

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»

На правах рукописи

Кордубан Владимир Васильевич

АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
С УЧЕТОМ ИХ КЛИНИЧЕСКИХ, ЛИЧНОСТНЫХ И ЦЕННОСТНО-
СМЫСЛОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Бузик Олег Жанович

Москва – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	15
1.1. Ключевые термины и понятия, использованные в исследовании	15
1.2. Основные виды мировоззрений	15
1.3. Общие основы религиозных программ и «12-шаговых» программ реабилитации	32
1.4. Магическое мышление в норме и патологии	38
1.5. Отличие мировоззрения абсолютных и относительных абстинентов от мировоззрения лиц с наркологическими расстройствами	42
1.6. Копинг-стратегии лиц с наркологическими расстройствами	46
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	49
2.1. Материалы и методы	49
2.2. Общая характеристика обследованных лиц	50
2.3. Дизайн исследования	51
2.4. Этапы исследования	52
2.5. Программы медицинской реабилитации (краткое содержание)	54
2.6. Характеристика методов и организация исследования	56
2.7. Статистическая обработка результатов	61
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	62
3.1. Клинические и личностные характеристики обследованных лиц	62
3.2. Исследование ценностно-смысловых характеристик	72
3.2.1. Анализ мировоззренческих убеждений обследуемых лиц	76
3.2.2. Гендерные различия мировоззренческих убеждений пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ и абстинентов	80
3.2.3. Связь уровня когнитивного потенциала с уровнем образования ..	84
3.2.4. Исследование уровня магического мышления, тест Magic Ideation Scale (MIS)	85
3.2.5. Распределение обследованных лиц согласно религиозно-философской классификации	88
3.2.6. Связь степени магического мышления с диагнозом синдрома зависимости от психоактивных веществ	90
3.2.7. Зависимость уровня когнитивного потенциала от степени магического мышления	91
3.2.8. Мировоззрение и диагноз	92
3.3. Распределение пациентов по программам реабилитации	94

3.3.1. Распределение пациентов по программам реабилитации в зависимости от пола	94
3.3.2. Распределение возрастных групп пациентов по программам реабилитации	95
3.3.3. Связь программы реабилитации и эрудиции пациентов	96
3.3.4. Связь уровня противоречивых ответов пациентов в разных программах реабилитации	98
3.3.5. Распределение пациентов по программам реабилитации в зависимости от уровня когнитивного потенциала	99
3.3.6. Программы реабилитации и уровень религиозности пациентов ..	100
3.3.7. Программы реабилитации и степень магического мышления	103
3.4. Результаты прохождения программ реабилитации	107
3.4.1. Динамика веры в Бога и науку	107
3.4.2. Динамика отношения к психоактивным веществам	109
3.4.3. Динамика степени магического мышления	110
3.5. Годовая ремиссия и анализ факторов, ее определяющих	112
3.5.1. Объем пройденной программы реабилитации и приверженность к реабилитационным мероприятиям	112
3.5.2. Зависимость годовой ремиссии от степени полноты прохождения программы реабилитации	115
3.5.3. Анализ связи достижения годовой ремиссии с уровнями образования и когнитивного потенциала пациентов	118
3.5.4. Годовая ремиссия и программы реабилитации	121
3.5.5. Приверженность пациентов к реабилитационным мероприятиям в зависимости от программ реабилитации	121
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	124
ВЫВОДЫ	133
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	135
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	136
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	137
ПРИЛОЖЕНИЯ	166
Приложение 1. Программы медицинской реабилитации	166
Приложение 1.1. Теоретическое и методологическое обоснование структуры и содержания научно-мировоззренческой программы «Инсайт»	166
Приложение 1.2. Содержание и структура программ реабилитации, которые проходили обследованные пациенты	184
Приложение 2. Карта исследования больного с зависимостью от психоактивных веществ.....	196

Приложение 3. Карта исследования абстинента	201
Приложение 4. Анкета для здорового респондента. Классификация отношения к алкоголю	204
Приложение 5. Религиозно-философская классификация веры (Докинз Р.)	206
Приложение 6. Шкала COPE	207
Приложение 7. Опросник на эрудицию	210
Приложение 8. Тест (шкала) на магическое мышление (MIS)	214
Приложение 9. Тест на религиозные убеждения (веру)	216
Приложение 10. Клинический пример № 1	221
Приложение 11. Клинический пример № 2	230
Приложение 12. Клинический пример № 3	238

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Согласно Всемирному докладу Организации Объединенных Наций (ООН) о наркотиках за 2021 год, в прошлом году в мире около 275 миллионов человек употребляли наркотические средства, что на 22 % больше, чем в 2010 году. Профилактика и лечение лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), терпят неудачу во многих странах мира, и только один человек из восьми получает лечение [76]. Несмотря на то, что в течение последних 15 лет наблюдается долгосрочная устойчивая тенденция к улучшению наркологической ситуации в России, количество больных алкогольной и наркотической зависимостью сохраняет опасные для общества масштабы. Так, согласно данным аналитического обзора ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ России «О деятельности наркологической службы Российской Федерации в 2017–2018 гг.», «специализированными учреждениями Минздрава России зарегистрировано 2 034 982 пациента с наркологическими расстройствами, или 1385,5 человек в расчете на 100 тыс. населения, что составляет почти 1,4 % общей численности населения» (Киржанова В.В. с соавт., 2020).

Целью лечения в наркологии является формирование стойкой ремиссии у наркологических больных. Изучение факторов, влияющих на формирование длительности ремиссии, позволяет разрабатывать и внедрять в практику более эффективные программы лечения (Брюн Е.А. с соавт., 2018).

Анализ проведенных исследований выявил, что «эффективность лечения наркологических пациентов (длительность участия больного в лечебных, психотерапевтических и реабилитационных программах, а в итоге и последующая ремиссия) находится в прямой зависимости от числа пройденных этапов лечения. Например: проведение детоксикации дает 1–5 % годовых ремиссий; детоксикация и лечение психопатологических расстройств – 15–20 % годовых ремиссий; присоединение психотерапии обеспечивает 28–30 % годовых ремиссий, а подключение еще и медико-социальной реабилитации – до 40 % годовых ремиссий» (Брюн Е.А. с соавт., 2013).

Современное состояние проблемы

Ключевым моментом взаимодействия с пациентом является мотивация пациента к прохождению программы реабилитации. Предлагаемые в большинстве случаев программы реабилитации наркологических больных основаны на методологии терапевтических сообществ и сообществ «Анонимных алкоголиков» (АА) или «Анонимных наркоманов» (АН) «12 шагов».

Согласно исследованиям, проведенным Американской психиатрической ассоциацией, так называемая «Модель штата Миннесота», или «Миннесотская модель», – программа, базирующаяся на идеологии «12 шагов» (а также по некоторым данным российских исследователей 1990–2000-х годов), в мире использовалась в 70–80 % реабилитационных учреждений (Батищев В.В., 2002). В настоящее время известно несколько сотен разновидностей программ реабилитации для лиц, зависимых от ПАВ, проводимых с использованием принципов терапевтических сообществ, и свыше 100 вариантов программы «12 шагов», реализуемых в наркологических клиниках различных регионов мира (Катков А.Л., 2004; Шуплякова А.В. с соавт., 2020). Данные аналитического обзора 2020 года о деятельности сообществ АА и других программ на основе «12 шагов» показывают, что эффективность их работы на 9 % превышает эффективность различных современных психотерапевтических методик (например, когнитивно-поведенческой терапии и мотивационной психотерапии) (Kelly J.F. et al., 2020). Однако исследования терапевтических сообществ АА и АН показывают, что из всех когда-либо посетивших собрания сообщества лишь 5 % остаются в программе восстановления «12 шагов» и обретают в ней стабильную трезвость (Зыков О.В., 2010). Учитывая консервативность 12-шаговой программы, а соответственно, и Миннесотской модели, следует ожидать тех же результатов эффективности программ, основанных на их идеологии и в настоящее время.

Достаточно широко представлены в мире конфессиональные реабилитационные программы различных вероисповеданий. Не будучи профессиональными медицинскими организациями, они также достигают

положительных результатов у части ориентированных на выдвигаемые ими ценности пациентов (Григорьев Г.И. с соавт., 2007; Каклюгин Н.В., 2013).

Как отмечает ряд авторов (Никитин Е.А. 2008; Григорьев Г.И., Мильчакова В.А., 2010; Цыганков В.А. с соавт., 2011), «число сторонников духовно ориентированного направления в медицине неизменно увеличивается из года в год. Последнее связано как с высокой потребностью населения в данном виде помощи, так и с кризисом современной медицины и психотерапии, что, в свою очередь, является результатом бездуховности современного общества». Указанные программы реабилитации экономически выгодны, но не учитывают всего спектра мировоззрений зависимых лиц, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях. Реабилитационные программы, имеющие в своей основе различные виды психотерапии, например, когнитивно-поведенческую психотерапию, представлены менее широко (Shafranske E.P., 2000; Федоров А.П., 2002; Бачинин И.В., 2015; Гребнев С.А., 2016; Васильева А.В. с соавт., 2020).

Таким образом, явное количественное преобладание 12-шаговых и конфессиональных программ реабилитации делает выбор у наркологических пациентов ограниченным, и значительная их часть, не вписавшаяся в предлагаемые рамки, остается вне лечебного процесса.

Мнение о целесообразности большей персонификации реабилитационных программ для лиц с наркологическими расстройствами высказывают не только отечественные (Брюн Е.А., 1993, 1998; Брюн Е.А. с соавт., 2007; Дудко Т.Н., 2003, 2007; Валентик Ю.В., Соборникова Е.А., 2009; Гастфренд Д.Р., Шевцова Ю.Б., 2013; Агибалова Т.В. с соавт., 2015; Каклюгин Н.В., Григорян Н.А., 2017; Кекелидзе З.И. с соавт., 2020), но и зарубежные специалисты (Miller W.R., Rollnick S., 2014). К сожалению, несмотря на предложенные методические подходы и методы дифференциации пациентов, вовлеченность наркологических пациентов в реабилитационные мероприятия в настоящее время остается очень низкой. Так, согласно статистическому сборнику «Основные показатели деятельности наркологической службы в РФ в 2017–2018 гг.», число пациентов, проходивших стационарные реабилитационные программы, составило всего 5,4 %

от числа проходивших стационарное лечение, а в амбулаторные реабилитационные программы было включено 3,8 % пациентов от числа обратившихся за амбулаторной наркологической помощью (Каклюгин Н.В., Григорян Н.А., 2017; Кошкина Е.А. с соавт., 2019; Киржанова В.В. с соавт., 2020; Брюн Е.А. с соавт., 2022), что является ничтожно малым процентом от общего количества наркологических больных.

Степень разработанности темы исследования

Учитывая недостаточную вовлеченность в реабилитационные мероприятия основной массы наркологических пациентов (Дудко Т.Н., 2003; Аршинова В.В. с соавт., 2019; Киржанова В.В. с соавт., 2020), сохраняется необходимость в создании для этой категории лиц альтернативных имеющимся программам новых психотерапевтических и психокоррекционных программ, наиболее персонифицированных к их личностным и ценностно-смысловым характеристикам (Бузик О.Ж. с соавт., 2010, 2015; Бурлака О.П. с соавт., 2018).

Рядом авторов высказывается мнение, что исследование ценностно-смысловой сферы зависимых от ПАВ лиц может стать мощной базой для построения психотерапевтических программ, особенно основанных на когнитивно-бихевиоральной модели интервенции (Агибалова Т.В. с соавт., 2008; Ткачук В.А., Зайцев А.Г., 2012; Власов Н.А., 2020; Егорова Т.И., 2020).

Необходимость исследования субъективной картины мира, степени духовности пациента и глубины его религиозных убеждений некоторые авторы считают обязательной при диагностике и лечении в ментальной медицине (Брюн Е.А. с соавт., 2013; Фонд «Общественного мнения», 2014; Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н., 2016).

В связи с вышесказанным определены цель и задачи исследования.

Цель исследования

Анализ роли клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик в оптимизации амбулаторной реабилитации наркологических больных.

Задачи исследования

1. Изучить клинические, личностные и ценностно-смысловые характеристики наркологических пациентов, направленных на амбулаторную реабилитацию.

2. Сравнить личностные, ценностно-смысловые характеристики наркологических больных, направленных на амбулаторную реабилитацию, с теми же характеристиками контрольной группы здоровых лиц (изначальных абсолютных и относительных абстинентов по Бехтелю Э.Е.).

3. Выделить и обосновать мишени психотерапии в процессе реабилитации на основании выявленных различий ценностно-смысловых характеристик.

4. Разработать новую программу реабилитации и адаптировать имеющиеся варианты амбулаторных программ реабилитации для наркологических больных с учетом их личностных и ценностно-смысловых характеристик.

5. Провести реабилитационные мероприятия и проанализировать приверженность пациентов к программам реабилитации (религиозная, 12-шаговая, научно-мировоззренческая), выбранных в соответствии с их клиническими, личностными и ценностно-смысловыми характеристиками.

6. Оценить эффективность реабилитационных программ в зависимости от динамики клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик наркологических больных.

Научная новизна исследования

1. Определение ценностно-смысловых характеристик наркологических пациентов на начальном этапе межличностного взаимодействия является новым и актуальным ввиду разных мировоззренческих установок как самих пациентов, так и различия мировоззренческих идей, положенных в основу реабилитационных программ. Такой подход мотивирует пациентов как на вхождение в программу амбулаторной реабилитации, так и удержание в ней.

2. Выделены три основные трезвеннические мировоззренческие парадигмы, лежащие в основе проводимых программ амбулаторной реабилитации.

3. Впервые проведен сравнительный анализ клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик лиц с наркологическими расстройствами и здоровых лиц (абсолютных и относительных абстинентов по Бехтелю Э.Е.).

4. Впервые предлагается дифференцировать пациентов по ценностно-смысловым характеристикам с целью определения и подбора конкретной программы реабилитации, что позволяет максимально персонифицировать процесс амбулаторной реабилитации.

5. Разработан новый показатель оценки когнитивных способностей – уровень когнитивного потенциала (УКП).

6. Впервые выделены и обоснованы мишени психотерапии в процессе реабилитации на основании обнаруженных различий личностных и ценностно-смысловых характеристик.

7. Разработана научно-мировоззренческая программа реабилитации «Инсайт» для пациентов с высоким УКП.

8. Впервые изучена зависимость эффективности реабилитационных программ от степени интеграции и укрепления ведущей трезвеннической мировоззренческой парадигмы и соответствующей ей системы ценностей пациента.

9. Впервые проведен научный сравнительный анализ эффективности концептуально диаметрально разных духовно ориентированных реабилитационных программ по критерию формирования годичной ремиссии от алкогольной и наркотической зависимости. Доказано, что при учете клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик возрастает эффективность амбулаторной реабилитации наркологических пациентов.

Теоретическая и практическая значимость исследования

1. На основании изученных клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик разработана и утверждена 31 января 2018 г. на Ученом совете Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), протокол № 1, новая амбулаторная

программа реабилитации «Инсайт», которая успешно апробирована в амбулаторном отделении медицинской реабилитации (ОМР) наркологического диспансера (НД) № 8.

2. Модифицированы имеющиеся варианты амбулаторных программ реабилитации для наркологических больных.

3. Определены три основные трезвеннические мировоззренческие парадигмы, лежащие в основе проводимых программ амбулаторной реабилитации.

4. Разработанный подход позволяет подбирать программы амбулаторной реабилитации для наркологических пациентов в соответствии с их клиническими, личностными и ценностно-смысловыми характеристиками, что оптимизирует лечебно-реабилитационный процесс.

5. Научно-мировоззренческая амбулаторная реабилитационная программа «Инсайт» позволяет в условиях сохранения социальных связей пациента с социумом получить более продолжительную и качественную ремиссию у наркологических пациентов, резонансных ее ценностно-смысловым характеристикам.

6. Внедрение результатов исследования позволит повысить эффективность амбулаторных программ реабилитации, с достижением более стойкой и длительной ремиссии у большего числа лиц с наркологическими расстройствами.

Методология и методы исследования

Методологической основой исследования являются: концепция историка и философа науки Куна Т. о парадигме (1975), исследования мифологического мышления в сознании современного человека (Леви-Стросс К., 2001; Субботский Е.В., 2010; Леви-Брюль Л., 2015), исследования магического мышления (Фрейзер Д., 1980; Eckblad M., Chapman L.J., 1983; Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н., 2016), религиозно-философская классификация веры Докинза Р. (2016).

В работе были использованы клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психологический, психометрический, статистический методы

исследования. Форма индивидуальной карты обследования была разработана специально в соответствии с целями и задачами данного исследования.

Методами сбора эмпирического материала были: наблюдение, анкетирование, беседы, интервью.

Положения, выносимые на защиту

1. Совпадение ценностно-смысловых характеристик пациента с ценностно-смысловыми характеристиками программы реабилитации увеличивает приверженность к проводимым реабилитационным мероприятиям.

2. Пациенты выбирают программу реабилитации, близкую их ценностно-смысловым характеристикам.

3. Выбор программы реабилитации – научно-мировоззренческой, конфессиональной или основанной на методологии АА «12 шагов» – зависит от УКП пациентов.

4. Для пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, в отличие от здоровых лиц (абстинентов), характерен более высокий уровень магического мышления.

5. Мировоззрение здоровых лиц (абстинентов) характеризуется большей структурированностью и конкретностью, чем мировоззрение наркологических пациентов с синдромом зависимости от ПАВ.

6. Дифференциация наркологических пациентов по мировоззрению и УКП повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

7. Совпадение ценностно-смысловых характеристик пациента с ценностно-смысловыми характеристиками программы реабилитации увеличивает количество годовых ремиссий.

Степень достоверности результатов

Достоверность и обоснованность результатов и выводов исследования подтверждаются всесторонним анализом выполненных ранее научно-исследовательских работ по теме исследования; применением комплекса методов теоретического и эмпирического исследования, адекватных целям и задачам; результатами практической апробации диссертации; репрезентативностью выборки; применением методов математической статистики в сочетании с

качественным анализом и интерпретацией полученных данных. Статистическая обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Excel 2007, Access 2007 и StatTech v. 2.4.3 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Структура и объем диссертационной работы

Работа изложена на 246 страницах печатного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, списка литературы (335 наименований), включающего 315 отечественных и 20 иностранных источников, списка сокращений и условных обозначений и приложений, где представлены программы реабилитации и их теоретико-методологическое обоснование, психодиагностические инструменты, использованные в исследовании, и клинические примеры. Работа содержит 42 таблицы и 48 рисунков.

Во введении обосновывается актуальность исследования, формулируются его цель и задачи, демонстрируются его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме учета факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических больных в контексте проводимого исследования. В главе представлены и раскрыты ключевые термины и понятия, использованные в исследовании. Представлен обзор литературы по ценностно-смысловым характеристикам лиц с наркологическими расстройствами в сравнении с аналогичными признаками здоровых лиц (абсолютных и относительных абстинентов по Бехтелю Э.Е.).

В главе 2 приводится общая характеристика лиц, принявших участие в исследовании, и методов исследования.

В главе 3 приводятся результаты собственных исследований, сравнение исследуемых факторов, отличающих абстинентов и наркологических пациентов, анализ ценностно-смысловых характеристик обследованных лиц, результатов прохождения программ реабилитации, оценка достижения пациентами годовой ремиссии и факторов, ее определяющих.

В заключении обобщаются и обсуждаются полученные результаты исследования.

Апробация и внедрение результатов исследования

Материалы исследования доложены на заседаниях проблемной комиссии, Ученом совете ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» в 2018–2022 годах, на 16-й юбилейной Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия, психосоциальная реабилитация и психологическая помощь сегодня» (Москва, 2019 г.) и на Всероссийском конгрессе с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XX» (Санкт-Петербург, 2022 г.).

По материалам диссертации опубликовано 7 работ, из них 3 – в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией при Минобрнауки России.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Ключевые термины и понятия, использованные в исследовании

Наиболее часто мировоззрение определяют как «систему взглядов, оценок и образных представлений о мире и месте в нем человека, общее отношение человека к окружающей действительности и самому себе, а также обусловленные этими взглядами основные жизненные позиции людей, их убеждения, идеалы, принципы познания и деятельности, ценностные ориентации» (Толковый словарь Ожегова С.И., 1960; Настольная книга атеиста, 1983; Философский энциклопедический словарь, 1983).

В «Кратком философском словаре» под ред. Алексева А.П. (2010) понятие «мировоззрение» рассматривается как «система наиболее общих представлений о мире в целом и месте человека в этом мире». Мировоззрение придает деятельности человека организованный, осмысленный и целенаправленный характер.

Мировоззрение предполагает образ мира как целого. Мировоззрение по сути своей метафизично. Позиция «над миром и собой», собственно, и является человеческой духовной позицией (Погорелов Г.А., 2014).

Мировоззрение предполагает, что человек – сознательно или бессознательно – устанавливает определенную точку, с которой он смотрит на внешний и внутренний мир. Поэтому каждое мировоззрение – это точка зрения на мир и свое место в нем.

Без мировоззрения, пусть самого примитивного, невозможно осуществление целеполагающей деятельности. Мировоззрение связывает человека с миром и дает ему ориентиры практической деятельности, а иногда, если оно искажено, способно дезориентировать его.

1.2. Основные виды мировоззрений

В зависимости от содержания мировоззрения и его связей с научными знаниями, верой и жизненным опытом человека, в самом общем виде выделяются три вида мировоззрения: обыденное (или житейское), религиозное и научное

(Философский энциклопедический словарь, 1983; Харламов И.Ф., 1999).

Обыденное мировоззрение определяется эмпирическим опытом (чувственное знание) и не всегда бывает систематизированным. Религиозное мировоззрение – это систематизированное, догматическое представление об окружающем мире. Научное мировоззрение – это систематизированное недогматическое утверждение о мире (рациональное знание).

Теоретической базой данного диссертационного исследования послужила концепция историка и философа науки Куна Т. о парадигме. По его определению, «парадигма – это признанные всеми научные достижения, которые в течение определенного времени дают научному сообществу модель постановки проблем и их решения» (Кун Т., 1975). Говоря иначе, парадигма – это система взглядов на окружающий мир и представлений о возможных взаимодействиях с ним или: психологический и теоретический аппарат, на основе которого его приверженцы наблюдают и объясняют все, что присутствует в их опыте. Согласно Куну Т., «приверженность парадигме делает человека слепым к достоинствам другой парадигмы и мешает ему перейти от одной парадигмы к другой». Он утверждает, что «невозможно понять две парадигмы одновременно» (там же). Попытка совмещения разных парадигм ослабляет структуру каждой из них и в итоге приводит к более противоречивым и непоследовательным поступкам человека, оказавшегося в проблемной ситуации.

Все сказанное выше, в частности, имеет непосредственное отношение и к проводимым реабилитационным мероприятиям в наркологии. Выявление личностных особенностей и ценностно-смысловых характеристик пациента позволит определить его ведущую мировоззренческую парадигму и более четко наметить цели психотерапевтического воздействия, а также содержание предоставляемой информации. Так как мировоззрение и ценностно-смысловые характеристики взаимозависимы, то, внося соответствующую информацию и меняя ценностно-смысловые характеристики человека, можно изменить структуру мировоззрения, а мировоззрение, соответственно, определяет ценностно-смысловые характеристики. В конечном итоге ценностно-смысловые

характеристики человека определяют его поведение и образ жизни, Рисунок 1 (Метлик И.В., 2014).

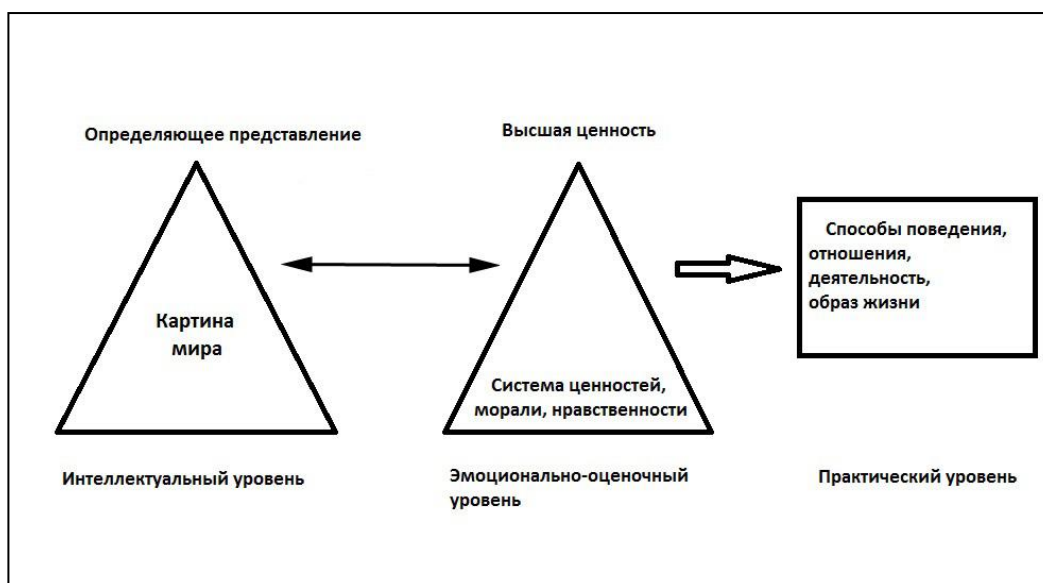


Рисунок 1 – Взаимозависимость мировоззрения, системы ценностей и образа жизни

Рассматриваемые в данном исследовании мировоззрения существенно отличаются друг от друга, делая свои акценты и выделяя свои приоритеты. Так, в религиозном мировоззрении акцент делается на веру в сверхъестественное и эмоционально-образное отражение действительности, а не на объективность, доказательство и аргументацию, как в научном мировоззрении. Обыденное мировоззрение базируется на повседневном субъективном опыте с использованием простейшей формы анализа.

Учитывая эти различия, целесообразность определения мировоззрения пациентов подчеркивают и сами сторонники религиозной реабилитации, так как религия предлагает человеку абсолютные идеалы, нормы и ценности, и атеистическая почва, на которой сеется слово Божие, для этого зачастую неблагоприятна (Цыганков В.А., Григорьев Г.И., Мизерене Р., 2010, 2011).

В документе, освященном Архиерейским собором Русской Православной Церкви «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви» (2008), говорится следующее: «Признавая возможные благие последствия того факта, что

медицина все более становится прогностической и профилактической, а также приветствуя целостное восприятие здоровья и болезни, Церковь предостерегает от попыток абсолютизации любых медицинских теорий, напоминая о важности сохранения духовных приоритетов в человеческой жизни. Каждый человек должен иметь право и реальную возможность не принимать тех методов воздействия на свой организм, которые противоречат его религиозным убеждениям».

Чем меньше верующий знает, тем больше у него тревога, тем сильнее его вера. Когда человек больше знает, тем дальше для него опасность, меньше тревога и слабее вера. Конечно, с расширением области знаний вопросов становится все больше и больше, но в обозримом пространстве многое становится ясным, понятным и более предсказуемым. Каждое научное открытие расширяет сферу наших знаний об окружающем мире, и при этом, как метко сказал Докинз Р. (2016): «Наука не открывает Бога, она его закрывает».

Итак, есть два противоположных полюса, две парадигмы – вера и знание, и пространство переходных форм между ними.

Научное мировоззрение основывается на современных достижениях научного познания мира. Оно строится на основе обобщения научных знаний, которые в нем синтезируются. Знание возникает благодаря науке при познании фундаментальных законов (физики, химии, астрономии, геологии, биологии и т.д.). Знание и понимание фундаментальных законов преобразуют наше видение мира, формируя системное мировоззрение современного человека.

«Здесь важно разграничить понимание и просто «знание» (зафиксированную, но не объясняющую информацию).

Термины «объяснение» и «понимание»:

- отвечают на вопрос «почему», а не «что»;
- затрагивают внутреннюю суть вещей;
- описывают их реальное, а не кажущееся состояние;
- говорят о том, что должно быть, а не просто случается;
- определяют законы природы, а не эмпирические правила.

Поэтому важно существующий ныне стихийный процесс развития

мировоззрения заменить управляемым процессом формирования научного мировоззрения» (Формирование системного мировоззрения современного человека: материалы Научно-практической конференции, 2017).

Как подчеркивает Дойч Д. (2015), «в науке цель заключается не в том, чтобы найти теорию, которая будет или может считаться истиной вечной, а в том, чтобы найти лучшую на данный момент теорию и, если возможно, уточнить все имеющиеся теории. Научное обоснование предназначено для того, чтобы убедить нас: данное объяснение – лучшее из имеющихся объяснений».

Обыденное (житейское) мировоззрение порождается непосредственными условиями жизни и передается с опытом людей. Оно основано на повседневном, эмпирическом опыте, согласовано со здравым смыслом и во многом с ним совпадает, сводится к констатации и описанию фактов. Взгляды человека в этом случае не обосновываются только религиозными догмами или только данными науки. Для человека с обыденным мировоззрением характерны незначительное использование как научных данных, так и религиозных взглядов, отсутствие необходимой критичности и объективности. Часто в основе обыденного мировоззрения лежат привычки и суеверия. Его носителем является средний человек, получивший стандартное школьное образование и довольствующийся этим, далее не развивающийся.

«Обыденное мировоззрение формируется стихийно, особенно если человек не интересовался мировоззренческими вопросами в учебном заведении, не изучал самостоятельно философию, не знакомился с содержанием религиозных учений. Конечно, нельзя полностью исключить влияние религий или достижений науки, ибо человек постоянно живет в информационном поле. Но преобладает житейская, обыденная основа. Обыденное мировоззрение опирается на непосредственный жизненный опыт человека – и в этом его сила, но оно мало использует опыт других людей, опыт науки и культуры, опыт религиозного сознания как элемента мировой культуры – в этом его слабость» (Наследов А.Д., 2004). «На уровне обыденного познания действительности основным инструментом является здравый смысл. Результат познания – мнение (частное, субъективное). Мнение (точка зрения по

поводу той или иной проблемы) необходимо нам для прогноза или интерпретации грядущих реальных событий. Если прогнозы или интерпретации состоятельны, мы укрепляемся в своем мнении, если нет – мы вновь обращаемся к здравому смыслу и корректируем свое мнение, и т.д.» (там же). Таким образом, «продуктом обыденного познания является мнение, его инструментом является здравый смысл» (там же).

Недостатком обыденного мировоззрения является то, что его обладателем легко манипулировать с помощью средств массовой информации и идеологии, так как он – носитель множества мнений и не имеет твердых убеждений. Разнообразие взглядов в обществе на одни и те же вещи приводит к тому, что обыденное мировоззрение у людей сильно различается. Семейные ценности, нормы поведения, модели коммуникации и другие составляющие повседневного мышления представлены в большом разнообразии.

«Кризис идеологии и утрата духовных традиций привели к тому, что наша страна сделалась «свалкой религиозных отходов» – появлению всевозможных сект учений, запрещенных у себя на родине, росту магического мышления и всплеску интереса ко всему иррациональному, необъяснимому, паралогическому» (Хохлов Л.К. с соавт., 1999).

При обыденных представлениях о болезни мы имеем дело с широким спектром представлений о ней – от полунаучных до совершенно мистических, согласно которым «все может быть». Такое магическое толкование действительности приводит к утрате реальных причинно-следственных связей со всеми вытекающими из этого последствиями. «Обыденные представления о болезни находятся на стыке научной и мифологической картин мира. Терпимость к противоречиям как одна из характерных особенностей обыденного сознания позволяет сосуществовать (и даже конкурировать) в сознании современного человека одновременно как рациональным представлениям, так и иррациональным» (Белянин А.В., 2003).

Живучести неверных представлений способствует «инертность обыденного мышления, которое, помимо всего прочего, характеризуется устойчивостью к

новой информации, неосознаваемым характером использования старых знаний, недостаточной способностью владеющих ими индивидов отказываться от них даже в случае явной ложности» (Белянин А.В., 2003; Колесов Д.В., 2011).

Так, исследование критичности при оценке действий пациентов в ситуации болезни выявило, что «после выхода из-под непосредственного медицинского контроля или при ухудшении прогноза и самочувствия, у них могут актуализироваться иррациональные формы мышления. При этом полученные научные представления остаются на уровне известных, не мотивирующих деятельность (по аналогии со известными мотивами в теории А.Н. Леонтьева). Поэтому рациональная терапия, стремление «отменить» и «развенчать» мифы болезни дает нестойкие результаты в профилактике дезадаптивных установок и отклоняющегося поведения больных» (Нелюбина А.С., 2009).

Фрустрация при обыденном мировоззрении, ввиду непоследовательности действий человека, возникает чаще и бывает глубже, чем при систематизированных мировоззрениях – религиозном и научном, что приводит к разной степени депрессии, потере смысла жизни и, как итогу, бегству от реальности (эскапизму), одним из проявлений которого является потребление ПАВ. Кроме этого, многие ученые единодушны в том, что искажения в ценностно-смысловой сфере наркозависимого обуславливают его резистентность к лечебному и коррекционному воздействию (Изотова И.Ю., 2020).

В работе Наследова А.Д. (2004) есть следующее определение научного познания: «Научное познание по своей конечной цели – совершенству прогнозов и интерпретаций реальных событий – принципиально не отличается от обыденного познания. Более того, научное познание не отменяет и не заменяет обыденного, но добавляет кое-что для совершенствования его результатов – знаний и прогнозов. Наука стремится выйти за пределы частного мнения, сделать знания общезначимыми».

«Научное познание добавляет к инструменту обыденного познания – здравому смыслу – ряд дополнительных процедур, обеспечивая не только убедительность, но и объективность получаемых знаний. Таким образом, научное

познание, в дополнение к здравому смыслу (но не вместо него), обязательно предполагает применение математических методов: измерения, описания и статистического вывода» (там же), Рисунок 2.

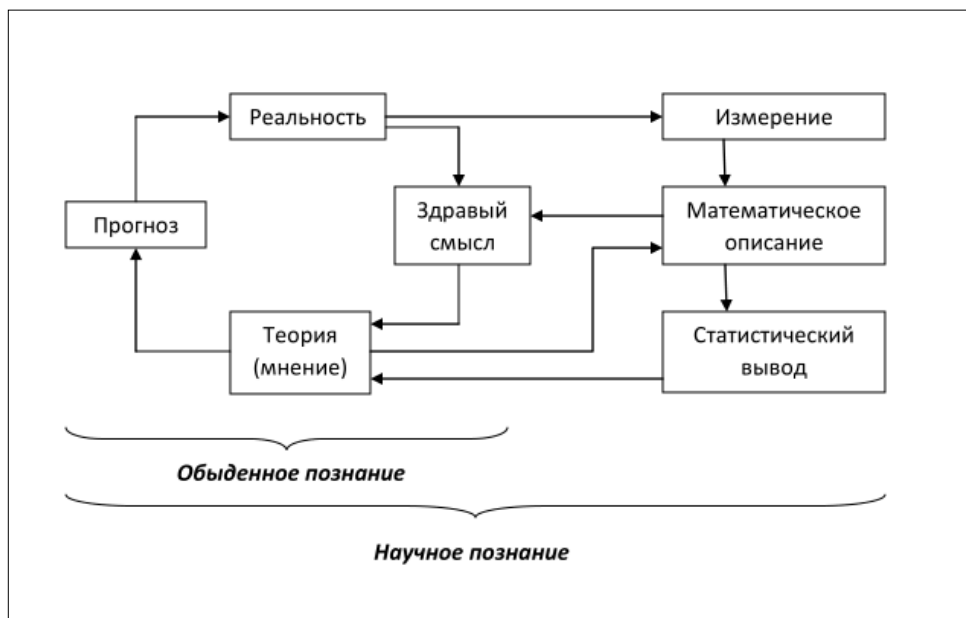


Рисунок 2 – Соотношение обыденного и научного познания

Если научное и религиозное мировоззрения являются позитивными в том смысле, что дают определенную систему координат, то обыденное мировоззрение, особенно с весомым суеверным компонентом, с искаженным восприятием окружающего мира, – негативно. Его носитель извращает или вовсе отрицает как достижения науки, так и мировые религии вместе с философией. Суеверное мировоззрение опасно не только для индивида, но и для общества. Его разрушению может помочь только приобщение к науке, философии и правильно понимаемой вере.

Религиозное мировоззрение наиболее древнее. Философский словарь дает определение религии как «мировоззрения и мироощущения, а также соответствующего поведения и специфических действий, основанных на вере в существование богов или иной разновидности сверхъестественного». Религия – это форма мировоззрения, при которой освоение окружающего мира производится человеком на основе его деления на мир «естественный» и «сверхъестественный».

Религиозность проявляется в индивидуальном отношении к религии, в идеологических убеждениях, следовании религиозным традициям, социальных отношениях, образе жизни, эмоциональных переживаниях, привычках, мировосприятии в целом.

Игумен Иона (Займовский) (2013) приводит общепринятую священнослужителями следующую трактовку религии: «Религия определяется наличием трех признаков: учения о Высших силах; учения, регламентирующего отношения с Высшими силами; организации людей, реализующей практику связи с Высшими силами, воплощая в жизнь первые два пункта».

Как подчеркивает Чумакова Д.М. (2014), Фрейд считал, что «в основе формирования религиозного мировоззрения лежит фактор человеческой беспомощности перед силами природы и внутренними инстинктами». Он полагал, что «в будущем религия уступит свое место науке, а функции религии на уровне личности будут компенсированы в результате личностного роста». Позиция Фрейда 3. следующая: «Религия как таковая приводит к тому, что человек не несет в полной мере ответственности за свое развитие, за улучшение собственной жизни, надеясь на помощь Высших сил».

Фромм Э. дал более широкое определение религии, понимая ее как «любую систему взглядов, являющуюся для индивида основой осмысленного существования и объектом для преданного служения». Тем самым Фромм Э. предполагает вывести религию за пределы ее конфессиональных форм и представить в качестве общечеловеческого феномена, свойства любой культуры. Религиозность в таком понимании «внутренне присуща личности, отвечая потребности в системе ориентации и служения» (Фромм Э., 1989).

В психологической литературе, наряду с понятием религиозности, часто используется понятие духовности. В практике психологических исследований духовности ее религиозный аспект является только частью предмета исследования. Рассматривая духовную жизнь с позиций психологии, можно отметить и иные источники, помимо религиозности личности.

Так, источниками духовности являются также приобщение к культурным

ценностям и творческая активность. С теологических, богословских позиций религиозность личности и духовность также не являются тождественными понятиями.

В подходе Шадрикова В.Д. (1996) религиозность рассматривается как одна из форм духовности. В свою очередь, духовность является выражением человечности. Анализируя истоки духовности и развитие религии, Шадриков В.Д. приходит к выводу об их тесной связи. С его точки зрения, «духовность является скорее атрибутом не веры, а морали». Однако общественная мораль и религия возникают одновременно. Шадриков В.Д. отмечает, что «древние формы религии по объему совпадают с моралью. Религия не единственный источник духовности, духовность может порождаться любовью».

Именно любовь, с точки зрения Шадрикова В.Д., отрывает духовность от религии. Ученый рассматривает религиозность всесторонне, системно. Так же как и Фрейд З., Шадриков В.Д. считает, что «вера вообще, и религиозная вера в частности, появляется как определенная ступень в эволюционном развитии психики» (там же).

В исследовании Казанцевой Т.А. (2007) рассматриваются различные структурные модели веры и механизмы ее формирования. Непосредственно веру автор понимает «как систему когнитивных, ценностных, мотивационных, установочных и аффективных элементов, отвечающую за получение информации без рациональной аргументации». Автор рассматривает феномен веры как «совокупность ценностных ориентаций, психологических установок, мотивационной и познавательной сфер личности». Существенную роль в формировании веры Казанцева Т.А. отводит внушению. Однако она подчеркивает, что «внушение как механизм оказывает еще большее влияние на личность тогда, когда основные этапы формирования веры уже пройдены». В структуре веры автор выделяет ее особый компонент – верование, в основе которого лежит некритичное, логически не обоснованное принятие неких религиозных убеждений (там же).

Куценко Б.М. (1987) также в своих работах отмечал, что «человек, обращаясь к религии, как правило, руководствуется своими эмоциями, а не разумом».

Некоторые авторы рассматривают обращение личности к религии и религиозность личности как механизм совладания в стрессовых ситуациях.

Так, важную функцию религии Фромм Э. видел в «формировании у людей удовлетворенности собственным положением, принятия жизни такой, какая она есть. Реальность продуцирует множество фрустраций, а религия помогает справиться с ними». Согласно Фромму Э. (2007), «религия для всего человечества – это своего рода утешение за лишения судьбы».

Так же считает и Щербакова Ю.И. (2010), которая подчеркивает, что «православная традиция способствует формированию терпимости в поведении».

Согласно исследованию Тобалова Ю.П. (2004), «основным мотивом обращения к православной религиозной вере является потребность обрести поддержку, гармонию, покой, раскаяться в грехах, тем самым обрета спасение». Как отмечает Тобалов Ю.П., «религиозно-ориентированные люди субъективно иначе относят определенные жизненные ситуации к категории трудных. Среди стратегий, используемых православными людьми, основными являются поиск социальной поддержки и самоконтроль. Несколько реже используется стратегия противостояния» (там же).

В исследовании Грошевой Л.Н. (2004) показано, что «верующие, по сравнению с атеистами, более подвержены социальным страхам; доказано, что у современных верующих вне зависимости от конфессии наиболее распространенными являются страхи потери, неприятия и подавления, страхи неудач и поражения, редкими являются страхи коммуникации».

Также Тобалов Ю.П. и Грошева Л.Н. отметили, что мотивами обращения к Богу являются: «проявление заботы о ближних, страдание, потребность найти в Вере поддержку и утешение, чудеса и необъяснимые события, говорящие в пользу существования Высших сил, а Вера имеет личностные смыслы – дает душевный покой, надежду на нормальную земную жизнь, уменьшение страха перед будущим, отпущение грехов, надежду на успех в делах, душевную радость. Для группы мусульман более значимым мотивом обращения к вере, по сравнению с христианами, является стремление к вечной жизни в раю» (Грошева Л.Н., 2004;

Тобалов Ю.П., 2004).

