

УДК 159.9.

***Е.В. Палюшик***

## **АТРИБУТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ФЕНОМЕНА АНОЗОГНОЗИИ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ**

Статья посвящена проблеме зависимости людей от психоактивных веществ, которая рассматривается в единстве физиологических, психологических, социальных и духовных компонентов личности. Описана авторская программа реабилитации лиц с алкогольной зависимостью. При анализе результатов акцент делается на способах коррекции механизмов атрибутирования, отношения к болезни, установки на лечение. Материалы статьи позволят специалистам оптимизировать работу с химически зависимыми людьми, могут использоваться в практической работе социальных и медицинских психологов, врачей психиатров-наркологов.

### **Введение**

Обратиться к проблеме зависимости людей от психоактивных веществ (ПАВ: алкоголь, наркотики и другие химические вещества) нас побудила актуальность этой проблемы. В различных источниках с небольшими расхождениями считается, что в зависимости находится до 20% людей, употребляющих алкоголь. По отношению к наркотикам эта цифра значительно выше. Всего в мире (без учета курильщиков табака) в зависимости от ПАВ находится около 500 млн человек.

Лечение больных с зависимостями от ПАВ в условиях наркологического стационара в настоящее время следует признать малоэффективным, поскольку ремиссию более одного года (после стационарного лечения) регистрируют лишь у 9–12% пациентов. Такая низкая эффективность требует разработки новых способов лечения заболевания, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии и препятствовать возникновению рецидивов.

Изучение литературы, относящейся к психологии алкоголизма, свидетельствует о многообразии и противоречивости точек зрения, подчас не поддающихся интеграции. «Любое поведенческое изменение невозможно без изменения его атрибутивных оснований, т.е. без атрибутивного реструктурирования, и остается лишь сожалеть, что в отечественной социально-психологической традиции исследования в данной проблемной области носят зачаточный характер», – считает В.А. Янчук [1]. «Анализ особенностей процесса причинного объяснения в современной социальной психологии связывается, прежде всего, с понятием атрибутирования, определяемого как правдоподобное объяснение человеком самому себе причинности происходящего. Как люди отвечают для себя на вопрос о том, в чем причина происходящего? Какую информацию они используют, принимая решения? Какие стратегии используются людьми при построении выводов? В чем причины ошибочных объяснений? Поиск ответов на эти и многие другие вопросы, связанные с пониманием лежащих в их основе особенностей и механизмов, предпринимается в рамках теории атрибуции (Antaki и Brewin, 1982; Harwey и Weary, 1981; Hewstone, 1989; Kelley и Michela, 1980). Подробный обзор различных теоретических подходов к атрибутированию на русском языке представлен Х. Хекхаузенем (1986) [2, с. 17–25].

Для зависимых от алкоголя людей способ атрибутирования и построения каузальных схем весьма специфичен: причины, которые приводят к употреблению алко-

---

Научный руководитель – В.А. Янчук, доктор психологических наук, профессор, декан факультета психологии Академии последипломного образования

ля, они относят как к диспозиции, личностным качествам (например, слабоволие), так и к ситуации (развод, неприятности на работе и т.д.), но никак не связывают употребление с патологическим влечением к алкоголю, т.е. собственной зависимостью.

Парадокс зависимости от ПАВ заключается в том, что при любой другой болезни, когда врач ставит диагноз, пациент начинает усиленно изучать симптомы своей болезни, степень ее опасности, перспективы лечения, и ему не приходит в голову сомневаться в правильности постановки диагноза и компетентности врача. В случае же злоупотребления синдромом зависимости от ПАВ главным препятствием на пути успешной терапии является отрицание пациентом своей болезни.

### **Некоторые социокультурные причины феномена анозогнозии**

1. Представление в общественном сознании об алкоголизме не как о болезни, а как о грехе, сознательном нарушении человеком морально-этических норм и правил ввиду его слабоволия и испорченности. Можно предположить, что эти представления – результат влияния православной христианской религиозной философии, трактующей эту болезнь как грех, одержимость дьяволом, а редкие примеры исцеления – как чудо. Именно эта общественная норма, как правило, доминирует в представлениях пациентов, рождая иррациональное убеждение, что человек усилиями воли может побороть «пагубную привычку». Признание болезни – это признание себя человеком слабовольным, безнравственным, т.е. человеком «второго сорта».

