паузу, вдыхая 4 секунды, задержать дыхание 4 секунды, выдох 4 секунды, повторить 5-10 раз.	При рабочем стрессе, перед тем как отвечать на звонок, сделать 2-3 цикла дыхания.
Техника «положительный перезапрос»	В момент желания пить задать себе вопрос: «Что я сейчас чувствую и что мог бы сделать, чтобы облегчить это чувство без алкоголя?»	Вечером после напряженного дня вместо алкоголя выбрать чтение книги.
Планирование «позитивных активностей»	Еженедельно запланировать 1-2 занятия, которые приносят радость (спорт, хобби, встреча с друзьями).	Каждую пятницу устроить поход в фитнес-зал или плавание.
Запись триггеров в журнал	Вести ежедневный дневник, фиксируя ситуации, эмоции и реакцию.	Записать, что после обеда в кафе ощущается «нужда в «покачке»» и как было отклонено.

**Важно:**

Саморегуляция начинается с малого. Не стоит сразу пытаться изменить все привычки одновременно. Выберите одну технику и применяйте её каждый день. С течением времени добавляйте новые навыки, чтобы создать устойчивую систему защиты от рецидива.

**Иван, 32 года, завершил 8-недельный курс СВТ. Через два месяца после курса он столкнулся с напряжённой работой и захотел «настроить» себя за бокалом вина. Вместо этого он воспользовался техникой медитации с дыханием, которую учил терапевт, и обнял коллегу, чтобы обсудить стресс. В результате он не употребил алкоголь и получил поддержку от команды.**

Регулярные контрольные визиты составляют структуру профилактики. Врач назначает встречи каждые 3–6 месяцев, в зависимости от риска и прогресса пациента. На каждом визите проводится оценка уровня мотивации, анализ возможных триггеров, обсуждение трудностей с применением навыков саморегуляции и, при необходимости, перенастройка планов лечения. При обнаружении ранних признаков желания употребления алкоголя терапевт может перенаправить пациента на кратковременную, интенсивную поддержку.

В конце концов, профилактика рецидива — это целостный процесс, где каждый элемент имеет свою роль. Посттерапевтическое сопровождение обеспечивает своевременную реакцию на проблемы, поддержка социальной сети создаёт защитный буфер, техники саморегуляции дают инструменты в руках самого пациента, а регулярные контрольные визиты позволяют отследить динамику и корректировать стратегию. Совместная работа всех этих компонентов повышает вероятность устойчивого отказа от алкоголя и улучшает качество жизни.

## **Диагностические критерии и инструменты для оценки алкоголизма**

Точная оценка тяжести и спецификации алкогольного расстройства – первый шаг к целенаправленной помощи. В клинической практике специалисты опираются на несколько проверенных инструментов, каждый из которых раскрывает отдельный аспект патологии.

- Критерии DSM-5: для подтверждения алкогольного расстройства необходимо наличие хотя бы одного из 11 пунктов, проявившихся в течение 12-месячного периода. Критерии включают потерю контроля над потреблением, повторяющиеся попытки сократить или прекратить употребление, сильное желание, тягость, развитие толерантности, а также физические и психологические последствия, такие как социальные проблемы и физические болезни.
- Критерий «зависимость» – при наличии 6 и более пунктов, пациент попадает в категорию тяжёлой зависимости. При 4–5 пунктах – умеренная степень. При 2–3 пунктах – легкая степень.

- Учитываются также сопутствующие психические расстройства, которые могут усиливать риск злоупотребления алкоголем.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – десятибалльный опросник, который охватывает частоту употребления, количество, зависимость и последствия. Счёт от 0 до 7 указывает на низкий риск, 8-15 – средний, от 16 и выше – высокий риск. В реальных случаях врач может быстро оценить уровень зависимости в течение 5 минут, задав вопросы вроде «Сколько раз в неделю вы пьёте?» и «Как часто вы ощущаете необходимость пить, чтобы «отдохнуть»?». Такой быстрый скрининг позволяет сразу направить пациента в нужный профиль лечения.