Тиллих П. (2011) дает наиболее расширенное определение религии. С точки зрения этого автора, «быть религиозным означает искать ответы на глубинные, экзистенциальные жизненные вопросы. Например, задаваться вопросом о смысле жизни и быть открытым к возможным ответам на него, которые могут привести к глубинным личностным потрясениям. Такая трактовка религии превращает ее в универсальное явление, не сводимое только к вере в существование богов и к институтам, обеспечивающим связь личности с божеством, которому она поклоняется». Согласно Тиллиху П., «религия, в подлинном смысле этого слова, состоит в бытии человека, направленном на поиск смысла жизни, смысла своего существования. В определениях религии такого рода религиозность личности понимается как глубинное экзистенциальное измерение, не сводимое или не обязательно сводимое к какой-либо конкретной конфессиональной форме. С данных позиций человек религиозен, если он задается вопросами, куда он движется, откуда он пришел, что будет после смерти, какова роль случая в жизни, в чем смысл жизни и др.» (там же).

Олпорт Г. (2002) говорил о том, что «базовой чертой зрелой личности является сформированность философского мировоззрения, отношения к жизни. Такое мировоззрение базируется на ценностных ориентациях личности. Религиозно ориентированных людей отличает взгляд на мир как на единое целое. Событиям, происходящим в их жизни и мире в целом, они склонны приписывать высший смысл» (там же).

«Православное мировоззрение строит свою антропологию на недостаточности человеческой природы, вернее, на поврежденности природы. И другое представление, присуще, как раз, более православию, нежели другим конфессиям, – синергия – человек не может преодолеть свои дефекты, дефекты своей природы самостоятельно, в одиночку, без помощи Сверхъестественной Разумной Силы» (Иванова Е.С. с соавт., 2017).

Важно то, что, несмотря на непримиримые противоречия между религиозным и научным мировоззрением, четко сформированные мировоззрения,

религиозное или научное, упорядочивают жизнь, в то время как отсутствие порядка может привести человека к непоследовательному, хаотическому поведению, что, в свою очередь, приводит к появлению психологических и реальных проблем.

Научное мировоззрение формируется знанием современных достижений астрономии, физики, химии, геологии, биологии и пониманием фундаментальных законов природы. При этом, в отличие от математики, астрономия оказывает гораздо более глубокое влияние на философские представления, поскольку затрагивает общее созерцание людей.

Значение познания фундаментальных законов физики в формировании научного мировоззрения подчеркивают Макеенкова Т.Н. (2019) и Тугалов Ф.К. (2019). Это база научного мировоззрения.

В настоящее время выделяют 4 основных модели психотерапии – медицинскую, психологическую, социальную и философскую. Медицинская модель – это метод лечения, психологическая модель – это научение, социальная – это социальное воздействие и философская модель – это влияние на мировоззрение (Шахметов Б.А., Шахмед Н.Б., 2015).

Мировоззрение пациента при проведении психотерапии и психокоррекции необходимо учитывать еще и потому, что «характерным для современности является напряжение и недоверие между психиатрией и религией, что связано с представлениями о несовместимости мировоззрения, основанного на науке и вере» (Barbour J.G., 1974). Этот факт подтверждается «существенно более низким уровнем религиозности психиатров по сравнению с населением в целом» (Miller W.R, Rollnick S., 2014), недооценкой профессиональным психиатрическим сообществом роли религии в лечении и реабилитации пациентов.

Такое категорическое отношение психиатров к религии в лечении и реабилитации пациентов является чрезмерно категорическим, так как не учитывает религиозное мировоззрение некоторых из них и неспособность его изменения, что сужает арсенал возможной помощи данной категории лиц.

В существующих общепсихологических теориях личности, методиках психодиагностики, психокоррекции и психотерапии фактор религиозности также

учитывается нечасто. По мнению Густовой Л.В. (2015), «научное изучение религиозности актуально и для практической психологии, так как дальнейшее развитие психотерапии и психологического консультирования невозможно без учета контекста религиозного влияния, меры включенности личности в религиозную практику. Независимо от вероисповедания, религиозность в той или иной мере проявляется у любого человека и имеет свою количественную и качественную выраженность».

Различение феноменального и рационального восприятия и освоения явлений впервые возникает с развитием научного знания, рационально-логических средств фиксации и объяснения данных опыта, причем рациональная интерпретация начинает рассматриваться как «сущностная», истинная интерпретация, в то время как феноменальная приобретает статус явления не истинного, а лишь кажущегося восприятия.

Обычно новое знание неизбежно вынуждено вытеснять из сознания человека более ранние, стихийно сложившиеся формы восприятия и понимания действительности (в том числе понимания количественных, пространственных и причинных отношений). Такое вытеснение не происходит само собой; архаичные, в частности феноменальные, формы восприятия действительности оказывают сопротивление (Субботский Е.В., 1988).

В настоящее время роль религиозного фактора в общественной жизни современной России неуклонно возрастает. Об этом свидетельствуют факты активного сотрудничества религиозных и общественных организаций Русской Православной Церкви и представителей государства.

Кроме того, весьма остро стоят социальные вопросы, связанные с религиозной и этнической толерантностью, религиозным сектантством и терроризмом (Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, 2008).

Калашникова М.Б. (2016) считает, что «упрочение позиций религии, включающее определенный рост социально-политического влияния религиозных институтов, ранее отодвинутых на периферию общественной жизни, стало одним

из существенных факторов общественного развития последнего десятилетия».

Связь психического здоровья и социальных преобразований выявляется очень ярко в последние годы (Бузик О.Ж., 2006).

Повысилась роль религии и в борьбе с наркоманией и алкоголизмом в стране. В официальном документе Русской Православной Церкви «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви» (2008) говорится: «Основная причина бегства многих наших современников в область алкогольных или наркотических иллюзий – это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров».

«Многовековой положительный опыт Русской Православной Церкви в трезвенном просвещении народа, борьбе с негативными зависимостями говорит о том, что основой комплексной духовной, психологической и педагогической реабилитации является восстановление духовных ценностей, изменение мировоззрения, переосмысление прошедшего жизненного этапа, воспитание традиционных для России культурных ценностей. Выздоровление пациентов происходит при изменении их сознания и образа жизни. Конечным итогом становится сохранение добродетели трезвости, живой и твердой веры в Бога, покаяние, воцерковление» (Григорьев Г.И. с соавт., 2004; Григорьев Г.И., 2007; Цыганков В.А. с соавт., 2011).

По мнению большинства священнослужителей, причина пороков одна – уход от духовно-нравственных ценностей.

Так, причину высокого уровня алкоголизма Бачинин И.В. (2015) видит «в отдалении современной системы образования от традиций воспитания, основанных на духовно-нравственных ценностях отечественной культуры».

Три основных принципа церковной методики реабилитации расположены в иерархическом порядке, соответственно степени своей значимости в реабилитационном процессе. Первый принцип указывает, что главенствующее и первое место в помощи попавшим в наркотический плен людям принадлежит Богу, являющему себя в своих энергиях, – остальные участники реабилитационной помощи – не более чем Его помощники. Согласно второму принципу, второе по

значимости место в реабилитации отводится Церкви, конкретной церковной общине, вхождение в жизнь которой помогает наркозависимому человеку решить его проблему. Третий принцип подчеркивает, что для успешной деятельности по преодолению химической зависимости необходимо обладать специальными знаниями о ее природе и знаниями об эффективных реабилитационных методиках.

«Церковная реабилитация предполагает участие в ней специалистов: наркологов, медиков, психологов, социальных работников, но при условии, что они являются воцерковленными людьми или, как минимум, разделяют христианскую систему ценностей. Единство мировоззрения (единство духа) основных деятелей реабилитации является необходимым условием как внутренней непротиворечивости реабилитационного процесса, так и органичного совмещения реабилитации с жизнью церковной общины.

Отличие педагогики православия от любой другой педагогической системы заключается в том, что она готовит человека не только для полноценного земного существования, но прежде всего – для вечной жизни» (Бачинин И.В., 2015).

«Не отрицая необходимости медицинской помощи на острых стадиях наркомании, Церковь уделяет особое внимание профилактике и реабилитации, наиболее эффективных при сознательном вовлечении страждущих в евхаристическую и общинную жизнь. Евхаристическая жизнь предполагает и принятие религиозного мировоззрения» (Игумен Иона (Займовский), 2005; Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых, 2012).

По словам отца Алексея – протоиерея, настоятеля Свято-Скорбященского храма Краснодара, «только воцерковление и введение основ православной веры может изменить ситуацию, связанную с девиантным поведением» (Позднякова М.Е., Брюно В.В., 2007). По данным Каклюгина Н.В. (2013), «в РФ функционирует несколько сотен религиозных реабилитационных центров (РЦ), большинство из которых организованы под эгидой Русской Православной Церкви (РПЦ)». Помощь наркозависимым утверждена на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви 26.12.2012 г. программным документом «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых» (2012).

«По данным организаторов РЦ при РПЦ, эффективность реабилитации по духовно ориентированным (ДО) методикам более чем в 10 раз превышает эффективность РЦ, дистанцирующихся от взаимодействия с традиционными религиозными верованиями» (там же).

Суть религиозной реабилитации, по мнению Гливенко В.Ф. (2005), «включение бывшего наркомана в сплоченную, ориентирующуюся на высокие нравственные стандарты среду, которая сумеет сформировать у личности новое мировоззрение и социально приемлемые навыки деятельности в социуме. Религиозная реабилитация предполагает кардинальные социально-мировоззренческие перемены в жизни реабилитируемого». Однако не все люди серьезно относятся к религии, чтобы идти на такие глубокие мировоззренческие перемены.

В исследовании Калашниковой М.Б. (2016) выявлено, что среди современной молодежи преобладает тенденция к внешней религиозной направленности. Внутренняя религиозная ориентация в поведении молодых людей не является значимой. Молодые люди, считающие себя верующими, редко посещают церковь, их молитвы носят характер прошения, а основным признаком религиозности они считают ношение православного креста. Современная молодежь сочетает традиционную веру с абсолютно чуждыми религии суевериями, а то и с оккультными практиками.

По данным Моисеевой В.В. (2009), «среди подростков, идентифицирующих себя с верующими, преобладает тенденция пассивного членства в церкви, выражающаяся в формальной принадлежности к ней. Молодежной среде присуща «социальная религиозность», для которой характерна приверженность одобряемой социальной установке при минимальной связи с осознанными внутренними духовными потребностями».

Роль раннего развития в формировании болезней зависимости подчеркивают и другие современные ученые (Бузик О.Ж. с соавт., 2007).

В целом, исследование Моисеевой В.В. (2009) показало, «что рост религиозного сознания действительно может уберечь молодежь от включения в

ненормативное поведение, а слабую религиозность можно воспринимать как одну из непосредственных причин девиантного поведения».

Она делает вывод, что «на сегодняшний день религиозное мировоззрение отличается «размытостью, неопределенностью, отсутствием ясного содержания», что свидетельствует о сложности и неоднозначности процесса религиозного возрождения в России».

По мнению Моисеевой В.В. и Поздняковой М.Е. (2007), основной постулат религиозных деятелей «верующий человек никогда не станет принимать наркотики» кажется им излишне оптимистичным. Данное утверждение может быть справедливо в тех случаях, когда речь идет о глубокой вере. Но, по материалам многих исследований, «доля истинно верующих в России невелика и колеблется, в зависимости от социально-демографических характеристик, от 2 % до 8 % всего населения. Что касается тех лиц, кто отмечает религиозные праздники, отождествляет свою национальность с определенной конфессией и т.д., то эти атрибуты религиозной жизни не оказывают влияния на изменение ценностных ориентаций и поведение индивида».

О важности структурированности и глубины религиозного мировоззрения говорит священник Архипов В. (2001): «Невозможно приблизиться к Богу (как смыслу и цели существования), исказив или подменив путь. Вот почему не приносят настоящего плода внешнее благочестие, поверхностная религиозность, языческие отношения с Богом».

Кстати, то же самое можно сказать и о научном мировоззрении. Как не приносит плодов поверхностная религиозность, так не приносит их и поверхностная наука. Можно предположить, что в случае поверхностности религиозного и научного мировоззрения мы имеем дело с обыденным (житейским) мировоззрением, со всеми вытекающими из этого последствиями.

1.3. Общие основы религиозных программ и «12-шаговых» программ реабилитации

Глубокие мировоззренческие перемены в личности пациента

предусматривают и программы на основе «12 шагов» с существенным религиозным компонентом в своей структуре. Очень часто религиозные и 12-шаговые программы сочетаются и взаимопроникают друг в друга. Двенадцатишаговые программы делают основной акцент на Высшей силе (Боге, сверхъестественной Разумной силе и т.п., кто как это понимает) как и в откровенно религиозных программах реабилитации, что отражает близость христианской философии и философии программы «12 шагов».

О близости религиозных программ и программ, основанных на 12-шаговой модели, говорит иерей Сериков Д. (2013), ссылаясь на официальные документы РПЦ. Он отмечает в проекте Концепции Русской Православной Церкви по реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, следующее: «Допускается и даже приветствуется участие своих страдающих от зависимости прихожан в группах, работающих по программе «12 шагов». Опыт свидетельствует, что многие православные и православно-ориентированные реабилитационные центры успешно используют программу «12 шагов» в процессе выздоровления лиц, зависимых от ПАВ. В основе программы «12 шагов» лежит покаяние. Как известно, покаяние, *metanoia* (буквально – «перемена разума», «перемена образа мыслей») – это поворот человеческой жизни к Богу. Именно такой поворот может происходить у человека, начавшего серьезно работать по «12 шагам»» (там же; Прищенко Р.И., 2021).

Как считает руководитель Православного реабилитационного центра при Московском Даниловом монастыре игумен Иона (Займовский) (2013), «если внимательно почитать основную литературу АА («Анонимные алкоголики»), то в ней исподволь все время проводятся или христианские, или близкие к ним идеи о покаянии, молитве, жертве, служении Богу и ближним и др. Правильнее всего рассматривать работу по программе «12 шагов» двояко. Первое – как особую *подготовку к воцерковлению и Крещению* (подготовку для специфической группы людей – химически зависимых и их родственников, далеких от Церкви). Второе – как *возможность углубить свою веру* для людей церковных, но все еще пребывающих в плену зависимости и не могущих найти выход» (Игумен Иона

(Займовский), 2013; Онисимова К.А., 2019).

Точку зрения игумена Ионы (Займовского) поддерживают и многие другие православные священники, отмечая, что «методы АА не только не противоречат православной вере, но во многом согласуются с ней, способствуют формированию у некогда неверующего человека первичных основ веры и дают представление о Боге и о молитве» (Игумен Мефодий (Кондратьев) с соавт., 2017).

При этом надо отдать должное игумену Ионе (Займовскому), он приводит результат своего интервью с Брюном Е.А. в 2005 году, в котором Брюн Е.А. «с некоторой сдержанностью относится к сообществу «Анонимных». Он рассматривает методику групп самопомощи как один из вариантов работы с зависимыми людьми и предупреждает, что не следует ждать от нее результата, способного помочь каждому больному, – универсального лечения не существует».

И далее слова Брюна Е.А. там же: «У каждой методики есть свой потребитель, и у «12 шагов» есть своя небольшая группа, которая склонна идти именно по этому пути. <...> АА есть, оно успешно действует, но не нужно считать, что это панацея. Это одна из методик. В конце концов, я считаю, программ реабилитации должно быть очень много» (Игумен Иона (Займовский), 2005; Брюн Е.А., 2020).

Как отмечает Чумакова Д.М (2015), что, хотя конструктивное влияние религиозности на личность и отмечается при проведении программы «12 шагов» АА, в основе которой лежат как философские идеи иудео-христианских вероисповеданий и других восточных религий, так и этические и моральные нормы, но они не обязательно носят религиозный характер.

В толковом словаре Ожегова (1960) есть следующее определение духовности: «**Духовность** – это свойство души, состоящее в преобладании духовных, нравственных и интеллектуальных интересов над материальными».

Приверженцы религиозной реабилитации монополизировали это понятие себе и считают, что «духовная зависимость не понимается, не признается, не изучается медициной, а медико-психологическими методами может быть изучена лишь косвенно, отчасти» (Цыганков В.А. с соавт., 2011).

Поиск ответа на вопрос «приводит ли религиозность к развитию духовности» отражена в работах отечественных ученых Шадрикова В.Д. (1996), Степановой Е.А. (2018), в которых представлено светское и религиозное понимания духовности. В исследованиях Белокрылова И.В. (2006) религиозность рассматривается как «необязательный этап духовной интеграции психики. В общественном сознании понимание духовной сферы заужено до религиозной духовности, духовность и духовное развитие отождествляются с религиозностью и духовным становлением личности в рамках религиозной системы».

По данным Каклюгина Н.В., Григоряна Н.А. (2017), «участники духовно ориентированных и нерелигиозных реабилитационных программ для лиц, зависимых от ПАВ, отличаются по своим социально-психологическим характеристикам, что влияет на выбор ими программы реабилитации. Так, в духовно ориентированные реабилитационные центры чаще обращаются наркозависимые с низким и средним уровнем реабилитационного потенциала (УРП), из дисфункциональных семей, социально дезадаптированные, со среднепрогредиентным течением наркомании, неоднократными и неуспешными попытками лечения по поводу наркомании в прошлом и не имеющие установки на лечение. И, наоборот, в нерелигиозные реабилитационные центры чаще обращаются наркозависимые с более высоким УРП». Делается вывод, что при выборе реабилитационной программы необходимо учитывать УРП наркозависимого лица, его базовый психологический профиль и коррелирующие с ним особенности состояния смысложизненной ориентации и иерархии терминальных и инструментальных ценностей. Или, обобщая изложенное выше, при выборе программы реабилитации необходимо учитывать мировоззрение пациента.

Несмотря на очевидные успехи религиозных организаций в реабилитации у определенной части химически зависимых лиц, некоторыми исследователями отмечается, что участие религиозных организаций в борьбе с наркоманией не является панацеей в решении данной проблемы (Sartor С.Е. et al., 2020). По их оценке, в случае такой реабилитации «происходит подмена одной зависимости

(наркотической, алкогольной) на другую (религиозную). Тем самым, социальные связи вовлеченного в религиозный культ лица с обществом ограничиваются сугубо религиозной сферой (Маркс К., Энгельс Ф., 1955; Ленин В.И., 1967; Гливенко В.Ф., 2005; Sartor C.E. et al., 2020).

Однако религия вполне может быть более выгодной экономически и социально удобной формой заместительной терапии при наркомании, чем терапия метадоном в современных политико-экономических условиях.

Помимо этого, «прослеживается настороженное отношение части населения к начинаниям религиозных организаций в данной сфере. В некоторой степени это обусловлено тем, что не всегда ясны истинные мотивы реабилитационной работы: ведется ли таковая исключительно с целью бескорыстного нравственного преобразования общества или же с целью банального расширения рядов религиозной организации (причем не за счет проблемных наркоманов, а за счет их благополучных родственников)» (Гливенко В.Ф., 2005).

Религиозные деятели упрекают светские программы реабилитации в отсутствии в них духовной составляющей, приводя в пример религиозную мораль. В чем-то, формально, они правы, если говорить об исключительно медицинской составляющей этих программ, но это не значит, что научные программы реабилитации не могут содержать духовную составляющую. При естественнонаучном мировоззрении также можно и нужно поднимать вопросы жизни и смерти, смысла жизни, нравственности, совести и т.д., не уходя в другую реальность. Но их трактовка может совершенно отличаться от религиозной точки зрения (Мишин Ю.В., 2018, 2019, 2021).

В понимании Овчинниковой Т.Н. (2019) «духовность – это, своего рода, характер жизнедеятельности человека, направленной на поиск смыслов и подчинение ему осуществляемой активности, что прокладывает путь к свободе». Она подчеркивает, что говорить о развитии духовности можно в только случае доминирующего развития смысловой сферы сознания человека, когда действия субъекта подчиняются избранной им цели.

При научном мировоззрении духовность не показная, она скромная, но более глубокая, чем религиозная духовность, так как требует порой тяжелой мыслительной работы и нравственного выбора, на которые способны не все (Бузик О.Ж. с соавт., 1999). Как говорил Генри Форд: «Думать – это самая тяжелая работа, поэтому не многие делают это». В религии говорят о духовности и призывают к ней. В науке научное мышление есть сама духовность. Ярким примером этого является отличие морали от нравственности. Так, при соблюдении морали человек ведет себя согласно ей, как правило, из-за страха перед наказанием, а при соблюдении нравственных законов им руководит совесть.

Исходя из сказанного, как альтернатива религиозным и 12-шаговым программам была создана научно-мировоззренческая программа, основанная на научной картине мира, критическом мышлении, объективности, доказательности, понятности, а также духовности на основе осознания базовых экзистенциальных данностей и ценностей человека, развития и укрепления нравственности. По данным отечественных ученых Меринова А.В. и Шустова Д.И. (2010), экзистенциальные вопросы способствуют осознанию аутоагрессивного поведения и существенно улучшают эффективность противоалкогольной терапии.

Изучая аутоагрессивное поведение наркологических больных, Шустов Д.И. с соавт. (2020) пришли к выводу, что «контролируемое врачом – психиатром-наркологом «соприкосновение с темой смерти» является мощным фактором, побуждающим пациентов к лечению наркологического заболевания».

При этом надо также учитывать, что современный атеизм – как социальный феномен и как форма поведения человека – не есть что-то однородное, монолитное. Этим понятием охватывается весь спектр человеческих отношений: от полного безразличия и отрицания религии, которые большей частью носят эмоциональный характер, то есть не опираются на научное мировоззрение, до атеизма как разновидности мировоззрения, когда неприятие религии является следствием продуманной сознательной позиции. Это мировоззрение, согласно которому естественный, материальный мир является единственным и самодостаточным.

Атеисты считают все существующие религии и верования творением самого человека, а появление Вселенной рассматривают с научной точки зрения.

Существенным, как количественным, так и качественным, признаком отличия мировоззрений друг от друга является наличие в их структуре магического мышления, поэтому необходимо остановиться на этом понятии подробнее.

1.4. Магическое мышление в норме и патологии

Байрамова Э.Э. и Ениколопов С.Н. (2016) трактуют термин «магическое мышление» как «убеждение, согласно которому посредством символических физических или умственных действий можно оказывать значительное или решающее влияние на подлинные причины происходящего в действительности» [19]. Магическое мышление – это иррациональная вера в то, что силой своих мыслей мы можем изменить реальность, повлиять на других людей, предметы или события (Сергатая С.Ф., 2021). Основными признаками магического мышления являются игнорирование законов логики, нечувствительность к объективным причинно-следственным связям, принцип «жесткого» детерминизма, анимизм, оценка событий на основе софизма «после того, значит, вследствие того» (Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н. 2016; Моргун А.Я., Фомина Н.А., 2020).

Магическое мышление – это естественный способ мышления маленьких детей, которые еще не в состоянии отличить свои фантазии от реальности. Наиболее ярко магическое мышление в норме выражено у детей начиная с младенчества и до 3–5-летнего возраста. Но в последнее время считается, что магическим мышлением может обладать и современный взрослый человек. Однако в норме для взрослого человека характерно наличие низкого уровня магического мышления (Гузь М.С., Горелов А.В., 2020).

Многими авторами показано, что наличие большого числа магических убеждений является симптомом шизофренического расстройства или фактором предрасположенности к нему. Выраженность магического мышления является одним из диагностических критериев шизотипического расстройства (Zhong W. et al., 2018; Sartor C.E. et al., 2020; Kong W. et al., 2021).

Магическое мышление часто связано с психическим расстройством, и в связи с этим в психиатрии введено в классификацию DSM-IV под кодом V62.89 «Религиозные и духовные проблемы». Так, Eckblad M. и Chapman L.J. (1983) выявили, что магическое мышление является выраженным индикатором пограничного шизотипического расстройства. Предложенный ими тест на уровень магического мышления Magic Ideation Scale (MIS) оправдал себя при прогнозе будущих психозов. George L., Neufeld R.W.J. (1987) установили, что в норме у взрослых здоровых людей уровень магического мышления значительно ниже, чем у людей, больных шизофренией. Брюн Е.А. с соавт. (2020), анализируя механизмы смыслообразования, выделяет наличие магического мышления в структуре измененных состояний сознания, в том числе при употреблении ПАВ: «Магическое мышление проявляется в особой иррациональной связи между явлениями, которая воспринимается как абсолютная очевидность. Актуализация магического мышления типична именно для измененных состояний сознания».

Несмотря на технический прогресс, ввиду отсутствия полноценного естественнонаучного образования, значительная часть современных людей подвержена мистическим и религиозным верованиям. Кроме веры в Бога (кто как его понимает), современный человек может верить: в магию, духов, призраков, НЛО, ангелов, демонов, домовых и т.д. (Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н., 2021).

Помимо недостатков образования, человек может приобрести магическое мышление в результате воспитания, например, в религиозной семье или в семье, в которой верят в аномальные, сверхъестественные явления.

Магическое мышление и употребление наркотиков могут быть взаимозависимыми друг от друга. Так, главной причиной возникновения наркомании Брюн Е.А. (1993) считает инфантильность мышления наркозависимого. Это связано с психическими реакциями, «определяющими симпатическое (магическое), то есть архаичное (инфантильное) мышление человека в достаточно зрелом биологическом возрасте». Причем Брюном Е.А. и Цветковым А.В. (2014) это расценивается «как врожденное эндогенное свойство. Такие люди обычно опираются на короткий ряд предшествующих

последовательностей. В определенных ситуациях у них может проявляться интеллектуальная недостаточность в виде своеобразной некритичности, склонности к поступкам без понимания путей и средств, ведущих к их результативности, отсутствие, несмотря на печальный жизненный опыт, какого-либо понимания своей недостаточности. Эта недостаточность проявляется не в связи с утратой знаний, снижения способности к усвоению нового, а из-за отсутствия должного учета прошлого, надлежащего прогнозирования на будущее, осмысления и предвидения последствий сделанного». То есть здесь идет речь об отсутствии мыслительной работы, свойственной понятийному мышлению.

Специфическая особенность магического мышления – это непоколебимая вера в сверхъестественные явления. Как и первобытное мышление, магическое мышление является непроницаемым для опыта. Оно не проявляет к нему чувствительности. Соответственно, опыт не в состоянии разуверить архаичного индивида в его вере в мистические силы, колдовство и пр. (Леви-Брюль Л., 2015). Как уже отмечалось ранее, многие психиатры утверждают, что магическое мышление часто связано с психическим расстройством, и поэтому было введено в психиатрии в классификацию DSM-IV под кодом V62.89 «Религиозные и духовные проблемы».

В результате сильно выраженного магического мышления у человека появляются психопатологические симптомы, которые в современной психиатрии обозначаются как шизофрения, психозы, галлюцинации, вызванные психическим расстройством. При магическом мышлении психическое расстройство наступает незаметно и достаточно быстро, и причина, как правило, одна: человек не осмысливает ту информацию, которую получает, воспринимает ее без критики, как истину в первой инстанции. Правда, граница между патологией и нормой – весьма условна и определяется характером культуры эпохи, выбором картины мира из того многообразия, которое в ней присутствует. То, что в рамках различных вариантов научной картины квалифицируется как патология, девиация, в контексте религиозной, мистической, эзотерической картин мира может выступать нормой, и, соответственно, наоборот. С точки зрения профессора Фролова Б.С.,

соотношение нормы и патологии в магическом мышлении представляется следующим образом.

- Гармоничное магическое мышление. Сюда он относит лиц, у которых сосредоточение внимания на Боге не мешает, а наоборот, гармонизирует социальное функционирование.

- Магическое мышление с кратковременными религиозно-мистическими состояниями. Это верующие, у которых во время богослужений или индивидуальных молитв возникают кратковременные эпизоды измененных состояний сознания. Их следует считать практически здоровыми, если выход из состояния не сказывается на социальном функционировании и повседневной деятельности.

- Магическое мышление, отягощенное невротическими психическими расстройствами. Лица с данными нарушениями нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи, которая оказывается с их согласия, преимущественно в амбулаторных условиях.

- Магическое мышление, отягощенное психопатическими нарушениями (религиозные фанатики, реформаторы, страдающие паранойяльной психопатией со сверхценными идеями притязания). Нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи, которая оказывается с их согласия, преимущественно в амбулаторных условиях. Принудительное психиатрическое обследование необходимо, если их поведение представляет опасность для близкого окружения, например, содержит призывы к жертвоприношениям, совершению суицида и т.д.

- Магическое мышление, отягощенное психическими расстройствами психотического уровня. Включает больных, у которых патологический процесс отвечает закономерностям развития психического заболевания. Бред и галлюцинации религиозного содержания сочетаются с другими симптомами и синдромами, характерными для определенной нозологической единицы (Фролов Б.С., Пашковский В.Э., 2004).

Таким образом, ввиду важности такого параметра мировоззрения, как

магическое мышление, его оценке и динамике в процессе реабилитационных мероприятий посвящена существенная часть данной диссертационной работы.

1.5. Отличие мировоззрения абсолютных и относительных абстинентов от мировоззрения лиц с наркологическими расстройствами

Так как поведение и образ жизни человека определяются его системой ценностей и мировоззрением, представляется важным изучение личностных и ценностно-смысловых характеристик как больных, зависимых от ПАВ, так и здоровых людей, сознательно воздерживающихся от приема ПАВ.

Главным условием сохранения ремиссии в случае зависимости от ПАВ является, ввиду природы данного заболевания, абсолютная трезвость. То есть в итоге человек должен стать абсолютным вынужденным абстинентом. В этой связи было интересно исследовать мировоззрение контрольной группы лиц, которые изначально являются такими и никогда практически не прибегали к помощи ПАВ в своей жизни (абсолютные и относительные абстиненты по Бехтелю Э.Е., 1986).

С этой целью в данное исследование была включена контрольная группа абстинентов (лиц, изначально избегающих употребления ПАВ, для которых трезвость является естественным образом жизни) для определения ценностно-смысловых характеристик, важных для сохранения трезвости. Проанализировав доступные источники информации, было принято решение остановиться на классификации Бехтеля Э.Е. (1986) как наиболее точно отражающей цели настоящего исследования. Согласно этой классификации, абстиненты – это лица, которые не употребляют спиртные напитки совсем или употребляют их столь редко и в столь небольших количествах (до 150 г вина 3–5 раз в год), что этим можно пренебречь. Если они и употребляют алкоголь, то без желания. Потребление алкоголя возможно, но совершается под давлением окружающих и сопряжено с преодолением некоторого внутреннего сопротивления.

Алкоголь не играет заметной роли в жизни абстинентов. Человек может выпить в особо торжественных случаях (праздник, юбилей и другие значимые события), но это уступка, дань сложившимся алкогольным традициям. Такие люди

пьют медленно, в небольших количествах («только смочить губы»). Отвращения к спиртным напиткам нет, их употребление не вызывает негативной реакции. Предпочтение не отдается никакому виду напитков, но в связи с меньшим содержанием алкоголя и более приятным вкусом чаще потребляются вина. В целом, за вечер человек выпивает не более 150 мл вина (чаще 50–100 мл). Никакой периодичности выпивок нет.

При употреблении алкоголя абстинентом эйфоризирующее действие незначительно или вообще отсутствует. Совершенно исключены необдуманные высказывания и поступки. Сохранен полный контроль над поведением и речью (Бачинин И.В., 2015). Исследованию различий ценностно-смысловых характеристик лиц, употребляющих ПАВ, и лиц, их не употребляющих, посвящен ряд работ (Маркарян Б.А., 2019; Меерманова И.Б. с соавт., 2019; Хайлова Н.Ю. с соавт., 2021).

Анализ данных научной литературы показывает, что употребление ПАВ преимущественно подростками обусловлено рядом причин, связанных со спецификой возраста: существенными морфофункциональными изменениями периода полового созревания, трудностями социализации, отсутствием жизненного опыта, несформированным мировоззрением, подростковым максимализмом (Алехин А.Н., Локтева А.В., 2011; Булатников А.Н., 2019; Булатников А.Н., Зарецкий В.В., 2020). Так, Пятницкой И.Н. и Яковлевым А.Н. (2004) по результатам динамического клинико-психологического и клинико-катамнестического обследования подростков с синдромом зависимости от опиатов была выявлена четкая взаимосвязь между способностью к самостоятельному поддержанию ремиссии и определенными особенностями психического статуса (мировоззренческими установками).

Ученые выделяют основные три формы психологической зависимости подростков от алкоголя, связанных с мировоззрением: с целью ухода от реальности из-за неприятной ситуации; с целью преодоления комплекса неполноценности; с целью снижения тревоги и преодоления страха смерти. Проблемы смысла жизни и

смерти выходят на первые места в системе мировоззренческих ориентаций подростка и вызывают повышенную тревожность (Балашова Е.С. с соавт., 2019).

Для подростков, склонных к употреблению ПАВ, характерны меньшая связность мировоззренческих структур, их мозаичность, низкая осмысленность жизни, искаженность и недостаточная сформированность иерархии ценностей, низкий контроль эмоциональных реакций, склонность к нарушению моральных норм и правил (Ляпустина О.В., 2011; Балашова Е.О., Ошевский Д.С., 2012; Герасимова О.Ю. с соавт., 2019).

Подобные особенности мировоззрения выявлены Леонтьевым Д.А. и Бузиным В.Н. (1992) у больных хроническим алкоголизмом II и III степени с помощью методики предельных смыслов. Полученные ими показатели свидетельствуют о том, что «при хроническом алкоголизме нарушается связность мировоззренческих представлений, их структурированность и интегрированность в смысловые системы. Если в норме представления о предельных основаниях человеческих действий образуют достаточно сложную связную структурную целостность, то для алкоголиков характерна предельная упрощенность этих представлений и их мозаичность – раздробленность на слабо связанные между собой осколки» (Леонтьев Д.А., Бузин В.Н., 1992; Рябова М.Г., 2010).

В исследовании Баженовой Н.Г. с соавт. (2018) было показано, что «наркозависимым личностям свойственен фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свободы выбора не существует, и нет никакого смысла загадывать что-либо на будущее».

В статье Джабра Ф.М. (2016) «Мировоззрение лиц с наркотической зависимостью» также рассматриваются результаты исследования мировоззрения лиц с наркотической зависимостью по сравнению с людьми, не употребляющими наркотические средства. Констатируется, что «для лиц без наркотической зависимости характерно наличие целей, направленных на будущее, эмоциональная насыщенность и наполненность смыслом нынешней жизни, удовлетворенность процессом жизни и удовлетворенность процессом самореализации. Лицам с наркотической зависимостью характерно разочарование в прошедших жизненных

событиях, стыд за произошедшие события и обращение к воспоминаниям о прошлом. В системе жизненных смыслов значимой является убежденность в том, что жизнь идет своим чередом, жизненные планы неосуществимы, жизнь не подвластна личному контролю».

Олпорт Г. (2002) считает, что «с точки зрения наркомана субъективная реальность важнее, чем реальность внешняя; к наркотику приводят фрустрация, одиночество, отчуждение». Он делает вывод, что наркоман нуждается в том, чтобы чувствовать себя всемогущим, его зависимость – это образ жизни, и только изменение мировоззрения способно избавить его от зависимости.

По мнению Жмурова В.А. (1994), «наркозависимые более склонны к созерцательности и пассивности, чаще ориентируются на духовные идеалы (вера в Бога). Такая реакция на проблемную ситуацию соответствует «ответу в воображении», к которому относится как злоупотребление наркотиками и алкоголем, так и религия, философско-мировоззренческие системы, творческая деятельность».

В результате эмпирического исследования жизненных ориентаций лиц, зависимых от ПАВ, с различными сроками трезвости Красилицыковой Е.А. (2010) было выявлено, что жизненные ориентации обладают значительным постоянством, и можно предположить, что именно они оказывают влияние на обращение к наркотикам. В современном обществе не очень высоко ценится сочетание таких свойств, как пассивность и мечтательность, обращенность к Богу. Неумение адаптироваться к требованиям социума, наряду с отсутствием выраженности творческих способностей, приводят к эскапизму и поиску удовлетворения в фантазийном, ирреальном наркотическом мире (Красилицыкова Е.А., 2010; Борисова О.А. с соавт., 2019).

Многие исследователи подчеркивают, что процесс выздоровления лиц, зависимых от ПАВ, связан с необходимостью реадaptации, которая невозможна без реконструкции системы отношений к себе и к миру, а также жизненного самоопределения. Для достижения длительной и стабильной ремиссии необходима кардинальная смена мировоззренческой парадигмы, поскольку прежняя позиция

привела к употреблению ПАВ (Семенова-Полях Г.Г., 2014; Ловушкина Ю.Г., 2016; Тучина О.Д., 2019; Суворова О.В., Кочеганова П.П., 2020).

1.6. Копинг-стратегии лиц с наркологическими расстройствами

Наиболее ярко поведение человека проявляется при преодолении стрессовых ситуаций (копинг-стратегии) (Волкова А.В., Михайлова И.В., 2018; Афанасьева Ю.А., Гуриева С.Д., 2020). В данном диссертационном исследовании также ставилась задача выявить доминирующие типы психологической защиты (копинг-поведение) наркологических пациентов, выбравших три предлагаемые программы: религиозную, 12-шаговую и медицинскую (естественнонаучную). Отдельной частью работы было определение копинг-стратегий контрольной группы абстинентов и сравнение полученных результатов с данными пациентов.

Отечественные исследователи термин «копинг-поведение», или иначе – «копинг-стратегию», понимают как «совладающее поведение или психологическое преодоление» (Миронова Н.В., 2015). Поведение, имеющее целью устранить или уменьшить интенсивность влияния стрессора, рассматривается как активное копинг-поведение. Пассивное копинг-поведение представляет собой интрапсихические формы преодоления стресса, направленные на снижение эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, то есть игнорирование стрессора (Баскакова С.А., 2010). Отмечается, что «больные неврозами достоверно реже, чем здоровые люди, используют адаптивные формы копинг-поведения» (там же).

Активно изучалась проблема копинга в наркологии. Лопатин Д.В. с соавт. (2005), изучив структуру совладающего поведения больных, зависимых от героина, пришел к выводу о доминировании у них копинг-стратегии «избегание». Положительное влияние религиозной копинг-стратегии в преодолении наркотической зависимости подчеркивается в работе Разуваева В.А. с соавт. (2000). Полищук Ю.И. (2004) в своей работе также указывает на «значительный терапевтический потенциал религиозной веры, ее профилактическое и реабилитационное значение» и отмечает важность религиозной стратегии

совладания, при которой смирение, покорность и терпение (на все воля Божия) «создают эффект духовно-психологической защиты, играют психоамортизационную роль перед лицом психотравмирующих воздействий, событий». Другие исследователи показали, что «обращение к религиозному копингу учащается, когда человек тяжело заболевает или приближается к смерти» (Гнездилов А.В., 2004).

По мнению Франкла В. (1999), «религиозная вера может привести к действенным психогигиеническим и психотерапевтическим результатам благодаря тому, что дает человеку убежище и опору, которых он не нашел бы больше нигде; убежище и опору в трансцендентном и абсолютном». Религия удовлетворяет важнейшие потребности человека – потребность в защите, в жизненной ориентации и поклонении авторитету.

Американский психолог Поль Джонсон выделяет следующие психотерапевтические свойства религии (Баскакова С.А., 2010):

1. Избавление от чувства собственной неполноценности, бессилия и беспомощности;
2. Удовлетворение потребности человека в принадлежности к чему-то большему, чем он есть сам – содружеству единомышленников через церковную общину;
3. Обретение психической внутренней стабильности за счет постоянной духовной связи с Богом;
4. Стабильность, надежда и вера в справедливость за счет опоры на религиозные незыблемые жизненные ценности (в отличие от меняющихся ценностей материального мира);
5. Чувство единения с другими, отрешенность от повседневных забот, сосредоточенность на возвышенном при исполнении религиозный культа;
6. Уменьшение чувства вины при исповеди и отпущении грехов, что ведет к благотворному для психики расслаблению и душевному равновесию;
7. Образ жизни со строгой регламентацией поведения, определяющего духовную гигиену личности.

Как отмечают Зенцова Н.И. и Каклюгин Н.В. (2012), «духовно ориентированные программы обучают своих участников большему полаганию на промысел Божий при решении поставленных задач, чем на свои собственные силы. Состояния тотального смирения и покорности, терпения, участие в церковных таинствах создают эффект духовно-психологической защиты, играют протекторную (профилактическую) роль перед лицом психотравмирующих воздействий. Верующий человек воспринимает их по-другому, чем неверующий, не драматизирует их, считает, что на все воля Божия» (Зенцова Н.И., Каклюгин Н.В., 2012; Степанова Н.В., Салимова Е.А., 2020).

Таким образом, в настоящее время, ввиду неоднородности мировоззрения в популяции, является необходимым учитывать его вид как при межличностном взаимодействии для оптимального выбора реабилитационной программы, так и при проведении психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 2018 по 2021 годы на базе клинического филиала (НД) № 8 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

Данная работа является контролируемым, сравнительным клиническим исследованием. Методология данного научного исследования основывается на принципах доказательной медицины и базовых принципах отечественной и мировой психиатрии и наркологии.

Обзор литературы основан на анализе отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования, с использованием баз MEDLINE/PubMed, eLIBRARY.ru, cyberleninka.ru, visserCat, Search RSL, PsyJournals.ru и информационной базы Российской государственной библиотеки. Эмпирический материал получен с опорой как на клинические, так и психологические тестовые методы исследования наркологических больных и контрольной группы абстинентов, с учетом достаточного объема и репрезентативности выборки, адекватных методов математической статистики, что обеспечивает достоверность и обоснованность выводов исследования.

В работе использовались следующие методы: медицинское освидетельствование, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования.

Проводился сравнительный анализ исследуемых факторов в выделенных группах. Также учитывались приверженность пациентов программам реабилитации и процент годовых ремиссий после их прохождения.

Оценка ремиссии пациентов проводилась на основании данных диспансерного динамического наблюдения участкового психиатра-нарколога диспансера, с опорой на биохимический анализ крови с исследованием АЛТ, АСТ, ГГТ, иммуноферментный тест на определение фракции трансферрина (CDT), тест мочи на ПАВ, а также на собственные данные, полученные при контактах с самими пациентами и их родственниками.

2.2. Общая характеристика обследованных лиц

Объект исследования. Основная группа пациентов формировалась из лиц, направленных на курс амбулаторной реабилитации в ОМР участковыми психиатрами-наркологами и психиатрами-наркологами дневного стационара диспансера.

В исследование вошли пациенты с установленным диагнозом синдрома зависимости от ПАВ F10.2–F19.2 (не выделяя отдельно никотиновую зависимость), определенным по критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Контрольная группа была сформирована из здоровых лиц – абсолютных и относительных изначальных абстинентов (абстиненты по классификации Бехтеля Э.Е., 1986): добровольцев и лиц, выявленных из числа обращающихся за получением справок (прошедших медицинское освидетельствование) для разрешения на ношение оружия, вождение автотранспорта, выполнение профессиональных обязанностей и т.п.