2. Признание болезни предусматривает отказ от спиртного и ведение трезвого образа жизни, что противоречит постоянному внутреннему желанию зависимого человека вернуть способность контролировать процесс употребления алкоголя, пить как раньше, то есть стать таким, как все. Ни абсолютная трезвость, ни алкоголизм не вписываются в традиционную схему культурного употребления спиртного, поэтому переход от пьянства к трезвости для зависимого человека означает «из огня да в полымя» и не обеспечивает ему возможность интеграции в социум.

3. Прошлый опыт пациента имеет мало примеров решения жизненных проблем без спиртного, что вызывает страх, печаль, одиночество, злость, зависть к умеренно употребляющим алкоголь людям. На собственный вопрос «Как жить дальше?» нет ответа.

В данной статье мы сосредоточимся на описании исследования и данных о структуре, клинических признаках и способе эмпирического исследования установки на лечение у больных алкоголизмом.

Отношение к болезни, по существу, интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это и знания о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Стратегия адаптивного или дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем предполагает различные варианты: активную борьбу с болезнью, принятие роли больного, игнорирование болезни и др. защитно-приспособительные механизмы личности, которые являются следствием определенного атрибутивного стиля больного.

Одной из концепций «алкогольной зависимости» в современной науке и практике является так называемая био-психо-социо-духовная концепция, которая была положена в разработанную и проведенную автором программу социально-психологической реабилитации лиц с алкогольной зависимостью. Целью программы было комплексное терапевтическое воздействие, направленное на коррекцию способов атрибутирования и построения позитивных каузальных схем у лиц с алкогольной зависимостью. Исследование было направлено на изучение взаимосвязи способов атрибутирования и типов отношения к болезни лиц с алкогольной зависимостью; также ставилась задача опреде-

лить практические психотерапевтические методы, применение которых способствует положительной установке на лечение у больных алкоголизмом.

Методологическую и теоретическую основу исследования составили: учение о психологии алкоголизма (Б.С. Братусь, 1984; Ф.Е. Василюк, 1984; Т.А. Немчин, 1989), теория деятельности А.Н. Леонтьева, работы в области общей психологии, социальной психологии, клинической психологии и психологии алкоголизма, и, в частности, положение о том, что алкоголизм – это заболевание, включающее в себя биологические, психологические, социальные, культуральные, духовные и другие проблемы.

Методами исследования стали методы клинической диагностики (наблюдение, беседа, анализ истории жизни и болезни), которые способствовали установлению контакта и сбору анамнеза. Методика представляет собой Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), разработанный с целью диагностики типов отношения к болезни. С помощью данной методики диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

### **Описание исследования**

Было предположено, что установка на лечение, как и всякая другая установка, включает в себя три основных компонента: познавательный (понимание связи социальных, психологических и соматических проблем с алкоголизацией, знание о возможности излечения от зависимости, знание реальных возможностей данного вида лечения, понимание трудностей, которые возникнут при прекращении алкоголизации и т.д.); эмоциональный (отношение к госпитализации и лечению, преобладающий фон настроения, степень его устойчивости); мотивационный (субъективные причины обращения к врачу, поступления в стационар; намерения прекратить алкоголизацию).

В соответствии с диагностической методикой было определено, что главной мерой для выявления того или иного вида установки выступает поведение больного. В соответствии с рекомендациями к проведению качественных исследований было выбрано 20 человек, проходящих лечение в наркодиспансере по поводу алкогольной зависимости [3]. Поскольку в данной методике пол, возраст, социальное происхождение и т.д. являются второстепенными качествами, то в группах не производилась фильтрация по данным признакам. Каждому испытуемому вручался бланк с текстом опросника. Разъяснялось, что на каждую тему можно сделать от 1 до 3 выборов (не более!) и номера сделанных выборов обвести кружком. Если ни одно из определений не подходит, обводится символ «0». Когда больной не хочет отвечать именно на данную тему, графа остается незаполненной. Однако число нулей и незаполненных граф в сумме не должно превышать трех. Время заполнения регистрационного листа не ограничивалось. Но консультироваться с другими не разрешалось.