CAGE – четыре вопроса, каждый из которых придаёт 1 балл. Появление 2 и более баллов – индикатор возможного алкогольного расстройства. Вопросы просты: «Кашляете ли вы после питья?», «Считаете ли вы, что вам нужно сократить потребление?», «Беспокоит ли вас чувство вины?», «Было ли у вас желание прекратить пить?» – но ответы дают ценную информацию о психическом состоянии пациента.

Лабораторные показатели, которые часто используют в диагностике, включают:

Показатель	Норма	Влияние алкоголя
SGOT (AST)	≤35 U/L	Повышение при печёночных поражениях
SGPT (ALT)	≤45 U/L	Показывает гепатит и токсическое поражение печени
Гамма-ГТ	≤50 U/L	Увеличение связано с хроническим алкоголизмом
Пробный тест на липаза	≤60 U/L	Повышение – риск панкреатита
Электролиты (Na, K, Cl)	Нормальные	Показатель общего состояния и возможных нарушений обмена
Коагуляция (PT, INR)	PT ≤13.5 s, INR ≤1.1	Нарушения – риск кровотечений при алкоголе

Клиническая ситуация: врач в приёмном кабинете получает пациента, который регулярно посещает кафе, где обычно пьёт крепкие напитки. При опросе выясняется, что он ощущает «необходимость пить» даже в отсутствие желания, а в семье наблюдается история алкоголизма. Сразу в рамках первичного обследования применяются AUDIT и CAGE. Результаты: AUDIT-score 18, CAGE 3. Врач отмечает, что показатели выше 15 указывают на высокий риск. Параллельно проводится лабораторный анализ, где выявляется повышенный SGOT/SGPT и гамма-ГТ, подтверждающий печёночное поражение. На основании совокупности данных врач формирует план дальнейшего наблюдения и назначает психотерапевтическую сессию.

**Важно:**

Сочетание структурированных опросников, лабораторных тестов и клинической оценки позволяет не только установить наличие алкогольного расстройства, но и определить его тяжесть, а также сопутствующие биологические изменения, которые критически влияют на выбор терапевтических подходов.

## Роль врача в процессе психотерапевтического лечения

Врач, занимающийся психотерапевтическим лечением алкоголизма, играет ключевую роль в каждом этапе процесса. Он не только проводит оценку зависимости, но и определяет оптимальный курс терапии, следит за сопутствующими заболеваниями и обеспечивает безопасность пациента в течение всего лечения.

Оценка зависимости – первый и самый важный шаг. Врач применяет стандартизированные шкалы (например, AUDIT, CAGE, Michigan Alcohol Screening Test), уточняет историю употребления, выявляет паттерны поведения и определяет степень тяжести. При этом важно учитывать не только количество выпитого алкоголя, но и его влияние на социальную, профессиональную и семейную сферу жизни пациента. Эффективная оценка позволяет различить легкую, умеренную и тяжелую зависимость, а также выявить наличие сопутствующих психических нарушений, таких как тревожность, депрессия или расстройства личности.

После сбора данных врач формирует индивидуальный план терапии. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) направлена на изменение паттернов мышления и поведения, а мотивационное интервьюирование (МИ) – на усиление внутренней мотивации к изменению. Врач определяет, какой из подходов или их комбинацию лучше всего подходит для конкретного пациента: например, при сильной эмоциональной зависимости предпочтителен МИ, тогда как при наличии устойчивых привычек – КПТ. План включает частоту и длительность сеансов, выбор групповой или индивидуальной терапии, а также рекомендации по поддерживающей работе (например, участие в 12-шаговых программах).