Все лица, приглашенные к данному исследованию, были проинформированы о научном исследовании, и им было предложено подписать форму информированного согласия.

Все включавшиеся в исследование лица (пациенты и здоровые люди) подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Участникам исследования давалась гарантия конфиденциальности тех сведений, которые были получены от них в ходе психологического тестирования, при взаимодействии специалиста и обследуемого лица.

Пациенты включались в исследование в соответствии со следующими критериями включения: мужской пол; женский пол; возраст от 25 лет; наличие диагноза согласно МКБ-10: «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ», «Синдром зависимости от алкоголя» F10.2, «Синдром зависимости от наркотических веществ» F11–F19, за исключением никотиновой зависимости; пациенты, прошедшие и не прошедшие реабилитационные программы; способность понять и предоставить

информированное добровольное согласие на участие в научном исследовании с соответствующим оформлением документации.

Здоровые лица включались в исследование в соответствии со следующими критериями включения: мужской пол; женский пол, возраст от 25 лет; отсутствие в анамнезе опыта употребления наркотиков, а в отношении алкоголя – соответствие критериям абсолютного или относительного абстинента (по классификации Бехтеля Э.Е., 1986) (подробное описание абстинента приведено выше, в параграфе 1.5); способность понять и предоставить информированное добровольное согласие на участие в научном исследовании с соответствующим оформлением документации.

Критериями невключения в исследование являлись: психотические расстройства, шизофрения, биполярное расстройство, деменция, возраст менее 25 лет (ввиду отсутствия достаточного времени и опыта для формирования мировоззрения), отказ от участия в исследовании.

В контрольную группу трезвенников не включались вынужденные абстиненты, в анамнезе у которых был период систематического употребления ПАВ.

Так как основу реабилитационной программы «Катехизис» составляет православная вера, то религиозные пациенты иного вероисповедания также исключались из исследования.

2.3. Дизайн исследования

Все обследуемые лица ($n = 544$), участвующие в исследовании, были разделены на две группы: пациенты с синдромом зависимости от ПАВ ($n = 457$) и здоровые лица – абстиненты ($n = 87$), что показано на Рисунке 3.

В свою очередь, группа с синдромом зависимости от ПАВ была разделена на две подгруппы: пациенты с синдромом зависимости от алкоголя – подгруппа 1.1 и пациенты с синдромом зависимости от наркотических веществ – подгруппа 1.2.

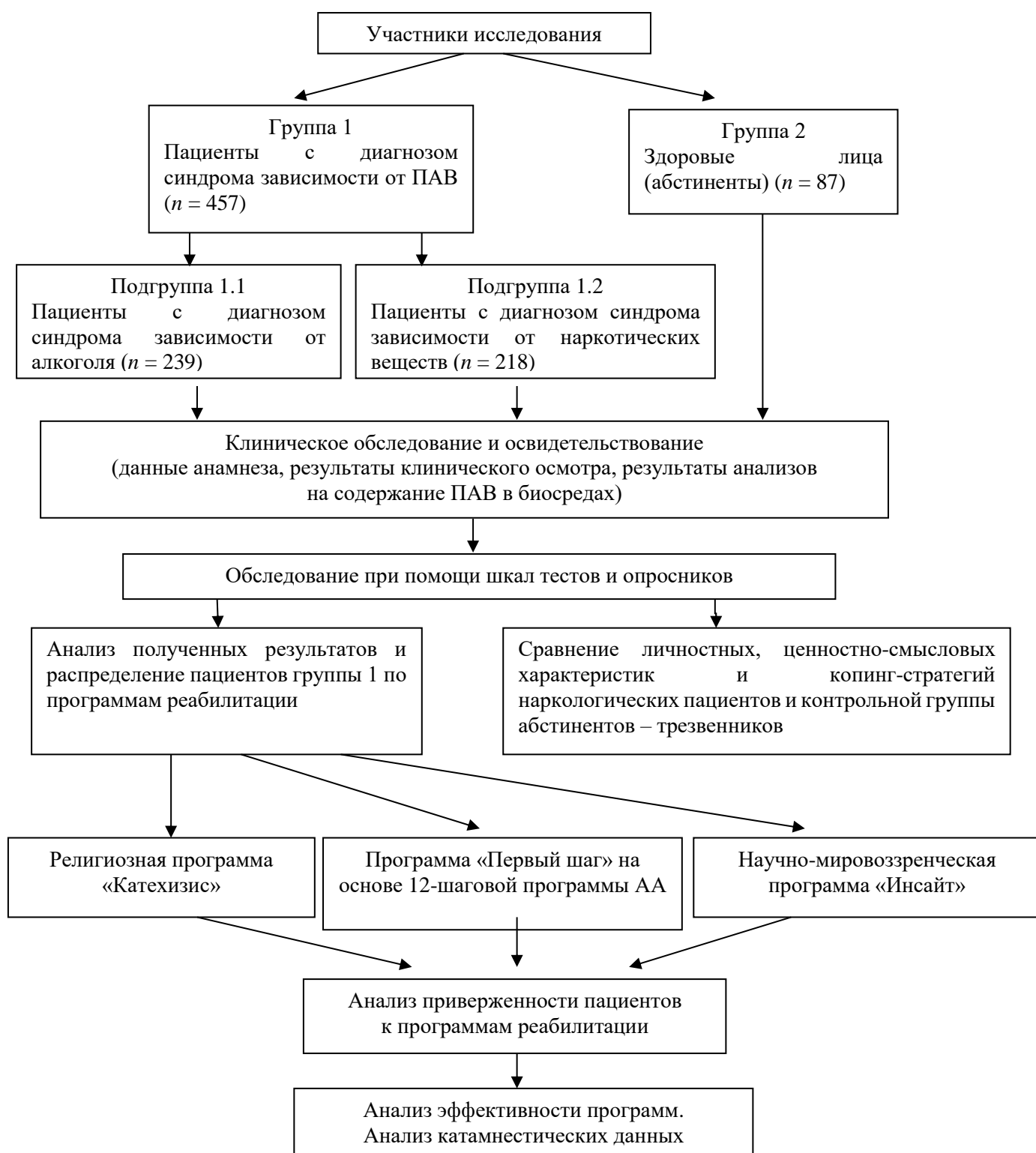


Рисунок 3 – Дизайн исследования

2.4. Этапы исследования

Дизайн исследования предусматривал несколько этапов.

На первом этапе, при поступлении в ОМР, на пациентов, отвечающих критериям включения в исследование и подписавших информированное согласие,

заполнялась индивидуальная карта исследования. Также на первом этапе проводилось медицинское освидетельствование лиц, обратившихся за справками. С выявленными среди них лицами, которые соответствовали требованиям к контрольной группе, заключалось информационное согласие на исследование. Помимо этого, проводилось медицинское освидетельствование иных абстинентов, выразивших добровольное согласие на участие в исследовании, с соответствующим оформлением всей необходимой документации.

На втором этапе, при получении информированного согласия на исследование, указанные выше лица исследовались при помощи шкал и опросников, заполняли ряд тестов, что позволило определить ведущее мировоззрение конкретного пациента путем исследования его клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик.

На третьем этапе на основе собранного первичного материала были проведены анализ и сравнение ценностно-смысловых характеристик, УКП (эрудиции), оценка выраженности и структурированности отношения к религиозной вере, уровней рационального (понятийного) и магического (мифологического) мышления, а также определены ведущие копинг-стратегии абстинентов и лиц с наркологическими расстройствами.

На четвертом этапе было проведено сравнение религиозной ориентации, ее структуры и выраженности в группе зависимых от ПАВ и группе абстинентов.

На пятом этапе пациенты с зависимостью от ПАВ направлялись, согласно полученным результатам обследования, в одну из трех программ амбулаторной реабилитации (православная религиозная программа «Катехизис», программа «Первый шаг» на основе методологии 12 шагов АА/АН, научно-мировоззренческая программа «Инсайт»).

На шестом этапе проводился анализ приверженности пациентов реабилитационным мероприятиям в трех программах реабилитации (религиозная, 12-шаговая, научно-мировоззренческая), оценивалась динамика структуры мировоззрения и уровня магического мышления лиц с наркологическими расстройствами в результате прохождения ими реабилитационных программ.

На последнем этапе по катamnестическим данным через год после прохождения реабилитационных программ была оценена эффективность реабилитационных программ в зависимости от динамики степени коррекции ценностно-смысловых характеристик и систематизации мировоззрения пациента.

2.5. Программы медицинской реабилитации (краткое содержание)

Теоретической базой данного исследования послужила концепция историка и философа науки Куна Т. о парадигме. По его определению, «парадигма – это признанные всеми научные достижения, которые в течение определенного времени дают научному сообществу модель постановки проблем и их решения» (Кун Т., 1975). Говоря иначе, парадигма – это система взглядов на явления окружающего мира и представлений о возможных взаимодействиях с ними или: психологический и теоретический аппарат, на основе которого его приверженцы наблюдают и объясняют все, что присутствует в их опыте. Как подчеркивал Кун Т., «приверженность парадигме делает человека слепым к достоинствам другой парадигмы и мешает ему перейти от одной парадигмы к другой». Он утверждает, что «невозможно понять две парадигмы одновременно» (там же). Попытка совмещения разных парадигм ослабляет структуру каждой из них и в итоге приводит к более противоречивым и непоследовательным поступкам человека, оказавшегося в проблемной ситуации.

В зависимости от содержания мировоззрения и его связей с научными знаниями, верой и жизненным опытом человека, в самом общем виде выделяются три вида мировоззрения: обыденное, или житейское, религиозное и научное. Поэтому в своей реабилитационной работе были учтены вышеуказанные моменты и предложены три программы реабилитации пациентам, учитывающие их мировоззрение.

С целью дифференциации пациентов по ведущему мировоззрению и выбора программ реабилитации пациентам предлагалось пройти структурированное интервью и заполнить ряд тестов, определяющих их основные ценностно-смысловые характеристики.

На основе полученных данных определялись ведущее мировоззрение пациентов и их когнитивный потенциал, что помогало в выборе программы реабилитации.

На следующем этапе первичного обследования психотерапевтом в процессе экзистенциального интервьюирования продолжалось уточнение мировоззренческой парадигмы, личностных и ценностно-смысловых характеристик пациента, копинг-стратегий. В конце интервью объяснялись сущность и отличие предлагаемых программ реабилитации, проводились выбор конкретной программы реабилитации и мотивация на ее прохождение.

Конфессиональная программа «Катехизис» направлена на пациента, ориентированного на религиозные ценности и признающего догматы религии, и ставит целью систематизацию мировоззрения вокруг православной веры. Данная программа проводится с участием действующих священнослужителей РПЦ.

Программа «Первый шаг» основана на концепции модели «12 шагов» АА и ориентирована во внедрение пациентов в среду само- и взаимопомощи. Данная программа проводится при участии социальных работников, имеющих в прошлом собственный опыт употребления ПАВ и прошедших программу «12 шагов».

Научно-мировоззренческая программа «Инсайт» основана на методах когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии. Программа «Инсайт» ориентирована на пациентов, склонных к естественнонаучному объяснению действительности и отвергающих идеи конфессиональных программ и программ, основанных на методологии «12 шагов» АА. Программа «Инсайт» основана на формировании в сознании пациента естественнонаучной картины мира согласно последним научным данным. Структурирование контекста существования пациента благотворно сказывается на его мышлении и поведении. Понимание естественных законов природы и причинно-следственных связей позволяет человеку вести себя адекватно конкретной ситуации, то есть – реальности.

Основными применяемыми психотерапевтическими методиками являются:

1. Мотивационное интервью и мотивационная психотерапия;
2. Когнитивно-поведенческая психотерапия;

3. Экзистенциальная психотерапия;
4. Логотерапия;
5. Рациональная психотерапия.

Более подробно обоснование, сравнение и изложение программ реабилитации представлены в Приложении 1.

2.6. Характеристика методов и организация исследования

В работе были использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, психометрический, статистический методы исследования.

Форма индивидуальной карты обследования была разработана специально в соответствии с целями и задачами данного исследования. Методами сбора эмпирического материала были: наблюдение, анкетирование, беседы, интервью.

1. Индивидуальная карта исследования наркологического больного.

Индивидуальная карта составлена для выявления клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик наркологического больного. Она включала в себя: паспортную часть, анамнез жизни, особенности преморбида и анамнез развития заболевания. Паспортная часть содержала сведения по социально-демографическим характеристикам, актуальной профессиональной и семейной ситуации наркологических пациентов. Анамнез жизни включал сведения о наследственной отягощенности, возрастные характеристики развития, образование и трудоустройство. Анамнез развития заболевания содержит анамнестические данные начала употребления ПАВ, динамику формирования заболевания, проведенные виды лечения и медицинской реабилитации. Личностные характеристики отражали структуру личности: темперамент, тип личности, самооценку, уровень притязаний, самооценку пациентом своего характера в состоянии трезвости, срок предполагаемого воздержания от употребления ПАВ, настрой на абсолютную трезвость, а также образ жизни, включающий наличие хобби и стойких увлечений, отношение к спорту, питание и т.п. Ценностно-смысловые характеристики включали параметры религиозности пациента и экзистенциальный блок. Религиозность: веру в Бога, определение смысла слова

«Бог», принадлежность к конфессии, соблюдение религиозных обрядов и ритуалов. Экзистенциальный блок: отношение к будущему, целеполагание, основные жизненные ценности, мысли о смерти, суицидальные мысли и поступки, веру в судьбу и жизнь после смерти, экстремальные ситуации в анамнезе, предполагаемый срок жизни, наличие смысла жизни, вид страха смерти и ряд других характеристик. Индивидуальная карта заполнялась исследователем (см. Приложение 2).

2. Индивидуальная карта исследования здорового лица (абстинента).

Индивидуальная карта составлена для выявления клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик здорового лица. Она включала в себя: паспортную часть, анамнез жизни и анамнез контакта с ПАВ. Паспортная часть содержала сведения по социально-демографическим характеристикам, актуальной профессиональной и семейной ситуации здоровых лиц. Анамнез жизни включал сведения о наследственной отягощенности, возрастные характеристики развития, образование и трудоустройство. Анамнез контакта с ПАВ содержит анамнестические данные первого употребления ПАВ, длительность эпизодического употребления ПАВ, мотивы неупотребления ПАВ, срок воздержания от ПАВ.

Личностные характеристики отражали структуру личности: темперамент, тип личности, самооценку, уровень притязаний, а также образ жизни, включающий наличие хобби и стойких увлечений, отношение к спорту, питание и т.п. Ценностно-смысловые характеристики включали параметры религиозности пациента и экзистенциальный блок. Религиозность: веру в Бога, определение смысла слова «Бог», принадлежность к конфессии, соблюдение религиозных обрядов и ритуалов. Экзистенциальный блок: отношение к будущему, целеполагание, основные жизненные ценности, мысли о смерти, суицидальные мысли и поступки, веру в судьбу и жизнь после смерти, экстремальные ситуации в анамнезе, предполагаемый срок жизни, наличие смысла жизни, вид страха смерти и ряд других характеристик. Индивидуальная карта заполнялась исследователем (см. Приложение 3).

3. Анкета для выявления абстинентов среди здоровых лиц (Бехтель Э.Е., 1986).

Классификация используется для оценки степени зависимости лиц от

алкоголя. Обследуемому лицу предлагается причислить себя к одной определенной категории из предлагаемых описаний отношения к алкоголю: абстинент (абсолютный или относительный), случайно пьющий, умеренно пьющий, систематически пьющий, привычно пьющий (см. Приложение 4).

В исследование и контрольную группу входили только лица, которые отнесли себя к категории абстинентов.

4. Опросник ВАШ (визуально-аналоговая шкала). ВАШ (англ. Visual Analogue Scale, сокр. VAS) изначально была разработана для интенсивности оценки боли у пациентов с хроническим панкреатитом. В наркологии шкала используется для измерения субъективной оценки больным степени влечения к алкоголю или наркотику (Ненастьева А.Ю., 2018).

Пациент самостоятельно отмечает на 10-сантиметровом отрезке степень желания выпить или употребить ПАВ: 0 мм – отсутствие желания, 100 мм – максимальное желание. Использование ВАШ позволяет определять тяжесть и динамику патологического влечения к ПАВ как в процессе лечения, так и на этапах становления ремиссии и в соответствии с полученными результатами корректировать терапевтический процесс. В исследовании опросник ВАШ использовался для изучения клинических факторов ремиссии.

5. Оригинальный тест (шкала) Докинза Р. на религиозную веру. Тест (шкала) состоит из 7 утверждений, непосредственно касающихся всего спектра убеждений человека в отношении веры в существование Бога: сильный (убежденный) теист, де-факто теист, склоняющийся к теизму, совершенно непредубежденный (неопределившийся в убеждениях), склоняющийся к атеизму, де-факто атеист, сильный (убежденный) атеист.

Обследуемому лицу предлагается оценить степень согласия с одним предложенным утверждением, с соответствующим ему описанием. Тест использовался для определения ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц.

6. Тест Докинза Р. (расширенный). Тест (шкала) состоит, как и в оригинальном тесте Докинза Р., из 7 утверждений, непосредственно касающихся

всего спектра убеждений человека в отношении веры в существование Бога, но с добавлением двух столбцов: отношение обследуемого к ПАВ и отношение к науке в аналогичной трактовке оригинальному тесту. Обследуемому лицу предлагается оценить степень согласия с одним предложенным утверждением, с соответствующим ему описанием. Важным моментом было изучение степени соответствия и противоречия между столбцами веры в Бога и веры в науку. Тест использовался для определения ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц. Религиозно-философская классификация веры, согласно Докинзу Р., представлена в Приложении 5.

7. Тест COPE (Карвер К., Шейер М., Вейнтраубом Дж. в адаптации Иванова П.А. и Гараняна Н.Г., 2010 год, вариант 2). Тест COPE предназначен для диагностики широкого спектра копинговых реакций. Несмотря на краткость теста, следует отметить его достаточную надежность, что представляется важным в исследовании наркологических больных, часто ограниченных в своих интеллектуальных возможностях в силу заболевания. Шкала оценивает несколько видов совладающих реакций, которые, предположительно, являются дисфункциональными, и несколько видов вполне адаптивных реакций. Она также включает по меньшей мере 2 пары полярно противоположных тенденций. Второй вариант – это краткая версия шкалы, в которой респондент указывает, в какой степени в определенный момент его прошлой жизни присутствовали те или иные реакции. Подсчитываются суммарные баллы по отдельным подшкалам опросника. Общий балл в этом варианте шкалы не подсчитывается. В исследовании COPE использовался для изучения личностных характеристик (см. Приложение 6).

8. Опросник на эрудицию (авторская разработка). С помощью этого опросника исследовались степень эрудиции и мировоззренческие представления пациентов об окружающем мире. В исследовании опросник на эрудицию использовался для изучения ценностно-смысловых характеристик личности и оценки ее УКП (см. Приложение 7).

9. Magic Ideation Scale (MIS) – шкала уровня магического мышления (Eckblad M., Chapman L.J., 1983). Под магическим мышлением подразумевается

вера в причинно-следственные связи, которые в обычном понимании непоследовательны и нелогичны. Шкала основана на описании магического мышления Meehl Р.Е. как симптома шизотипии (предрасположенности к шизофрении). Учитывая, что магическое мышление входит в структуру религиозного мышления, данная шкала была использована для оценки уровня магического мышления наркологических пациентов и здоровых лиц (см. Приложение 8).

10. Опросник на веру (авторская разработка). С помощью данного опросника исследовался спектр возможных верований человека согласно классификации Докинза Р.: теист, деист, пантеист, агностик, атеист. Пациент, отвечая на вопросы опросника, выявляет свои мировоззренческие убеждения. Пациенту предлагается выбрать наиболее подходящие ему ответы из предлагаемых в опроснике. Причем количество ответов не ограничено: от 0 до всех предложенных ответов. Суммация баллов по шкалам формирует индивидуальный графический рисунок, отражающий радикал мировоззренческих убеждений и уровень магического мышления. Опросник на веру предлагается дважды: в начале и конце исследования, что позволяет оценить динамику мировоззренческих убеждений наркологических пациентов после прохождения различных программ реабилитации (см. Приложение 9).

Эффективность проводимых программ реабилитации определялась на основе динамического и катамнестического наблюдений, учета длительности ремиссий, частоты «срывов» и рецидивов, а также данных тестирования. Тестирование с использованием психологических методик проводилось дважды – в начале реабилитационного курса и по его завершении. В Приложениях 10–12 приведены подробные клинические примеры пациентов, иллюстрирующие динамику их состояния в ходе проведения реабилитационной работы.

Анализируемая документация: индивидуальная карта пациента, протокол медицинского освидетельствования, протокол исследования.

Вся работа выполнена на базе амбулаторного реабилитационного отделения филиала № 8 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

2.7. Статистическая обработка результатов

Методы математической статистики применялись для определения различий между группами, динамики различных параметров внутри групп и анализа корреляционных связей между исследуемыми параметрами.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.4.3 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро – Уилка (при числе исследуемых параметров менее 50) или критерия Колмогорова – Смирнова (при числе исследуемых параметров более 50). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела – Уоллиса, апостериорные сравнения – с помощью критерия Данна с поправкой Холма. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона.

Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от 26 ноября 2018 года, протокол № 5.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общая численность обследованных наркологических пациентов составила 667 человек, а общая численность обследованных абсолютных и относительных абстинентов – 91 человек. В последующем из группы пациентов было исключено 210 человек, а из группы абстинентов – 4 человека. В итоге в исследование вошло 544 человека. Из них 457 человек – с установленным диагнозом синдрома зависимости от ПАВ, определенным по критериям МКБ-10, и 87 здоровых лиц – абсолютных и относительных изначальных абстинентов (по классификации Бехтеля Э.Е., 1986). Среди группы пациентов 239 человека – с синдромом зависимости от алкоголя, средней стадии (F10.2), и 218 пациентов – с синдромом зависимости от наркотических веществ, средней стадии (F11.2; F12.2; F15.2; F19.2).

3.1. Клинические и личностные характеристики обследованных лиц

Распределение обследованных лиц по диагнозу приведено в Таблице 1.

Таблица 1 – Распределение обследованных лиц по диагнозу

Показатели	Категории	Абс.	%
Диагноз	Абстиненты	87	16,0
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	239	43,9
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	218	40,1

На основе представленных в Таблице 1 данных видно, что среди обследованных лиц группа абстинентов составляет только 16 %, что связано с малым ее распространением в популяции. Количество пациентов в подгруппе с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя и подгруппе с диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ существенно не отличалось.

Гендерное распределение. Следующим был выполнен анализ гендерных

различий в зависимости от наркологического диагноза и его отсутствия.

Распределение в группах по гендерному признаку представлено в Таблице 2.

Таблица 2 – Взаимосвязь гендерных различий с диагнозом

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Пол	Женщины	53 (60,9)	49 (20,5)	36 (16,5)	$< 0,001^*$ $R_{\text{Абстиненты – Пациенты F10.2}} < 0,001$ $R_{\text{Абстиненты – Пациенты F11–19.2}} < 0,001$
	Мужчины	34 (39,1)	190 (79,5)	182 (83,5)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В распределении по полу в группах с различным диагнозом были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Так, наряду с существенным преобладанием мужчин в группах с синдромом зависимости от ПАВ, выявлено также значительное преобладание женщин в группе абстинентов.

Представленные в Таблице 2 данные наглядно демонстрируют, что на одну женщину с синдромом зависимости от алкоголя приходится 3,9 мужчины с тем же диагнозом, а на одну женщину с синдромом зависимости от наркотических веществ – 5,1 мужчин с тем же диагнозом.

Полученные данные близки к статистическим данным гендерной структуры наркологической заболеваемости в России в целом (Потребление алкоголя в России. Социологический анализ, 2011; Киржанова В.В. с соавт., 2020).

Возраст обследованных лиц.

Далее был проведен анализ взаимосвязи возрастных групп с наркологическим диагнозом (Таблица 3, Рисунок 4).

Таблица 3 – Взаимосвязь возрастных групп с наркологическим диагнозом

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Возрастные группы	25–35	27 (31,0)	40 (16,7)	82 (37,6)	$p_{\text{Абстиненты} - \text{Пациенты F10.2}} = 0,033$ $p_{\text{Абстиненты} - \text{Пациенты F11-19.2}} < 0,001$ $p_{\text{Пациенты F10.2} - \text{Пациенты F11-19.2}} < 0,001$
	36–45	26 (29,9)	87 (36,4)	123 (56,4)	
	46–55	14 (16,1)	56 (23,4)	11 (5,0)	
	56 лет и старше	20 (23,0)	56 (23,4)	2 (0,9)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В группах абстинентов и пациентов с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) возрастные группы представлены относительно равномерно, что нельзя сказать о группе пациентов с диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ (F11–19.2), где 94 % составляют лица в возрасте от 25 до 45 лет.

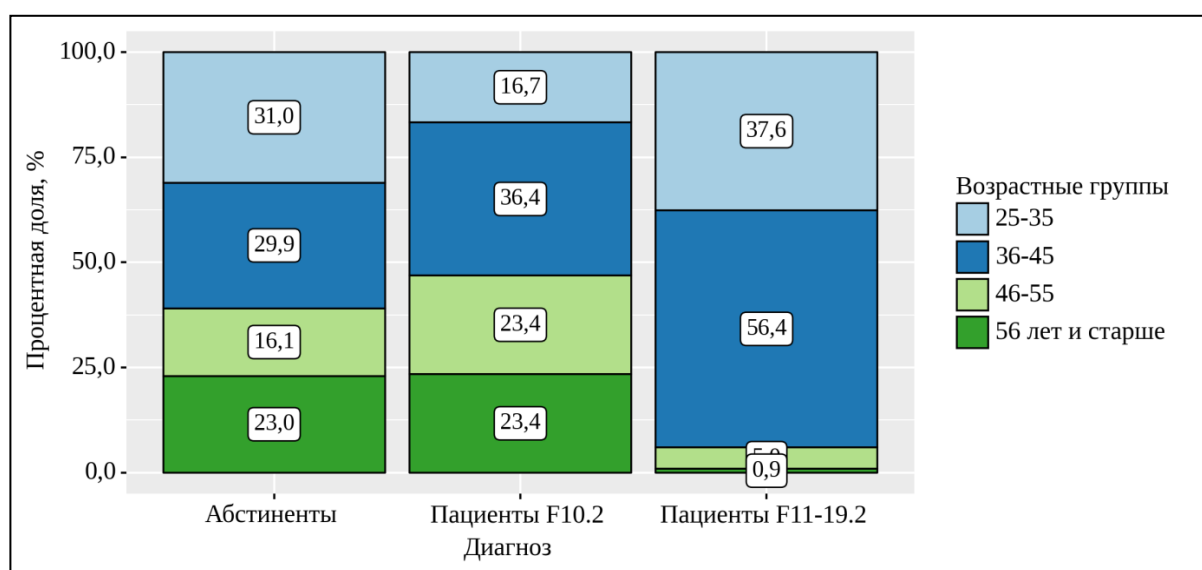


Рисунок 4 – Связь возрастных групп с наркологическим диагнозом

Далее был выполнен анализ взаимосвязи уровня образования обследуемых лиц с наличием диагноза наркологического заболевания и его отсутствием (Таблица 4).

Таблица 4 – Взаимосвязь уровня образования обследованных лиц с наличием наркологического диагноза

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Образование	Нс	0 (0,0)	5 (2,1)	13 (6,0)	< 0,001* p _{Абстиненты – Пациенты F10.2} < 0,001
	С	2 (2,3)	27 (11,3)	53 (24,3)	
	Сс	10 (11,5)	98 (41,0)	83 (38,1)	
	Нв (гум.)	0 (0,0)	8 (3,3)	16 (7,3)	p _{Абстиненты – Пациенты F11–19.2} < 0,001
	Нв (тех., био.)	0 (0,0)	10 (4,2)	6 (2,8)	
	В (гум.)	36 (41,4)	46 (19,2)	33 (15,1)	p _{Пациенты F10.2 – Пациенты F11–19.2} < 0,001
	В (тех., био.)	39 (44,8)	45 (18,8)	14 (6,4)	

Примечание: Нс – неоконченное среднее образование; С – среднее образование; Сс – среднее специальное образование; Нв (гум.) – неоконченное высшее гуманитарное образование; Нв (тех., био.) – неоконченное высшее техническое или биологическое образование; В (гум.) – оконченное высшее гуманитарное образование; В (тех., био.) – оконченное высшее техническое или биологическое образование; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В группах пациентов наиболее многочисленной была категория лиц со средним специальным образованием. Так, с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) она составила 41 %, а с диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ (F11–19.2) – 38,1 %. Среди абстинентов эта категория лиц была представлена только в 11,5 % случаев. Категория лиц с высшим образованием была наиболее многочисленной в группе абстинентов и составила в сумме 86,2 %. В группе пациентов с диагнозом F10.2 она составляла 38 %, а с диагнозом F11–19.2 – только 21,5 % (см. Таблицу 4, Рисунок 5).

Полученные данные согласуются с результатами более ранних исследований

других авторов (Копытов А.В. с соавт., 2011), которые показали уменьшение склонности к употреблению ПАВ с ростом уровня образования людей.

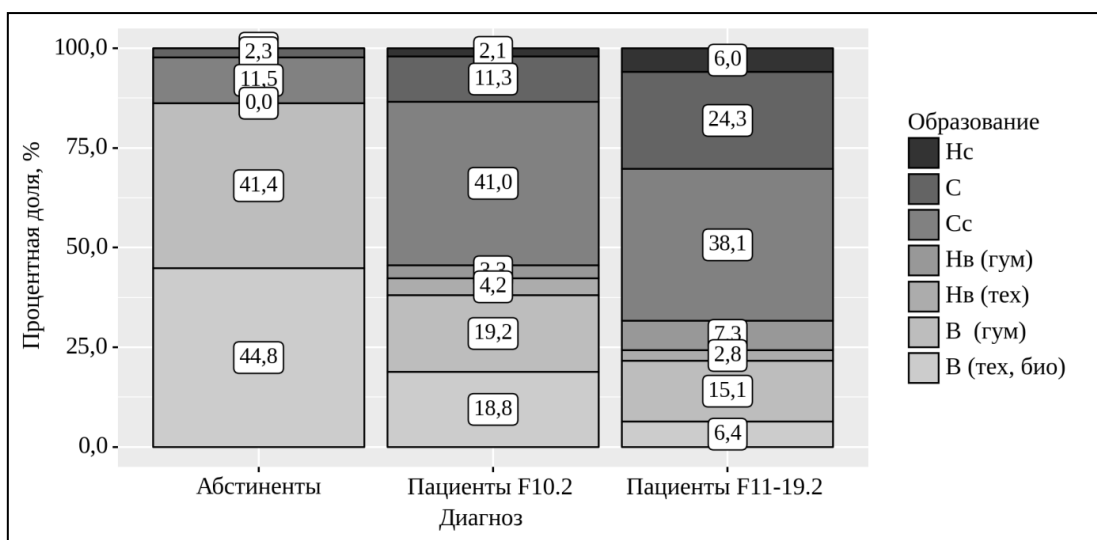


Рисунок 5 – Связь уровня образования обследованных лиц с наркологическим диагнозом

Наследственная отягощенность. Был проведен анализ наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями в зависимости от диагноза. Учитывалось злоупотребление ПАВ как отцом и/или матерью, так и их родителями (Рисунок 6) в семьях наркологических больных и абстинентов.

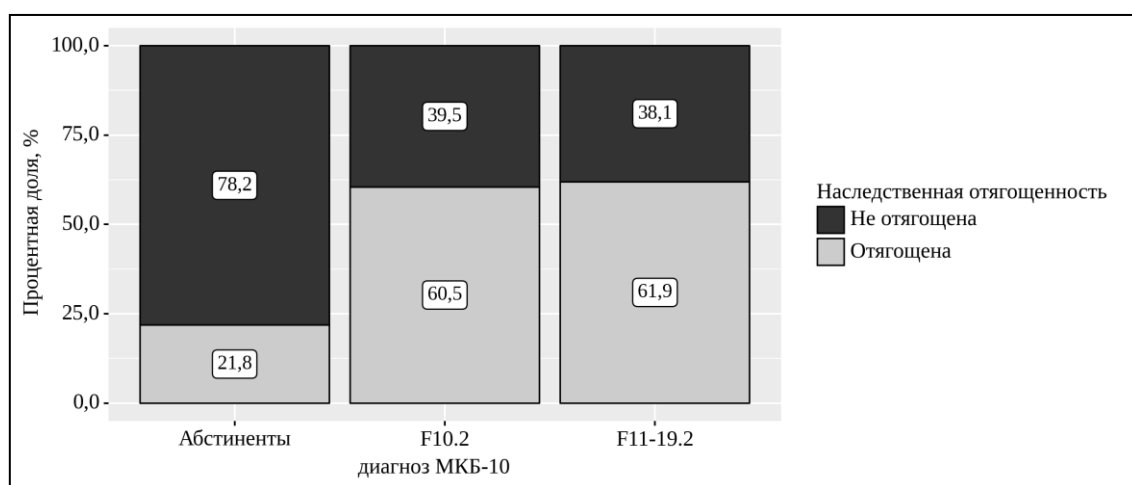


Рисунок 6 – Распределение доли наследственной отягощенности в группах больных, зависимых от ПАВ, и группе абстинентов

Согласно представленным на Рисунке 6 данным, выявлены достоверные различия между основной и контрольной группами. Так, в группах пациентов, зависимых от алкоголя или наркотических веществ, наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями встречается в 3 раза чаще, по сравнению с контрольной группой абстинентов.

Копинг-стратегии. С целью исследования личностных особенностей обследуемых лиц был выполнен анализ копинг-стратегий в зависимости от наличия или отсутствия диагноза синдрома зависимости от ПАВ (F10–19.2) с помощью теста COPE – см. Таблицу 5 (использовалась краткая шкала COPE Карвера К., Шейера М. и Вейнтрауб Дж. в адаптации Гаранян Н.Г. и Иванова П.А., 2010 год).

При сопоставлении религиозного копинга, использования юмора, поведенческого избегания, использования эмоциональной поддержки, употребления ПАВ в группах больных с различным диагнозом были установлены статистически значимые различия ($p = 0,048$, $p = 0,001$, $p = 0,004$, $p = 0,027$, $p < 0,001$ соответственно) (*используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса*).

При оценке личностного роста, психического избегания, фокусировки на эмоциях, использования социальной поддержки, активного копинга, отрицания, самоограничения, принятия, оттормаживания всех других занятий, планирования совладания не удалось установить статистически значимых различий в зависимости от диагноза ($p = 0,062$, $p = 0,716$, $p = 0,929$, $p = 0,120$, $p = 0,112$, $p = 0,419$, $p = 0,128$, $p = 0,768$, $p = 0,136$, $p = 0,188$ соответственно (см. Таблицу 5).

Из представленных на Рисунках 7–10 данных видно, что абстиненты реже, чем лица, зависимые от ПАВ, используют в стрессовых ситуациях такие копинг-стратегии, как религиозный копинг и поведенческое избегание. Такая копинг-стратегия, как употребление ПАВ, предсказуемо отсутствует в группе абстинентов, а в группах пациентов с синдромом зависимости от ПАВ она представлена не максимально высоко, что, вероятно, связано с желанием пациентов указанных групп приуменьшить степень своей зависимости от ПАВ, хотя по факту она неоспорима.

Таблица 5 – Копинг-стратегии в зависимости от диагноза

Показатели	Категории	Диагноз			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Религиозный копинг (балл)	Абстиненты	3	2 – 4	24	0,048*
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	4	2 – 5	239	
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	4	2 – 6	218	
Использование юмора (балл)	Абстиненты	4	4 – 5	24	0,001* p _{Пациенты F11–19.2 – Пациенты F10.2} = 0,001
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	4	3 – 5	239	
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	4	3 – 6	218	
Поведенческое избегание (балл)	Абстиненты	2	2 – 3	24	0,004* p _{Пациенты F10.2 – Абстиненты} = 0,003 p _{Пациенты F11–19.2 – Абстиненты} = 0,006
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	3	2 – 4	239	
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	3	2 – 4	218	
Использование эмоциональной поддержки (балл)	Абстиненты	5	4 – 6	24	0,027* p _{Пациенты F11–19.2 – Пациенты F10.2} = 0,040
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	4	4 – 6	239	
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	5	4 – 6	218	
Употребление ПАВ (балл)	Абстиненты	2	2 – 2	24	< 0,001* p _{Пациенты F10.2 – Абстиненты} < 0,001 p _{Пациенты F11–19.2 – Абстиненты} < 0,001
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	4	2 – 5	239	
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	4	2 – 5	218	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

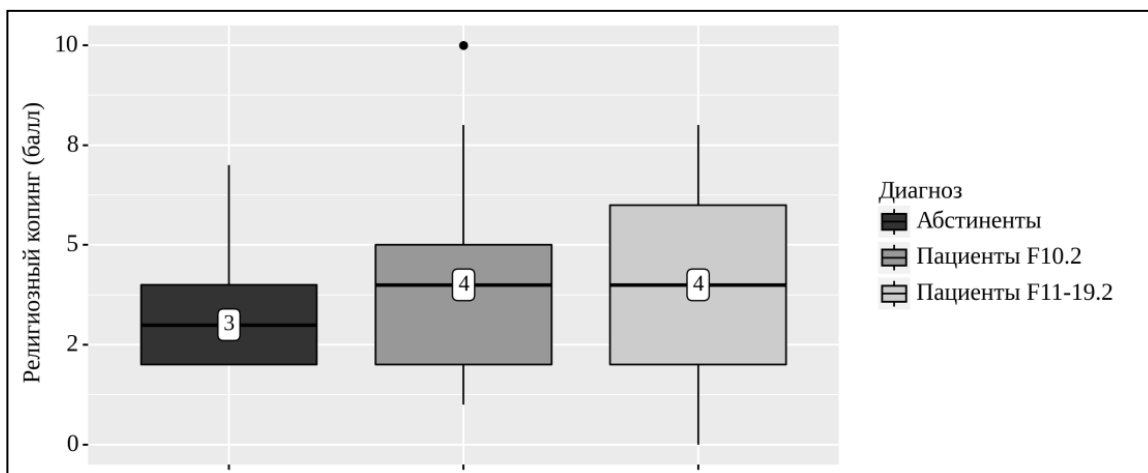


Рисунок 7 – Религиозный копинг в зависимости от диагноза

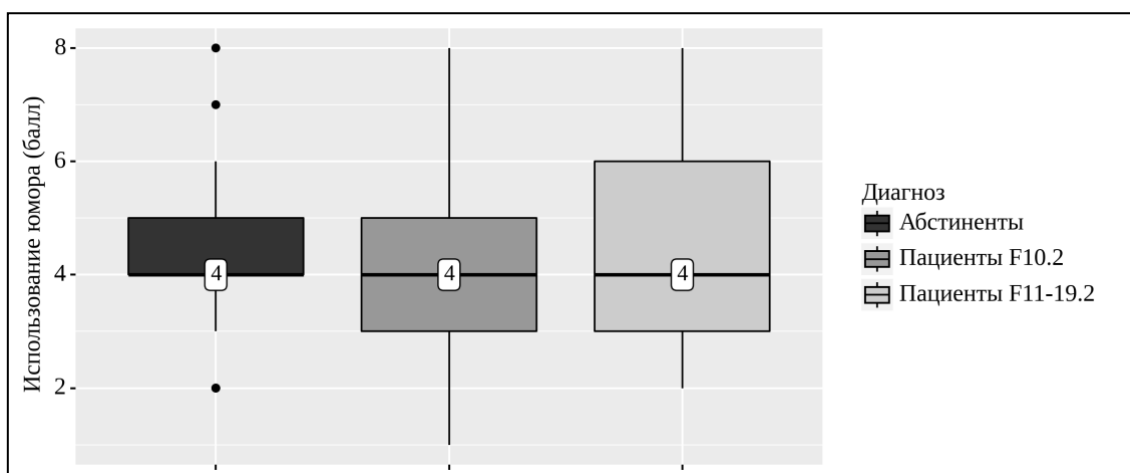


Рисунок 8 – Использование юмора в зависимости от диагноза

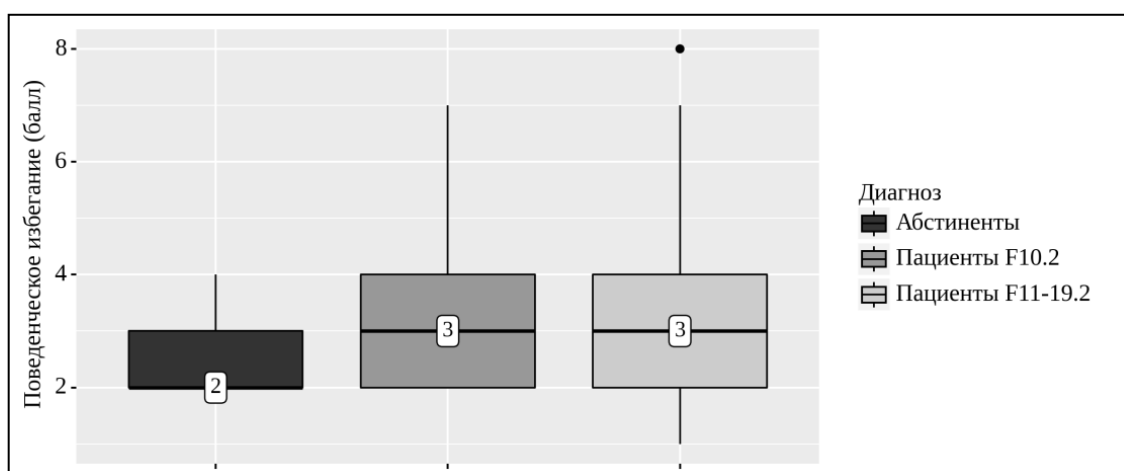


Рисунок 9 – Поведенческое избегание в зависимости от диагноза

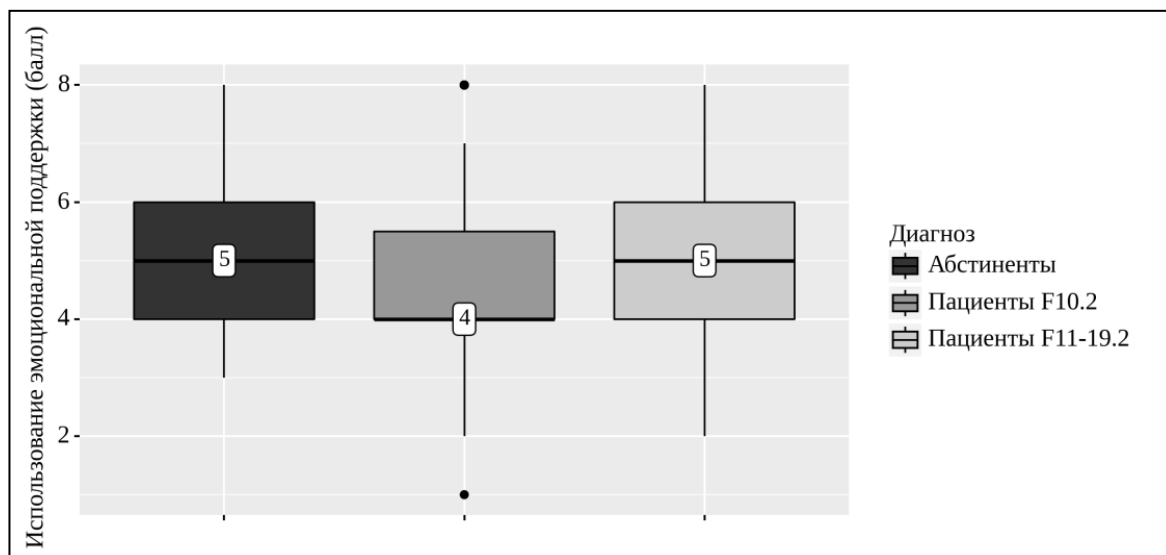


Рисунок 10 – Использование эмоциональной поддержки
в зависимости от диагноза

Для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя менее характерно использование эмоциональной поддержки, в отличие от абстинентов и от пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ. Оказалось, что использование юмора как копинг-стратегии более характерно для пациентов с диагнозом зависимости от наркотических веществ (F11–19.2). А в группе абстинентов незначительно просматривается несколько бóльшая, в отличие от групп пациентов, тенденция к принятию стрессовой ситуации и активному копингу.