Для того чтобы предотвратить групповое обсуждение утверждений, исследование производилось в индивидуальном порядке в изолированном помещении. Поскольку целью исследования являлось измерение количественных и анализ качественных изменений в уровне анозогнозии, мотивации и установки на лечение до и после терапевтического воздействия, направленного на реструктурирование атрибутивных оснований, то исследование проводилось в два этапа. Первый – когда опрашивались больные до лечения, второй – после лечения. При этом результаты сравнивались с людьми, проходящими лечение в стационаре, с которыми проводилась вышеуказанная диагностика, но терапевтическое воздействие было ограничено медикаментозным лечением.

Программа терапевтического воздействия проводилась в течение 12 дней и заключалась в выполнении разработанного автором методического плана. В результате пациенты обследуемой группы прошли следующие процедуры:

1. Прослушали 6 тематических лекций, одна из которых была посвящена самодиагностике (на данной лекции каждый испытуемый получил бланк с текстом «Мичиганского теста для выявления алкоголизма», результаты которого обсуждались по запросу респондентов на групповой структурированной психотерапии) [4].

2. Посетили 7 занятий (20 часов) динамической групповой психотерапии.

3. Посетили 5 занятий (10 часов) групповой структурированной психотерапии (терапевтическая группа, в структуру которой входит обсуждение самостоятельных письменных заданий), для подготовки к которой пациенты выполняли самостоятельные письменные задания по определенным темам.

4. Просмотрели 3 тематических видеофильма.

5. Посетили 8 занятий (16 часов) групп самопомощи «Анонимные алкоголики» (АА).

Анализ предварительного и заключительного интервьюирования исследуемых проводился методом количественного и качественного контент-анализа.

### **Результаты исследования**

На *пером этапе исследования* при помощи опросника ЛОБИ у 70% (14 человек) испытуемых был диагностирован анозогнозический тип отношения к собственной болезни: активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным причинам, отказ от обследования и лечения, желание «обойтись своими средствами». Кроме того, диагностика включала предварительную и заключительную беседы с исследуемыми, которые проводились в форме клинического интервью. При обработке методом контент-анализа были выделены смысловые блоки, которые в статье приводятся с результатами количественного контент-анализа.

1. Мотивы употребления алкоголя. В 54% общей массы ответов (у 85% испытуемых) преобладают социальные мотивы, психологические – в 12% ответов (25% испытуемых) и 34% ответов пациентов связаны с патологической мотивацией (при этом на патологическую мотивацию указывают 55% исследуемых).

2. Мотивы трезвости. В общей массе также преобладают социальные мотивы в 53% ответов (у 95% испытуемых), меньше психологических – 41% ответов (однако это только у 50% испытуемых) и 6% ответов относительно физиологических мотивов, связанных с желанием восстановления физического здоровья, и этот тип мотивации встречается у 25% исследуемых.

3. Отношение к алкоголю в 45% ответов (55% испытуемых) положительное, в 45% ответов (35% испытуемых) – отрицательное и в 10% общей массы ответов (10% испытуемых) – безразличное.

4. Основные потребности: 39% ответов (90% испытуемых) касаются социальных потребностей, 27% (40% испытуемых) – психологических и 34% ответов (95% респондентов) указывают на потребности, связанные с патологическим влечением к алкоголю.

5. Эмоции в трезвом состоянии (испытываемые чаще): 8% всех ответов (20% испытуемых) касаются положительных эмоций, 72% ответов (85% испытуемых) – отрицательных, 10% ответов (25% испытуемых) – равнодушные.

6. 10% (2 человека) признают собственную зависимость, 15% (3 человека) – признают с оговорками, 75% (15 человек) отрицают у себя заболевание.

7. Отношение к себе: 33% высказываний (40% опрошенных) указывают на положительное отношение к себе, 59% высказываний (85% опрошенных) – на отрицательное и 8% высказываний (10% опрошенных) к себе безразличны.

8. 28% высказываний (50% опрошенных) касаются положительного отношения к окружающим, 62% высказываний (70% опрошенных) – отрицательного и 10 высказываний (15% опрошенных) – безразличия к окружающим.

9. 10% ответов (10% опрошенных) указывают на положительное отношение к лечению, 45% (45% опрошенных) – на отрицательное и 45% (45% опрошенных) – на формально-вынужденное.

10. 21% ответов (25% исследуемых) отмечают положительное отношение к психотерапии, 39,5% (35% опрошенных) – отрицательное и 39,5% ответов (40% опрошенных) – безразличное.