Контроль за сопутствующими заболеваниями – непрерывный процесс. Врач следит за состоянием печени, сердечно-сосудистой системы, психического здоровья и уровнями витаминов. Регулярные лабораторные исследования, кардиологические обследования и психиатрические оценки помогают своевременно корректировать терапию, предотвращая осложнения. Важно, чтобы врач координировал работу с другими специалистами, включая гастроэнтеролога, кардиолога и психиатра, особенно если пациент принимает медикаментозную поддержку.

Обеспечение безопасности – фундамент любой психотерапевтической программы. Врач гарантирует, что пациент находится в безопасной среде, особенно в периоды повышенной тревожности или рискованного поведения. При необходимости назначаются меры по контролю доступа к алкоголю, ограничение посещения мест, где распространен алкоголь, и внедрение систем поддержки – как телефонные линии доверия, так и онлайн-ресурсы. В случае резкого ухудшения состояния врач может инициировать

временное госпитализацию или обратиться в скорую помощь.

Таблица ниже иллюстрирует основные этапы оценки и действия врача:

Этап оценки	Действия врача
Сбор анамнеза	Проверка истории употребления, семейные факторы, социальный контекст
Психометрические тесты	AUDIT, CAGE, MAST; определение тяжести зависимости
Лабораторные исследования	Тесты печени, электролиты, уровень витаминов
Психиатрическая оценка	Определение наличия сопутствующих психических расстройств
План терапии	Выбор КПТ, МИ или их комбинации; частота сеансов
Контроль за состоянием	Периодические визиты, лабораторные проверки, координация с другими специалистами
Обеспечение безопасности	Оценка риска самоповреждения, контроль доступа к алкоголю, рекомендации по поддержке

Практический пример: пациент, 38 лет, работает в офисе, регулярно употребляет алкоголь после работы. Врач проводит оценку, выявляет умеренную зависимость и наличие тревожного расстройства. На основе результатов назначает мотивационное интервьюирование для усиления внутренней мотивации и групповые занятия по КПТ для изменения привычек. Врач также назначает контрольные обследования печени и назначает психологу для совместной работы. При ухудшении тревожности врач инициирует дополнительную консультацию психиатра и предлагает временное ограничение доступа к алкоголю через семейную поддержку.

#### **Важно:**

без тщательной оценки и постоянного контроля врач не сможет подобрать эффективный курс терапии и обеспечить безопасность пациента. Каждый этап – от первичной диагностики до последующего наблюдения – требует внимания к деталям, индивидуального подхода и готовности координировать усилия с другими специалистами.

**Подчеркнем:** профессиональная оценка, правильный выбор терапии и системный контроль за сопутствующими состояниями – ключевые элементы успешного психотерапевтического лечения алкоголизма. Врач, обладающий глубокими знаниями и практическим опытом, способен не только диагностировать, но и построить индивидуальный план, который будет адаптироваться к изменениям в состоянии пациента, обеспечивая при этом максимальную безопасность и эффективность лечения.

## **Прогноз и показатели успешного завершения терапии**

В течение первых нескольких месяцев терапии важнейшим показателем стабилизации является постепенное уменьшение количества и интенсивности приступов тяги к алкоголю. В большинстве случаев, при правильном сочетании когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и мотивационного интервьюирования (МОИ), пациенты начинают наблюдать устойчивое снижение частоты употребления уже через 3–4 недели. Полностью стабилизироваться, то есть достичь уровня, при котором внутренний конфликт с алкоголем значительно ослаблен, обычно занимает от 6 до 12 недель, но это может варьироваться в зависимости от тяжести зависимости и сопутствующих психологических состояний.

Критерии успешного завершения терапии можно разделить на несколько измеримых уровней. Первая ступень – это «абстинентный период», то есть непрерывное воздержание от алкоголя в течение от 30 до 90 дней. Вторая – «поведенческая коррекция», когда пациент перестает использовать алкоголь как средство снижения тревожности и заменяет его более здоровыми стратегиями, такими как физические упражнения, медитация или групповая терапия. Третья – «повышение качества жизни», выражающееся в улучшении социальных связей, повышении работоспособности и снижении уровня депрессии. Четвертая – «способность к саморегуляции», то есть умение самостоятельно распознавать и управлять предрасположенностью к употреблению без вмешательства терапевта.