Таким образом, лица с наркологическими заболеваниями, по сравнению с не употребляющими ПАВ лицами, занимают менее активную позицию в тяжелых стрессовых ситуациях, стараются избегать стрессовых факторов и используют употребление ПАВ в целях эскапизма (бегства от реальности).

Полученные результаты согласуются с данными других исследователей копинг-стратегий у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ (Миронова Н.В. 2015).

Также был проведен анализ копинг-стратегий в зависимости от пола обследуемых лиц (Таблица 6).

Таблица 6 – Копинг-стратегии в зависимости от пола обследуемых лиц

Показатели	Категории	Пол			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Психическое избегание (балл)	Женщины	5	4 – 6	95	0,001*
	Мужчины	5	4 – 6	386	
Фокусировка на эмоциях (балл)	Женщины	4	4 – 5	95	< 0,001*
	Мужчины	4	3 – 5	386	
Использование социальной поддержки (балл)	Женщины	5	4 – 6	95	< 0,001*
	Мужчины	5	4 – 6	386	
Отрицание (балл)	Женщины	4	3 – 5	95	0,004*
	Мужчины	3	2 – 4	386	
Религиозный копинг (балл)	Женщины	4	3 – 6	95	0,023*
	Мужчины	4	2 – 5	386	
Использование эмоциональной поддержки (балл)	Женщины	5	4 – 6	95	< 0,001*
	Мужчины	4	4 – 6	386	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При оценке копинг-стратегий психического избегания, фокусировки на эмоциях, использования социальной поддержки, отрицания, религиозного копинга, использования эмоциональной поддержки в зависимости от пола были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,004$, $p = 0,023$, $p < 0,001$ соответственно) (используемый метод: *U-критерий Манна – Уитни*). Данные стратегии были более свойственны женщинам. При сравнении личностного роста, активного копинга, использования юмора, поведенческого избегания, самоограничения, употребления ПАВ, принятия, отторжения всех других занятий, планирования совладания в зависимости от пола не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,492$, $p = 0,794$, $p = 0,642$, $p = 0,460$, $p = 0,478$, $p = 0,311$, $p = 0,274$, $p = 0,271$, $p = 0,794$ соответственно).

При оценке копинг-стратегий были выявлены статистически значимо более частые у женщин реакции: психического избегания, фокусировки на эмоциях, использования социальной поддержки, отрицания, чем у мужчин. Также у женщин выше, чем у мужчин, представлена степень религиозного копинга, но эта копинг-

стратегия менее статистически значима.

3.2. Исследование ценностно-смысловых характеристик

С целью изучения ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц были использованы структурированное интервью и ряд тестов. Исходным тестом был оригинальный тест Докинза Р. на определение степени религиозной веры (Таблица 7). Ввиду выявления ряда противоречий данного теста с результатами структурированного интервью, он был расширен введением в него параметра «Вера в науку» как антагониста веры в сверхъестественные сущности.

Таблица 7 – Оригинальный тест (шкала) Докинза Р. на религиозную веру

№ п/п	Спектр убеждений	Описание
1	Сильный (убежденный) теист	На 100 % уверен в существовании Бога. «Я не просто верю, я знаю».
2	Де-факто теист	Вероятность существования Бога очень высокая, но не 100%-ная. «Я не знаю точно, но достаточно сильно верю, и строю свою жизнь исходя из того, что Бог есть».
3	Склоняющийся к теизму	Вероятность больше 50 %, но ненамного. «Я не уверен, но склонен полагать, что Бог существует».
4	Совершенно непредубежденный (неопределившийся в убеждениях)	Одинаковая вероятность правоты обеих точек зрения «Нельзя доказать, что Бог существует, как и нельзя доказать, что его нет».
5	Склоняющийся к атеизму	Вероятность существования Бога меньше 50 %, но ненамного. «Я не знаю, есть ли Бог, но склонен считать, что его нет».
6	Де-факто атеист	Очень низкая вероятность, но не равна нулю. «Я не уверен на 100 %, но считаю, что вероятность существования Бога очень низкая, и строю свою жизнь исходя из того, что его нет».
7	Сильный (убежденный) атеист	«Я абсолютно уверен в том, что Бога нет».

По результатам исследования, в согласии с оригинальной шкалой Докинза Р. (см. Таблицу 7), пациенты делились на три группы, соответствующие трем видам мировоззрения: **теисты** – лица, склонные к религиозному мировоззрению, **неопределившиеся в убеждениях** – непредубежденные с обыденным мировоззрением, **атеисты** – лица, склонные к научному мировоззрению. В расширенную шкалу Докинза Р. (Таблица 8) были добавлены две характеристики:

отношение к ПАВ и отношение к науке в соответствии с трактовкой и последовательностью, аналогичной столбцу «Вера в сверхъестественное существо», как в оригинальном тесте.

Таблица 8 – Тест Докинза Р. расширенный

	Единый Бог (сверхъестественное существо)		ПАВ (психоактивное вещество)		Наука (естественные законы природы)
	(Троица, Христос, Яхве, Иегова, Аллах, Будда, Ишвара, Зевс и т.д.)		(алкоголь, метадон, героин, первитин, каннабис и др.)		(математика, физика, химия, биология, геология, астрономия и т.д.)
1	Я стопроцентно верю в Бога. Как говорил Юнг К.Г.: «Я не верю, я знаю».	1	Я полностью предан ПАВ и постоянно их принимаю.	1	Я верю в чудо. Законы природы условны. Миром управляют сверхъестественные силы и существа.
2	Я не могу знать абсолютно точно, но глубоко верю и строю жизнь на основе того, что Бог есть.	2	Я считаю, что можно употреблять ПАВ периодически.	2	Я знаю о науке, но не верю ей, верю только своей интуиции и авторитетным для меня людям.
3	Не могу сказать, что убежден, но склонен полагать, что Бог существует.	3	Я считаю, что можно употреблять ПАВ эпизодически.	3	Я знаю, что есть наука, но сомневаюсь в достоверности предоставляемых ею данных.
4	Наличие и отсутствие Бога – обе гипотезы одинаково вероятны.	4	Употребление ПАВ допустимо в меру.	4	Наука и чудо сосуществуют.
5	Не знаю, существует ли Бог, но у меня есть сомнения.	5	Я считаю, что можно употреблять ПАВ по праздникам, редко до опьянения.	5	Я склонен верить в науку и использую некоторые научные данные для своей жизни.
6	Я не могу знать с абсолютной точностью, но я полагаю, что вероятность существования Бога очень мала, и я живу, полагая, что его нет.	6	Я считаю, что можно употреблять ПАВ в очень редких случаях и в дозах, не изменяющих сознание.	6	Я доверяю науке и стараюсь строить жизнь в соответствии с ней.
7	Я убежденный атеист. Я знаю, что Бога нет. Как говорил Юнг К.Г.: «Я не верю, я знаю».	7	Я убежденный трезвенник. Я полностью исключаю употребление ПАВ и могу объяснить почему.	7	Я полностью полагаюсь на науку и строю жизнь в соответствии с последними научными данными.

В соответствии с условиями теста, необходимо было выбрать только **одно**

утверждение в каждом столбце согласно убеждениям обследуемого лица на момент тестирования.

Интерпретация результатов: каждый столбец таблицы оценивает субъективную оценку обследуемым лицом указанного явления (от 1 до 7), причем 1-й и 3-й столбцы соответствуют друг другу по горизонтальным позициям (по сути), просто изложены в разных терминах. Поэтому разница между ними отражает степень противоречия, или, говоря иначе, уровень осмысленности обследуемым лицом данных мировоззренческих парадигм.

При анализе оценивалась степень противоречия между показателями столбцов «веры» и «науки». Допустимой по отношению пациента к той или иной группе (теист, неопределившийся в убеждениях, атеист) считалась степень противоречия между строками «веры» и «науки» не более 1.

В связи с этим дифференциация пациентов по убеждениям на основании расширенного теста Докинза Р. представляется следующим образом.

Теисты – обследуемые лица, выбравшие в 1-м столбце строки 1 (сильный теист) и 2 (де-факто теист) с допустимым противоречием с 3-м столбцом от 0 до 1.

Атеисты – обследуемые лица, выбравшие в 1-м столбце строки 6 (де-факто теист) и 7 (сильный теист) с допустимым противоречием с 3-м столбцом от 0 до 1.

Группа неопределившихся обследуемых лиц формировалась из тех, кто выбрал строки 3 и 5 (склоняющиеся к теизму или атеизму), 4 (совершенно непредубежденных), а также из выбравших строки 2, 6 (де-факто теист или де-факто атеист) и 1, 7 (сильный теист или сильный атеист) с противоречием с 3-м столбцом более 1.

Второй столбец расширенного теста Докинза Р. отражает установку обследуемого лица к ПАВ и косвенно соотносится с позициями в 1-м и 3-м столбцах. Отношение пациентов к ПАВ оценивалось в баллах неприятия этих веществ согласно 2-му столбцу от 1 до 7, где 1 – это полное принятие ПАВ, 7 – полное неприятие.

В связи с наличием отличных друг от друга по мировоззрению программ реабилитации встал вопрос о распределении пациентов по программам.

Для решения этой задачи, на основании расширенного теста Докинза Р. и теста на эрудицию, рассчитывался интегрирующий их показатель – УКП по эмпирически выведенной формуле (1):

$$\text{КП} = \text{УЭ} + \text{ПД} - \text{СП}, \quad (1)$$

где **КП** – когнитивный потенциал (от 3 до 41); **УЭ** – уровень эрудиции (0–21) (количество верных ответов минус количество неверных ответов и минус количество ответов без ответа) по тесту на эрудицию; **ПД** – показатель Докинза Р. (3–21) (сумма значений строк) в трех столбцах расширенного теста Докинза Р.; **СП** – степень противоречия между строками в столбцах «веры» и «науки» (0–6) в расширенном тесте Докинза.

УКП расценивался как:

< 15 – низкий когнитивный потенциал;

от 15 до 30 – средний когнитивный потенциал;

> 30 – высокий когнитивный потенциал.

Разработанный подход к оценке уровня когнитивного потенциала существенно отличается от предложенного Дудко Т.Н. подхода определения УРП, который учитывает преморбид, социальный статус, формальный уровень полученного образования и некоторые клинические показатели. При оценке УКП прежде всего учитывается качественная составляющая исследуемых показателей. УКП оценивает не просто память, уровень образования и интеллект, в предлагаемой формуле (1) когнитивный потенциал рассмотрен как соотношение эрудиции и мировоззрения, то есть как способность пациента осваивать тот или иной вариант программы.

С этой точки зрения для выбора программы реабилитации личностные и ценностно-смысловые характеристики пациентов выходят на первый план, а клинические и социальные показатели не имеют такого значения. Пациентам предлагались на выбор три амбулаторных реабилитационных программы: религиозная – программа «Катехизис», на основе методологии АА «12 шагов» – программа «Первый шаг» и основанная на научном мировоззрении программа «Инсайт».

Курсы реабилитации одинаковы для всех предлагаемых программ по количеству занятий, но отличаются только избирательным содержанием в соответствии с тремя выбранными трезвенническими парадигмами. Продолжительность курсов реабилитации рассчитана на 3 месяца при посещении занятий 2–3 раза в неделю (30 групповых занятий).

3.2.1. Анализ мировоззренческих убеждений обследуемых лиц

В связи с изучением ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц был выполнен анализ веры в Бога в зависимости от наличия или отсутствия диагноза зависимости от ПАВ (F10–19.2) с помощью оригинального теста Докинза Р. (Таблица 9).

Таблица 9 – Вера в Бога в зависимости от диагноза (оригинальный тест Докинза Р.)

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с диагнозом зависимости от алкоголя (F10.2)	Пациенты с диагнозом зависимости от наркотических веществ (F11–19.2)	
Вера в Бога	Сильные теисты	15 (21,1)	45 (18,9)	48 (22,0)	0,016*
	Де-факто теисты	19 (26,8)	76 (31,9)	78 (35,8)	
	Склоняющиеся к теизму	13 (18,3)	51 (21,4)	43 (19,7)	
	Неопределившиеся	7 (9,9)	35 (14,7)	29 (13,3)	
	Склоняющиеся к атеизму	3 (4,2)	9 (3,8)	7 (3,2)	
	Де-факто атеисты	11 (15,5)	8 (3,4)	10 (4,6)	
	Сильные атеисты	3 (4,2)	14 (5,9)	3 (1,4)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Так, во всех группах, согласно проведенному тесту, преобладают лица с радикалом к теизму с небольшим увеличением их численности от абстинентов до пациентов с диагнозом зависимости от наркотических веществ (F11–19.2) (66,2 % – 72,2 % – 77,5 %).

В отношении радикала к атеизму тенденция противоположная: 23,9 % – 9,3 % – 9,2 % соответственно.

Из представленных в Таблице 9 данных можно отметить большее

представительство лиц с научным мировоззрением в группе абстинентов.

В рамках расширенного теста Докинза Р. был исследован вопрос веры обследованных лиц в науку. Вопросы теста на веру в науку сформулированы аналогично вопросам веры в Бога и отражают диаметрально противоположную точку зрения (Таблица 10).

Таблица 10 – Вера в науку в зависимости от диагноза

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Вера в науку	Отрицающие науку и верящие в чудо	4 (5,6)	7 (2,9)	4 (1,8)	0,029* R _{Абстиненты – Пациенты с диагнозом F11–19.2} = 0,033
	Неверящие в науку	0 (0,0)	9 (3,8)	5 (2,3)	
	Сомневающиеся в науке	3 (4,2)	23 (9,7)	15 (6,9)	
	Считающие, что чудо и наука сосуществуют	21 (29,6)	85 (35,7)	107 (49,1)	
	Склонные верить науке	16 (22,5)	50 (21,0)	42 (19,3)	
	Доверяющие науке	20 (28,2)	47 (19,7)	35 (16,1)	
	Полностью полагающиеся на науку	7 (9,9)	17 (7,1)	10 (4,6)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В результате расширенного теста Докинза Р. с учетом веры в науку картина мировоззрения обследованных лиц предстает в ином виде, чем при оригинальном тесте, и больше соответствует нормальному статистическому распределению. Так, вера в естественнонаучное объяснение окружающей действительности (по сути, атеистический радикал) от группы абстинентов к группе пациентов с диагнозом F11–19.2 представлена иной тенденцией: 60,6 % – 47,8 % – 40 %. Полученные результаты свидетельствует о большей упорядоченности мировоззренческой

позиции абстинентов, ее снижении у пациентов с диагнозом зависимости от алкоголя (F10.2) и еще большей ее размытости в группе пациентов с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2). Следующим был исследован уровень эрудиции обследуемых лиц в зависимости от степени веры в Бога (Таблица 11).

Таблица 11 – Уровень эрудиции в зависимости от степени веры в Бога

Показатели	Категории	Вера в Бога			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Верные ответы (%)	Сильные теисты	59	45 – 70	92	$p < 0,001^*$ $p_{\text{Неопределившиеся – Сильные теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Склоняющиеся к атеизму – Сильные теисты}} = 0,014$ $p_{\text{Де-факто атеисты – Сильные теисты}} = 0,037$ $p_{\text{Сильные атеисты – Сильные теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Неопределившиеся – Де-факто теисты}} = 0,003$ $p_{\text{Склоняющиеся к атеизму – Де-факто теисты}} = 0,037$ $p_{\text{Сильные атеисты – Де-факто теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Сильные атеисты – Склоняющиеся к теизму}} = 0,005$
	Де-факто теисты	59	50 – 71	154	
	Склоняющиеся к теизму	63	50 – 73	94	
	Неопределившиеся	68	59 – 81	64	
	Склоняющиеся к атеизму	76	63 – 86	16	
	Де-факто атеисты	72	64 – 81	18	
	Сильные атеисты	85	71 – 90	17	
Неверные ответы (%)	Сильные теисты	15	9 – 24	92	$p < 0,001^*$ $p_{\text{Неопределившиеся – Сильные теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Де-факто атеисты – Сильные теисты}} = 0,009$ $p_{\text{Сильные атеисты – Сильные теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Неопределившиеся – Де-факто теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Де-факто атеисты – Де-факто теисты}} = 0,011$ $p_{\text{Сильные атеисты – Де-факто теисты}} < 0,001$ $p_{\text{Неопределившиеся – Склоняющиеся к теизму}} < 0,001$ $p_{\text{Сильные атеисты – Склоняющиеся к теизму}} = 0,003$
	Де-факто теисты	14	9 – 27	154	
	Склоняющиеся к теизму	14	9 – 23	94	
	Неопределившиеся	9	4 – 14	64	
	Склоняющиеся к атеизму	10	5 – 15	16	
	Де-факто атеисты	7	0 – 18	18	
	Сильные атеисты	5	5 – 10	17	
Нет ответа (%)	Сильные теисты	23	9 – 41	92	0,062
	Де-факто теисты	23	10 – 32	154	
	Склоняющиеся к теизму	18	10 – 32	94	
	Неопределившиеся	23	14 – 32	64	
	Склоняющиеся к атеизму	10	7 – 20	16	
	Де-факто атеисты	16	9 – 31	18	
	Сильные атеисты	9	5 – 19	17	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Согласно представленным в Таблице 11 данным, при анализе верных ответов, неверных ответов в зависимости от веры в Бога были выявлены существенные различия ($p < 0,001$, $p < 0,001$ соответственно) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса), Рисунки 11, 12. При анализе варианта «нет

ответа» в зависимости от веры в Бога не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,062$), Рисунок 13.

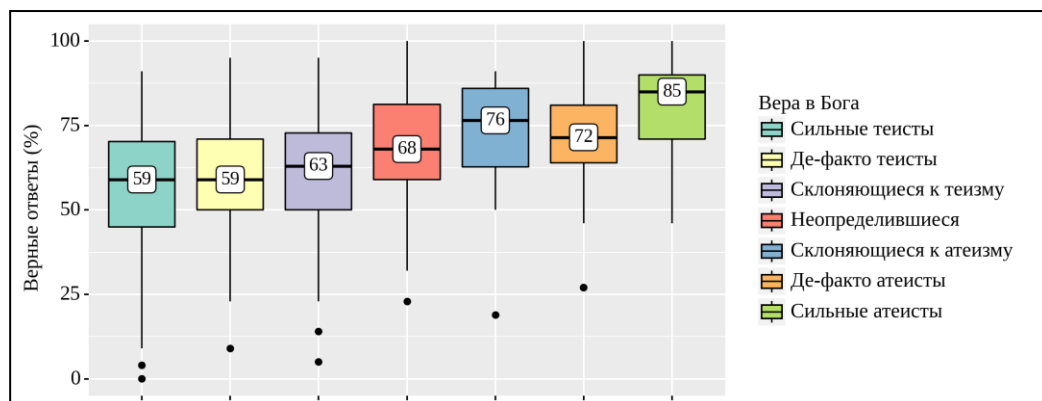


Рисунок 11 – Верные ответы в зависимости от веры в Бога

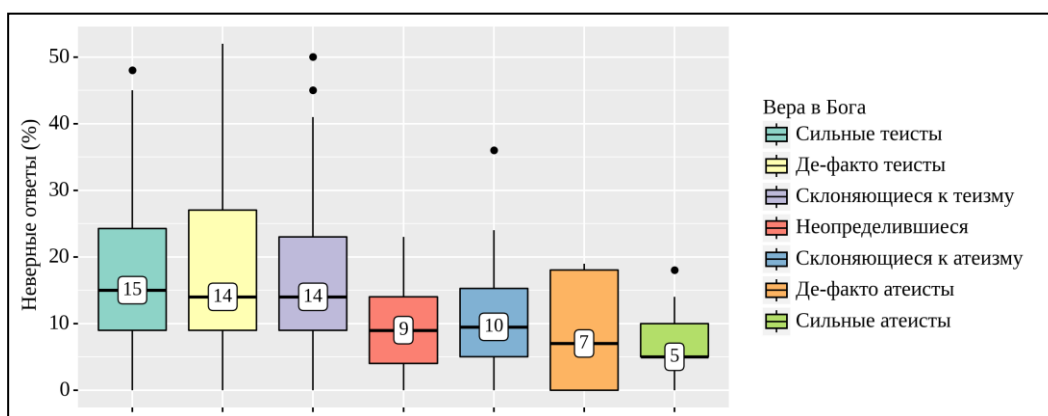


Рисунок 12 – Неверные ответы в зависимости от веры в Бога

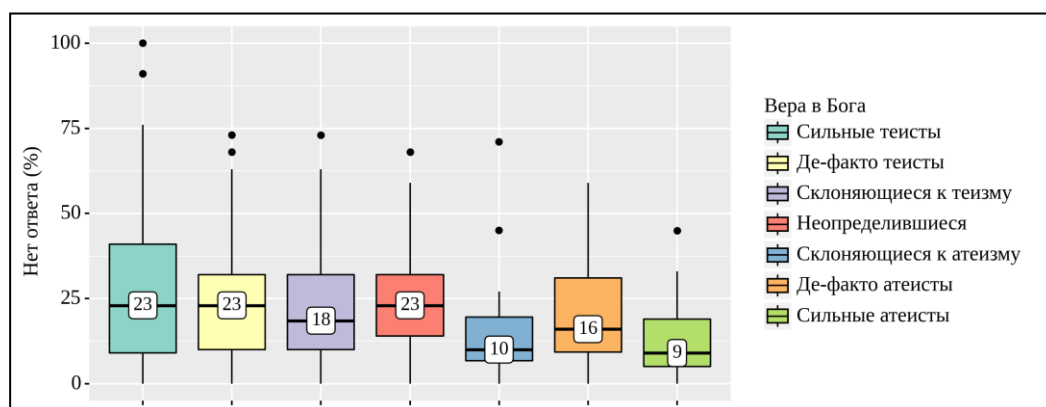


Рисунок 13 – Отсутствие ответа в зависимости от веры в Бога

Согласно представленным данным, с ростом эрудиции уменьшается степень веры в Бога, и наоборот.

3.2.2. Гендерные различия мировоззренческих убеждений пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ и абстинентов

Для наглядности группы пациентов, представленные в классификации Докинза Р. по ведущему радикалу веры, были укрупнены и распределены в три группы:

– теисты – радикал веры в Бога вмещает в себя сильных (убежденных) теистов, де-факто теистов и склоняющихся к теизму;

– атеисты – радикал отрицания сверхъестественных сущностей вмещает в себя сильных (убежденных) атеистов, де-факто атеистов и склоняющихся к атеизму;

– неопределившиеся в вере (непредубежденные лица).

Данные, полученные по пациентам и абстинентам, согласно оригинальному тесту Докинза Р. и его расширенному варианту, с учетом противоречий выглядят следующим образом (Таблица 12, Рисунок 14).

Таблица 12 – Вера в Бога среди обследованных лиц по оригинальному тесту Докинза Р.

Показатель	Категории	Вера в Бога (оригинальный тест Докинза Р.)			p
		Теисты	Неопределившиеся	Атеисты	
Группы	Пациенты с синдромом зависимости от ПАВ (F10–19.2) (n = 457)	341 (74,6)	64 (14,0)	52 (11,4)	< 0,001*
	Абстиненты (n = 71)	47 (66,2)	7 (9,9)	17 (23,9)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

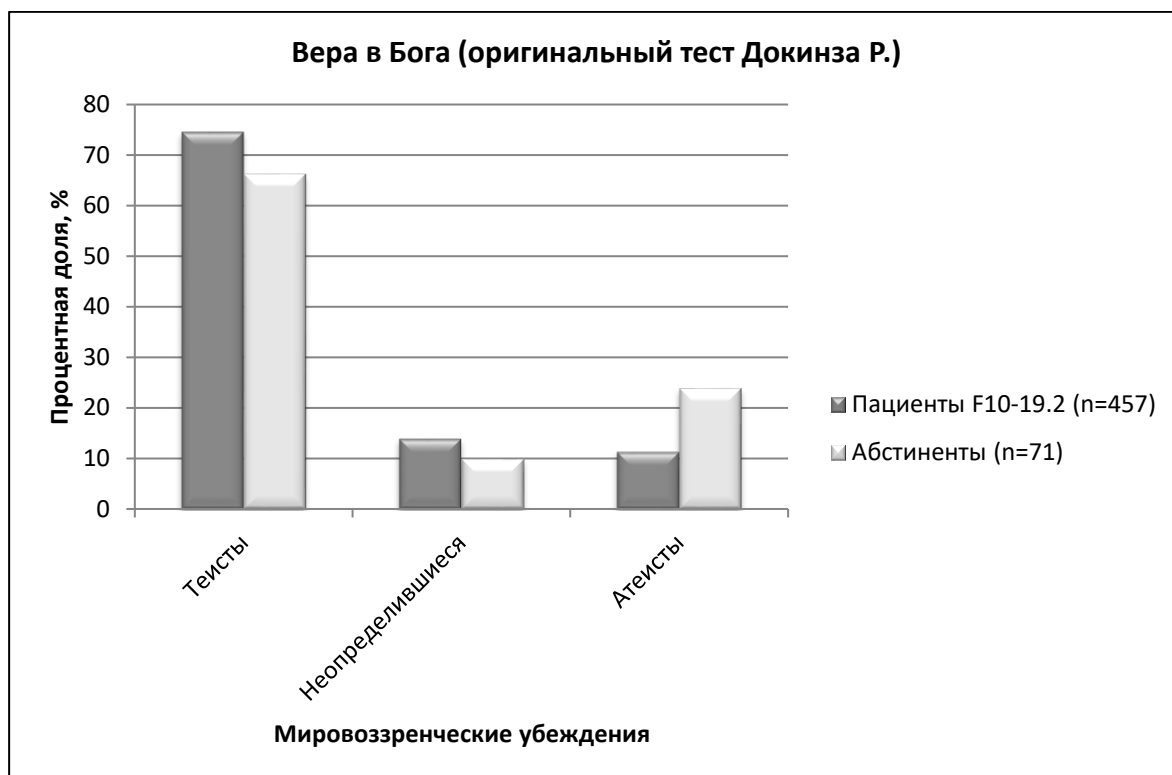


Рисунок 14 – Вера в Бога среди обследованных лиц

При ответе на расширенный тест Докинза Р. (Таблица 13, Рисунок 15) при допустимом противоречии между строками показателей шкал «веры» и «науки» не более 1, по сравнению с оригинальным тестом, из 457 пациентов теистов стало 17,1 % (было 74,6 %), неопределившихся в убеждениях – 74,4 % (14,0 %), атеистов – 8,5 % (11,4 %).

Таблица 13 – Вера в Бога среди обследованных лиц по расширенному тесту Докинза Р. с учетом противоречий 0–1

Показатель	Категории	Вера в Бога (расширенный тест Докинза Р. с уровнем противоречий 0–1)			p
		Теисты	Неопределившиеся	Атеисты	
Группы	Пациенты с синдромом зависимости от ПАВ (F10–19.2) (n = 457)	78 (17,1)	340 (74,4)	39 (8,5)	< 0,001*
	Абстиненты (n = 71)	7 (9,9)	49 (69,0)	15 (21,1)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

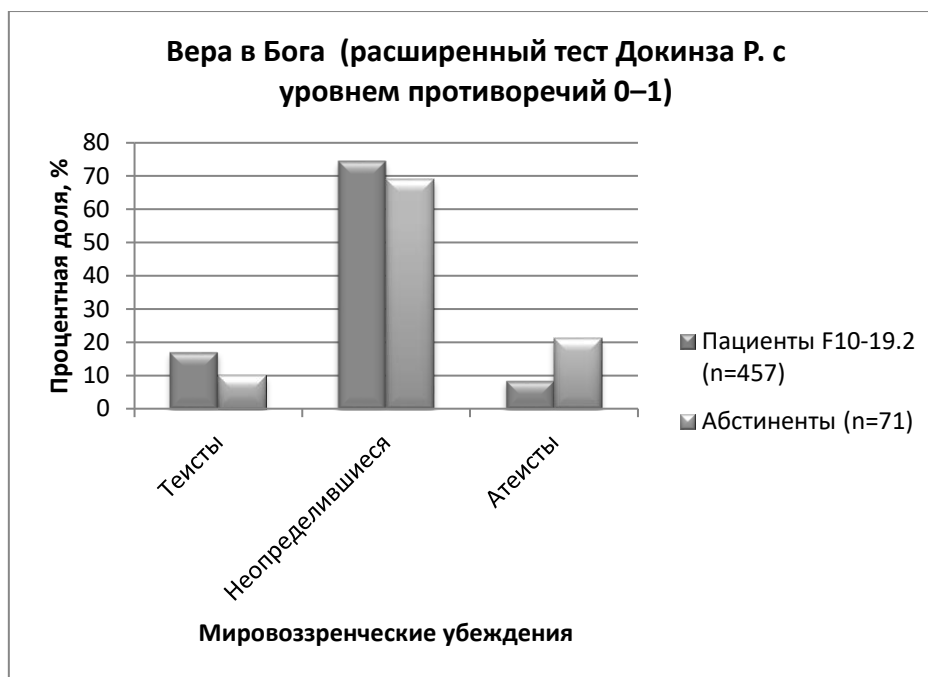


Рисунок 15 – Вера в Бога среди обследованных лиц
(расширенный тест Докинза Р. с учетом противоречий 0–1)

По абстинентам распределение также выглядит иначе:

- теистов среди абстинентов стало 9,9 % (было 66,2 %);
- неопределившихся в убеждениях – 9,9 % (69 %);
- атеистов – 21,1 % (23,9 %).

При данном расчете в группу неопределившихся в убеждениях были отнесены все обследуемые лица с уровнем противоречий более двух. Полученное распределение обследуемых лиц (Рисунок 15) представляется статистически более верным, в сравнении с оригинальным тестом Докинза Р. (Рисунок 14).

Приведенные данные демонстрируют размытость мировоззренческих установок у большей части обследуемых лиц и превалирование атеистического радикала среди абстинентов. Среди обследуемых абстинентов лиц с атеистическим радикалом в 2,5 раза больше, чем среди пациентов, а лиц с теистическим радикалом – в 1,7 раза меньше.

Были исследованы и гендерные различия обследуемых лиц в отношении веры, согласно расширенному тесту Докинза Р. с учетом указанных противоречий.

К группе неопределившихся также были добавлены пациенты с уровнем

противоречий от 2 и выше.

Согласно расширенному тесту Докинза, среди обследуемых лиц, зависимых от ПАВ, мужчин с атеистическим радикалом оказалось 10,2 %, а среди мужчин-абстинентов – 32,1%.

Среди зависимых от ПАВ женщин атеистический радикал практически отсутствует. В этой группе оказалась только 1 женщина, и та только склонная к атеизму, а де-факто атеистов и сильных атеистов не было выявлено совсем, при этом в группе абстинентов женщин с атеистическим радикалом было 14,0 % (см. Таблицу 14, Рисунок 16).

Таблица 14 – Вера в Бога среди обследованных лиц по гендерному признаку и расширенному тесту Докинза Р. с учетом противоречий

Показатель	Категории	Вера в Бога (расширенный тест Докинза Р. с уровнем противоречий 0–1)			p
		Теисты	Неопределившиеся	Атеисты	
Группы	Пациенты с синдромом зависимости от ПАВ (F10–19.2) – женщины (n = 85)	22 (25,9)	11+51 = 62 (72,9)	1 (1,2)	< 0,001*
	Абстиненты – женщины (n = 43)	4 (9,3)	1+32 = 33 (76,7)	6 (14,0)	
	Пациенты с синдромом зависимости от ПАВ (F10–19.2) – мужчины (n = 372)	56 (15,1)	27+251 = 278 (74,7)	38 (10,2)	
	Абстиненты – мужчины (n = 28)	3 (10,7)	1+15 = 16 (57,1)	9 (32,1)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

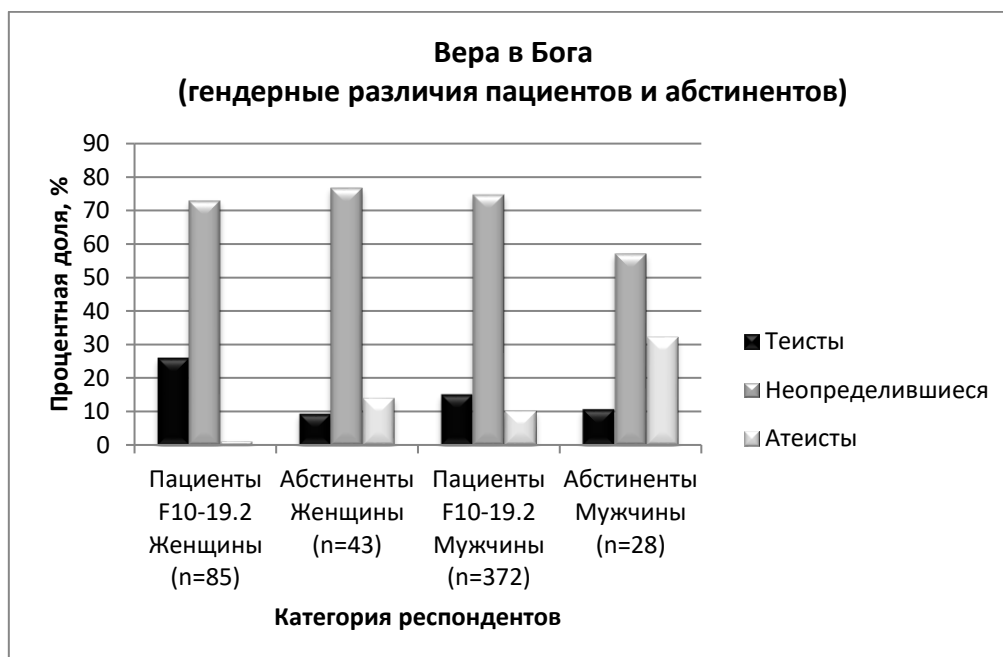


Рисунок 16 – Мироззрение обследованных лиц
(по тесту Докинза Р. расширенному)

3.2.3. Связь уровня когнитивного потенциала с уровнем образования

Был выполнен анализ такого интегрирующего показателя, как УКП в зависимости от уровня образования (Таблица 15, Рисунок 17).

Таблица 15 – Связь УКП с уровнем образования

Показатель	Категории	УКП (балл)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Образование	Нс	9	5 – 19	18	$< 0,001^*$ $p_{В(тех., био.) - Нс} < 0,001$ $p_{В(тех., био.) - С} = 0,002$ $p_{В(гум.) - Сс} = 0,018$ $p_{В(тех., био.) - Сс} < 0,001$
	С	15	9 – 22	80	
	Сс	14	8 – 20	179	
	Нв (гум.)	18	13 – 23	24	
	Нв (тех., био.)	20	12 – 28	16	
	В (гум.)	18	13 – 22	79	
	В (тех., био.)	22	16 – 28	59	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; Нс – неоконченное среднее образование; С – среднее образование; Сс – среднее специальное образование; Нв (гум.) – неоконченное высшее гуманитарное образование; Нв (тех., био.) – неоконченное высшее техническое или биологическое образование; В (гум.) – оконченное высшее гуманитарное образование; В (тех., био.) – оконченное высшее техническое или биологическое образование; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Исходя из полученных данных, при анализе УКП в зависимости от уровня образования были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$).

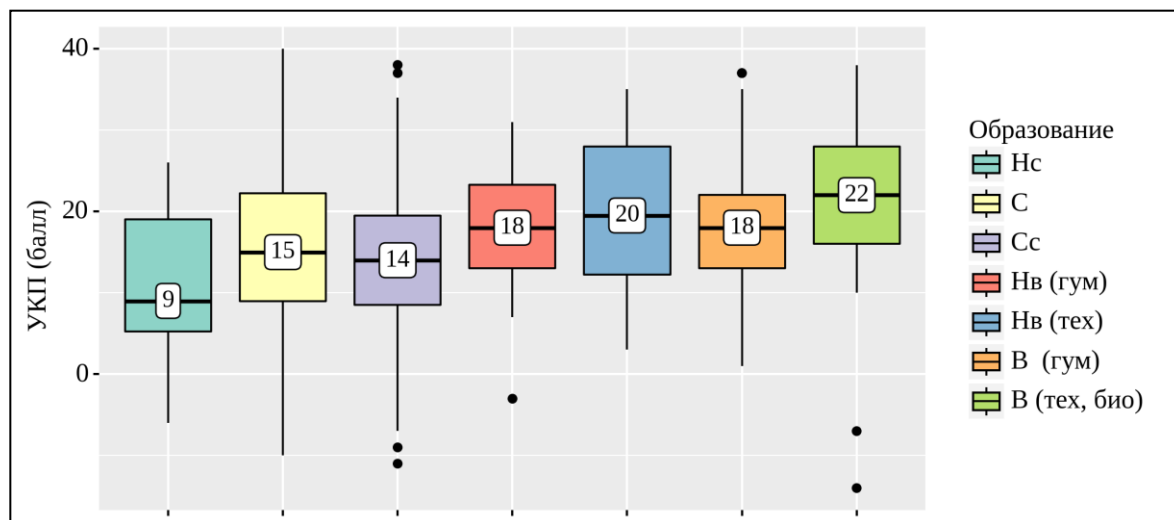


Рисунок 17 – УКП и уровень образования

В результате анализа выявлена прямо пропорциональная зависимость исследуемых показателей: с ростом уровня образования растет УКП.

3.2.4. Исследование уровня магического мышления, тест Magic Ideation Scale (MIS)

С целью дальнейшего изучения ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц был исследован уровень магического мышления как интегрирующий показатель веры в сверхъестественные явления.

Одним из инструментов для исследования магического мышления являлся тест Экблада М. и Чапмана Л.Дж. – Magic Ideation Scale (MIS), используемый в психиатрии для оценки уровня магического мышления с целью выявления предрасположенности к шизоаффективным расстройствам и психозам (Eckblad M., Chapman L.J., 1983; George L., Neufeld R.W.J., 1987; Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н., 2016 [18, 19]).

Был выполнен анализ уровня магического мышления с помощью теста MIS у части пациентов с синдромом зависимости от ПАВ и у части группы абстинентов (Таблица 16, Рисунок 18).

Таблица 16 – Уровень магического мышления согласно тесту MIS в зависимости от диагноза

Показатель	Категории	MIS (балл)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Диагноз	Абстиненты	5	3 – 10	32	0,105*
	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	8	5 – 11	94	
	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	8	5 – 12	86	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При сравнении уровня магического мышления, согласно тесту MIS, в зависимости от диагноза не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,105$) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса).

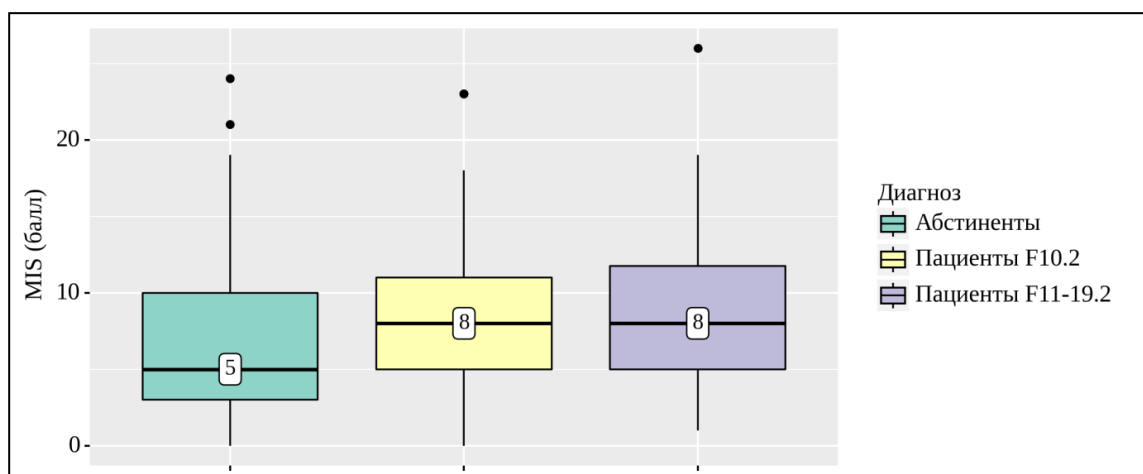


Рисунок 18 – Уровень магического мышления в зависимости от диагноза (тест MIS)

Однако, несмотря на полученные статистически значимые данные о различии обследуемых лиц по отношению к вере в сверхъестественное и науку, согласно расширенному тесту Докинза P., при использовании теста MIS не удалось получить существенных различий между группами, лишь некоторое статистически незначимое уменьшение уровня магического мышления в группе абстинентов. Возможно, такой результат связан с недостаточно большим количеством

абстинентов, прошедших исследование этим тестом.

Был выполнен анализ количества пройденных реабилитационных курсов пациентами в зависимости от степени их магического мышления (Таблица 17, Рисунок 19).