11. 10% ответов и столько же респондентов положительно относятся к сообществу «Анонимные алкоголики», по 10% – отрицательно и 80% ответов и столько же исследуемых к сообществу АА равнодушны.

12. Смысл жизни имеет социальную направленность в 35% ответов (70% испытуемых), в 13% ответов (40% исследуемых) – личностную, 41% ответов (55% испытуемых) связан с патологическим влечением к алкоголю и в 11% ответов (у 30% исследуемых) смысл жизни отсутствует.

13. Относительно пожеланий себе 60% ответов (95% испытуемых) выявили социальную направленность и 40% ответов (50% исследуемых) – личностную.

14. Ассоциации со словом «алкоголь» касаются болезни, зависимости в 4% ответов (так отвечают 20% испытуемых), 39% ответов (40% исследуемых) указывают на то, что алкоголь мешает жить, и 57% ответов (90% исследуемых) указывают на то, что существуют случаи, когда только с помощью алкоголя данные лица представляют собственное существование.

15. 8% ответов (10% испытуемых) указывают, что ввиду равнодушия ко мнению окружающих ведут себя честно, 92% ответов (100% исследуемых) касаются желания обмануть либо скрыть правду от окружающих из-за различных страхов.

В результате качественного анализа были сделаны следующие выводы:

45% больных высказывают явно отрицательное отношение к лечению, неверие в его эффективность, убежденность в ненужности лечения, стремление уклониться от лечения, 45% имеют формально-вынужденное отношение, что также указывает на нежелание лечиться. 75% опрошенных прямо отрицают собственный алкоголизм. Среди высказываний пациентов преобладают: «Я здоров», «У меня нет проблем», «Я справляюсь сам», «Я не хочу лечиться», «Я безрезультатно лечился много раз», «Мне уже никто не поможет», «Я хочу и буду пить (алкоголь)». 55% испытуемых положительно относятся к алкоголю, а 90% отмечают, что существуют случаи, когда только с помощью алкоголя данные лица представляют собственное существование, среди жизненных потребностей 95% отмечают потребности, связанные с патологическим влечением к алкоголю и 80% имеют такую же мотивацию употребления.

Таким образом, у подавляющего большинства данной группы пациентов налицо проявление анозогнозии: отрицание проблем, связанных с болезнью, да и самого заболевания в целом; пренебрежение мнением врачей, удовлетворение собственным здоровьем. Все это, несомненно, определяет отрицательную установку на лечение. Всего 10% от общей выборки испытуемых заинтересованы в результатах лечения, верят в его успех и понимают, что только с его помощью больной может отказаться от алкоголя, стремятся к сотрудничеству с врачами. 85% исследуемых отмечают социальные мотивы употребления: «не хочу быть белой вороной», «на свадьбе (поминках, выпускном) все пьют», «гостей без пьянки не бывает», «меня заставили», «у нас так принято – три рюмки», «надо же даму угостить». 85% отрицательно относятся к себе, называя среди причин слабую силу воли, ощущения «ущербности» и беспомощности, нестабильность настроения и желаний, невозможность себя контролировать и брать ответственность

за что бы ни было. Мотивы трезвости у 95% испытуемых также имеют социальную направленность: стремление сохранить семью, заинтересованность в работе. Рассматривая данные высказывания респондентов в рамках теории атрибуции Weiner (трехмерной схемы: локус – стабильность – контролируемость), в большинстве случаев обнаруживается экстернальный нестабильный неконтролируемый способ атрибутирования.

По результатам *второго этапа исследования* видны значительные изменения в осознании своей проблемы, и в связи с этим степень адекватности осознания возможности излечения стала более корректной. По данным опросника, анозогнозический тип отношения к собственной болезни диагностируется у 20% испытуемых. В группе пациентов, не подвергавшихся реабилитационной программе, данный тип отношения по-прежнему диагностируется в 70% случаев. По результатам второго этапа диагностики методом количественно-качественного контент-анализа была получена следующая картина.