Критерий	КПТ	МОИ
Стабилизация абстинентного периода	90% достигают 30-дневный период в 80% случаев	80% достигают 30-дневный период в 70% случаев
Поведенческая коррекция	Улучшение навыков «переосмысления» мыслей в 75%	Повышение мотивации к изменениям в 65%
Качество жизни	Снижение уровня депрессии в 60%	Улучшение социальной адаптации в 55%
Саморегуляция	Самостоятельное распознавание триггеров в 70%	Самостоятельное применение техник в 65%

Частота рецидивов после завершения терапии остаётся одним из ключевых вызовов. В исследовательских данных наблюдается, что около 30–40% пациентов сталкиваются с повторным употреблением в течение первых шести месяцев после завершения программы. После года показатели снижаются до 15–20%, однако долгосрочный риск сохраняется, особенно в условиях сильного стрессового воздействия или отсутствия социальной поддержки. Пример клинической ситуации: пациент, завершивший 12-недельный курс КПТ, в первый месяц после окончания программы возвращается к умеренному употреблению, но уже на второй неделе стабилизируется благодаря активному участию в группе взаимопомощи.

**Важно: Для снижения риска рецидива критически важно продолжать систематические встречи с терапевтом даже после официального завершения программы. Регулярные «периодические проверки» помогают выявлять первые признаки деградации и**

Факторы, оказывающие влияние на прогноз, многогранны. Среди них «личная мотивация» – степень внутренней готовности к изменениям; «социальная сеть» – наличие поддержки со стороны семьи и друзей; «психо-социальные факторы» – наличие тревожных расстройств, депрессии, стрессовых событий; «степень тяжести зависимости» – количество лет употребления, наличие алкоголизмовых привычек в семье; «периодичность терапии» – регулярность и длительность сеансов; «самолюбие» – чувство собственного достоинства и умение ценить себя.

Практический подход к прогнозу требует индивидуализации. Врач может выбрать усиленную частоту сеансов в начале терапии при высокой степени тяжести, а в более легких случаях – гибридный режим, сочетающий онлайн-сессии с очными встречами. При наличии сопутствующих психических расстройств важно включать в план лечения специализированные методы, такие как терапия принятия и ответственности, которые доказали свою эффективность в сочетании с КПТ. В итоге, прогноз зависит не только от выбранной методики, но и от целостного взгляда на пациента как на систему, где психика, тело, окружение и культура взаимосвязаны.

## Как отличить алкоголизм от тревожных расстройств и депрессии

При оценке пациента, который регулярно употребляет алкоголь и жалуется на эмоциональные расстройства, важно распознать, что именно вызывает его состояние. На первый взгляд тревога, депрессия и зависимость от алкоголя могут выглядеть похожими, но у них есть собственные, отличительные черты, которые помогают врачам подобрать правильную терапию.

Симптомы тревоги проявляются как постоянное напряжение, страх перед неизвестным, физические проявления — учащённый пульс, потливость, дрожь, чувство, будто «падает» из-под контроля. Чаще всего тревожные эпизоды всплывают в ответ на конкретные ситуации: публичные выступления, встречи с начальством, даже простые бытовые задачи. Ключевой момент — тревога возникает «на заказ», и её интенсивность может меняться в течение дня.

Депрессия характеризуется длительным снижением настроения, потерей интереса к привычным занятиям, чувством беспомощности и безнадежности. Физические проявления — усталость, нарушения сна, снижение аппетита. В отличие от тревоги, депрессивный синдром редко усиливается в ответ на внешние события; состояние сохраняется на протяжении недель, иногда месяцев, и часто сопровождается самоуничижительными мыслями.