Таблица 17 – Количество пройденных реабилитационных курсов пациентами в зависимости от степени их магического мышления

Показатель	Категории	Кол-во реабилитаций (раз)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Степень магического мышления	Низкая	0	0 – 0	77	0,003* p _{Высокая – Низкая} = 0,006 p _{Высокая – Средняя} = 0,019
	Средняя	0	0 – 0	169	
	Высокая	0	0 – 1	163	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

В результате сопоставления количества реабилитаций в зависимости от степени магического мышления были установлены статистически значимые различия (p = 0,003). Оказалось, что пациенты с более высоким уровнем магического мышления чаще проходили реабилитационные курсы. Данный факт может быть связан с бóльшим соответствием предлагаемых в Российской Федерации программ реабилитации их мировоззрению. Люди с низким уровнем магического мышления (то есть с научным мировоззрением) не посещают или реже посещают предлагаемые программы реабилитации (см. Таблицу 17, Рисунок 19).

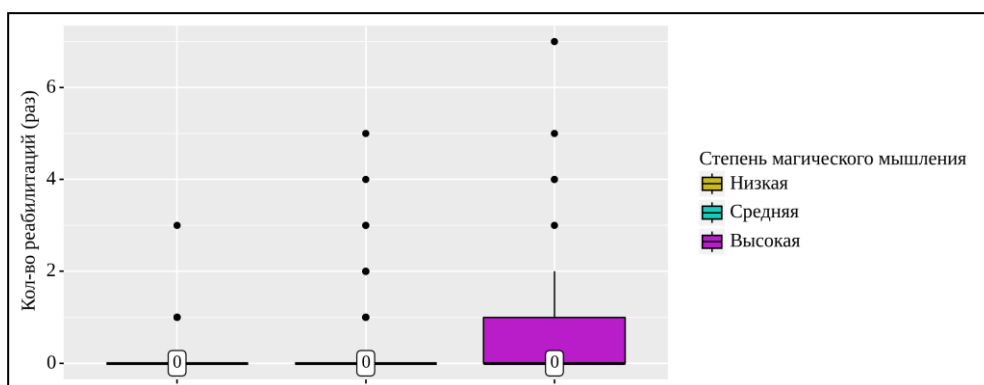


Рисунок 19 – Количество пройденных реабилитационных курсов в зависимости от степени магического мышления

3.2.5. Распределение обследованных лиц согласно религиозно-философской классификации

Для более глубокого изучения структуры и уровня магического мышления как параметра, отражающего ценностно-смысловые характеристики личности и глубину мировоззренческих установок, был использован авторский тест на веру. Обследованные лица по его результатам делятся на теистов, деистов, пантеистов, агностиков, атеистов и лиц без убеждений, то есть которых по полученным данным нельзя отнести к какой-либо конкретной группе.

Краткая характеристика категорий данной религиозно-философской классификации, согласно Докинзу Р. (2016 [105]), представлена в Приложении 5, а результаты обследования – в Таблицах 18, 19 и на Рисунке 20.

Таблица 18 – Распределение обследованных лиц согласно религиозно-философской классификации

Показатель	Категории	Абс.	%
Религиозность	Нет убеждений	281	52,7
	Теисты	61	11,4
	Деисты	27	5,1
	Пантеисты	18	3,4
	Агностики	92	17,3
	Атеисты	54	10,1

Был выполнен анализ степени и вида религиозности в зависимости от диагноза.

Согласно представленной таблице, при оценке религиозности в зависимости от диагноза были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,004$).

Таблица 19 – Взаимосвязь религиозности и диагноза

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Религиозность	Нет убеждений	35 (41,7)	119 (50,9)	127 (59,1)	0,004* p _{Абстиненты – Пациенты F11–19.2} = 0,006
	Теисты	11 (13,1)	24 (10,3)	26 (12,1)	
	Деисты	1 (1,2)	18 (7,7)	8 (3,7)	
	Пантеисты	2 (2,4)	10 (4,3)	6 (2,8)	
	Агностики	18 (21,4)	38 (16,2)	36 (16,7)	
	Атеисты	17 (20,2)	25 (10,7)	12 (5,6)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

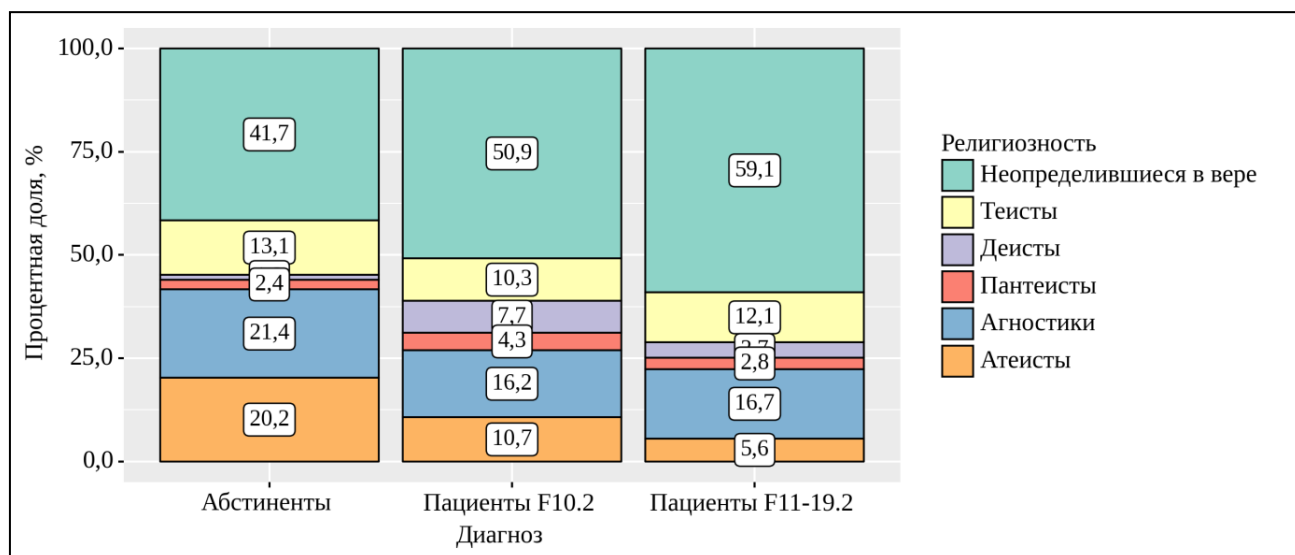


Рисунок 20 – Связь религиозности с диагнозом

Согласно полученным данным, можно увидеть, что группа абстинентов менее широко представлена в категориях неопределившихся в убеждениях – 41,7 % против 50,9 % с F10.2 и 59,1 % с F11–19.2 и в категориях пантеистов и теистов, но более широко – в категориях атеистов, агностиков и теистов.

То есть просматривается склонность абстинентов занимать пусть диаметрально противоположные, но более конкретные мировоззренческие установки. Иначе говоря, мировоззренческая позиция абстинентов более осмыслена и упорядочена.

3.2.6. Связь степени магического мышления

с диагнозом синдрома зависимости от психоактивных веществ

Для уточнения полученных данных был выполнен анализ связи магического мышления (как интегрирующего фактора уровня религиозного мировоззрения) с диагнозом синдрома зависимости от ПАВ.

При сопоставлении степени магического мышления и диагноза были установлены статистически значимые различия ($p = 0,012$) (*используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*).

При анализе степени магического мышления после реабилитации в зависимости от диагноза не удалось выявить значимых различий ($p = 0,155$).

Представленные данные в Таблице 20 и на Рисунке 21 наглядно подтверждают выводы предыдущего анализа о том, что в группе абстинентов шире, чем в группах пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, представлены два полюса – веры и неверия.

Таблица 20 – Степень магического мышления в зависимости от диагноза

Показатель	Категории	Диагноз			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Степень магического мышления	Низкая	22 (26,2)	47 (20,1)	32 (14,9)	0,012* R _{Абстиненты} – Пациенты F10.2 = 0,034 R _{Абстиненты} – Пациенты F11–19.2 = 0,010
	Средняя	35 (41,7)	139 (59,4)	135 (62,8)	
	Высокая	27 (32,1)	48 (20,5)	48 (22,3)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Количество неопределившихся в убеждениях лиц (средняя степень магического мышления) в группе абстинентов меньше, чем в группах больных с синдромом зависимости от ПАВ.

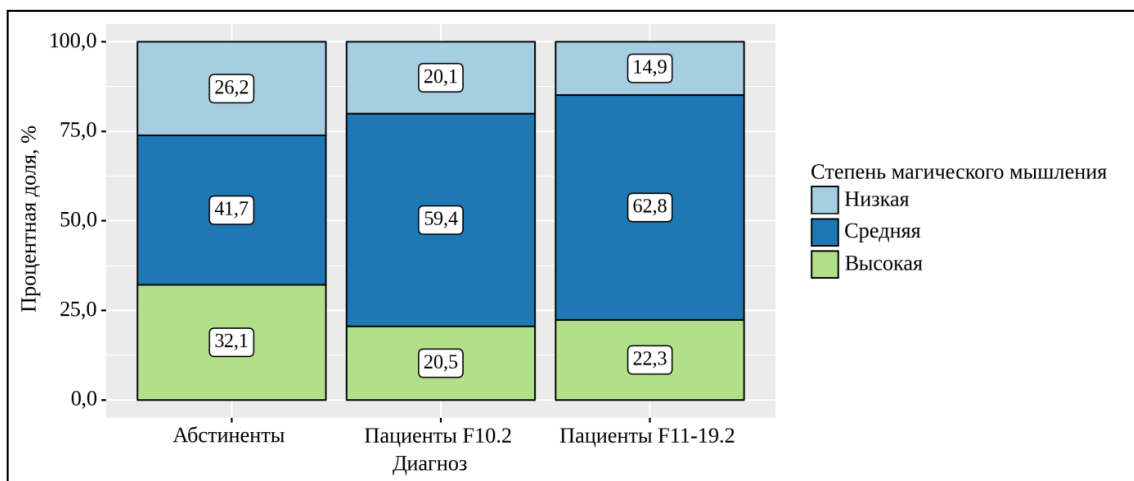


Рисунок 21 – Степень магического мышления в зависимости от диагноза

3.2.7. Зависимость уровня когнитивного потенциала от степени магического мышления

Далее был проведен анализ УКП в зависимости от степени магического мышления (Таблица 21, Рисунок 22).

Согласно полученным данным, выявлена прямая обратно пропорциональная связь – высокому уровню магического мышления соответствует низкий УКП, и, наоборот, низкому уровню магического мышления соответствует высокий УКП ($p < 0,001$).

Таблица 21 – Взаимосвязь УКП и степени магического мышления

Показатель	Категории	УКП (балл)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Степень магического мышления	Низкая степень магического мышления	22	18 – 29	79	$< 0,001^*$ pСредняя степень магического мышления – Низкая степень магического мышления $< 0,001$ pВысокая степень магического мышления – Низкая степень магического мышления $< 0,001$ pВысокая степень магического мышления – Средняя степень магического мышления $< 0,001$
	Средняя степень магического мышления	16	11 – 21	272	
	Высокая степень магического мышления	12	7 – 18	96	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

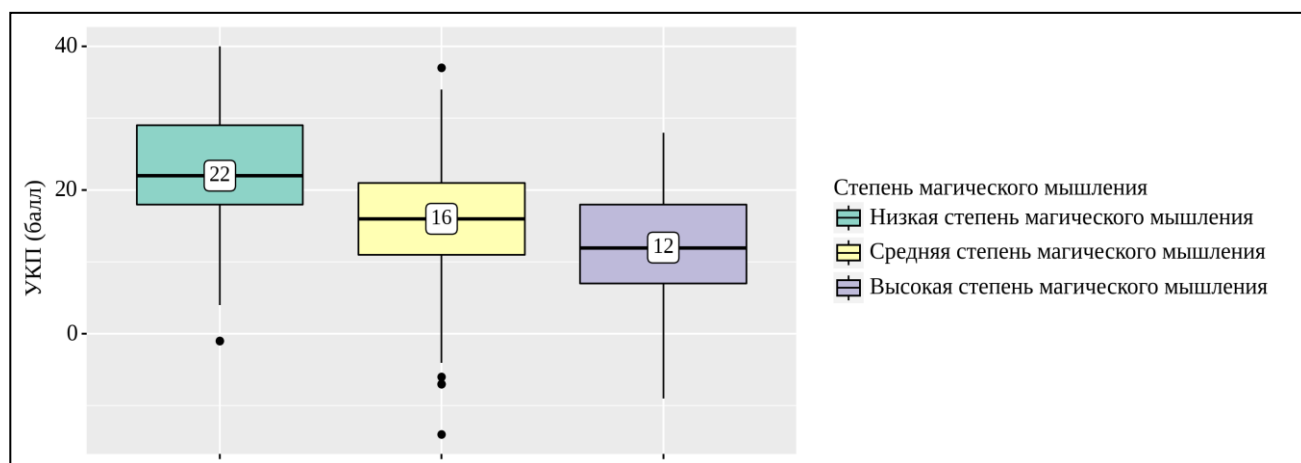


Рисунок 22 – УКП в зависимости от степени магического мышления

3.2.8. Мировоззрение и диагноз

Далее был проведен анализ связи мировоззрения обследуемых лиц с диагнозом (Таблица 22, Рисунок 23).

Таблица 22 – Мировоззрение и диагноз

Показатель	Категории	МКБ-10			p
		Абстиненты	Пациенты с зависимостью от алкоголя (F10.2)	Пациенты с зависимостью от наркотических веществ (F11–19.2)	
Мировоззрение	Религиозное	12 (14,1)	20 (9,4)	13 (6,4)	$p < 0,001^*$ $p_{\text{Абстиненты} - \text{F10.2}} < 0,001$ $p_{\text{Абстиненты} - \text{F11-19.2}} < 0,001$ $p_{\text{F10.2} - \text{F11-19.2}} = 0,030$
	Обыденное	38 (44,7)	164 (77,0)	177 (86,8)	
	Научное	35 (41,2)	29 (13,6)	14 (6,9)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В соответствии с представленной таблицей при оценке мировоззрения в зависимости от диагноза были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

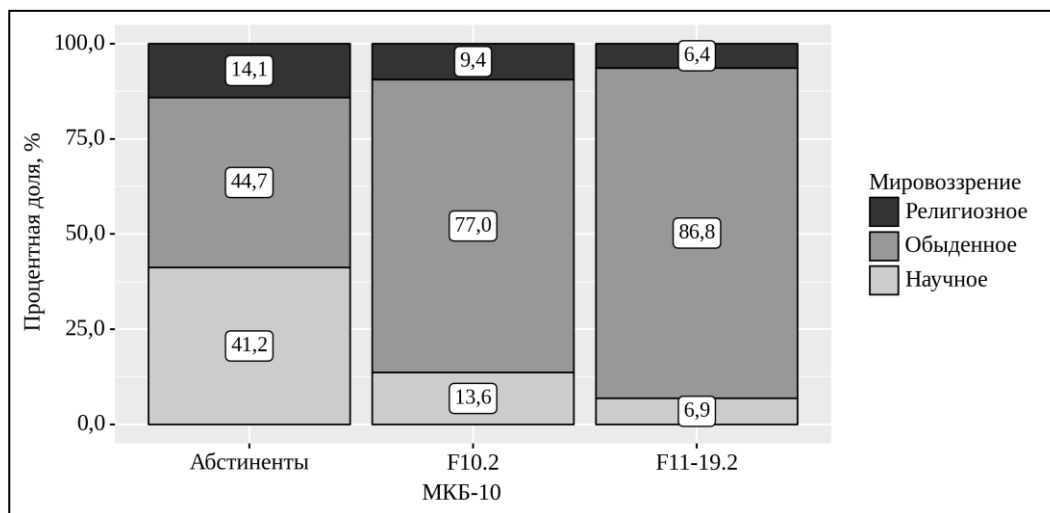


Рисунок 23 – Мировоззрение и диагноз

Как видно из анализа полученных данных, рабочая гипотеза данного исследования подтвердилась: были получены статистически значимые различия мировоззрений обследованных лиц в зависимости от наркологического диагноза.

Так, группа абстинентов характеризуется существенным преобладанием научного мировоззрения, по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от алкоголя – в 3 раза, а по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от наркотических веществ – в 6 раз.

Также в группе абстинентов отмечена бóльшая доля лиц с религиозным мировоззрением, по сравнению с группой пациентов с синдромом зависимости от алкоголя – в 1,5 раза, а по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от наркотических веществ – в 2,2 раза.

Таким образом, удельное преобладание научного и религиозного мировоззрения произошло за счет уменьшения доли обыденного (несистематизированного) мировоззрения, что свидетельствует о большей конкретности и структурированности мировоззрения абстинентов, по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от ПАВ.

Полученные данные позволяют сделать предположение, что структурирование и систематизация мировоззрения наркологического пациента вокруг близкой ему трезвеннической парадигмы могут способствовать сохранению трезвости.

3.3. Распределение пациентов по программам реабилитации

3.3.1. Распределение пациентов по программам реабилитации в зависимости от пола

Далее был проведен анализ распределения пациентов по программам реабилитации в зависимости от их пола (Таблица 23, Рисунок 24).

При анализе программ реабилитации в зависимости от пола пациентов не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,347$).

Таблица 23 – Программы реабилитации и пол пациентов

Показатель	Категории	Пол		p
		Женщины	Мужчины	
Программы реабилитации	Не выбрана	4 (4,7)	26 (7,0)	0,347*
	«Инсайт»	41 (48,2)	208 (55,9)	
	«Первый шаг»	26 (30,6)	95 (25,5)	
	«Катехизис»	14 (16,5)	43 (11,6)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

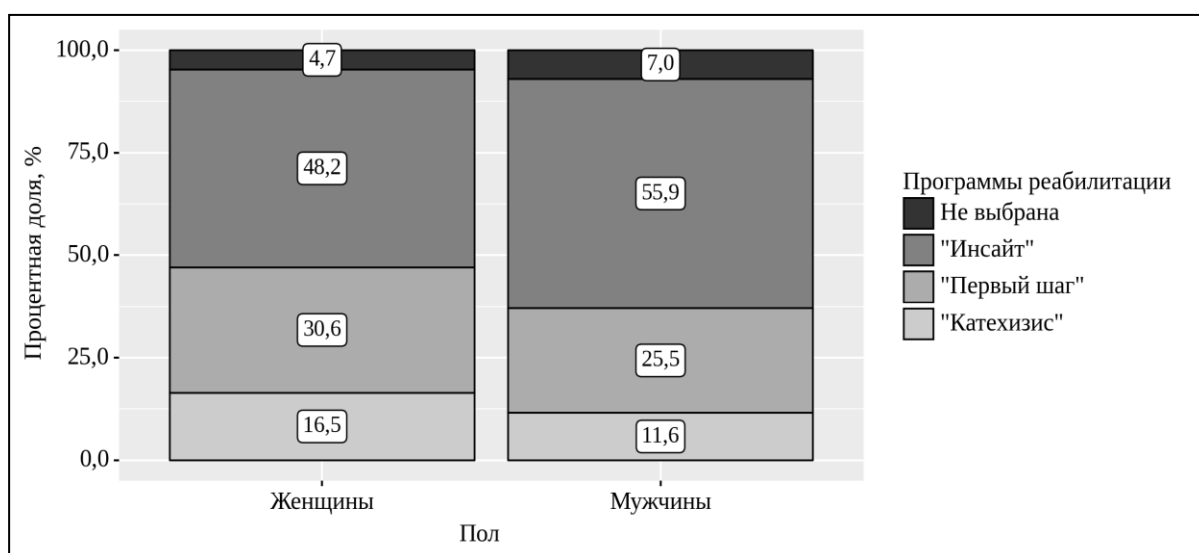


Рисунок 24 – Программы реабилитации и пол пациентов

Наполнение групп по половому составу было примерно одинаково во всех программах реабилитации.

3.3.2. Распределение возрастных групп пациентов по программам реабилитации

Далее был проведен анализ распределения возрастных групп по программам реабилитации (см. Таблицу 24, Рисунок 25).

В результате анализа возрастных групп в зависимости от программ реабилитации были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Таблица 24 – Возрастные группы в и программы реабилитации

Показатель	Категории	Программы реабилитации				p
		Не выбрана	«Инсайт»	«Первый шаг»	«Катехизис»	
Возрастные группы	25–35	6 (20,0)	61 (24,5)	49 (40,5)	6 (10,5)	$< 0,001^*$ $\chi^2_{\text{«Инсайт» – «Первый шаг»}} = 0,041$ $\chi^2_{\text{«Первый шаг» – «Катехизис»}} < 0,001$
	36–45	15 (50,0)	117 (47,0)	51 (42,1)	27 (47,4)	
	46–55	3 (10,0)	42 (16,9)	11 (9,1)	11 (19,3)	
	56 лет и старше	6 (20,0)	29 (11,6)	10 (8,3)	13 (22,8)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

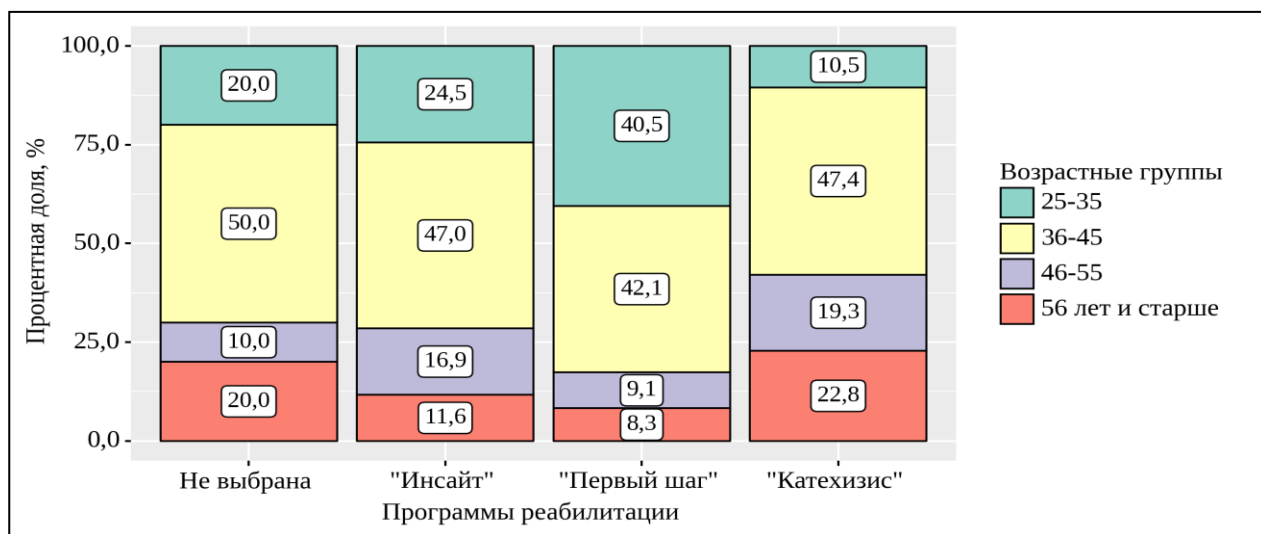


Рисунок 25 – Возрастные группы и программы реабилитации

Программа «Первый шаг» была представлена пациентами более молодого возраста, а программа «Катехизис» – более старшего.

Для программы «Инсайт» характерно более равномерное распределение пациентов по возрасту.

3.3.3. Связь программы реабилитации и эрудиции пациентов

Был выполнен анализ ответов пациентов по тесту на эрудицию в зависимости от программ реабилитации. Ответы оценивались как верные, неверные и отсутствие ответа (затруднение с ответом) (Таблица 25, Рисунки 26–28).

Согласно представленным в Таблице 25 данным, при сравнении верных ответов, неверных ответов, отсутствия ответа в зависимости от программ реабилитации были выявлены статистически значимые различия: ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ соответственно) (*используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса*).

Таблица 25 – Уровень эрудиции пациентов и программы реабилитации

Показатели	Категории	Программы реабилитации			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Верные ответы (%)	Не выбрана	54	44 – 70	30	$< 0,001^*$ $p_{\text{«Инсайт»} - \text{«Не выбрана»}} = 0,001$ $p_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис»} - \text{«Первый шаг»}} = 0,010$
	«Инсайт»	67	56 – 80	248	
	«Первый шаг»	59	46 – 72	120	
	«Катехизис»	50	36 – 62	57	
Неверные ответы (%)	Не выбрана	16	10 – 27	30	$< 0,001^*$ $p_{\text{«Катехизис»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис»} - \text{«Первый шаг»}} = 0,009$
	«Инсайт»	14	8 – 18	248	
	«Первый шаг»	14	9 – 23	120	
	«Катехизис»	20	14 – 29	57	
Нет ответа (%)	Не выбрана	22	14 – 36	30	$< 0,001^*$ $p_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Инсайт»}} = 0,030$ $p_{\text{«Катехизис»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$
	«Инсайт»	18	9 – 27	248	
	«Первый шаг»	23	13 – 36	120	
	«Катехизис»	29	14 – 43	57	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

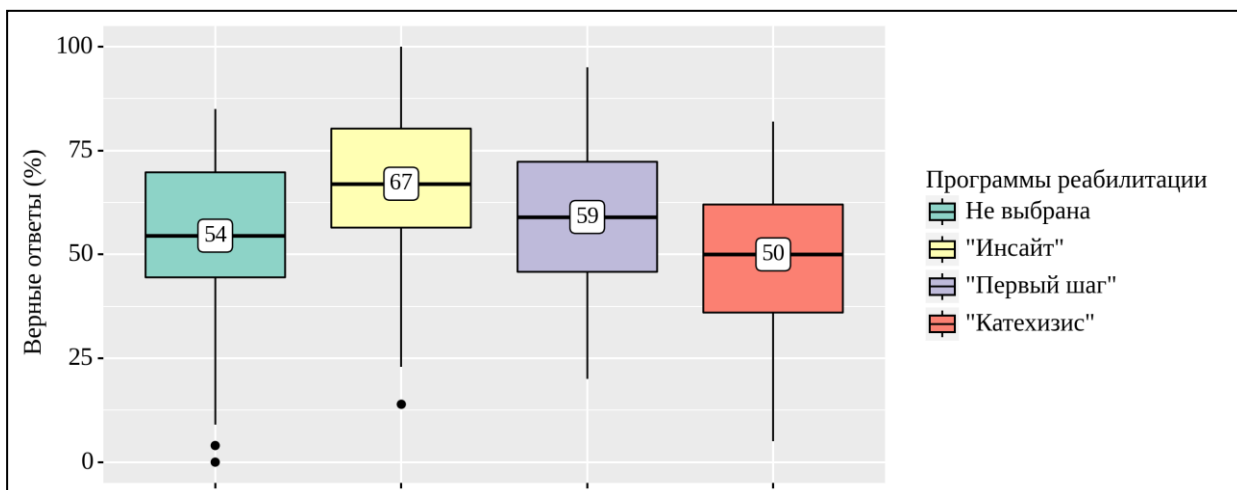


Рисунок 26 – Верные ответы в тесте на эрудицию
в зависимости от программ реабилитации

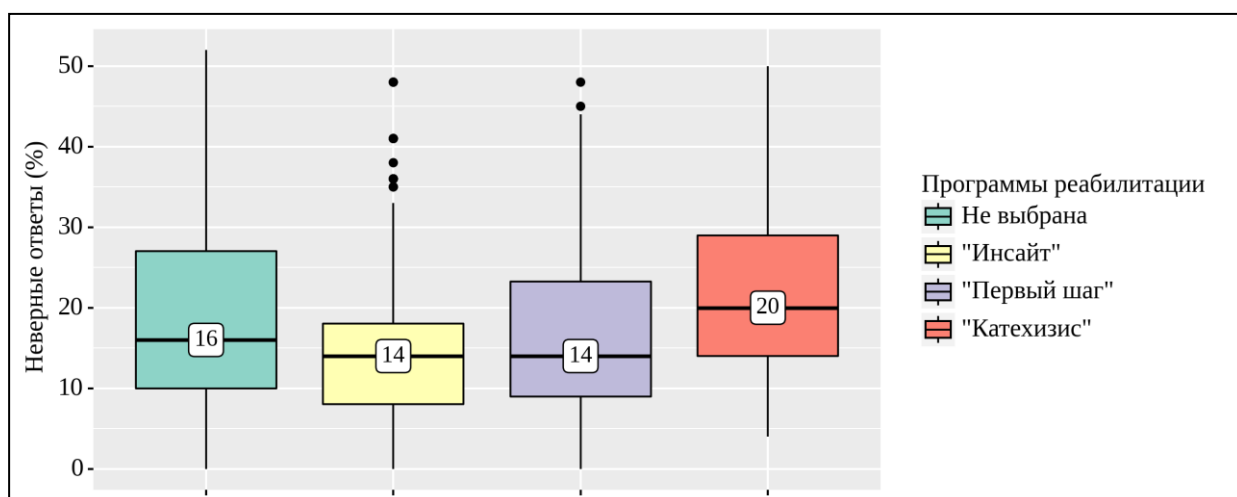


Рисунок 27 – Неверные ответы в тесте на эрудицию
в зависимости от программ реабилитации

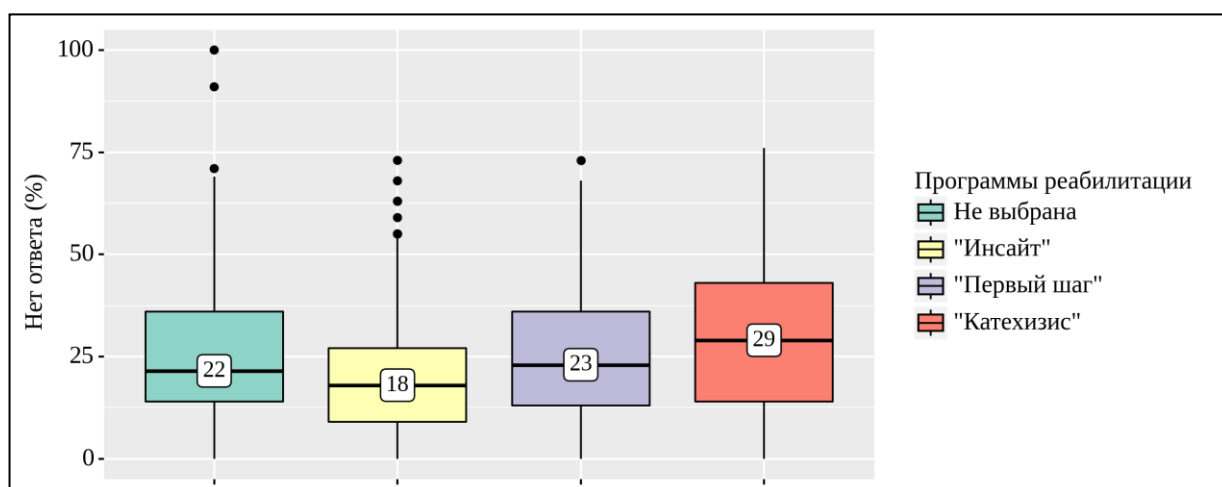


Рисунок 28 – Отсутствие ответа в тесте на эрудицию
в зависимости от программ реабилитации

Пациенты программы «Инсайт» характеризовались бóльшим процентом верных ответов, соответственно, и меньшим неверных (см. Рисунки 26, 27).

Также они испытывали меньше затруднений с ответами и редко выбирали вариант «Затрудняюсь ответить» (см. Рисунок 28).

Противоположная картина по рассматриваемым параметрам у пациентов программы «Катехизис». А пациенты программы «Первый шаг» занимают промежуточное значение по всем параметрам.

3.3.4. Связь уровня противоречивых ответов пациентов в разных программах реабилитации

Также был проведен анализ уровня противоречия в расширенном тесте Докинза Р. между столбцом веры в Бога и веры в науку в зависимости от программ реабилитации (Таблица 26, Рисунок 29).

Исходя из полученных данных при сравнении уровня противоречия в зависимости от программ реабилитации, были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,015$) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса).

Таблица 26 – Уровень противоречивых ответов в зависимости от программ реабилитации

Показатель	Категории	Уровень противоречия (ед.)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Программы реабилитации	Программа не выбрана	2	1 – 3	30	РПрограмма «Катехизис» – Программа «Инсайт» = 0,011 0,015*
	Программа «Инсайт»	2	1 – 3	248	
	Программа «Первый шаг»	2	1 – 3	121	
	Программа «Катехизис»	3	2 – 3	57	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

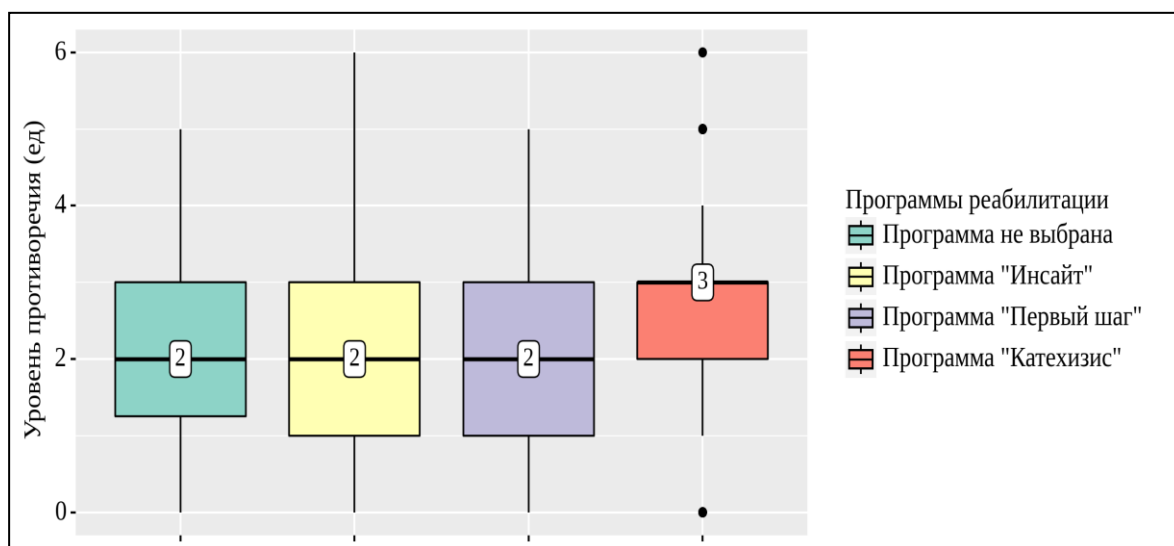


Рисунок 29 – Уровень противоречивых ответов
в зависимости от программ реабилитации

Так, самый высокий уровень противоречий был выявлен в группе пациентов программы «Катехизис», что может свидетельствовать о размытости их мировоззрения.

3.3.5. Распределение пациентов по программам реабилитации в зависимости от уровня когнитивного потенциала

В начале исследования был проанализирован УКП пациентов исходя из выбранных ими программ реабилитации (Таблица 27, Рисунок 30).

Таблица 27 – Взаимосвязь УКП и выбора программ реабилитации наркологическими больными

Показатель	Категории	УКП (балл)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Программы реабилитации	Программа не выбрана	13	7 – 18	30	$< 0,001^*$ $p_{\text{«Инсайт» – Не выбрана}} < 0,001$ $p_{\text{«Первый шаг» – «Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис» – «Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис» – «Первый шаг»}} < 0,001$
	«Инсайт»	19	14 – 25	248	
	«Первый шаг»	15	9 – 21	120	
	«Катехизис»	10	4 – 14	57	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При анализе УКП в зависимости от выбора программ реабилитации были

установлены существенные различия ($p < 0,001$) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса). Программу «Инсайт» выбирали пациенты с наиболее высоким когнитивным потенциалом (Me 19). Пациенты с более низким УКП (Me 10) выбирали конфессиональную программу «Катехизис», а пациенты с промежуточным УКП (Me 15) выбирали программу «Первый шаг». Пациенты, отказавшиеся от прохождения программ реабилитации, имели УКП – Me 13, что ниже среднего уровня, но выше, чем у пациентов, выбравших программу «Катехизис».

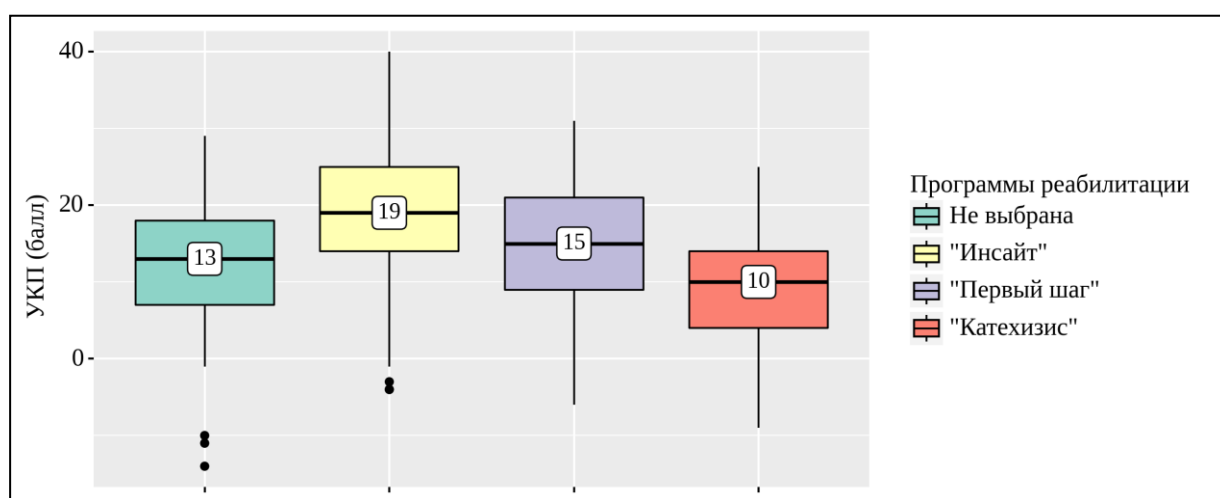


Рисунок 30 – УКП в зависимости от программ реабилитации

Выявленная связь УКП с соответствующей программой реабилитации очень точно соответствовала взаимосвязи ценностно-смысловых характеристик пациентов и выбранных ими программ реабилитации. Поэтому в дальнейшей работе было принято решение использовать выявленную закономерность при направлении пациентов в соответствующие им по ценностно-смысловым характеристикам программы реабилитации.

3.3.6. Программы реабилитации и уровень религиозности пациентов

Был выполнен анализ уровня религиозности в зависимости от программ реабилитации (Таблица 28, Рисунки 31–35).

В соответствии с представленной таблицей, при анализе агностицизма, теизма, пантеизма, атеизма в зависимости от программ реабилитации были

установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ соответственно) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса). При анализе деизма в зависимости от программ реабилитации не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,915$).

Пациентам, после первичного наркологического обследования и тестирования, предоставлялась свобода выбора программы реабилитации. При этом каждому пациенту кратко объяснялась суть отдельной программы.