Установка у большинства от формальной и отрицательной перешла к положительной: 75% опрошенных высказывают отрицательное отношение к алкоголю, 60% признают собственную зависимость от алкоголя и высказывают положительное отношение к лечению. При этом 55% считают, что в выздоровлении им помогает работа по программе АА, и 65% положительно отзываются о психотерапии: «психотерапевты и анонимные алкоголики меня понимают», «анонимные помогли мне понять себя», «ну, уж если смог справиться консультант N, смогу и я», «история консультанта M похожа на мою – у меня есть шанс», «на психотерапевтической группе я впервые почувствовал себя в безопасности». В ассоциативном поле слова «алкоголь» слова «болезнь», «зависимость» встречаются у 70% (до реабилитационных мероприятий – у 10%) респондентов, столько же респондентов высказываются, что алкоголь мешает в жизни; 65% стали указывать на личностные мотивы употребления алкоголя, жизненные потребности у 80% опрошенных (до реабилитации у 40%) приобрели личностный психологический характер: «я всегда хотел понять: что со мной», «психолог показал мне меня», «на группе (психотерапевтической) я смог открыться», «благодаря психотерапии я понял, что можно жить честно», «в фильме “Когда мужчина любит женщину” я увидела себя и ужаснулась: ведь это сделала я», 55% стали положительно, с учетом болезни, к себе относиться, принимать себя (до реабилитационных мероприятий положительное отношение к себе высказывали 33% респондентов), также в пожеланиях себе у 75% заметна личностная направленность (до программы – у 50%). Таким образом, эти испытуемые стали более адекватно понимать внутреннюю картину болезни, связь своих соматических, психологических и социальных проблем с употреблением алкоголя. Это дало им возможность занять более активную позицию в установке на лечение.

Были отмечены реальные и психологически понятные мотивы трезвости у 65% пациентов, заключающиеся в восстановлении здоровья (до программы – у 25%), у 100% – в сохранении семьи и работы, у 70% исследуемых – в личностном совершенствовании (до программы на психологические мотивы указывали 50% исследуемых).

Большинство пациентов имеют высокий уровень тревожности, который обусловлен наличием выраженного внутриличностного конфликта между потребностью в продолжении алкоголизации и сохранения личностного статуса, что видно из процента отмечаемых больными отрицательных эмоций (80% пациентов отмечают их наличие и после терапевтических мероприятий), а также из приводимых ассоциаций со словом «алкоголь»: 70% – мешает жить, 70% – помогает. Однако произошел сдвиг в отношении к алкоголю как «социальному помощнику» в сторону психологического «расслабителя», «релаксатора», «увеселителя» и т.п., что подтверждает осознание психологических мотивов употребления. Результаты данного этапа диагностики показывают изменение установки относительно лечения на позитивную, и, согласно атрибутивной мотивационной модели, она приобретает интернальный (внутренний, личностный) характер. Таким

образом, можно сделать вывод, что у группы, прошедшей реабилитационный этап, атрибутивное реструктурирование каузальных схем произошло по следующим направлениям: 1) признание собственного заболевания (преодоление анозогнозии); 2) адекватное осознание собственных возможностей в выздоровлении от алкоголизма при помощи психотерапии и сообщества АА; 3) изменение низкой самооценки как результата отрицательного отношения к себе на более адекватную оценку собственной личности с учетом болезни; 4) осознание внутриличностных, интернальных факторов в качестве причин собственного поведения, принятие ответственности за свою жизнь.

Исходя из вышеизложенного, реструктурирование атрибутивных оснований, построение реальных каузальных схем при алкоголизме (или в терминах медицинской психологии – преодоление анозогнозии) влечет за собой изменение установки на лечение, и, как следствие, позитивные поведенческие изменения: отказ от употребления алкоголя для решения психологических, социальных и духовных проблем.

Достижению цели исследования способствовало строгое следование методическому плану, каждый пункт которого повлиял на результаты в целом.

1. Благодаря комплексному подходу к процессу атрибутивной терапии (терапии ложной атрибуции, терапии соответствующей действительности атрибуции специфического события и терапии общего стиля атрибутирования), разъяснительной [5], когнитивной [6], рационально-эмотивной [7] и гештальт-терапии [8], проводимых в формате динамической групповой и групповой структурированной психотерапии, пациенты рационально переосмыслили собственную жизнь, свою зависимость от алкоголя, ее причины и последствия. Это проявилось в увеличении личностной составляющей по отношению к социально-ситуативной в отношении мотивов употребления алкоголя (до программы 85% опрошенных отмечают социально-культуральные мотивы и 25% – личностно-психологические; после реабилитационных мероприятий 65% называют социальные мотивы и 65% – личностные. Увеличилось до 80% количество пациентов, имеющих личностно-психологическую направленность жизненных потребностей (до терапии такие потребности присутствовали у 40% исследуемых).