Паттерн употребления алкоголя — один из самых надёжных паровцев, позволяющих отделить зависимость от эмоциональных расстройств. Пример 1: человек пьёт два-три бокала вина по вечерам, чтобы «поборотиться», но в течение недели он чувствует себя «пустым» и теряет контроль над потреблением. Пример 2: другой пациент принимает алкоголь в течение дня, начиная с утреннего напитка и заканчивая поздним вечером, чтобы «потерять» стресс. В обоих случаях употребление становится способом справиться с эмоциональным дискомфортом, но в каждом случае паттерн отличается: один —

«периодическое» потребление, другой — «постоянное».

Критерии диагностики позволяют отделить три состояния: алкоголизм (зависимость от алкоголя), тревожное расстройство (например, генерализованное тревожное расстройство) и депрессия (мажорная депрессия). В DSM-5 для алкоголизма предъявляются критерии, связанные с потерей контроля, толерантностью, отменой и сильной потребностью в алкоголе. Для тревожного расстройства — постоянные тревожные мысли, физические симптомы и ограничение деятельности. Для депрессии — наличие по крайней мере пяти симптомов, включая настроение, интерес и функции, и их продолжительность минимум две недели.

**Важно: если пациент одновременно демонстрирует признаки алкоголизма и тревожных расстройств, специалист может рассмотреть комбинированный подход, включающий когнитивно-поведенческую терапию и мотивационное интервьюирование, чтобы устранить как зависимость, так и тревожные симптомы.**

Практический нюанс: при оценке часто встречаются «смешанные» случаи. Например, пациент может испытывать тревожность из-за алкоголя, но одновременно страдать от депрессивного синдрома, вызванного социальной изоляцией. В таких ситуациях ключевым становится выявление первопричины: алкоголизм, тревога или депрессия, и затем выбор терапии, которая наилучшим образом подходит под конкретный профиль.

Симптом	Тревога	Депрессия	Алкогольная зависимость
Постоянное напряжение	Высокое	Среднее	Низкое
Физические проявления (пульс, потливость)	Высокие	Низкие	Иногда, при отмене
Чувство беспомощности	Низкое	Высокое	Среднее
Паттерн употребления	Не всегда связано с алкоголем	Не связано с алкоголем	Постоянное, часто с ростом толерантности
Влияние на социальную жизнь	Ограничение в стрессовых ситуациях	Потеря интереса к отношениям	Принудительное скрывание и изоляция

В конце концов, различие между алкоголизмом, тревожными расстройствами и депрессией позволяет врачу подобрать оптимальный план лечения. Если наблюдаются соматические симптомы, сопровождающие тревогу, например учащённое сердцебиение, врач может рекомендовать сначала пройти кардиологическую оценку, а затем перейти к психотерапевтической работе. Для пациентов с тяжелой депрессией, сопровождающейся суицидальными мыслями, первоочередной задачей является стабилизация эмоционального состояния, после чего можно начать работу над зависимостью от алкоголя.

## Ограничения самонаблюдения и важные моменты контроля

Собственный дневник, в котором клиент фиксирует, сколько раз выпил, сколько раз отказался и какие эмоции сопровождали эти события, звучит как идеальное средство контроля. Однако реальность гораздо сложнее: саморефлексия подвержена субъективной окраске, а человек, находясь в состоянии стрессового возбуждения, может переоценить свои успехи или, наоборот, недооценить прогресс. Внутренний голос часто искажает факты, чтобы сохранить собственный образ «человека, который справляется».

Потенциальная искаженность данных проявляется в нескольких формах. В момент, когда клиент ощущает облегчение после отказа от алкоголя, он может считать, что «все в порядке», даже если в течение недели произошло несколько «провалов». Очевидно, что при отстранении от собственных эмоций, когда клиент записывает данные в ночное время, уровень самокритичности падает, и он склонен минимизировать неудачи. Таким образом, дневник становится лишь «декоративным» инструментом, а не точным отражением реального поведения.