Таблица 28 – Религиозность пациентов и программы реабилитации

Показатели	Категории	Программы реабилитации			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Агностицизм (балл)	Не выбрана	3	2 – 5	27	$< 0,001^*$ $P_{\text{«Инсайт»} - \text{Не выбрана}} = 0,028$ $P_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Инсайт»}} = 0,007$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{«Первый шаг»}} < 0,001$
	«Инсайт»	4	3 – 6	246	
	«Первый шаг»	3	2 – 5	119	
	«Катехизис»	2	1 – 3	57	
Теизм (балл)	Не выбрана	3	1 – 6	27	$< 0,001^*$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{Не выбрана}} < 0,001$ $P_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{«Первый шаг»}} < 0,001$
	«Инсайт»	1	0 – 4	246	
	«Первый шаг»	3	1 – 5	119	
	«Катехизис»	6	4 – 10	57	
Деизм (балл)	Не выбрана	4	3 – 5	27	0,915
	«Инсайт»	4	2 – 5	246	
	«Первый шаг»	4	2 – 6	119	
	«Катехизис»	4	3 – 5	57	
Пантеизм (балл)	Не выбрана	3	2 – 4	27	$< 0,001^*$ $P_{\text{«Первый шаг»} - \text{Не выбрана}} = 0,031$ $P_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$
	«Инсайт»	3	2 – 5	246	
	«Первый шаг»	4	3 – 6	119	
	«Катехизис»	4	2 – 6	57	
Атеизм (балл)	Не выбрана	3	3 – 5	27	$< 0,001^*$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{Не выбрана}} = 0,019$ $P_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$ $P_{\text{«Катехизис»} - \text{«Инсайт»}} < 0,001$
	«Инсайт»	4	2 – 6	246	
	«Первый шаг»	3	1 – 4	119	
	«Катехизис»	2	1 – 3	57	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

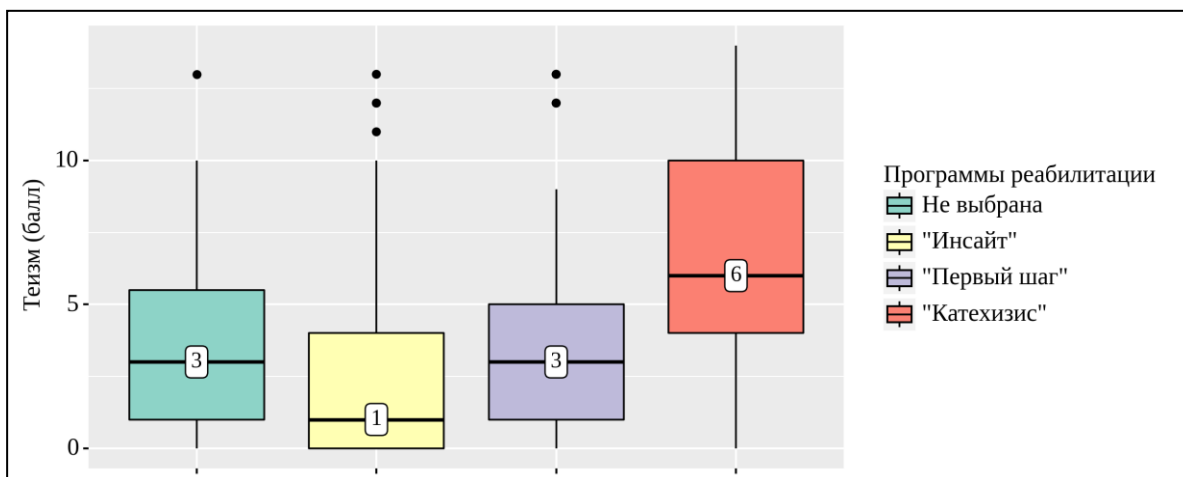


Рисунок 31 – Уровень теизма и программы реабилитации

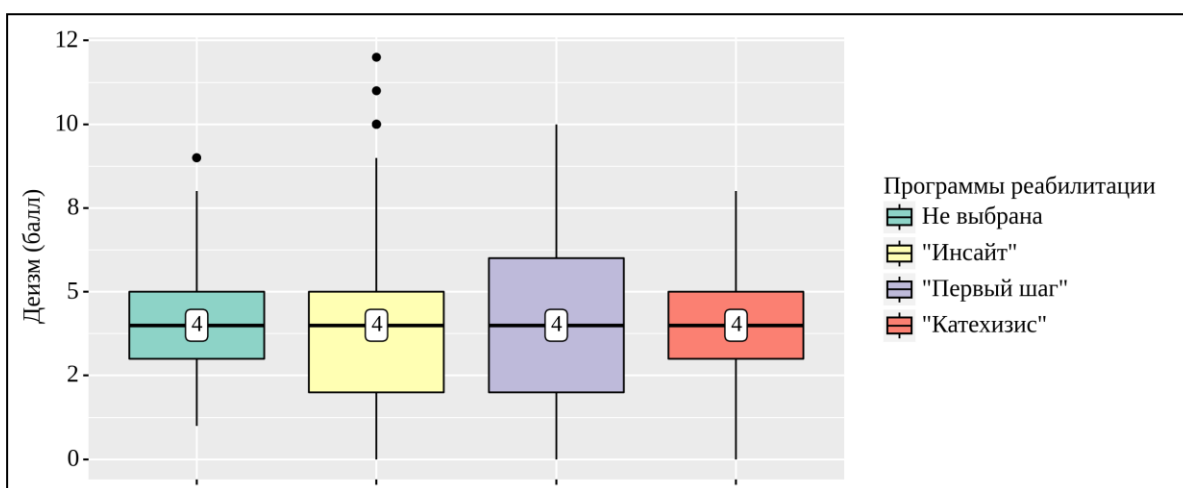


Рисунок 32 – Уровень деизма и программы реабилитации

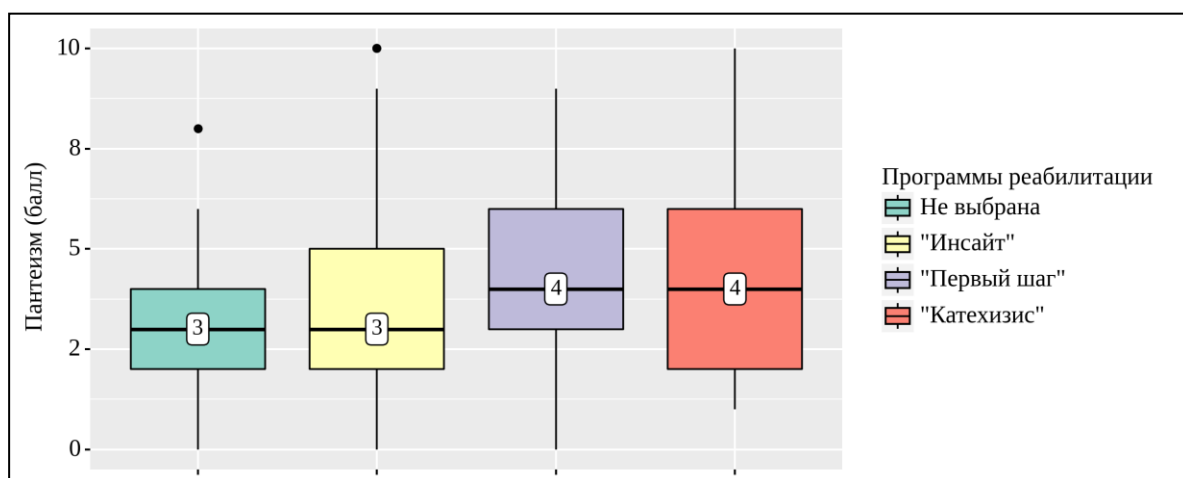


Рисунок 33 – Уровень пантеизма и программы реабилитации

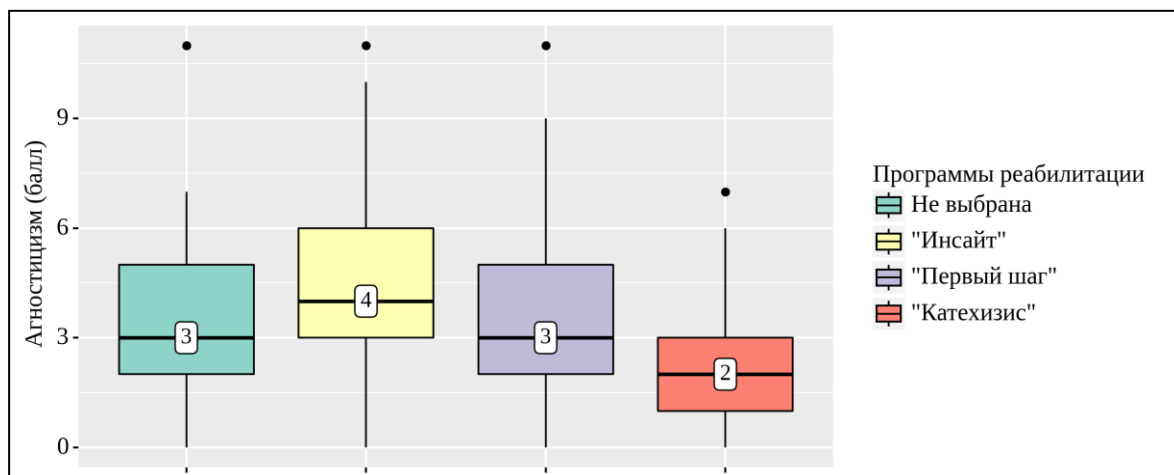


Рисунок 34 – Уровень агностицизма и программы реабилитации

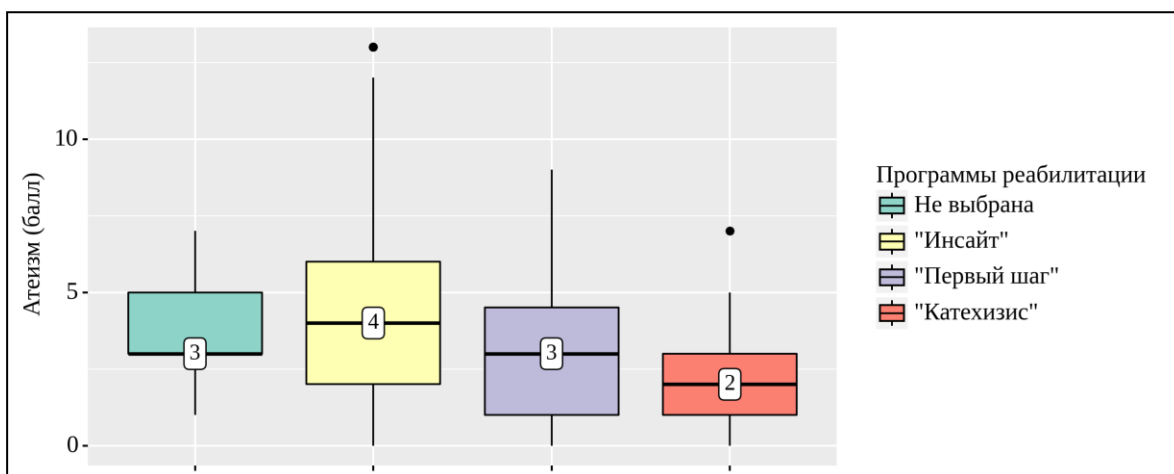


Рисунок 35 – Уровень атеизма и программы реабилитации

Согласно представленным данным, агностики и теисты преобладали в программе «Инсайт», в программе «Катехизис» преобладали теисты и пантеисты. Деисты были равномерно распределены по всем программам. Большой интерес к прохождению научной программы реабилитации просматривается во всех группах обследованных пациентов. Даже в самой крайне выраженной религиозной группе выбор научной программы реабилитации пациентами составил не менее 51 %, что может свидетельствовать о поверхностности религиозных убеждений и внешней религиозности данных пациентов.

3.3.7. Программы реабилитации и степень магического мышления

Далее был выполнен анализ программ реабилитации в зависимости от степени магического мышления пациентов (Таблица 29, Рисунок 36).

Таблица 29 – Программы реабилитации и степень магического мышления

Показатель	Категории	Степень магического мышления			p
		Низкая	Средняя	Высокая	
Программы реабилитации	Не выбрана	2 (2,5)	20 (7,3)	5 (5,2)	$< 0,001^*$ $p_{\text{Низкая} - \text{Средняя}} < 0,001$ $p_{\text{Низкая} - \text{Высокая}} < 0,001$ $p_{\text{Средняя} - \text{Высокая}} < 0,001$
	«Инсайт»	64 (81,0)	153 (55,8)	29 (30,2)	
	«Первый шаг»	13 (16,5)	73 (26,6)	33 (34,4)	
	«Катехизис»	0 (0,0)	28 (10,2)	29 (30,2)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

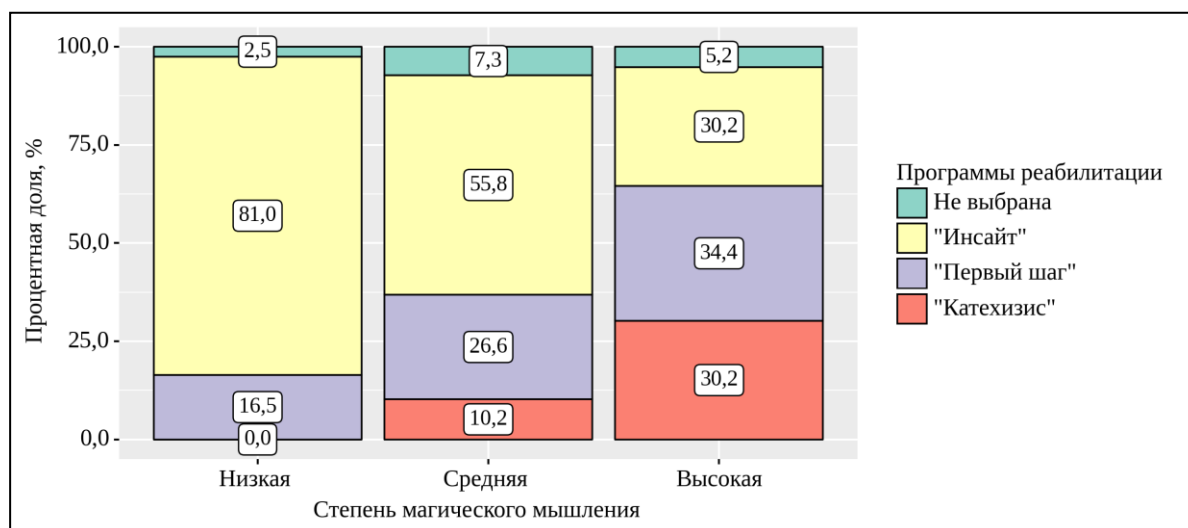


Рисунок 36 – Связь программ реабилитации со степенью магического мышления

Исходя из полученных данных при оценке программ реабилитации в зависимости от степени магического мышления, были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: *Хи-квадрат Пирсона*).

Низкая степень магического мышления была среди пациентов программы «Инсайт», более высокая степень характерна для пациентов программы «Первый шаг», и самая высокая степень магического мышления свойственна пациентам программы «Катехизис».

Следующим был выполнен анализ магического мышления в зависимости от программ реабилитации (Таблица 30, Рисунок 37).

Таблица 30 – Связь магического мышления с программами реабилитации

Показатель	Категории	Магическое мышление (%)			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Программы реабилитации	Программа не выбрана	63	46 – 75	27	$< 0,001^*$ $p_{\text{«Катехизис» – Не выбрана}} = 0,003$ $p_{\text{«Первый шаг» – «Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис» – «Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{«Катехизис» – «Первый шаг»}} < 0,001$
	«Инсайт»	50	33 – 68	246	
	«Первый шаг»	65	47 – 78	119	
	«Катехизис»	77	67 – 88	57	

Примечание: Me – медиана; [Q₁; Q₃] – квартиль; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

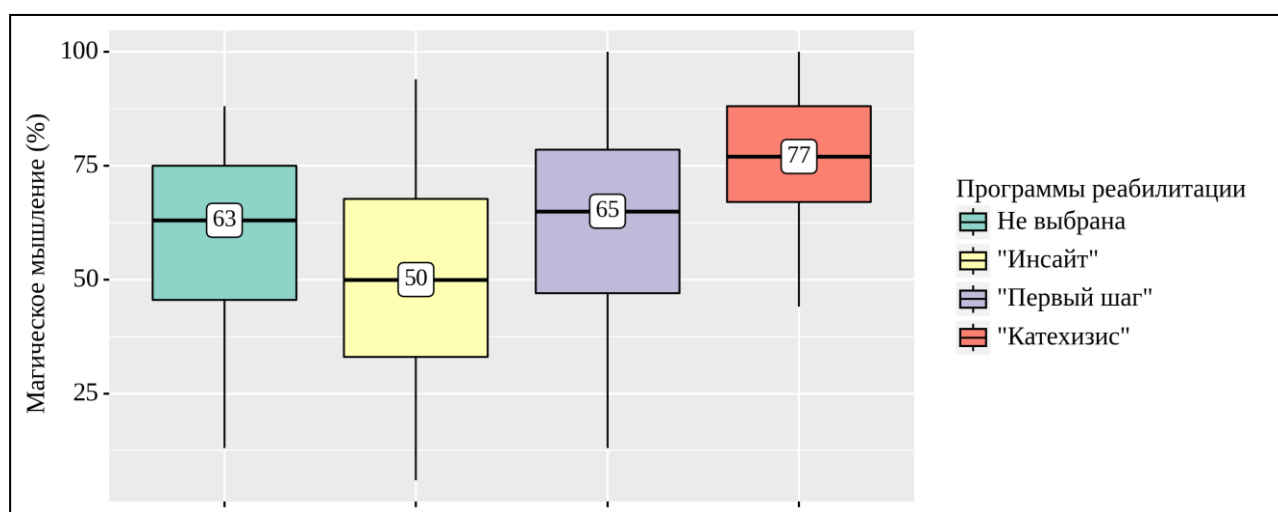


Рисунок 37 – Магическое мышление и программы реабилитации

При оценке магического мышления в зависимости от программ реабилитации были выявлены существенные различия ($p < 0,001$) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса).

Как и ожидалось, самый высокий уровень магического мышления выявлен у пациентов конфессиональной программы «Катехизис», а самый низкий – у пациентов научно-мировоззренческой программы «Инсайт». У пациентов программы «Первый шаг» и не выбравших никакую программу уровень магического мышления показал промежуточные значения между двумя крайними позициями.

Также был проведен анализ связи мировоззрения со степенью магического мышления (Таблица 31, Рисунок 38).

Таблица 31 – Мировоззрение и степень магического мышления

Показатель	Категории	Степень магического мышления			p
		Низкая	Средняя	Высокая	
Мировоззрение	Религиозное	0 (0,0)	1 (0,6)	32 (19,2)	$p < 0,001^*$ $p_{\text{Низкая} - \text{Средняя}} < 0,001$ $p_{\text{Низкая} - \text{Высокая}} < 0,001$ $p_{\text{Средняя} - \text{Высокая}} < 0,001$
	Обыденное	47 (61,0)	158 (91,3)	135 (80,8)	
	Научное	30 (39,0)	14 (8,1)	0 (0,0)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

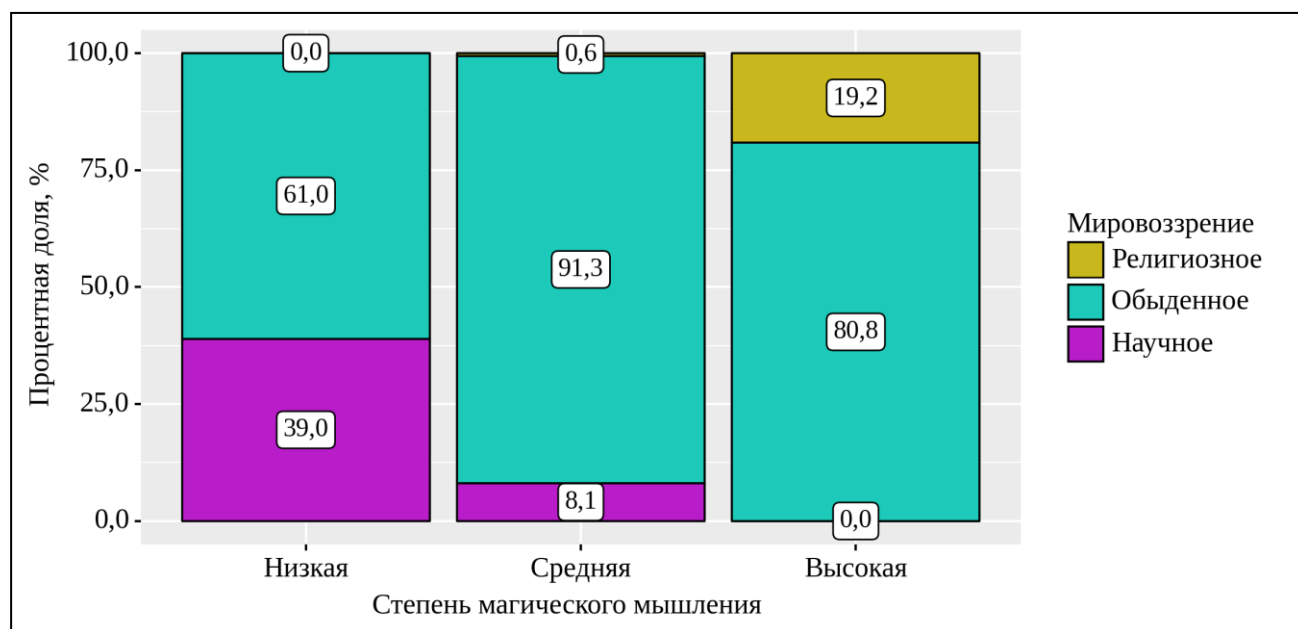


Рисунок 38 – Мировоззрение в зависимости от степени магического мышления

Исходя из полученных данных при сопоставлении мировоззрения в зависимости и степени магического мышления, была выявлена статистически значимая связь ($p < 0,001$).

Низкая степень магического мышления в большей степени свойственна пациентам с научным мировоззрением, а высокая – пациентам с религиозным мировоззрением.

Далее был проведен анализ взаимозависимости мировоззрения и программы реабилитации (Таблица 32).

Таблица 32 – Взаимозависимость мировоззрения и программы реабилитации

Показатель	Категории	Программа				p
		Не выбрана	«Инсайт»	«Первый шаг»	«Кате- хизис»	
Мировоз- зрение	Религиоз- ное	1 (10,0)	5 (2,1)	6 (5,3)	22 (39,3)	$p < 0,001^*$ $p_{\text{«Инсайт» – «Первый шаг»}} = 0,003$ $p_{\text{«Инсайт» – «Катехизис»}} < 0,001$ $p_{\text{«Первый шаг» – «Катехизис»}} < 0,001$
	Обыденное	9 (90,0)	194 (81,2)	103 (91,2)	34 (60,7)	
	Научное	0 (0,0)	40 (16,7)	4 (3,5)	0 (0,0)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Исходя из полученных данных при анализе мировоззрения в зависимости от программы, были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$).

Анализ: научно-мировоззренческую программу «Инсайт» проходили пациенты: 81 % – с обыденным мировоззрением, 17 % – с научным и 2 % – с религиозным мировоззрением.

Программу «Первый шаг» проходили пациенты: 91,2 % – с обыденным мировоззрением, 5,3 % – с религиозным мировоззрением и 3,5 % – с научным мировоззрением.

Программу «Катехизис» проходили пациенты на 39,3 % – с религиозным мировоззрением и 60,7 % – обыденным мировоззрением. В программе «Катехизис» пациентов с научным мировоззрением не было совсем.

Полученные данные показывают предпочтение пациентами программ реабилитации, близких их ценностно-смысловым характеристикам.

3.4. Результаты прохождения программ реабилитации

3.4.1. Динамика веры в Бога и науку

Далее был проведен анализ динамики веры в Бога в зависимости от пройденных программ реабилитации (Таблица 33).

Таблица 33 – Динамика веры в Бога в зависимости от пройденных программ реабилитации

Программы реабилитации	Показатели	Этапы наблюдения				p
		Вера в Бога		Вера в Бога после реабилитации		
		Абс.	%	Абс.	%	
«Инсайт»	Де-факто атеисты	4	8,3	6	12,5	0,001*
	Де-факто теисты	9	18,8	9	18,8	
	Неопределившиеся	13	27,1	10	20,8	
	Сильные атеисты	3	6,2	6	12,5	
	Сильные теисты	4	8,3	1	2,1	
	Склоняющиеся к атеизму	1	2,1	7	14,6	
	Склоняющиеся к теизму	14	29,2	9	18,8	
«Катехизис»	Де-факто атеисты	0	0,0	0	0,0	0,157
	Де-факто теисты	6	50,0	5	41,7	
	Неопределившиеся	1	8,3	0	0,0	
	Сильные атеисты	0	0,0	0	0,0	
	Сильные теисты	5	41,7	6	50,0	
	Склоняющиеся к атеизму	0	0,0	0	0,0	
	Склоняющиеся к теизму	0	0,0	1	8,3	
«Первый шаг»	Де-факто атеисты	0	0,0	0	0,0	0,429
	Де-факто теисты	5	33,3	4	26,7	
	Неопределившиеся	3	20,0	3	20,0	
	Сильные атеисты	0	0,0	0	0,0	
	Сильные теисты	4	26,7	3	20,0	
	Склоняющиеся к атеизму	0	0,0	0	0,0	
	Склоняющиеся к теизму	3	20,0	5	33,3	
p		0,056		< 0,001*		–
				p«Инсайт» – «Катехизис» < 0,001		

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При оценке показателя «Вера в Бога» была выявлена статистически значимая динамика ($p < 0,001$) только после прохождения курса реабилитации программы «Инсайт» (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

После прохождения научно-мировоззренческой программы среди ее участников уменьшилось количество: сильных теистов – на 6,2 %; склоняющихся к теизму – на 10,4 %; неопределившихся в убеждениях – на 6,3 % и выросло

количество: склоняющихся к атеизму – 12,5 %; де-факто атеистов – на 4,2 %; сильных атеистов – на 6,3 %.

3.4.2. Динамика отношения к психоактивным веществам

Далее был проведен анализ динамики отношения к ПАВ после прохождения программ реабилитации (Таблица 34).

Таблица 34 – Связь динамики отношения к ПАВ с прохождением разных программ реабилитации

Программы реабилитации	Показатели	Этапы наблюдения				p
		Отношение к ПАВ		Отношение к ПАВ после реабилитации		
		Абс.	%	Абс.	%	
«Инсайт»	Абсолютные абстиненты	25	52,1	32	66,7	0,003*
	Относительные абстиненты	13	27,1	14	29,2	
	Систематически употребляющие ПАВ	0	0,0	0	0,0	
	Склоняющиеся к отказу от ПАВ	2	4,2	1	2,1	
	Умеренно употребляющие ПАВ	8	16,7	1	2,1	
«Катехизис»	Абсолютные абстиненты	5	41,7	9	75,0	0,063
	Относительные абстиненты	4	33,3	2	16,7	
	Систематически употребляющие ПАВ	0	0,0	0	0,0	
	Склоняющиеся к отказу от ПАВ	0	0,0	0	0,0	
	Умеренно употребляющие ПАВ	3	25,0	1	8,3	
«Первый шаг»	Абсолютные абстиненты	9	60,0	12	80,0	0,068
	Относительные абстиненты	2	13,3	2	13,3	
	Систематически употребляющие ПАВ	2	13,3	1	6,7	
	Склоняющиеся к отказу от ПАВ	1	6,7	0	0,0	
	Умеренно употребляющие ПАВ	1	6,7	0	0,0	
p		0,159		0,404		–

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Анализ показал, что в группе выбравших программу «Инсайт» были установлены статистически значимые изменения отношения к потреблению ПАВ ($p = 0,003$).

В ходе анализа в группах пациентов программ «Первый шаг» и «Катехизис» не удалось выявить статистически значимых изменений ($p = 0,068$ и $p = 0,063$ соответственно).

Количество пациентов, настроенных на статус абсолютного и относительного абстинента, увеличилось:

- после прохождения программы «Инсайт» – с 79,2 % до 95,9 %;
- по программе «Катехизис» – с 75 % до 91,7 %;
- по программе «Первый шаг» – с 73,3 % до 93,3 % (*используемый метод: критерий Уилкоксона*).

3.4.3. Динамика степени магического мышления

Также был проведен анализ динамики степени магического мышления пациентов в зависимости от пройденных программ реабилитации (Таблица 35, Рисунки 39, 40).

Таблица 35– Динамика степени магического мышления пациентов и программы реабилитации

Показатели	Категории	Программы реабилитации				p
		«Инсайт»	«Катехизис»	«Первый шаг»	Не выбрана	
Степень магического мышления	Низкая	64 (26,0)	0 (0,0)	13 (10,9)	2 (7,4)	$< 0,001^*$ $p_{\text{Не выбрана}} - \text{«Катехизис»} = 0,013$ $p_{\text{«Инсайт»} - \text{«Первый шаг»}} < 0,001$ $p_{\text{«Инсайт»} - \text{«Катехизис»}} < 0,001$ $p_{\text{«Первый шаг»} - \text{«Катехизис»}} = 0,006$
	Средняя	153 (62,2)	28 (49,1)	73 (61,3)	20 (74,1)	
	Высокая	29 (11,8)	29 (50,9)	33 (27,7)	5 (18,5)	
Степень магического мышления после реабилитации	Низкая	27 (39,1)	0 (0,0)	1 (6,2)	0 (0,0)	$< 0,001^*$ $p_{\text{«Инсайт»} - \text{«Первый шаг»}} = 0,002$ $p_{\text{«Инсайт»} - \text{«Катехизис»}} < 0,001$
	Средняя	37 (53,6)	3 (21,4)	9 (56,2)	0 (0,0)	
	Высокая	5 (7,2)	11 (78,6)	6 (37,5)	0 (0,0)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В соответствии с представленными в Таблице 35 данными при сопоставлении степени магического мышления пациентов до и после реабилитации были выявлены существенные различия в зависимости от пройденных ими программ реабилитации ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

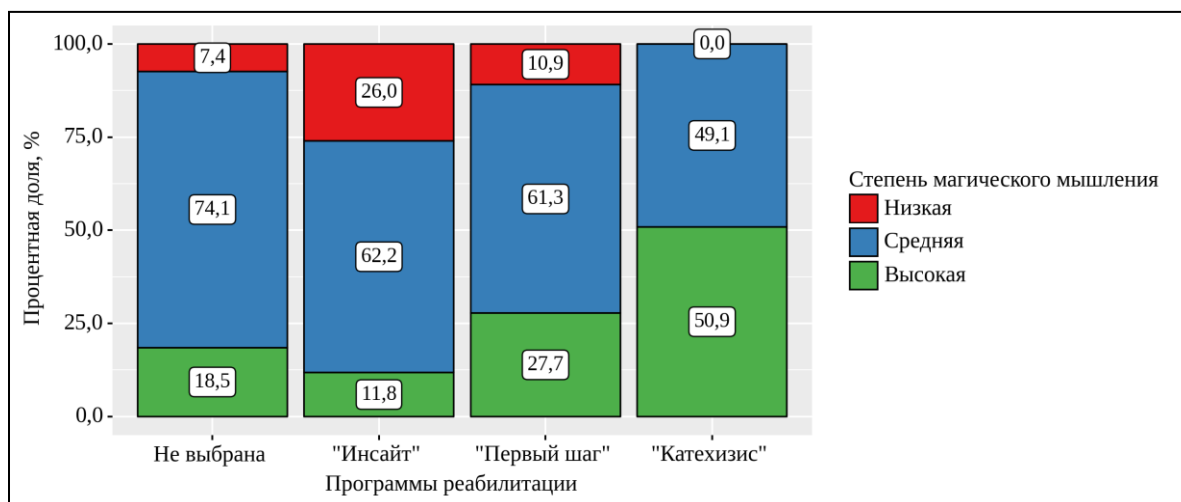


Рисунок 39 – Степень магического мышления до реабилитации

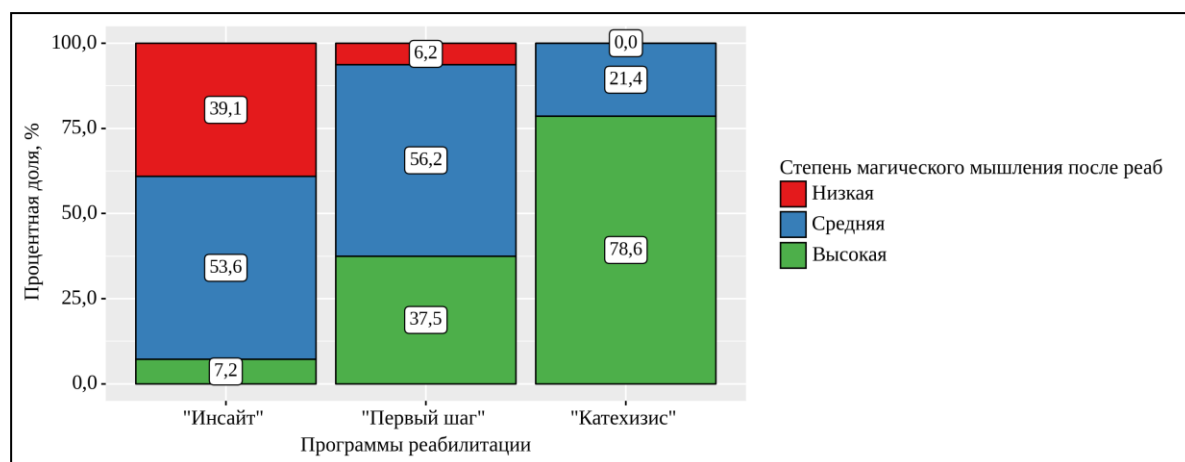


Рисунок 40 – Степень магического мышления после реабилитации

Из представленных в Таблице 35 и на Рисунках 39, 40 данных видно изменение степени магического мышления после прохождения программ реабилитации. Как и предполагалось, после прохождения научно-мировоззренческой программы «Инсайт» степень магического мышления снизилась, а после прохождения курсов программ «Первый шаг» и «Катехизис» – возросла, причем большее увеличение степени магического мышления произошло

после прохождения конфессиональной программы.

3.5. Годовая ремиссия и анализ факторов, ее определяющих

3.5.1. Объем пройденной программы реабилитации и приверженность к реабилитационным мероприятиям

Реабилитация является завершающим и при этом ключевым этапом в лечебном процессе наркологического больного, во многом определяющим последующую ремиссию, да и в целом дальнейшую его судьбу. Важность данного этапа редко осознается самим пациентом и, к большому сожалению, часто и их лечащими врачами – психиатрами-наркологами. Поэтому большинство пациентов, направленных в ОМР, настроены на формальное прохождение или даже избегание курса реабилитации как мероприятия, требующего ломки динамического стереотипа с изменением привычного образа жизни, достаточно существенными временными затратами и преодолением организационных трудностей. Это отношение пациентов к этапу реабилитации особенно ярко проявляется при первичном контакте с ними в отделении реабилитации и находит свое подтверждение в количестве отказов от прохождения курса реабилитации или формальном согласии на его прохождение, с последующим избеганием посещения реабилитационных занятий.

Надо отметить, что ситуация с отношением к реабилитации несколько улучшилась в последнее время после обязательного внедрения кабинетов первичного консультирования и мотивационного интервьюирования в работу НД. Однако вышеописанная ситуация еще далека от идеальной. Это связано с тем, что изменить отношение больного к реабилитации удастся не всегда за то время, которое уделяется первичному консультированию. Все эти моменты довольно наглядно проявляют себя в основаниях для выписки из ОМР.

Многими исследователями показано, что длительность и качество ремиссии во многом определяются временем удержания наркологического больного в программе реабилитации. Поэтому в настоящем исследовании было выделено

несколько этапов полноты прохождения курса реабилитации:

- непосещение реабилитационных занятий с первоначальным отказом от прохождения реабилитации (письменным или устным);
- непосещение реабилитационных занятий при формальном подписании согласия на прохождение курса реабилитации, но с последующим уклонением от посещения групповых занятий (лица, возможно посетившие 1–3 занятия и прекратившие дальнейшее их посещение);
- частичное посещение групповых занятий (4–7 занятий), с последующим уклонением;
- краткий курс реабилитации или прохождение большей части основного курса (около 10 групповых занятий);
- основной курс реабилитации или прохождение его большей части (около 20 групповых занятий);
- завершение курса реабилитации или прохождение полного курса (около 30 групповых занятий).

Итог реабилитации оценивался через год с разделением результатов на: положительные при наличии данных о сохранении ремиссии пациентом и отрицательные при наличии данных о срыве, рецидиве, смерти, отказе от диспансерного наблюдения или отсутствии сведений о пациенте. Оценивалось количество пациентов, достигших годовой ремиссии, и анализировались параметры, важные для ее достижения.

Так как пациенты проходили реабилитацию не только по разным программам, но и в разном объеме, был проведен анализ оснований для выписки с указанием объема прохождения программы реабилитации, а в дальнейшем – и для оценки успешности лечения (количества пациентов, достигших годовой ремиссии) в зависимости от объема пройденной программы (Таблица 36, Рисунок 41).

Согласно представленной таблице, были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (*используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*).

Таблица 36 – Объем пройденной программы в зависимости от выбранной программы реабилитации

Показатель	Категории	Программы реабилитации				p
		Не выбрана	«Инсайт»	«Первый шаг»	«Катехизис»	
Основание для выписки	Отказ от реабилитации	12 (40,0)	11 (4,4)	16 (13,3)	2 (3,5)	$p_{\text{Не выбрана}} < 0,001^*$ $p_{\text{«Инсайт»}} < 0,001$ $p_{\text{Не выбрана}} - \text{«Первый шаг»} < 0,001$ $p_{\text{Не выбрана}} - \text{«Катехизис»} < 0,001$ $p_{\text{«Инсайт»}} - \text{«Первый шаг»} < 0,001$ $p_{\text{«Первый шаг»}} - \text{«Катехизис»} = 0,014$
	Непосещение занятий	18 (60,0)	69 (27,7)	43 (35,5)	20 (35,1)	
	Частичное прохождение курса реабилитации	0 (0,0)	37 (14,9)	13 (10,7)	4 (7,0)	
	Прохождение краткого курса реабилитации	0 (0,0)	40 (16,1)	4 (3,3)	9 (15,8)	
	Прохождение основного курса реабилитации	0 (0,0)	79 (31,7)	20 (16,5)	16 (28,1)	
	Прохождение полного курса реабилитации	0 (0,0)	13 (5,2)	25 (20,7)	6 (10,5)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

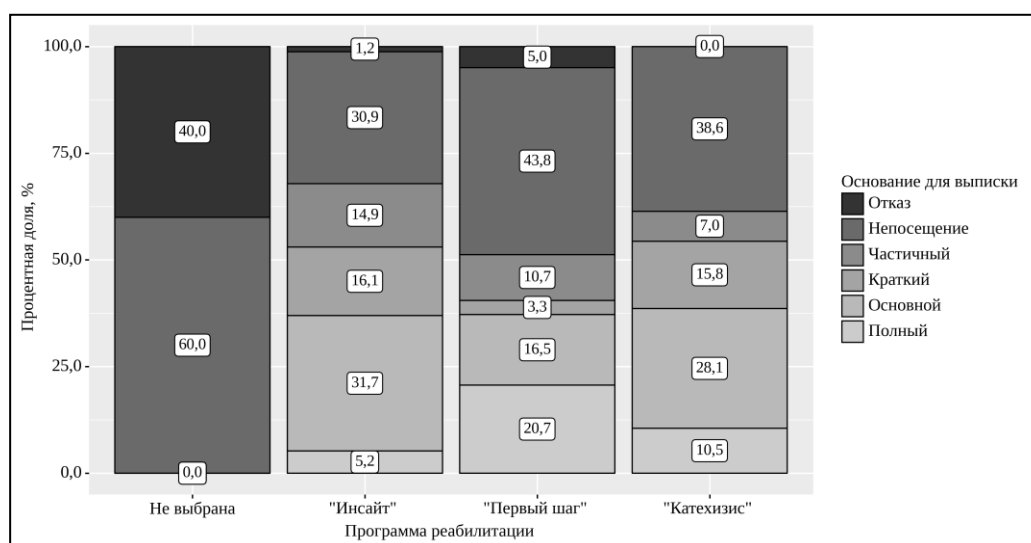


Рисунок 41 – Объем пройденной программы
в зависимости от выбранной программы реабилитации

Из данных, представленных в Таблице 36 и на Рисунке 41, видно, что самой многочисленной группой была группа пациентов, отказавшихся и уклоняющихся от реабилитационных занятий (191 человек). На втором месте была группа пациентов, прошедших основной курс реабилитации (115 человек) и полный курс

(44 человека).

В связи с этим представляло интерес исследовать приверженность пациентов прохождению основного и полного курса реабилитации в зависимости от выбранной программы реабилитации. Приверженность к реабилитационным мероприятиям оценивалась по сумме лиц, прошедших основной или полный курс реабилитации.

Согласно полученным данным, приверженность к реабилитационным мероприятиям была практически одинакова во всех трех программах реабилитации: программа «Инсайт» – 36,9 % пациентов, «Первый шаг» – 37,2 % и «Катехизис» – 38,6 %.

Отсутствие существенных количественных отличий между группами пациентов, проходивших разные программы реабилитации, может указывать на совпадение ценностно-смысловых характеристик пациентов проводимым программам.

3.5.2. Зависимость годовой ремиссии от степени полноты прохождения программы реабилитации

В зависимости от объема пройденной реабилитационной программы пациенты распределились по группам следующим образом (Таблица 37).

Таблица 37 – Объем прохождения курса реабилитации пациентами

Показатель	Категории	Абс.	%
Курс реабилитации	Отказ от реабилитации	21	4,6
	Непосещение занятий	150	32,8
	Частичное посещение занятий	74	16,2
	Краткий курс	53	11,6
	Основной курс	115	25,2
	Полный курс	44	9,6

Далее был проведен анализ итога реабилитации от степени полноты прохождения курса реабилитации (Таблица 38).

Согласно представленной таблице, при сопоставлении итога реабилитации от степени полноты прохождения курса реабилитации были установлены

существенные различия ($p < 0,001$) (*используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*) между всеми степенями полноты прохождения.

Таблица 38 – Связь итога реабилитации со степенью полноты прохождения программ реабилитации

Показатель	Категории	Итог реабилитации		p	Отношение количества лиц с ремиссией к лицам с рецидивом
		Рецидив	Ремиссия		
Основание для выписки	Отказ от реабилитации	12 (6,7)	9 (3,2)	< 0,001*	0,8
	Непосещение занятий	102 (56,7)	68 (24,5)		0,7
	Частичное посещение занятий	31 (17,2)	23 (8,3)		0,7
	Краткий курс	9 (5,0)	44 (15,9)		4,9
	Основной курс	20 (11,1)	95 (34,3)		4,8
	Полный курс	6 (3,3)	38 (13,7)		6,3

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Так, проведенный анализ групп пациентов, прошедших реабилитацию с разными степенями полноты прохождения программ реабилитации, показывает вполне ожидаемый результат, что с увеличением полноты прохождения программ возрастает процент ремиссий.

Причем следует отметить, что при определенном объеме полученной информации в процессе реабилитационных занятий происходит качественный скачок, и увеличение количества ремиссий происходит в разы. Так, при прохождении краткого курса реабилитации количество ремиссий увеличивается сразу в 5 раз (Рисунки 42, 43).

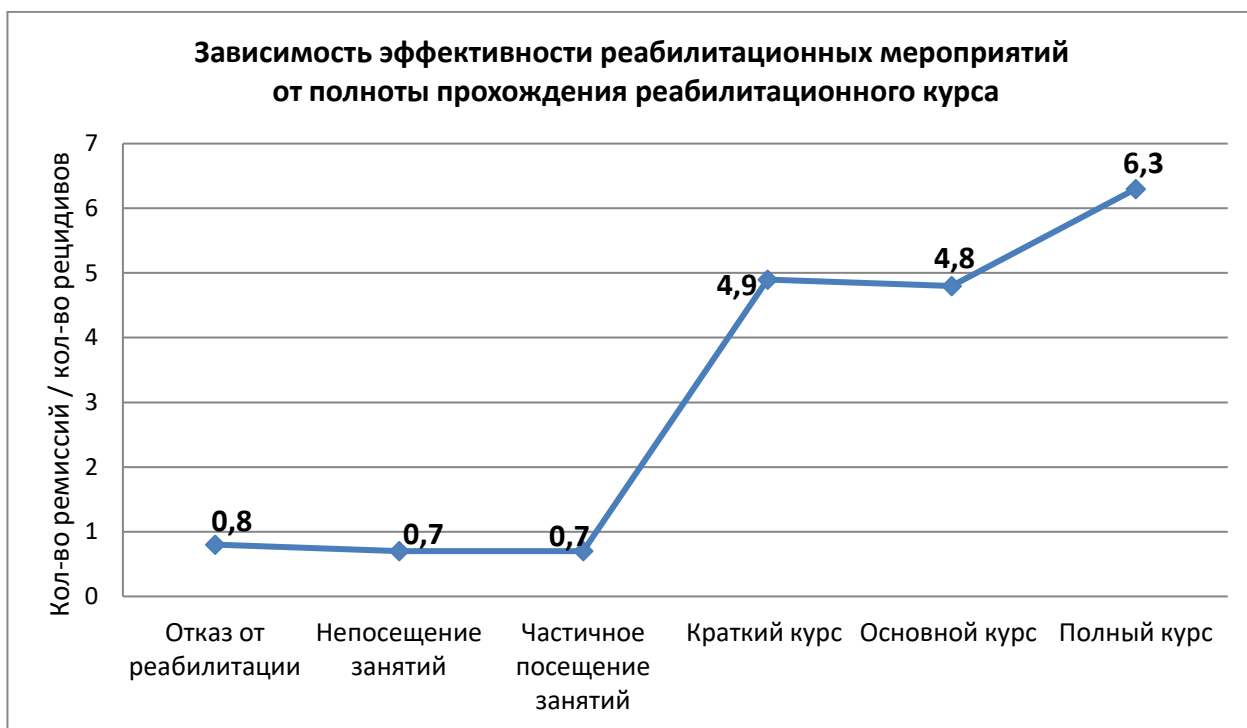


Рисунок 42 – Объем пройденной программы реабилитации и достижение годовой ремиссии

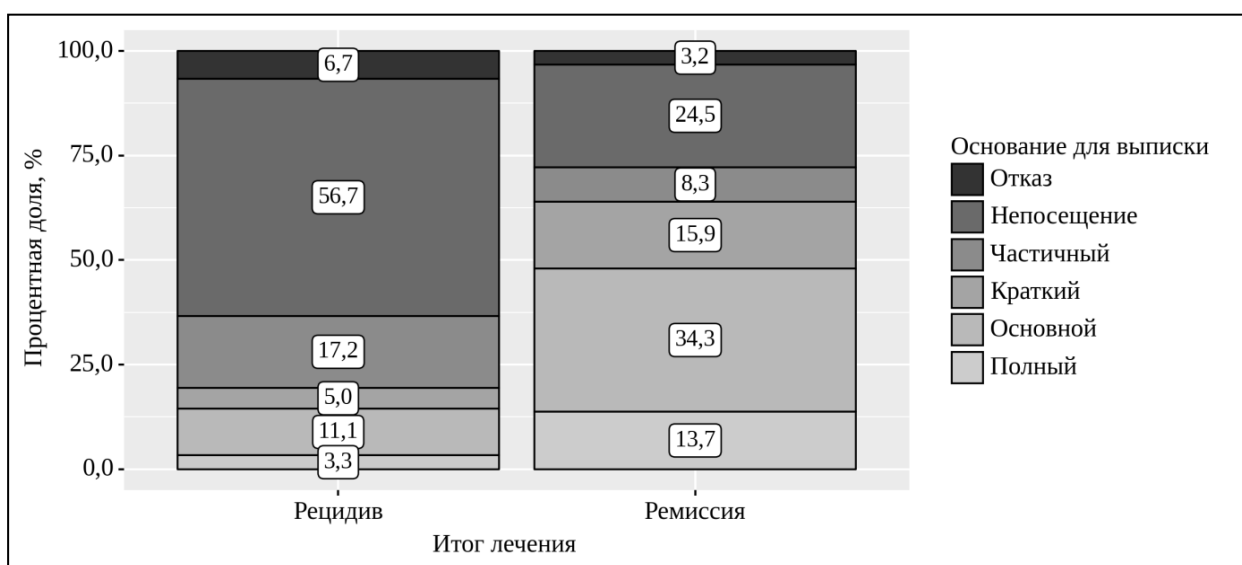


Рисунок 43 – Зависимость итога лечения от степени полноты прохождения курса реабилитации

Полученные данные подтверждают необходимость увеличения сроков реабилитации наркологических пациентов с целью достижения большего количества ремиссий.