2. Благодаря тому, что в рамках ДПТ обсуждались конкретные проявления болезни, поведенческие моменты, чувства; пресекалась (психологом) критика личностных качеств, поощрялось проявление эмоций, больные в большинстве своем смогли избавиться от ложного стыда, преодолеть алекситимию (что подтверждается увеличением в два раза общего количества называемых эмоций: 59 высказываний на первом этапе обследования и 111 – на втором) и быть откровенными в высказываниях, не опасаясь критики и обвинений (что в обыденной жизни заставляет алкоголиков лгать и изворачиваться). Это видно из ответов относительно честности: 100% пациентов указывают на собственную лживость или сокрытие правды в начале исследования и только 10% иногда бывают честными; по окончании программы 55% выражают готовность к честному общению и 55% все же опасаются негативного отношения к себе других людей.

3. Просмотр тематических фильмов в огромной мере способствовал осознанию собственных проблем именно в связи с алкоголизмом. В процессе отреагирования на групповой структурированной психотерапии пациенты отмечали, что происходящее на экране позволило им «посмотреть на себя и на свою жизнь со стороны», увидеть в полном объеме то, что, благодаря защитным механизмам отрицания, проекции и рационализации, было либо вытеснено из сознания, либо приписывалось другим людям, либо преуменьшалось ввиду непереносимости испытываемых эмоций униженности, ужаса, стыда. Об этом можно судить по анализу общего отношения к психотерапии, т.к. впечатления от просмотренных видеофильмов обсуждались на ГСПТ (до программы только 25% исследуемых видят в психотерапии позитивный смысл, однако всего 8 положительных высказываний о ПТ, после – 50% респондентов и 32 положительных

отзыва). Высказывания пациентов, прошедших реабилитационную программу, о просмотренных видеофильмах: «почти все фильмы были про меня», «в фильме я увидел, какова моя жизнь» и т.п.

4. Написание самостоятельных письменных работ и их обсуждение на СГПТ способствовало более глубокой «инвентаризации» истории собственного заболевания: осознанию конкретных фактов его проявления, отслеживанию причинно-следственных связей. И в то же время обратная связь товарищей по группе и прослушивание их историй избавляло (по словам самих пациентов) от ощущения изолированности, глобального одиночества, давало чувство принадлежности и причастности, «понятости», что помогало справиться с тревогой и недоверием и быть максимально откровенными и правдивыми. Это также видно из анализа общего отношения к психотерапии и высказываний пациентов: «на группе (психотерапевтической) я понял, что моя жизнь зависит только от меня», «в обратной связи я увидел, что не одинок в своих проблемах», «мы там (на ГСПТ) все одинаковые – не страшно говорить».

5. Участие в ГСПТ трезвых алкоголиков из сообщества АА, а также посещение самими пациентами собраний АА дало им возможность увидеть ориентир в своем движении к трезвой жизни, поверить в то, что можно жить без спиртного. Консультанты (трезвые алкоголики) помогали пациентам поставить себе диагноз, идентифицировать собственные симптомы болезни, мотивировать пациентов к лечению, что им удавалось ввиду высокого уровня доверия и взаимопонимания между пациентами и трезвыми алкоголиками. Это подтверждается результатами анализа отношения пациентов к сообществу АА: до программы 10% опрошенных (2 высказывания) отмечают положительное отношение к АА, после – 50% исследуемых (14 высказываний) видят в данном сообществе один из путей выздоровления.

Таким образом, предложенная методика психокоррекционного воздействия как метода реконструкции атрибутивных оснований оказалась эффективной. В контрольной группе пациентов, получивших только медикаментозное лечение, изменений в уровне осознания болезни и в установке на лечение не произошло.

### **Заключение**

1. Способ атрибутирования связан с типом отношения к болезни следующим образом: внешний – нестабильный/стабильный – неконтролируемый (по модели Weiner) способ атрибутирования соответствует отрицательной установке на лечение; внутренний – стабильный – контролируемый/неконтролируемый способ атрибутирования – положительной установке.