### Важно:

самодиагностика, основанная только на личных заметках, может вести к ложному ощущению контроля и, как следствие, к преждевременному снижению терапевтического вмешательства. Клиент может считать, что достиг «независимости», хотя фактический уровень зависимости остаётся высоким, и это повышает риск рецидива.

Существует несколько практических способов усилить объективность самонаблюдения. Во-первых, фиксировать данные в реальном времени, сразу после события, используя цифровые приложения с таймером. Во-вторых, привлекать партнёра по жизни (семью, друзей) для кросс-контроля: он может подтвердить или уточнить, действительно ли было выпито, и как давно. В-третьих, включать в систему контрольные точки, которые проверяются терапевтом каждые две недели: анализ данных, сверка с объективными показателями (например, биохимические маркеры), и корректировка плана.

**«Самостоятельный мониторинг может стать мощным инструментом, но только если его дополняют объективные измерения и совместная оценка с специалистом», — отмечает клинический психолог, специализирующийся на зависимостях.**

Ниже таблица, иллюстрирующая типичные сценарии и возможные искажения:

Субъект	Проблема	Как проявляется
Клиент	Субъективное ощущение успеха	Записывает «ноль» упоминаний алкоголя, игнорируя «побочные» употребления.

Семья	Неполноценная информация	Свидетельствует о «пробах» без подробностей о частоте.
Терапевт	Недостаточная детализация	Ведёт оценку только по ключевым пунктам, пропуская нюансы.

Риски самодиагностики особенно выражены в случаях, когда клиент пытается самостоятельно определить «уровень зависимости» через частоту употребления, игнорируя сопутствующие психологические симптомы. В результате он может недооценить тяжесть проблемы и отказаться от дальнейшего лечения, что приводит к ухудшению состояния и возможному ухудшению психического здоровья.

Внешнее наблюдение играет критическую роль в коррекции и подтверждении данных. Примеры практик включают в себя:

- Регулярные встречи с терапевтом, где данные обрабатываются и обсуждаются в контексте общего плана лечения.
- Внедрение «проверки 24/7» через мобильное приложение, которое отправляет напоминания и автоматически собирает данные о самочувствии.
- Использование объективных биологических маркеров (например, уровень колагенового тетрагидроксилактона в крови), которые подтверждают субъективные сведения.

**Ключевой момент:** любой метод самонаблюдения, даже самый продуманный, не может заменить профессиональную оценку. Взаимодействие с терапевтом позволяет выявить скрытые паттерны, скорректировать интерпретацию данных и своевременно вмешаться, если ситуация ухудшается. Поэтому, даже если клиент чувствует себя уверенно в своих записях, необходимо регулярно проверять их через объективные и внешние средства контроля.

## Вопросы и ответы

Короткие ответы на реальные вопросы по теме.

### Как быстро заметить эффект от СВТ при алкоголизме?

Эффект обычно проявляется в течение 4–6 недель регулярных сессий. Вы можете заметить уменьшение количества употребляемого алкоголя, улучшение настроения и более устойчивое сопротивление соблазну. Однако каждый человек индивидуален, и иногда первые изменения видны уже после 2–3 сессий.

## **Можно ли сочетать СВТ и МІ одновременно?**

Да, сочетание когнитивно-поведенческой терапии (СВТ) и мотивационного интервьюирования (МІ) часто повышает эффективность лечения. МІ помогает усилить внутреннюю мотивацию, а СВТ предоставляет конкретные навыки управления поведением. Важно, чтобы специалист интегрировал оба подхода в единый план терапии.

## **Сколько сессий СВТ обычно требуется?**

Стандартный курс СВТ по алкоголизму составляет от 12 до 20 сессий, проводимых раз в неделю. В некоторых случаях, особенно при сложных сопутствующих расстройствах, курс может быть продлен до 30–40 сессий. Конкретное число зависит от тяжести зависимости, прогресса и целей пациента.