3.5.3. Анализ связи достижения годовой ремиссии с уровнями образования и когнитивного потенциала пациентов

Далее был выполнен анализ зависимости итога реабилитации от уровня образования пациентов (Таблица 39, Рисунок 44).

Таблица 39 – Зависимость итога лечения от уровня образования

Показатель	Категории	Образование							p
		Нс	С	Сс	Нв (гум.)	Нв (тех., био.)	В (гум.)	В (тех., био.)	
Итог реабилитации	Рецидив	6 (33,3)	33 (41,2)	70 (38,7)	12 (50,0)	6 (37,5)	30 (38,0)	23 (39,0)	0,948
	Ремиссия	12 (66,7)	47 (58,8)	111 (61,3)	12 (50,0)	10 (62,5)	49 (62,0)	36 (61,0)	

Примечание: Нс – неоконченное среднее образование; С – среднее образование; Сс – среднее специальное образование; Нв (гум.) – неоконченное высшее гуманитарное образование; Нв (тех., био.) – неоконченное высшее техническое или биологическое образование; В (гум.) – оконченное высшее гуманитарное образование; В (тех., био.) – оконченное высшее техническое или биологическое образование

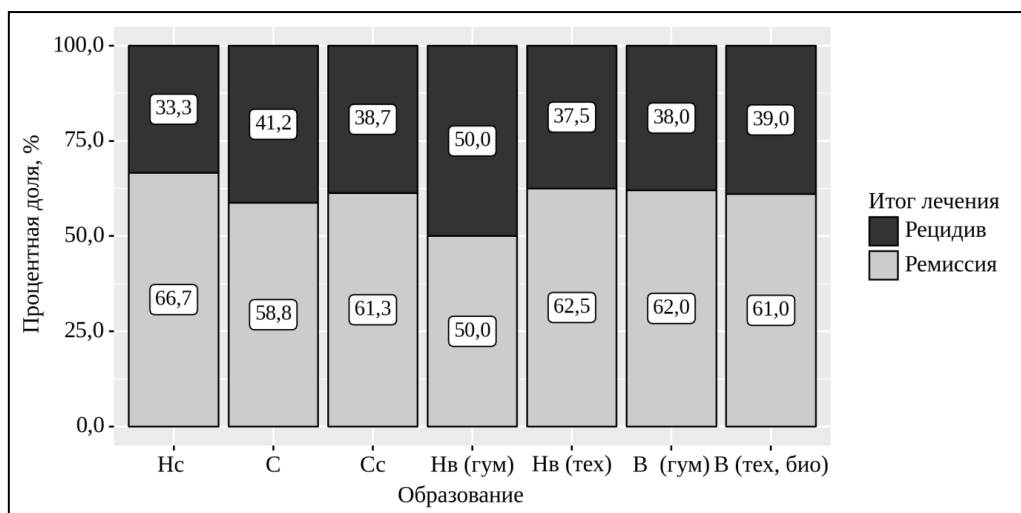


Рисунок 44 – Итог лечения в зависимости от уровня образования

При сопоставлении итогов реабилитации наркологических пациентов в зависимости от уровня образования также не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,948$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Учитывая значение УКП при выборе программы реабилитации, был проведен анализ зависимости годовой ремиссии от УКП (Таблица 40, Рисунки 45–47).

При оценке УКП в зависимости от годовой ремиссии не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,486$) (используемый метод: *U-критерий Манна – Уитни*).

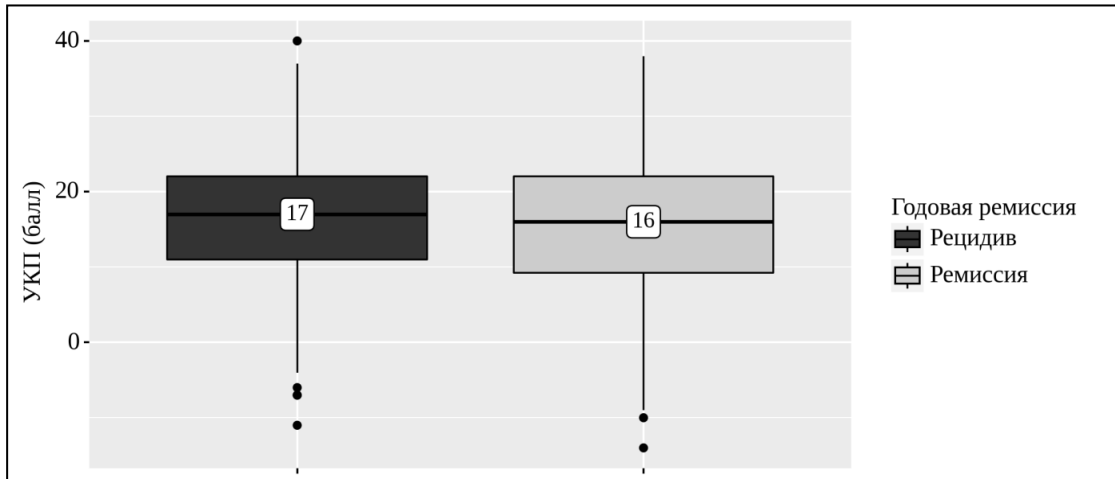


Рисунок 45 – Связь годовой ремиссии с УКП

При оценке зависимости вероятности ремиссии от УКП с помощью ROC-анализа была получена следующая кривая.

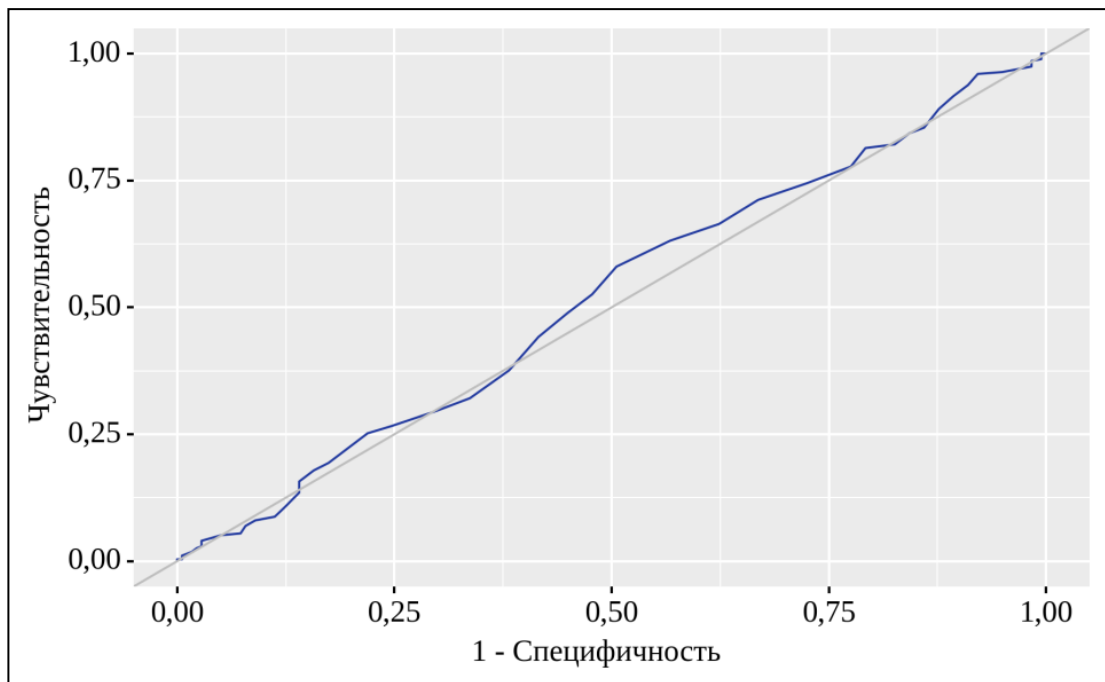


Рисунок 46 – ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности годовой ремиссии от УКП

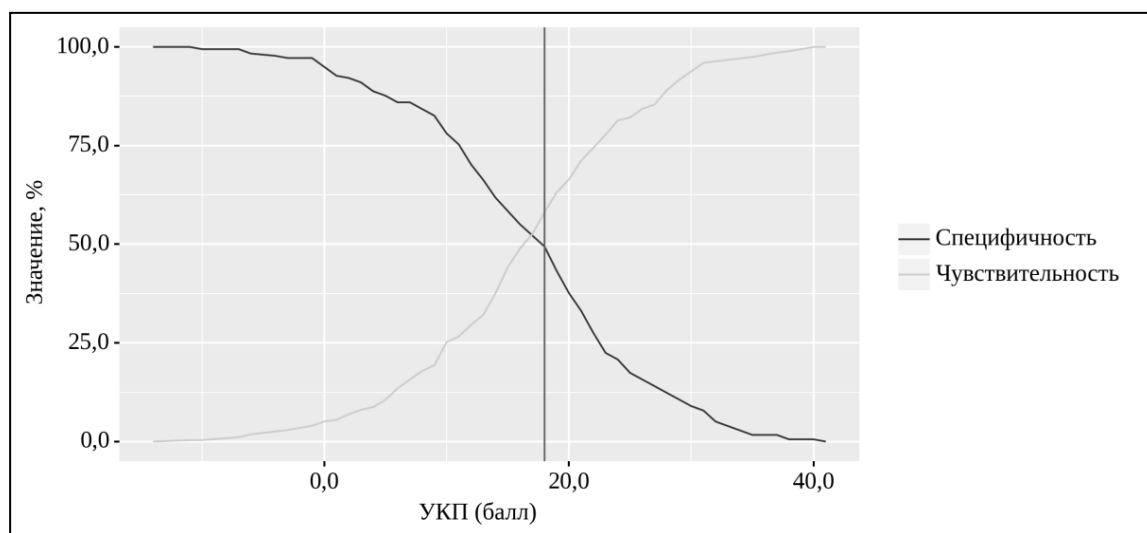


Рисунок 47 – Анализ чувствительности и специфичности модели в зависимости от пороговых значений УКП

Таблица 40 – Пороговые значения УКП

Порог	Чувствительность (Se), %	Специфичность (Sp), %
17	52,6	52,2

Площадь под ROC-кривой составила $0,519 \pm 0,028$ с 95 % ДИ: 0,465 – 0,574. Полученная модель не была статистически значимой ($p = 0,486$).

Пороговое значение УКП в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 18,000 баллов. Ремиссия прогнозировалась при значении УКП ниже данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность модели составили 58,0 % и 49,4 % соответственно.

Ввиду того, что не было обнаружено статистически значимой зависимости результатов реабилитации от УКП, а результаты реабилитации имеют место быть (сохранить ремиссию на протяжении года после выписки удалось 60,6 % пациентам), можно предположить, что для их получения бóльшую роль играют другие факторы. Ими могут быть полнота прохождения курса реабилитации и соответствие ценностно-смысловых характеристик программ ценностно-смысловым характеристикам пациентов.

3.5.4. Годовая ремиссия и программы реабилитации

Далее был проведен анализ годовой ремиссии в зависимости от программ реабилитации (Таблица 41).

Таблица 41 – Годовая ремиссия в зависимости от программ реабилитации

Показатель	Категории	Программа реабилитации				P
		Не выбрана	«Инсайт»	«Первый шаг»	«Катехизис»	
Итог реабилитации	Рецидив	20 (66,7)	86 (34,5)	56 (46,3)	18 (31,6)	0,001* P _{Не выбрана – «Инсайт»} = 0,004 P _{Не выбрана – «Катехизис»} = 0,009
	Ремиссия	10 (33,3)	163 (65,5)	65 (53,7)	39 (68,4)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В соответствии с представленной таблицей при оценке годовой ремиссии в зависимости от программ реабилитации были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,001$) (*используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*).

Из представленных в Таблице 41 данных видно, что по процентному уровню достижения годовой ремиссии реабилитационные программы оказались примерно одинаковы, но в сравнении с группой пациентов, не выбравших программу и не прошедших курс реабилитации, картина оказалась прямо противоположной: если после прохождения программ реабилитации достигли годовой ремиссии 2/3 пациентов, то у не прошедших реабилитацию у 2/3 пациентов произошел рецидив.

3.5.5. Приверженность пациентов к реабилитационным мероприятиям в зависимости от программ реабилитации

Для оценки приверженности пациентов реабилитационным мероприятиям при прохождении программ реабилитации был выполнен анализ полноты прохождения программ реабилитации в зависимости от основания для выписки (Таблица 42, Рисунок 48).

Исходя из полученных данных при сравнении программы реабилитации в

зависимости от основания для выписки были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Таблица 42 – Анализ полноты прохождения программ реабилитации

Показатель	Категории	Основание для выписки						p
		Отказ	Непосещение	Частичный	Краткий	Основной	Полный	
Программа реабилитации	Не выбрана	12 (57,1)	18 (10,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	$< 0,001^*$ $p_{\text{Отказ} - \text{Непосещение}} < 0,001$
	«Инсайт»	3 (14,3)	77 (45,3)	37 (68,5)	40 (75,5)	79 (68,7)	13 (29,5)	$p_{\text{Отказ} - \text{Частичный}} < 0,001$ $p_{\text{Отказ} - \text{Краткий}} < 0,001$
	«Первый шаг»	6 (28,6)	53 (31,2)	13 (24,1)	4 (7,5)	20 (17,4)	25 (56,8)	$p_{\text{Отказ} - \text{Основной}} < 0,001$ $p_{\text{Отказ} - \text{Полный}} < 0,001$ $p_{\text{Непосещение} - \text{Краткий}} < 0,001$
	«Катехизис»	0 (0,0)	22 (12,9)	4 (7,4)	9 (17,0)	16 (13,9)	6 (13,6)	$p_{\text{Непосещение} - \text{Основной}} < 0,001$ $p_{\text{Непосещение} - \text{Полный}} = 0,036$

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

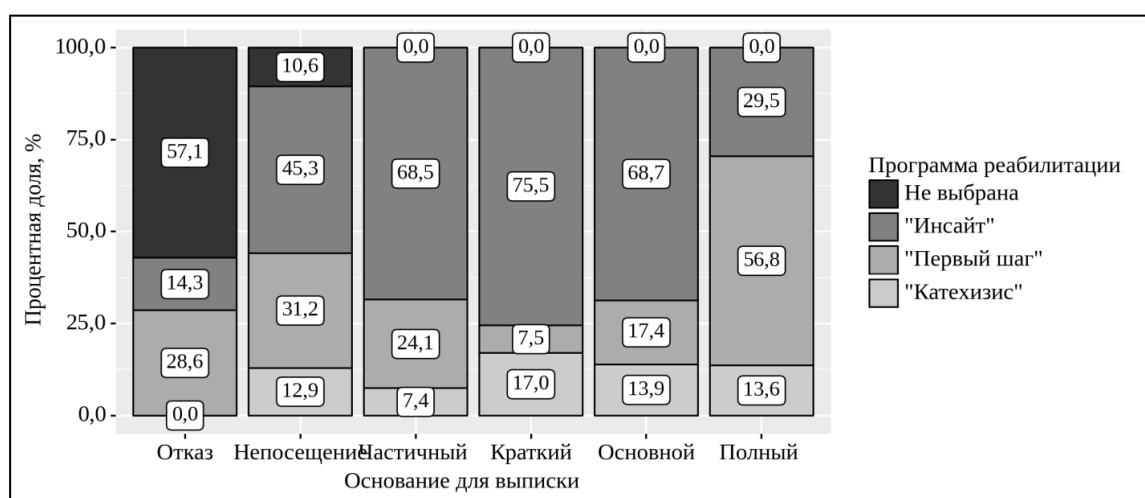


Рисунок 48 – Связь оснований для выписки из ОМР с программами реабилитации

Несмотря на то, что полный курс прошло больше всего пациентов,

посещающих программу «Первый шаг», все же рецидивов по этой программе больше, чем после прохождения других программ.

Исходя из изложенных данных, надо отметить, что приверженность прохождению полного курса реабилитации более всего характерна для пациентов программы, основанной на методологии «12 шагов» АА. Однако конечные результаты по процентному количеству лиц, достигших годовой ремиссии, более высокие для других программ.

Причем при прохождении религиозной программы возрастала степень магического мышления, при прохождении научно-мировоззренческой – снижалась, а при 12-шаговой программе магическое мышление изменялось в меньшей мере. Это свидетельствует о большей сохранности обыденного (несистематизированного) мировоззрения у пациентов 12-шаговых программ реабилитации.

Таким образом, в настоящее время, ввиду неоднородности мировоззрения среди наркологических пациентов, является необходимым учитывать его вид как при межличностном взаимодействии для оптимального выбора реабилитационной программы, так и при проведении психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Этап реабилитации является наиболее значимым в лечебном процессе наркологических больных. Однако вовлеченность наркологических больных в реабилитационные мероприятия и длительность удержания в них остаются очень низкими, поэтому сохраняет актуальность поиск новых путей их вовлечения в реабилитацию.

Ранее были широко и тщательно изучены клинические, психологические и социальные особенности наркологических пациентов с целью персонификации реабилитационных программ. При этом в литературе практически не встречается информация о дифференцировании пациентов по программам реабилитации с учетом их ценностно-смысловых характеристик. Вполне очевидно, что наркологические пациенты различаются как по уровню образования, так и по мировоззренческим установкам, но какие это установки, и в каком соотношении находятся – неизвестно. Данный пробел и должно восполнить настоящее исследование. Для большей контрастности в исследование была включена контрольная группа здоровых лиц (абстинентов, согласно классификации Бехтеля Э.Е., 1986).

Из анализа полученных данных рабочая гипотеза данного исследования подтвердилась: были получены статистически значимые различия мировоззрений обследованных лиц в зависимости от наркологического диагноза. Так, группа абстинентов характеризуется существенным преобладанием научного мировоззрения, по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от алкоголя, в 3 раза, а по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от наркотических веществ – в 6 раз. Также в группе абстинентов отмечена бóльшая доля лиц с религиозным мировоззрением, по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от алкоголя – в 1,5 раза, а по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от наркотических веществ – в 2,2 раза. Такое процентное преобладание научного и религиозного мировоззрения произошло за счет уменьшения доли обыденного (несистематизированного) мировоззрения, что

свидетельствует о большей конкретности и структурированности мировоззрения абстинентов, по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от ПАВ.

Среди обследованных лиц группа абстинентов составляет только 16 %, что связано с малым ее распространением в популяции. Количество пациентов в подгруппе с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) и подгруппе с диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ (F11–19.2) значительно не отличалось.

Отмечается существенное превалирование мужчин в группах с синдромом зависимости от ПАВ и превалирование женщин, но менее значительное, в группе абстинентов. На одну женщину с синдромом зависимости от алкоголя приходится 3,7 мужчин с диагнозом F10.2, а на одну женщину с синдромом зависимости от наркотиков – 5,1 мужчин с диагнозом F11–19.2.

Полученные данные близки к статистическим данным в гендерной структуре наркологической заболеваемости в России в целом.

Среди абстинентов и пациентов с диагнозом F10.2 возрастные группы представлены относительно равномерно, что нельзя сказать о группе пациентов с диагнозом F11–19.2, где 94 % составляют лица в возрасте от 25 до 45 лет.

В группах пациентов наиболее многочисленной была категория лиц со средним специальным образованием. Так, с диагнозом F10.2 она составила 41 %, а с диагнозом F11–19.2 – 38,1 %. Среди абстинентов эта категория лиц была представлена только в 11,5 % случаев. Категория лиц с высшим образованием была наиболее многочисленной в группе абстинентов и составила 86,2 %. В группе пациентов с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) высшее образование имели 38 %, а среди пациентов с диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ (F11–19.2) оно было только у 21,5 %.

Согласно полученным данным, абстиненты реже, чем лица, зависимые от ПАВ, используют в стрессовых ситуациях религиозный копинг и поведенческое избегание. Такая копинг-стратегия, как употребление ПАВ, предсказуемо отсутствует в группе абстинентов, а в группах пациентов с синдромом зависимости от ПАВ она представлена не максимально высоко, что, вероятно, связано с

желанием пациентов указанных групп преуменьшить степень своей зависимости от ПАВ, хотя по факту она неоспорима. А для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя менее характерно использование эмоциональной поддержки, в отличие от абстинентов и респондентов с синдромом зависимости от наркотических веществ. Неожиданно оказалось, что использование юмора как копинг-стратегии более характерно для пациентов с диагнозом синдрома зависимости от наркотических веществ (F11–19.2). В группе абстинентов незначительно просматривается несколько бóльшая, в отличие от групп пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, тенденция к принятию стрессовой ситуации и активному копингу.

При оценке копинг-стратегий были выявлены статистически значимо более характерные для женщин реакции: психического избегания, фокусировки на эмоциях, использования социальной поддержки, отрицания, чем у мужчин. Также у женщин выше, чем у мужчин, представлена степень религиозного копинга, но эта копинг-стратегия менее статистически значима. Так, во всех группах обследованных лиц преобладают лица с радикалом к теизму, с небольшим увеличением их численности от абстинентов до пациентов с диагнозом F11–19.2 (66,2 % – 72,2 % – 77,5 %). В отношении радикала к атеизму тенденция противоположная: абстиненты – в 23,9 %, пациенты с F10.2 – 9,3 %, пациенты с F11–19.2 – 9,2 %.

Из анализа представленных данных также можно отметить большее представительство лиц с научным мировоззрением в группе абстинентов.

В результате теста на веру в науку картина мировоззрения обследованных лиц предстает в ином виде, чем при тесте на веру в Бога, и больше соответствует нормальному статистическому распределению. Так, вера в естественнонаучное объяснение окружающей действительности (атеистический радикал) выглядит следующим образом: агностики – 60,6 %, пациенты с синдромом зависимости от алкоголя – 47,8 %, пациенты с синдромом зависимости от наркотических веществ – 40 %. Полученные результаты свидетельствуют о большей упорядоченности мировоззренческой позиции абстинентов и ее снижении у пациентов с диагнозом

синдрома зависимости от алкоголя и еще большей ее размытости в группе пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ.

Согласно полученным данным, с ростом эрудиции уменьшается степень веры в Бога, и наоборот. Также выявлена прямо пропорциональная зависимость: с ростом уровня образования растет УКП.

При ответе на расширенный тест Докинза Р. при допустимом противоречии между строками показателей шкал «веры» и «науки» не более 1, по сравнению с оригинальным тестом, из 457 пациентов теистов стало 17,1 % (было 74,6 %), неопределившихся в убеждениях – 74,4 % (14,0 %), атеистов – 8,5 % (11,4 %).

По абстинентам распределение также выглядит иначе. Теистов среди абстинентов стало 9,9 % (было 66,2 %), неопределившихся в убеждениях – 9,9 % (69 %), атеистов – 21,1 % (23,9 %). При данном расчете в группу неопределившихся в убеждениях были отнесены все обследуемые лица с уровнем противоречий более двух. Полученные данные демонстрируют размытость мировоззренческих установок у большей части обследованных лиц и превалирование атеистического радикала среди абстинентов. Среди абстинентов лиц с атеистическим радикалом в 2,5 раза больше, чем среди пациентов, а среди лиц с теистическим радикалом – в 1,7 раза меньше.

Согласно расширенному тесту Докинза, среди пациентов, зависимых от ПАВ, мужчин с атеистическим радикалом оказалось 10,2 %, а среди мужчин-абстинентов – 32,1 %. Среди женщин, зависимых от ПАВ, атеистический радикал практически отсутствует. В этой группе оказалась только 1 женщина, и та только склонная к атеизму, а де-факто атеистов и сильных атеистов не было выявлено совсем, при этом в группе абстинентов женщин с атеистическим радикалом было 14,0 %.

Оказалось, что группа абстинентов менее широко представлена в категориях неопределившихся в убеждениях – 41,7 % против 50,9 % с зависимостью от алкоголя и 59,1 % с зависимостью от наркотических веществ и в категориях пантеистов и теистов, но более широко – в категориях атеистов, агностиков и теистов.

Дальнейший анализ данных подтвердил, что в группе абстинентов шире, чем в группах пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, представлены два полюса – веры и неверия. Прослойка лиц, неопределившихся в убеждениях (средний уровень магического мышления), в группе абстинентов уже, чем в группах с синдромом зависимости от ПАВ.

Получена прямая обратно пропорциональная связь – высокому уровню магического мышления соответствует низкий УКП, и наоборот – низкому уровню магического мышления соответствует высокий УКП.

Наполнение программ реабилитации по половому составу было примерно одинаково. Программа «Первый шаг» была представлена пациентами более молодого возраста, а программа «Катехизис» – более старшего. Для программы «Инсайт» характерно более равномерное распределение пациентов по возрасту.

По тесту на эрудицию пациенты программы «Инсайт» характеризовались бóльшим процентом верных ответов, соответственно, и меньшим неверных. Также они испытывали меньше затруднений с ответами и редко выбирали вариант «Затрудняюсь ответить». Противоположная картина по рассматриваемым параметрам отмечается у пациентов программы «Катехизис». А пациенты программы «Первый шаг» занимают промежуточное значение по всем параметрам. Так, высокий уровень противоречий между столбцами веры в Бога и науку был выявлен в группе пациентов программы «Катехизис», что может свидетельствовать о размытости их мировоззрения.

Программу «Инсайт» выбирали пациенты с наиболее высоким когнитивным потенциалом (Me 19). Пациенты с более низким УКП (Me 10) предпочитали конфессиональную программу «Катехизис», а пациенты с промежуточным УКП (Me 15) – программу «Первый шаг». Пациенты, отказавшиеся от прохождения программ реабилитации, имели УКП – Me 13, что ниже среднего уровня, но выше, чем у пациентов, выбравших программу «Катехизис».

Агностики и атеисты превалировали в программе «Инсайт», в программе «Катехизис» преобладали теисты и пантеисты. Деисты были равномерно распределены по всем программам.

Большой интерес к прохождению научной программы реабилитации просматривается во всех группах обследованных пациентов. Даже в самой крайне выраженной религиозной группе выбор научной программы реабилитации пациентами составил не менее 51 %, что может свидетельствовать о поверхностности религиозных убеждений и внешней религиозности данных пациентов.

Низкая степень магического мышления была среди пациентов программы «Инсайт», более высокая степень характерна для пациентов программы «Первый шаг», и самая высокая степень магического мышления свойственна пациентам программы «Катехизис».

В ходе сравнения показателя «Вера в Бога» на этапах до и после реабилитации были выявлены существенные статистические различия ($p < 0,001$) только в программе «Инсайт». После прохождения научно-мировоззренческой программы среди ее участников уменьшилось количество сильных теистов на 6,2 %, склоняющихся к теизму – на 10,4 %, неопределившихся в убеждениях – на 6,3 %, выросло количество склоняющихся к атеизму – на 12,5 %, де-факто атеистов – на 4,2 %, и стало больше сильных атеистов на 6,3 %.

После прохождения программы «Инсайт» увеличилось количество пациентов, настроенных на обретение статуса абсолютного или относительного абстинента, с 79,2 % до 95,9 %, по программе «Катехизис» – с 75 % до 91,7 %, по программе «Первый шаг» – с 73,3 % до 93,3 %.

Как и планировалось, в результате прохождения научно-мировоззренческой программы «Инсайт» уровень магического мышления пациентов уменьшился, а после программ «Первый шаг» и «Катехизис» – увеличился, причем большее увеличение уровня магического мышления произошло после прохождения конфессиональной программы.

Полученные данные показали, что приверженность реабилитационным мероприятиям была практически одинакова во всех трех программах реабилитации: программа «Инсайт» – 36,9 % пациентов, «Первый шаг» – 37,2 % и «Катехизис» – 38,6 %. Отсутствие существенных количественных отличий между

группами пациентов, проходивших разные программы, может указывать на совпадение ценностно-смысловых характеристик пациентов и проводимых программ.

Проведенный анализ групп пациентов, участвовавших в реабилитационных программах с разными степенями полноты их прохождения, показывает вполне ожидаемый результат: с увеличением полноты прохождения программ возрастает процент ремиссий. Оказалось, что при определенном объеме полученной информации в процессе реабилитационных занятий происходит качественный скачок, и количество ремиссий увеличивается в разы. Так, при прохождении краткого курса реабилитации количество ремиссий увеличивается сразу в 5 раз.

Ввиду того, что не было обнаружено статистически значимой зависимости результатов реабилитации от УКП, а результаты реабилитации имеют место быть (сохранить ремиссию на протяжении года после выписки удалось 60,6 % пациентам), можно предположить, что для их получения бóльшую роль играют другие факторы. Ими могут быть полнота прохождения курса реабилитации и соответствие ценностно-смысловых характеристик программ ценностно-смысловым характеристикам пациентов.

По процентному уровню достижения годовой ремиссии реабилитационные программы оказались примерно одинаковы, но в сравнении с группой пациентов, не выбравших программу и не прошедших курс реабилитации, картина оказалась прямо противоположной: если после прохождения программ реабилитации достигли годовой ремиссии 2/3 пациентов, то у не прошедших реабилитацию у 2/3 пациентов произошел рецидив.

Несмотря на то, что полный курс прошло больше всего пациентов, посещающих программу «Первый шаг», все же рецидивов по этой программе больше, чем после прохождения других программ.

Исходя из изложенных данных, надо отметить, что приверженность к реабилитации и прохождению полного курса реабилитации более всего характерна для пациентов программы, основанной на методологии «12 шагов» АА. Однако конечные результаты по процентному количеству лиц, достигших годовой

ремиссии, более высокие для других программ.

При анализе итогов прохождения программы «Инсайт» меньше всего пациентов, прекративших посещение занятий, оказалось в подгруппе лиц, склонных к атеизму, согласно шкале Докинза, – 14 %. У этой же подгруппы выявлены наиболее высокая эрудиция, около 90 % правильных ответов по тесту эрудиции, и наиболее высокий УКП – около 34.

Больше пациентов, прекративших посещение занятий, 42 %, было в группе де-факто атеистов, для которых характерны меньшая эрудиция, около 76 % правильных ответов, и меньший когнитивный потенциал – около 26,6.

Наибольший процент прекративших посещение занятий, 61 %, выявлен в группе выраженных атеистов с 71 % правильных ответов по тесту эрудиции и УКП 25,1. Вероятно, меньший уровень эрудиции и меньший УКП у этой части выраженных атеистов могут косвенно свидетельствовать о менее осознанном выборе атеистического мировоззрения.

При анализе итогов прохождения программы «Катехизис» выявлено, что у пациентов, выбравших религиозную программу «Катехизис», УКП оказался ниже 12. В этой группе отсутствуют пациенты, «сомневающиеся в существовании Бога менее 50 %», согласно тесту Докинза Р. При этом больше всего прекративших посещения занятий по этой программе, 61 %, оказалось среди пациентов с наиболее низким УКП – около 7 баллов и 100%-ной верой в Бога (отметили первую строку теста Докинза Р.). Интересно, что среди пациентов де-факто теистов, прекративших занятия по религиозной программе, было меньше – 43 %, а среди склоняющихся к теизму – еще меньше, 33 %.

Анализ итогов прохождения программы «Первый шаг» показал, что среди пациентов, проходящих данную программу, при УКП > 17 уклонение от прохождения программы было 100%-ным. Данный факт можно объяснить несовместимостью более выраженного (развитого) критического мышления, характерного для лиц с более высоким УКП, с ценностно-смысловыми характеристиками программы, основанной на методологии «12 шагов».

В программах, ориентированных на магическое мышление – «Катехизис» и

«Первый шаг», 91 % пациентов были с УКП < 20, и только 9 % пациентов оказались с УКП выше 20. Причем среди этих 9 % пациентов с УКП > 20, выбравших данные программы реабилитации, процент прекративших посещения занятий по этим программам был 80 %.

По общим итогам прохождения программ реабилитации выявлены следующие закономерности: сопоставление пациентов, прекративших посещение занятий по диаметрально идеологически противоположным программам «Инсайт» и «Катехизис», показывает, что крайние степени утверждений пациентов в своих убеждениях в сочетании с уменьшением УКП говорят об эмоциональном, а не об осознанном выборе конкретной мировоззренческой позиции.

При прохождении программы «Инсайт» меньше всего было пациентов, прервавших посещение занятий, среди группы лиц с самым высоким УКП, около 34 баллов (при возможном максимуме – 41 балл), – 14 %. При прохождении религиозной программы «Катехизис» и 12-шаговой «Первый шаг» обнаружена противоположная закономерность: большее количество прервавших посещение занятий среди пациентов с высоким УКП, более 20, и самым низким УКП, около 6. Это может косвенно свидетельствовать о совпадении ценностно-смысловых характеристик пациентов ценностно-смысловым характеристикам программ в случае удержания в программе и их расхождении – в случае прекращения посещения занятий пациентом.

Таким образом, учет мировоззренческой парадигмы при выборе конкретной программы реабилитации, а соответственно – и языка межличностного общения, помогают достигать большей приверженности указанного контингента лиц реабилитационным мероприятиям, более доступного и точного донесения необходимой информации до сознания и, как следствие, существенного уменьшения степени анозогнозии, что в итоге ведет к улучшению качества и продолжительности ремиссии.

ВЫВОДЫ

1. Наркологические пациенты, направленные на амбулаторную реабилитацию, неоднородны по клиническим, личностным и ценностно-смысловым характеристикам: способам преодоления стрессовых ситуаций, мировоззрению со свойственным ему отношением к экзистенциальным данностям.

2. Обыденное (несистематизированное) мировоззрение преобладает во всех группах обследуемых лиц. Для здоровых лиц (абстинентов) с систематизированным мировоззрением в основном характерно научное и в меньшей степени религиозное мышление. Доля наркологических пациентов с систематизированным мировоззрением достоверно меньше, чем среди здоровых лиц, при этом большинство из них придерживается магических или религиозных взглядов.

3. Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий важно направлять пациентов в программы реабилитации, наиболее близкие им по ценностно-смысловым характеристикам, для этого необходимо дифференцировать наркологических пациентов по мировоззрению.

4. В процессе реабилитации у лиц с наркологическими расстройствами, склонных к религиозному мировоззрению, повышение уровня магического мышления, а у лиц, склонных к научному мировоззрению, его понижение приводят к увеличению количества годовых ремиссий.

5. Разработана и апробирована научно-мировоззренческая программа реабилитации «Инсайт» для наркологических пациентов с естественнонаучной картиной мира.

6. Для выявления ведущего мировоззрения наркологических пациентов составлен алгоритм определения УКП как важного параметра для направления в конкретную реабилитационную программу. Целесообразно при низком УКП – прохождение религиозной реабилитационной программы, при высоком УКП – прохождение научно-мировоззренческой программы, а при среднем УКП – программы реабилитации, основанной на методологии «12 шагов» АА.

7. Приверженность пациентов к программам реабилитации возрастает при

совпадении их ценностно-смысловых характеристик с теми же характеристиками программ, а эффективность программ реабилитации увеличивается при систематизации мировоззрения пациентов вокруг близкой им трезвеннической парадигмы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При первичном контакте с наркологическим пациентом необходимо исследовать его ценностно-смысловые характеристики и мировоззренческие позиции для более точного определения языка межличностного общения и более убедительной мотивации к прохождению реабилитационных мероприятий.

2. При выборе реабилитационной программы необходимо учитывать уровень когнитивного потенциала наркологического пациента, как критерия, определяющего способность усвоения материала конкретной программы реабилитации.

3. Необходимо развивать и расширять реабилитационные программы, основанные на научном мировоззрении и методах доказательной медицины, для более широкого охвата реабилитационными мероприятиями наркологических пациентов, склонных к критическому мышлению и естественнонаучной картине мира.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АА	Сообщество «Анонимных алкоголиков»
АД	Артериальное давление
Ал-Анон	Сообщество созависимых от больных алкоголизмом
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АН	Сообщество «Анонимных наркоманов»
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ВАШ	Визуально-аналоговая шкала (англ. Visual Analogue Scale, сокр. VAS)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПФ	Высшие психические функции
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»	Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
ГГТ	Гамма-глутамилтрансфераза
ДО	Духовно ориентированный
ЛРП	Лечебно-реабилитационная программа
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го созыва
Нар-Анон	Сообщество созависимых от больных наркоманией
НБ	Наркологическая больница
НД	Наркологический диспансер
ОМР	Отделение медицинской реабилитации
ООН	Организация Объединенных Наций
ПАВ	Психоактивные вещества
РПЦ	Русская Православная Церковь
РЦ	Реабилитационный центр
УКП	Уровень когнитивного потенциала
УРП	Уровень реабилитационного потенциала
ЧСС	Частота сердечных сокращений
CDT (УДТ)	Carbohydrate-Deficient Transferrin (углевод-дефицитный трансферрин)
COPE	Тест определения копинг-стратегий
MIS	Magic Indefinite Scale (Шкала магического мышления)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агибалова, Т.В. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля / Т.В. Агибалова, В.Б. Альтшулер, М.А. Винникова [и др.], 2015. – М., 115 с.
2. Агибалова, Т.В. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, О.Д. Тучина // Вопросы наркологии. – 2015. – № 3. – С. 87–106.
3. Агибалова, Т.В. Согласие на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, И.В. Головощачов [и др.] // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 91–95.
4. Айтуганова, А.И. Влияние религиозности жителей Чеченской Республики на употребление психоактивных веществ в период месяца Рамадан / А.И. Айтуганова, М.А. Дальсаев, А.С. Умаров // Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: материалы Региональной научно-практической конференции Южного федерального округа, Грозный, 27–28 апреля 2007 года. – Владикавказ, 2007. – С. 15–18.
5. Алехин, А.Н. Клинико-психологические аспекты алкоголизации подростков / А.Н. Алехин, А.В. Локтева // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». – 2011. – № 12(82). – С. 11–15.
6. Альберт, Х. Трактат о критическом разуме / Х. Альберт / Пер. с нем., вступ. ст. и примеч. И.З. Шишкова. – М.: Едиториал URSS, 2003. – 264 с.
7. Альпер, М. Бог и мозг: Научное объяснение Бога, религиозности и духовности / М. Альпер / Пер. с англ. У. Сапциной. – М.: Эксмо, 2014. – 448 с.
8. Амосов, Н.М. Мысли и сердце / Н.М. Амосов. – М.: Диалектика, 2019. – 288 с.
9. Анонимные алкоголики (четвертое издание). Перевод с английского. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc; Фонд «Единство», 102013, 2015. – 192 с.
10. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Вопросы психологии. – 1994. – № 1. – С. 29–34.
11. Арапов, О.Г. Онтологические основания мифа и мифотворчества: автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.01 / Арапов Олег Геннадьевич. – М.: МГПУ, 2008. – 20 с.
12. Архипов, В. Поиск смысла жизни с христианской точки зрения / В. Архипов // Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни: Материалы III–V симпозиумов / Психологический институт

- Российской Академии образования / Ред-кол.: В.Э. Чудновский [и др.]. – М.: Осъ-89, 2001. – 336 с.
13. Аршинова, В.В. Междисциплинарное взаимодействие наркологической службы / В.В. Аршинова, И.А. Бедина, В.С. Былинкина // Московская медицина. – 2019. – № 6(34). – С. 12.
 14. Афанасьева, Ю.А. Взаимосвязь копинг-стратегий с личностными особенностями подростков / Ю.А. Афанасьева, С.Д. Гуриева // Современные исследования социальных проблем. – 2020. – Т. 12, № 5–3. – С. 66–75.
 15. Бадикова, А.В. Обзор личностных особенностей наркозависимых лиц через призму смысложизненных ориентаций / А.В. Бадикова, О.В. Голубь // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 77–2. – С. 124–127.
 16. Баженова, Н.Г. Сравнительный анализ ценностных ориентаций у наркозависимых личностей и не употребляющих наркотические средства / Н.Г. Баженова, Д.А. Хабибулин, Е.Р. Тумбасова // Перспективы науки и образования. – 2018. – № 6(36). – С. 140–146.
 17. Базелюк, Н.Н. Социально-философские проблемы здорового образа жизни и индивидуального (валеологического) здоровья: автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11 / Базелюк Надежда Николаевна. – М.: Современ. гуманитар. акад., 2008. – 30 с.
 18. Байрамова, Э.Э. Адаптация методики определения уровня магического мышления М. Экблада и Л.Дж. Чапмана на русскоязычной выборке / Э.Э. Байрамова, С.Н. Ениколопов // Психиатрия. – 2016. – № 1. – С. 40–46.
 19. Байрамова, Э.Э. Исследование магического мышления у лиц с эндогенными психическими заболеваниями / Э.Э. Байрамова, С.Н. Ениколопов // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2016. – № 4(14) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.medpsy.ru/climp/2016_4_14/article03.php (дата обращения: 28.09.2022).
 20. Байрамова, Э.Э. Магическое мышление и вера в магию в структуре психологических защит и копинг-стратегий / Э.Э. Байрамова, С.Н. Ениколопов // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 4. – С. 5–13.
 21. Балашова, Е.О. Искажение ценностных ориентаций как фактор риска употребления подростками психоактивных веществ / Е.О. Балашова, Д.С. Ошевский // Психология и право. – 2012. – № 2. – С. 1–14.
 22. Балашова, Е.С. Влияние особенностей мировоззрения на формирование алкогольной зависимости в подростковом возрасте / Е.С. Балашова, С.М. Мальцева [и др.] // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2019. – Т. 8. – № 2(27). – С. 23–25.