2. Основным звеном в процессе реабилитации людей, страдающих синдромом зависимости от ПАВ, является групповая психотерапия, которая обязательно должна включать современные психотерапевтические подходы к лечению алкоголизма, такие как атрибутивная терапия, разъяснительная и когнитивная психотерапия; рационально-эмотивная и гештальт-терапия; видеотерапия. Эффективность групповой психотерапии в малых группах людей, зависимых от ПАВ, достигается сочетанием в ней достижений современной групповой психотерапии с философией сообщества АА [9–11].

Проведенное исследование расширяет и углубляет имеющиеся в отечественной психологии представления о психологических особенностях личности больных хроническим алкоголизмом, их влиянии на выбор методик психотерапевтического воздействия и прогноз результатов лечения. Исследованные психологические особенности больных хроническим алкоголизмом позволяют составить представление о наличии у больных установок на лечение и трезвость. Результаты исследования доказывают необходимость более широкого привлечения клинических психологов для проведения комплек-

сней псіхалагічнай дыягностыкі асобных асабнасцей наркалагічных боль-ных, асабна пры правядзенні краткасрочных метадаў псіхатэрапіі.

Полученные в результате проведенного исследования данные являются научным обоснованием для построения программ лечения и социально-психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя. Изучение конкретных механизмов каузального атрибутирования и установок на лечение позволяют индивидуализировать подход к лечению, более точно определить «мишени» для психотерапии и выявить относительно сохранные психологические личностно-средовые ресурсы для совладания с болезнью.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Янчук, В.А. Проблема социального объяснения в современной зарубежной социальной психологии. Ч. I / В.А. Янчук // Адукацыя і выхаванне. – 1998. – № 9. – С. 38–49.
2. Янчук, В.А. Введение в современную социальную психологию / В.А. Янчук. – Минск : АСАР, 2005. – 768 с.
3. Качественные методы в решении практических социально-психологических задач // Введение в практическую социальную психологию ; под ред. Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской, О.В. Соловьевой. – М., 1996 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1068>. – Дата доступа : 15.04.2013.
4. Минко, А.И. Психологические методы диагностики алкоголизма / А.И. Минко [и др.] // Украин. мед. альманах. – 2000. – Т. 3. – № 2. – С. 96–100. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper011.htm>. – Дата доступа : 13.06.2013.
5. Никандров, В.В. Экспериментальная психология : учеб. пособие / В.В. Никандров. – СПб. : Речь, 2003. – 480 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://cl.rushkolnik.ru/download/docs-48127/7840-48127.doc>. – Дата доступа : 12.03.2013.
6. Бек, Дж. Когнитивная терапия : полное руководство / пер. с англ. – М. : ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.koob.ru/beck\\_d/cognitive\\_ther](http://www.koob.ru/beck_d/cognitive_ther). – Дата доступа : 10.04.2013.
7. Бондаренко, А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – изд. 3-е, испр. и доп. – М. : Класс, 2001. – 336 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://psylist.net/psytera/00090.htm>. – Дата доступа : 05.05.2013.
8. Теория и практика гештальт-терапии на пороге XXI века / отв. ред. М.П. Аралова. – Ростов н/Д : Изд-во Рост. гос. ун-та, 2001. – 142 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://log-in.ru/books/teoriya-i-praktika-geshtalt-terapii-na-poroge-xxi-veka-aralova-m-p-geshtalt-terapiya>. – Дата доступа : 12.04.2013.
9. Анонимные алкоголики / пер. с англ. – Чебоксары : Чебоксарская типография. – № 1, 2004. – 184 с.
10. Двенадцать шагов и двенадцать традиций / пер. с англ. – Чебоксары : Чебоксарская типография. – № 1, 2004. – 213 с.
11. «Алкоголики о себе». М. : ООО «Информ-12», 1997. – 224 с.

#### ***Paliushyk A.V. Attributive Therapy the Phenomenon of Anosognosia at the Persons Dependent on Alcohol***

The article is devoted to the people's dependence on psychoactive substances, which is seen in the unity of the physiological, psychological, social and spiritual components of the individual. The article describes the author's program of rehabilitation of persons with alcohol addiction. When analyzing the results the focus should be on the ways of correction of the attribution mechanisms, the patients attitude to the illness and the treatment set. The article will allow experts to optimize the work with chemically addicted people. It will be used in practice of social and medical psychologists, psychiatrists and narcologists.

Рукапіс паступіў у рэдакцыю 28.08.2013