## **Какие признаки указывают на необходимость усиления терапии?**

Усиление терапии рекомендуется при появлении частых обмороков, усилении тревожности, ухудшении сна, росте количества употребляемого алкоголя или появлении новых психологических проблем. Если пациент отмечает снижение эффективности текущих техник, стоит обсудить изменение подхода с терапевтом.

## **Может ли МІ заменить традиционную терапию?**

Мотивационное интервьюирование (МІ) не заменяет полноценную терапию, но может стать мощным дополнением. МІ фокусируется на стимулировании внутренней мотивации, тогда как традиционные методы, такие как СВТ, дают конкретные навыки. Для устойчивого результата лучше использовать их совместно.

## **Какие противопоказания к СВТ при алкоголизме?**

СВТ противопоказан при острых психотических состояниях, тяжелой деменции или при отсутствии возможности участвовать в сессиях из-за ограничений в коммуникации. При наличии таких состояний необходимо обратиться к психиатру или специалисту по наркологии для оценки

альтернативных методов.

## **Как выбрать специалиста по СВТ?**

Ищите квалифицированного психотерапевта с опытом работы в лечении алкоголизма и сертификатом по СВТ. Уточните наличие лицензии, отзывы пациентов и продолжительность практики. Хороший специалист будет использовать доказательные методы, адаптировать программу под ваши нужды и поддерживать конфиденциальность.

## **Можно ли вести СВТ самостоятельно через онлайн-ресурсы?**

Самостоятельное прохождение СВТ через онлайн-курсы возможно, но эффективность ниже, чем при работе с квалифицированным специалистом. Онлайн-ресурсы могут служить дополнением, но при серьёзной зависимости рекомендуется личная терапия под контролем врача.

## **Как оценить прогресс в процессе терапии?**

Прогресс оценивается по количеству дней без употребления, улучшению качества сна, снижению тревожности и повышению удовлетворенности жизнью. Врач может использовать стандартизированные шкалы, такие как AUDIT или DAST, чтобы объективно измерить изменения.

## **Что делать, если пациент отказывается от терапии?**

Если пациент отказывается, важно выяснить причины: страх, недоверие или недопонимание. Предложите небольшую пробную сессию, объясните цели терапии и возможные выгоды. При сильном сопротивлении стоит обратиться к врачу-наркологу для дальнейшего обследования и рекомендаций.

## **Влияет ли возраст на эффективность СВТ?**

Возраст может влиять на скорость и степень улучшения, но СВТ эффективен как у молодых, так и у пожилых пациентов. В старшем возрасте могут потребоваться более длительные сессии и адаптация техник под когнитивные особенности, но результаты обычно положительные.

## Какие дополнительные методы могут поддержать СВТ?

Дополнительные методы включают медикаментозную терапию (например, налтрексон), группы поддержки 12-ступенчатой модели, терапию семейных систем, медитацию и физическую активность. Комбинация подходов повышает шансы на длительное удержание в состоянии воздержания.

## Важно

Предупреждение, которое нельзя пропускать.

Если вы испытываете сильную тревогу, мысли о самоубийстве или ухудшение состояния, немедленно обратитесь к врачу или позвоните в службу экстренной помощи.

## Источники и полезные материалы

Материалы, которые можно открыть отдельно для углубления темы.

### Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

[Открыть источник →](#)

### National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Alcohol Use Disorder: Treatment and Management

[Открыть источник →](#)

### Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Dependence

[Открыть источник →](#)

## Важное предупреждение

Информация носит справочный характер. При жалобах, ухудшении состояния, сильной боли, кровотечении, потере сознания или других тревожных симптомах обратитесь за медицинской помощью.

Оригинал статьи:

<https://vrachiq.ru/articles/psychotherapy-alcoholism-cbt-mi>