23. Баранова, О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18; 14.00.45 / Баранова Ольга Вячеславовна. – М.: Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ, 2005. – 26 с.
24. Баскакова, С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами / С.А. Баскакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 2. – С. 88–96.
25. Батищев, В.В. Программа «12 шагов» и ее место в лечебно-реабилитационном процессе в стационаре для больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Батищев Владимир Викторович. – М.: НИИ наркологии МЗ РФ, 2002. – 24 с.
26. Бачинин, И.В. Теория и практика трезвенного становления личности в традициях православия: монография / И.В. Бачинин; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2015. – 190 с.
27. Бекетова, С.И. Формирование научного мировоззрения учащихся при изучении естественно-географических дисциплин: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Бекетова Светлана Ивановна. – Казань: Татар. гос. гуманитар.-пед. ун-т, 2008. – 21 с.
28. Белокрылов, И.В. Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных (клиническое и психодинамическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18, 14.00.45 / Белокрылов Игорь Владленович. – М.: Нац. научный центр наркологии, 2006. – 42 с.
29. Белянин, А.В. Дэниел Канеман и Вернон Смит: экономический анализ человеческого поведения (Нобелевская премия за чувство реальности) / А.В. Белянин // Вопросы экономики. – № 1. – 2003. – С. 4–23.
30. Берестов, А.И. Сравнительный анализ методик реабилитации алкоголь- и наркозависимых: православной и программы «12 шагов» / А.И. Берестов // Наркология. – 2009. – Т. 8, 7(91). – С. 86–98.
31. Бехтель, Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э.Е. Бехтель. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
32. Бинсвангер, Л. Экзистенциальный анализ / Л. Бинсвангер / Пер. под ред. С. Римского. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2014. – 272 с.
33. Более 2,5 млн человек встретили Рождество по всей России // Интерфакс. – 07.01.2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.interfax.ru/russia/594568> (дата обращения: 28.09.2022).
34. Болт, В.В. Оценка кризисно-реабилитационной помощи в форме стрессовой психотерапии и прогноз длительности ремиссии при патологических

- зависимостях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 05.26.02 / Болт Владимир Владимирович. – СПб.: Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины МЧС России, 2004. – 20 с.
35. Бондаренко, А.С. Личностные доминанты у лиц с суицидальными тенденциями: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 19.00.01 / Бондаренко Анна Сергеевна. – Красноярск: Сиб. гос. технол. ун-т, 2004. – 19 с.
36. Бондырева, С.К. Матрица Духовности / С.К. Бондырева, Д.В. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. – 192 с.
37. Бондырева, С.К. Настроение (психология и семантика) / С.К. Бондырева, Д.В. Колесов, Д.Д. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. – 208 с.
38. Бондырева, С.К. Нравственность / С.К. Бондырева, Д.В. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. – 336 с.
39. Борисова, О.А. Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением / О.А. Борисова, В.В. Гусев, А.М. Двойнин [и др.] // Культурно-историческая психология. – 2019. – Т. 15, № 4. – С. 56–67.
40. Борисова, О.А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения / О.А. Борисова, В.В. Гусев, Т.Г. Дробашенко [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 3. – С. 176–187.
41. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
42. Брюн, Е.А. Введение в антропологическую наркологию / Е.А. Брюн // Вопросы наркологии. – 1993. – № 1. – С. 72–78.
43. Брюн, Е.А. Измененные состояния сознания, психоактивные вещества и психоактивные действия / Е.А. Брюн, М.А. Михайлов, Д.А. Автономов / М.: Нью Терра, 2020. – 189 с.
44. Брюн, Е.А. Норма и патология смыслообразования / Е.А. Брюн, М.А. Михайлов, А.В. Цветков. – М.: Спорт и Культура-2000, 2017. – 141 с.
45. Брюн, Е.А. Оценка деятельности наркологической службы города Москвы в сравнении с деятельностью наркологической службы Российской Федерации за период 2011–2020 гг. / Е.А. Брюн, С.Г. Копоров, В.В. Шипицин [и др.] // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 1. – С. 3–15.
46. Брюн, Е.А. Практическая психология зависимости / Е.А. Брюн, А.В. Цветков. – М.: Наука, 2014. – 294 с.
47. Брюн, Е.А. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи / Е.А. Брюн, В.Г. Москвичев, И.В. Духанина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 4. – С. 16–19.

48. Брюн, Е.А. Сегодня на острие науки – разработка индивидуальных подходов в лечении наркологических заболеваний / Е.А. Брюн // *Московская медицина*. – 2020. – № 5(39). – С. 54–56.
49. Брюн, Е.А. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных. Методические рекомендации / Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, О.В. Рычкова [и др.]. – М.: Типография ПАРАДИЗ, 2013. – 124 с.
50. Брюн, Е.А. Стандарты организации и программа реабилитации в наркологии: методические рекомендации / Е.А. Брюн [и др.]. – М., 2008. – 26 с.
51. Брюн, Е.А. Факторы, влияющие на длительность ремиссии у пациентов с наркологическими расстройствами / Е.А. Брюн, В.В. Аршинова, О.И. Гусева [и др.] // *Наркология*. – 2018. – № 4. – С. 41–50.
52. Брюн, Е.А. Эко-культуральные основы смыслообразования и психоактивные вещества / Е.А. Брюн // *Журнал прикладной психологии*. – 1998. – № 1. – С. 50–59.
53. Бузик, О.Ж. Особенности мотивационной сферы личности больных, перенесших алкогольные психозы / О.Ж. Бузик, С.С. Петров, Б.Ю. Володин // В сб.: *Здоровье человека: физические и психические аспекты. Сборник научных трудов*. – Рязань, 1999. – С. 24–27.
54. Бузик, О.Ж. Программа первичной реабилитации и психокоррекции наркологических больных в условиях дневного стационара. Методические рекомендации № 28 / О.Ж. Бузик, Р.В. Власовских, Н.В. Шевякова [и др.] / Москва, 2015. – 22 с.
55. Бузик, О.Ж. Реабилитация пациентов с коморбидной патологией / О.Ж. Бузик, Г.Л. Гуревич, А.Р. Саркисян // В кн.: *XV Съезд психиатров России. Материалы Съезда / Ответственный ред. В.Н. Краснов*, 2010. – С. 240.
56. Бузик, О.Ж. Роль раннего развития в формировании болезней зависимости. Методические рекомендации / О.Ж. Бузик, Е.А. Брюн, Р.В. Власовских. – М., 2007. – 18 с.
57. Бузик, О.Ж. Социальные преобразования и психическое здоровье / О.Ж. Бузик // В сб.: *Материалы I Национального конгресса терапевтов / Министерство здравоохранения и социального развития РФ; Российское научное медицинское общество терапевтов; Всероссийское научное общество кардиологов; Всероссийское общество неврологов; Научное общество гастроэнтерологов России; Российское общество клинических исследователей; Российский государственный медицинский университет*, 2006. – С. 95–96.

58. Булатников, А.Н. Образовательный компонент реабилитации несовершеннолетних в наркологической практике / А.Н. Булатников // Профилактика зависимостей. – 2019. – № 1(17). – С. 212–218.
59. Булатников, А.Н. Тестовые задания программы повышения квалификации «Реабилитация в наркологии» / А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий // Профилактика зависимостей. – 2020. – № 1(21). – С. 306–327.
60. Бурлака, О.П. Совершенствование лечебно-реабилитационных программ у наркологических больных на современном этапе / О.П. Бурлака, Н.Н. Максименко, Н.В. Андропова // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке: материалы региональной научной конференции, Ростов-на-Дону, 08 июня 2018 года / ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. – Ростов-на-Дону: ООО «Экспо-Медиа», 2018. – С. 49–52.
61. Валентик, Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом / Ю.В. Валентик. – М., 1994. – 127 с.
62. Валентик, Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме / Ю.В. Валентик // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: РБФ «НАН», 1995. – С. 175–191.
63. Валентик, Ю.В. Формирование личностной саморегуляции у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, в амбулаторной реабилитационной программе / Ю.В. Валентик, Е.А. Соборникова // Психотерапия. – 2009. – № 3. – С. 34–42.
64. Вальчук, Д.С. Стационарная программа психотерапии и реабилитации больных алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Вальчук Дмитрий Сергеевич. – М.: Нац. мед. исслед. центр псих. и наркол. им. В.П. Сербского МЗ России, 2018. – 21 с.
65. Васильева, А.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) / А.В. Васильева, А.Н. Еричев, Т.А. Каравая // Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей. – М.: Специальное Издательство Медицинских Книг, 2020. – С. 665–670.
66. Васильева, Н.Л. Субъективная картина мира взрослых с алкогольной и наркотической зависимостью / Н.Л. Васильева, А.Г. Молин // Наркология. – 2017. – Т. 16. – №8. – С. 74–82.
67. Василюк, Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
68. Веккер, Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов / Л.М. Веккер. – М.: Смысл, 1998. – 685 с.

69. Великий пост и Пасха // Фонд «Общественное мнение». – 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fom.ru/TSennosti/14200> (дата обращения: 28.09.2022).
70. Винникова, М.А. Ремиссии при опиоидной зависимости: клиника, этапы течения, профилактика рецидивов / М.А. Винникова // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 99–109.
71. Власов, Н.А. Методология когнитивно-поведенческой психотерапии / Н.А. Власов // Методология современной психологии. – 2020. – № 12. – С. 13–20.
72. Власовских, Р.В. Оценка эффективности программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ в амбулаторном реабилитационном отделении наркологического диспансера / Р.В. Власовских, И.Б. Гаспер, Л.А. Давлетов [и др.] // Вопросы наркологии. – 2013. – № 3. – С. 60–69.
73. Волкова, А.В. Возрастные особенности совладания со стрессом мужчин и женщин / А.В. Волкова, И.В. Михайлова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2018. – № 3. – С. 6–18.
74. Воцерковленность православных. Индекс воцерковленности православных: мониторинг // Фонд «Общественного мнения». – 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fom.ru/TSennosti/11587#> (дата обращения: 28.09.2022).
75. Всемирный доклад ООН о наркотиках за 2021 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.unodc.org/> (дата обращения 28.09.2022).
76. Габоев, В.Н. Алкогольная анозогнозия – ведущий психопатологический синдром хронического алкоголизма (синдром Габоева – Лукомского) / В.Н. Габоев // Медицинские науки. – 2010. – № 3. – С. 19–23.
77. Гастфренд, Д.Р. Международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых / Д.Р. Гастфренд, Ю.Б. Шевцова // Наркология. – 2013. – № 3. – С. 16–20.
78. Герасимова, О.Ю. Личностные особенности студентов, склонных к алкогольной и наркотической зависимости / О.Ю. Герасимова, Л.Н. Семченко, П.А. Семенов // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2019. – № 2(44). – С. 26–30.
79. Гливенко, В.Ф. Религиозные организации как социально-духовный фактор преодоления наркомании в современных условиях: автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11 / Гливенко Виктор Федорович. – Улан-Удэ: Бурят. гос. ун-т, 2005. – 19 с.

80. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А.В. Гнездилов. – СПб.: Речь, 2004. – 162 с.
81. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. – 376 с.
82. Гофман, А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом / А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С.110–118.
83. Гребнев, С.А. Когнитивная психотерапия в наркологии. Ключевые моменты / С.А. Гребнев // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 4, № 4(15). – С. 34–37.
84. Григорьев, Г.И. Духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зорока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение / Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова. – СПб.: МИРВЧ; ВМедА, 2004. – 115 с.
85. Григорьев, Г.И. Метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии – предшественник духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока на православной основе / Г.И. Григорьев, В.А. Мильчакова // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33(38). – С. 9–34.
86. Григорьев, Г.И. Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей: учебное пособие / Г.И. Григорьев / Под ред. Г.И. Григорьева. – СПб.: ВМедА, 2007 – 280 с.
87. Григорьев, Г.И. Психологическое консультирование при лечении алкогольной зависимости методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока / Г.И. Григорьев, Р. Мизерене, Т.Н. Цветкова // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 33–38.
88. Грошева, Л.Н. Социальные страхи и их преодоление у верующих и атеистов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Грошева Лариса Николаевна. – М.: Рос. гос. соц. ун-т, 2004. – 30 с.
89. Гузь, М.С. Магическое мышление в современном мире / М.С. Гузь, А.В. Горелов // Вестник Тюменского государственного института культуры. – 2020. – № 4(18). – С. 118–121.
90. Густова, Л.В. Исследование взаимосвязи между уровнем религиозности и интегративными личностными качествами: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Густова Людмила Владимировна. – М.: Моск. пед. гос. ун-т, 2015. – 23 с.
91. Да Винчи, Леонардо. О науке и искусстве / Леонардо да Винчи. – СПб.: Амфора, 2006. – 190 с.

92. Данилова, А.В. Обзор психологической литературы по проблеме совладающего поведения / А.В. Данилова // Молодой ученый. – 2021. – № 43(385). – С. 61–63.
93. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonimous Word Services, ins., 1989. – 213 с.
94. Двойнин, А.М. Психологическое исследование религиозности современной православной молодежи / А.М. Двойнин, Г.И. Данилова // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. – 2012. – Вып. 2(25). – С. 131–137.
95. Де Боно, Э. Новая религия позитивного мышления / Э. Де Боно. – СПб.: Питер, 2009. – 128 с.
96. Демьянов, Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: пособие для студентов психологических факультетов / Ю.Г. Демьянов. – СПб.: Паритет, 1999. – 224 с.
97. Джабр, Ф.М. Мировоззрение лиц с наркотической зависимостью / Ф.М. Джабр // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2016. – Т. 8, № 4. – Часть 2. – С. 67–70.
98. Джамаль, Г.Д. Смысл жизни в исламе / Г.Д. Джамаль // Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни: материалы III–V симпозиумов / Психологический институт Российской академии образования / Ред-кол.: В.Э. Чудновский [и др.]. – М.: Ось-89, 2001. – 336 с.
99. Джеймс, У. Введение в философию / У. Джеймс. – М.: Республика, 2000. – 318 с.
100. Диакон Сериков, Д. Программа «12 шагов» в реабилитационных программах православной церкви / Диакон Д. Сериков // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 60–63.
101. Дмитриева, Т.Б. Психотические состояния, вызванные злоупотреблением алкоголем / Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко [и др.] // Наркология. – 2002. – № 12. – С. 11–16.
102. Дойч, Д. Структура реальности: наука параллельных вселенных / Д. Дойч / Пер. с англ. – М.: Альпина нон-фикшн, 2015. – 430 с.
103. Докинз, Р. Бог как иллюзия / Р. Докинз. – М.: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2016. – 560 с.
104. Докинз, Р. Самое грандиозное шоу на Земле: доказательства эволюции / Р. Докинз. – М.: Изд-во АСТ: CORPUS, 2016. – 496 с.
105. Докука, С. Как распространяется академическая успеваемость: роль различных социальных сетей в распространении академической успеваемости / С. Докука, Д. Валеева, М. Юдкевич // PLoS ONE. – 2020. – 15(7). – e0236737 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236737> (дата обращения 28.09.2022).

106. Дружинин, В.Н. Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии / В.Н. Дружинин. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 160 с.
107. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова. – М., 2001. – 47 с.
108. Дудко, Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18, 14.00.45 / Дудко Тарас Николаевич. – М.: Нац. науч. центр наркологии МЗ России, 2003. – 38 с.
109. Дудко, Т.Н. Психологические особенности лиц, проходящих реабилитацию в сети христианских реабилитационных центров / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, С.С. Федорова [и др.] // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 51–59.
110. Дудко, Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) / Т.Н. Дудко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 26–31.
111. Егоров, А.Ю. Религиозная аддикция (зависимость) / А.Ю. Егоров // Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
112. Егорова, Т.И. Эффективность применения когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) в реабилитации болезней зависимости / Т.И. Егорова // Настоящее будущее. Актуальные проблемы и тенденции в сфере психического здоровья: сборник материалов Всероссийского форума специалистов помогающих профессий с международным участием, Новосибирск, 08–13 апреля 2020 года / Общероссийская общественная организация «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига». – Новосибирск: Общество с ограниченной ответственностью «Манускрипт», 2020. – С. 30–31.
113. Епископ Каменский и Алапаевский Мефодий: «Не менее половины наших пациентов выходят в устойчивую ремиссию» / Епископ Каменский и Алапаевский Мефодий, 2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.diaconia.ru/episkop-mefodij-ne-menee-poloviny-nashikh-pacientov-v-itoge-vykhodyat-v-ustojchivuyu-remissiyu> (дата обращения: 28.09.2022).
114. Жмуров, В.А. Психопатология. В 2 т. Т. 2 / В.А. Жмуров. – Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1994. – 217 с.
115. Забегалина, С.В. Особенности прогнозирования при различных парадигмах мышления / С.В. Забегалина // Мир психологии. – 2014. – № 1(77). – С. 75–84.
116. Забегалина, С.В. Парадигмы мышления: новое NET-мышление / С.В. Забегалина // Творчество в познании, науке, образовании, инновациях:

- сб. науч. ст. / Под ред. Н.Ю. Синягиной [и др.]. – М.; Ульяновск, 2010. – С. 72–78.
117. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 3-е изд., стереотип. / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 228 с.
118. Зенцова, Н.И. Динамика смысложизненных ориентаций у лиц с опийной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа / Н.И. Зенцова, Н.В. Каклюгин // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. – 2012. – № 3. – С. 49–59.
119. Иванова, Е.С. Когнитивные искажения атеистов и представителей некоторых религиозных традиций в России / Е.С. Иванова, Е.В. Томилов, А.В. Четверткова // Материалы Региональной научно-практической конференции с международным участием «Этнокультурная и межрелигиозная коммуникация в образовательной среде. Тенденции развития и управление рисками», Екатеринбург, 31 марта – 01 апреля 2017 года / ФГАОУ «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Министерство общего и профессионального образования Свердловской области, ГАОУ ДПО Свердловской области «Институт развития образования». – Екатеринбург, 2017. – С. 207–211.
120. Игумен Иона (Займовский). Православная Церковь и программа «12 шагов» / Игумен Иона (Займовский) // Православный центр помощи «Метанойя», 2005 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://metanoia.msdm.ru/programma-12-shagov.html> (дата обращения: 28.09.2022).
121. Игумен Иона (Займовский). Трезвость и воцерковление. «12 шагов» глазами священника / Игумен Иона (Займовский) // Малая социальная сеть «Форрест Гамп», 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.fgump.ru/stati/hristianstvo-i-programma-12-shagov/trezvost-i-vocerkovlenie-12-shagov-glaza.html> (дата обращения: 28.09.2022).
122. Игумен Мефодий (Кондратьев). Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине / Игумен Мефодий (Кондратьев), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевская // Сайт об антинаркотической деятельности Русской Православной Церкви, 2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.protivnarko.ru/tserkov-nadezhnyiy-partner-gosudarstva-v-preodolenii-narkoticheskoy-bedyi/> (дата обращения: 28.09.2022).

123. Изотова, И.Ю. Общая характеристика ценностно-смысловой сферы зависимой личности / И.Ю. Изотова // Социология. – 2020. – № 6. – С. 23–30.
124. Казанцева, Т.А. Вера как социально-психологический феномен и его суггестивный механизм формирования: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Казанцева Татьяна Александровна. – М.: Гос. ун-т упр., 2007. – 19 с.
125. Каклюгин, Н.В. Клинические, терапевтические и организационные принципы духовно ориентированной реабилитации больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Каклюгин Николай Владимирович. – М.: ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии», 2013. – 26 с.
126. Каклюгин, Н.В. Современные принципы ведения профессиональной мотивационной работы, ориентирующей на включение в лечебно-реабилитационные программы лиц с наркологическими расстройствами / Н.В. Каклюгин, Н.А. Григорян // Наркология. – 2017. – Т. 12, № 12. – С. 89–108.
127. Калашникова, М.Б. Особенности религиозности российской молодежи / М.Б. Калашникова // Вестник Новгородского государственного университета. – 2016. – № 93. – С. 50–54.
128. Канеман, Д. Думай медленно... Решай быстро / Д. Канеман. – М.: АСТ, 2013. – 625 с.
129. Кара-Мурза, С.Г. Манипуляция сознанием / С.Г. Кара-Мурза. – М.: Алгоритм, 2000. – 528 с.
130. Катков, А.Л. Психотерапия в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ / А.Л. Катков // Психотерапия. – 2012. – № 9. – С. 17–28.
131. Кекелидзе, З.И. Синергическая модель оптимизации наркологической помощи в структуре сбалансированной модели антинаркотической политики Российской Федерации (сообщение 2) / З.И. Кекелидзе, Т.В. Клименко, А.А. Козлов // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 4. – С. 24–29.
132. Кемпински, А. Экзистенциальная психиатрия / А. Кемпински. – М.: Изд-во «Совершенство», 1998. – 320 с.
133. Кинг, М.Е. Экзистенциальная гипнотерапия / М.Е. Кинг, Ч.М. Цитренбаум / Пер. с англ. С.К. Паракецова. – М.: Независимая фирма «Класс». 1998. – 176 с.
134. Киржанова, В.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017–2018 годах: аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов [и др.]. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 188 с.

135. Клиническая психология. В 4 томах. Том 1. Общая патопсихология / Под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: Academia, 2009. – 464 с.
136. Клиническая психология. В 4 томах. Том 2. Частная патопсихология / Под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: Academia, 2012. – 432 с.
137. Колесов, Д.В. Курение как педагогическая проблема / Д.В. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2011. – 168 с.
138. Колесов, Д.В. Отношение к жизни и психология риска: учеб. пособие / Д.В. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. – 176 с.
139. Колесов, Д.В. Состояния человека: семантика, психология, медицина / Д.В. Колесов, Д.Д. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. – 704 с.
140. Колесов, Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма / Д.В. Колесов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. – 400 с.
141. Колобаев, В.К. Понятийно-логическое мышление vs клиповое мышление / В.К. Колобаев, Т.А. Синицына // Инновации. Наука. Образование. – 2021. – № 26. – С. 1159–1164.
142. Копейко, Г.И. Семейная конфессионально-ориентированная амбулаторная программа реабилитации эндогенных психически больных с наркологической патологией / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, А.Н. Бабурин [и др.] // Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 12 марта 2020 года / Под ред. Г.И. Копейко. – М.: ООО «МАКС Пресс», 2020. – С. 93–97.
143. Копейко, Г.И. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением / Г.И. Копейко, А.Н. Бабурин, Е.А. Сборникова [и др.] / Под ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисовой, А.Н. Бабурина [и др.]. – М.: ООО «МАКС Пресс», 2020. – 88 с.
144. Копытов, А.В. Когнитивная модель риска возникновения алкогольной зависимости в молодом возрасте / А.В. Копытов, В.Г. Обьедков, Е.И. Скугаревская // Здоровоохранение (Минск). – 2011. – № 9. – С. 42–46.
145. Короленко, Ц.П. Личностные особенности пациентов с наркозависимостью и их изменения в процессе психокоррекционного вмешательства / Ц.П. Короленко, А.А. Овчинников, А.Н. Султанова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 1. – С. 53–58.

146. Котлярова, С.В. Динамика показателей ценностно-смысловой сферы и самоотношения в процессе комплексной психологической реабилитации лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Котлярова Светлана Владимировна. – Ростов-на-Дону: Рост. гос. ун-т, 2005. – 23 с.
147. Кошкина, Е.А. Мониторинг наркологической ситуации в Москве / Е.А. Кошкина, У.В. Валькова, М.С. Смирновская [и др.] // Московская медицина. – 2019. – № 6(34). – С. 57.
148. Красильщикова, Е.А. Особенности жизненных ориентаций наркозависимых с различными сроками трезвости / Е.А. Красильщикова // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2010. – № 136. – С. 65–73.
149. Краткий философский словарь / А.П. Алексеев, Г.Г. Васильев [и др.] / Под ред. А.А. Алексеева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: РГ-Пресс, 2010. – 496 с.
150. Кристи, Н. Удобный враг. Политика борьбы с наркотиками в Скандинавии / Н. Кристи, К. Брунн / Пер. с норвежского А.С. Турунтаевой. – М.: Центр содействия реформе уголовного правосудия, 2004. – 271 с.
151. Крылова, Н.В. Реабилитационный прогноз как фактор успешной психокоррекции аддиктивного поведения / Н.В. Крылова // Актуальные проблемы психологического знания. – 2012. – №3(24). – С. 74–81.
152. Кун, Т. Структура научных революций / Т. Кун / Перевод с англ. И.З. Налетова. – М.: Прогресс, 1975. – 288 с.
153. Куценок, Б.М. Эмоции и религия / Б.М. Куценок. – 2-е изд. – Киев: Политиздат Украины, 1987. – 166 с.
154. Кьеркегор, С. Заключительное ненаучное послесловие к «Философским крохам» / С. Кьеркегор. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2005. – 680 с.
155. Лаврин, А. Хроники Харона: энциклопедия смерти / А. Лаврин. – М., 1993. – 367 с.
156. Ларошфуко, Ф. Максимы / Ф. Ларошфуко. – СПб.: Азбука СПб, 2015. – 224 с.
157. Лебедев, В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции: учебное пособие для вузов / В.И. Лебедев. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 407 с.
158. Лебедева, Р.В. Нравственная сфера и личностные особенности студентов с разными типами жизненных ориентаций / Р.В. Лебедева // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – Т. 7, № 2. – С. 52.
159. Леви-Брюль, Л. Первобытное мышление / Пер. с фр. Б. Шаревской / Л. Леви Брюль. – М.: Академический проект, 2015. – 432 с.

160. Леви-Стросс, К. Структурная антропология / Пер. с фр. В.В. Иванова / К. Леви-Стросс. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 512 с.
161. Ленин, В.И. Полное собрание сочинений. Т. 12 / В.И. Ленин. – М.: Издательство политической литературы, 1967. – С. 143 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://leninvi.com/t12/p143> (дата обращения: 28.09.2022).
162. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М., 1977. с 304 с.
163. Леонтьев, Д.А. Мироззрение как миф и мироззрение как деятельность / Д.А. Леонтьев // Менталитет и коммуникативная среда в транзитивном обществе / Под ред. В.И. Кабрина и О.И. Муравьевой. – Томск: Томский государственный университет, 2004. – С. 11–29.
164. Леонтьев, Д.А. Особенности смысловой структуры мироззрения при хроническом алкоголизме / Д.А. Леонтьев, В.Н. Бузин // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1992. – № 3. – С. 22–30.
165. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.
166. Леонтьев, Д.А. Тест (СЖО) / Д.А. Леонтьев // Психодиагностическая серия. Вып. 2. – М.: Смысл, 1992. – 19 с.
167. Лисецкий, К.С. Психология не-зависимости / К.С. Лисецкий, Е.В. Литягина. – Самара: Изд-во «Универс-групп», 2003. – 144 с.
168. Литвак, М.Е. Как преодолеть острое горе / М.Е. Литвак, М.О. Мирович. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 314 с.
169. Литвиненко, К.Л. Откуда возникают внутренние проблемы и как их преодолеть / К.Л. Литвиненко, С.В. Литвиненко. – Решма: Свет православия, 2006. – 363 с.
170. Ловушкина, Ю.Г. Изменение мироззрения наркозависимых людей зрелого возраста в результате прохождения психокоррекционных программ / Ю.Г. Ловушкина // Научный альманах. – 2016. – № 7-2(21). – С. 221–226.
171. Лопатин, Д.В. Избегание как копинг-стратегия поведения больных, зависимых от героина / Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // XIV Съезд психиатров России. Материалы Съезда. – М., 2005. – С. 410.
172. Ляпустина, О.В. Личностные особенности подростков, склонных к аддиктивному поведению / О.В. Ляпустина // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37(42). – С. 114–119.
173. Макеенкова, Т.Н. Формирование научного мироззрения студентов в процессе изучения курса «Концепции современного естествознания» / Т.Н. Макеенкова // Материалы международной научной конференции «Социально-экономические проблемы регионального развития на

- современном этапе», Смоленск, 29 мая 2019 года. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики, 2019. – С. 326–330.
174. Маркарян, Б.А. Личностные особенности наркозависимых молодых людей / Б.А. Маркарян // Молодой ученый. – 2019. – № S51-1(289-1). – С. 28–30.
175. Маркс, К. Сочинения. Т. 1. 2-е изд. / К. Маркс, Ф. Энгельс, 1955 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://royallib.com/book/marks_karl/sobranie_sochineniy_tom_1.html (дата обращения: 28.09.2022).
176. Меерманова, И.Б. Современное состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи / И.Б. Меерманова, Н.Н. Седач, И.А. Большакова [и др.] // Медицина и экология. – 2019. – № 2(91). – С. 5–11.
177. Меринов, А.В. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Вопросы наркологии. – 2010. – № 5. – С. 90–94.
178. Меринов, А.В. Суицидологическая характеристика девушек, имеющих в прошлом несистематическое употребление наркотических веществ / А.В. Меринов, К.В. Полкова, Я.Н. Жилова // Суицидология. – 2020. – Т. 11. – № 3(40). – С. 120–129.
179. Метлик, И.В. Презентация на тему: «Изучение религий и духовно-нравственное воспитание школьников в контексте обновления стандарта общего образования» / И.В. Метлик // Институт семьи и воспитания Российской академии образования (РАО). Лаборатория истории и культуры религий мира, МИОО, 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/40514/> (дата обращения: 28.09.2022).
180. Миронова, Н.В. Факторы психологической адаптации больных алкогольной зависимостью на разных сроках ремиссии: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Миронова Нина Викторовна. – СПб.: С.-Петербург. гос. ун-т, 2015. – 26 с.
181. Михайлик, Е.Ю. Незаконная комета. Варлам Шаламов: опыт медленного чтения / Е.Ю. Михайлик. – М.: Новое литературное обозрение, 2018. – 373 с.
182. Мишин, Ю.В. Аспекты субъективного контроля религиозной и нерелигиозной личности / Ю.В. Мишин // Гуманитарные науки (г. Ялта). – 2019. – Вып. 2(46). – С. 153–159.
183. Мишин, Ю.В. Когнитивно-поведенческие аспекты религиозной и нерелигиозной личности / Ю.В. Мишин // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. – 2021. – № 11. – С. 25–31.

184. Мишин, Ю.В. Мотивационные аспекты религиозной и нерелигиозной личности / Ю.В. Мишин // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – Вып. 61. – Ч. 1. – С. 399–403.
185. Мищенко, Л.В. Алкогольная зависимость, сформировавшаяся на фоне расстройств личности (клинико-терапевтические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Мищенко Лариса Викторовна. – М.: Нац. науч. центр наркологии Росздрава, 2005. – 22 с.
186. Моисеев, Н.Н. Расставание с простотой / Н.Н. Моисеев. – М.: Аграф, 1998. – 480 с.
187. Моисеева, В.В. Может ли религия противодействовать наркотизации молодежи / В.В. Моисеева, М.Е. Позднякова // Мониторинг общественного мнения. – 2007. – № 4(84). – С. 138–149.
188. Моисеева, В.В. Религиозность как социальный ресурс профилактики наркотизации в молодежной среде: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / Моисеева Виктория Владимировна. – М.: Институт социологии РАН, 2009. – 29 с.
189. Монтень, М. Опыты. Избранные произведения в 3-х томах. Т. 2 / М. Монтень / Пер. с фр. – М.: Голос, 1992. – 560 с.
190. Монтень, М. Опыты. Избранные произведения в 3-х томах. Т. 3 / М. Монтень / Пер. с фр. – М.: Голос, 1992. – 416 с.
191. Моральный выбор / Под общ. ред. А.И. Титаренко. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 344 с.
192. Моргун, А.Я. Феномен магического мышления / А.Я. Моргун, Н.А. Фомина // Студенческий вестник. – 2020. – № 18–2(116). – С. 33–35.
193. Мэй, Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 384 с.
194. Мюррей, С. К.Г. Юнг и психология мистицизма / С. Мюррей, Л.А. Хегай, О. Телемский. – М.: Добросвет, 2011. – 178 с.
195. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.
196. Настольная книга атеиста / Под общ. ред. С.Д. Сказкина. – М.: Политиздат, 1983. – 448 с.
197. Недобыльский, О.В. Оценка эффективности амбулаторных программ медицинской реабилитации для больных алкогольной зависимостью: клинико-эпидемиологическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Недобыльский Олег Владимирович. – М.: Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ России, 2018. – 22 с.

198. Нелюбина, А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Нелюбина Анна Сергеевна. – М.: Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. Фак. психологии, 2009. – 29 с.
199. Ненастьева, А.Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии / А.Ю. Ненастьева // Вопросы наркологии. – 2018. – № 7(16). – С. 46–71.
200. Никитин, Е.А. Становление и развитие духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей (рецензия) / Е.А. Никитин // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 126–130.
201. Николаев, Е.Л. Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды / Е.Л. Николаев, Е.С. Сулова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2010. – № 6. – С. 87–126.
202. Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых. Документ принят на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви от 26.12.2012 г., журнал № 128 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/2674661.html> (дата обращения: 28.09.2022).
203. Овчинникова, Т.Н. Препятствия развитию духовности и возможные пути их преодоления / Т.Н. Овчинникова // Психологическая газета. – 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psy.su/feed/7371/> (дата обращения: 28.09.2022).
204. Олпорт, Г. Становление личности: избранные труды / Г. Олпорт / Пер. с англ. Л.В. Трубицыной, Д.А. Леонтьева / Под общ. ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – 462 с.
205. Онисимова, К.А. Реабилитация нарко- и алкозависимой молодежи в религиозных реабилитационных центрах / К.А. Онисимова // Вестник научных конференций. – 2019. – № 6–2(46). – С. 98–100.
206. Оруджева, С.К. Клинико-психологические особенности пациентов с наркологической и алкогольной зависимостью / С.К. Оруджева // Скиф. Вопросы студенческой науки. – 2019. – № 9(37). – С. 100–105.
207. Осипов, А.А. Катехизис без прикрас / А.А. Осипов. – М.: Госполитиздат, 1963. – 289 с.
208. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Документ РПЦ. Глава XI. Часть 3. Здоровье личности и народа, 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://azbyka.ru/otechnik/dokumenty/osnovy-sotsialnoj-kontseptsii-russkoj-pravoslavnoj-tserkvi/> (дата обращения: 28.09.2022).

209. Павлов, И.С. Достижение адекватного осознания болезни – необходимый этап психотерапии зависимостей / И.С. Павлов // Наркология. – 2002. – № 9. – С. 42–46.
210. Паначев, К.В. Мироззрение в жизни человека и общества / К.В. Паначев, Д.Р. Скориш // Научный электронный журнал «Меридиан». – 2020. – Выпуск № 1(35) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://meridian-journal.ru/site/article?id=2472> (дата обращения: 28.09.2022).
211. Пашковский, В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: краткое руководство для врачей / В.Э. Пашковский. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007. – 144 с.
212. Петренко, В.Ф. Основы психосемантики / В.Ф. Петренко. – 2-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с.
213. Петросян, Т.Р. Проблемы повышения приверженности к медицинской помощи у наркологических больных с ВИЧ-инфекцией / Т.Р. Петросян, Т.В. Агибалова, А.П. Антоненко // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115-летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла, Кемерово, 18 сентября 2020 года. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 199–207.
214. Погорелов, Г.А. К вопросу о смысле жизни / Г.А. Погорелов // Ученые записки СПбГИПСР. – 2014. – Т. 21. – Выпуск 1. – С. 142–147.
215. Позднякова, М.Е. Роль религии в противодействии алкоголизации и наркотизации в полиэтничной молодежной среде на примере православия и ислама (к проблеме взаимодействия различных конфессий) / М.Е. Позднякова, В.В. Брюно // Религия и наркотики (опыт социального анализа) / Под ред. М.Е. Поздняковой и Т.А. Хагурова. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007. – С. 50–86.
216. Полищук, Ю.И. Значение религиозной веры как лечебного и реабилитационного фактора при психических расстройствах непсихотического уровня / Ю.И. Полищук // Независимый психиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 63–67.
217. Портнов, А.А. Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1973. – 392 с.
218. Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН, 2011. – 102 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.isras.ru/publ.html?id=2384> (дата обращения: 28.09.2022).
219. Прищенко, Р.И. Преодолеть страсть наркозависимости. Методика реабилитационного процесса, основанного на святоотеческом опыте борьбы со страстями / Р.И. Прищенко // Азбука здоровья, 2021 [Электронный

- ресурс]. – Режим доступа: <https://azbyka.ru/zdorovie/preodolet-strast-narkozavisimosti> (дата обращения: 28.09.2022).
220. Профилактика патологических форм зависимого поведения. Том III. Лечебная субкультура / Под общ. ред. О.В. Зыкова. – М.: РБФ НАН, 2010. – 310 с.
221. Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни. Материалы III–V симпозиумов. Психологический институт Российской Академии образования / Ред. кол.: В.Э. Чудновский [и др.]. – М.: Ось-89, 2001. – 336 с.
222. Психология смерти и умирания: хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. – Минск: Харвест, 1998. – 656 с.
223. Пятницкая, И.Н. Соотношение экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков / И.Н. Пятницкая, А.Н. Яковлев // Наркология. – 2004. – № 2. – С. 56–58.
224. Разуваев, В.А. Опыт сотрудничества наркологической службы с православной церковью / В.А. Разуваев, Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко // XIII Съезд психиатров России. Материалы Съезда. – М., 2000. – С. 264.
225. Рима́н, Ф. Основные формы страха / Ф. Рима́н / Пер. с нем. Э.Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 1998. – 336 с.
226. Розанов, В.В. О понимании: опыт исследования природы, границ и внутреннего строения науки как цельного знания / В.В. Розанов. – М.: Тип. «Наука», 2006. – 619 с.
227. Романи́н, А.Н. Практическая психология философии и религии: учеб. пособие / А.Н. Романи́н. – М.: КноРус, 2006. – 339 с.
228. Рыбакова, Ю.В. Изучение анозогнозии у зависимых от опиоидов / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, В.В. Пушина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2017. – № 8(156). – С. 143–145.
229. Рябова, М.Г. Структура смысловой саморегуляции пациентов наркологической амбулаторной службы / М.Г. Рябова // Вестник ТГУ. Серия: гуманитарные науки. – 2010. – Выпуск 6(86). – С. 164–168.
230. Рязанцев, С.В. Танатология – наука о смерти / С.В. Рязанцев. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1994. – 382 с.
231. Саган, К. Мир, полный демонов: наука – как свеча во тьме / К. Саган / Пер. с англ. – М.: Альпина нон-фикшн, 2016. – 537 с.
232. Сапольски, Р. Биология добра и зла: как наука объясняет наши поступки / Пер. с англ. / Р. Сапольски. – М.: Альпина нон-фикшн, 2019. – 766 с.

233. Семенова-Полях, Г.Г. Жизненное самоопределение наркозависимых в период ремиссии / Г.Г. Семенова-Полях // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2014. – № 4. – С. 109–111.
234. Сенека. Нравственные письма Луцилию / Сенека. – М.: Азбука-Аттикус, 2017. – 576 с.
235. Сергатая, С.Ф. Философский анализ магического мышления / С.Ф. Сергатая // Россия молодая: сборник материалов XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 20–23 апреля 2021 года / Редколлегия: К.С. Костиков (отв. ред.) [и др.]. – Кемерово: Кузбасский государственный технический университет имени Т.Ф. Горбачева, 2021. – С. 94733.1–94733.5.
236. Серия «Правовая наркология». Выпуск 4. Реабилитационные программы / Под общ. ред. О.В. Зыкова. – М.: РБФ НАН, 2012. – 448 с.
237. Серия «Правовая наркология». Приложение к Выпуску 6. Критерии эффективности в наркологии / Под общ. ред. О.В. Зыкова. – М.: РБФ НАН, 2013. – 32 с.
238. Сидоров, П.И. Религиозный ресурс ментальной медицины / П.И. Сидоров // Экология человека. – 2014. – № 5. – С. 17–27.
239. Сирота, Н.А. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – С. 369–406.
240. Смирнов, В.В. Педагогическая коррекция направленности личности подростков: детей, эпизодически употребляющих наркотические вещества: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Смирнов Вадим Валерьевич. – Тамбов: Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина, 2002. – 23 с.
241. Солженицын, А.И. Архипелаг ГУЛАГ. Полное собрание в одном томе / А.И. Солженицын. – М.: Альфа-книга, 2009. – 1280 с.
242. Степанова, Е.А. Религия и мораль: парадоксы взаимозависимости / Е.А. Степанова // Науч. ежегодник Ин-та философии и права Урал. отд-ния Рос. акад. наук. – 2018. – Т. 18, Вып. 2. – С. 21–39.
243. Степанова, Н.В. Ценностно-смысловое содержание личности и совладающее поведение у больных алкоголизмом / Н.В. Степанова, Е.А. Салимова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 7-2(97). – С. 105–109.
244. Субботский, Е.В. Выживание в мире машин: взгляд психолога развития на причины веры в магию в век науки / Е.В. Субботский // Национальный психологический журнал. – 2010. – № 1(3) – С. 42–47.

245. Субботский, Е.В. Феноменальное и рациональное восприятие дошкольниками некоторых предметных отношений / Е.В. Субботский // Вопросы психологии. – 1988. – № 2. – С. 58–69.
246. Суворов, О.В. Сознание и Абсолют (философский трактат) / О.В. Суворов. – М.: Издательская корпорация «Логос», 1999. – 192 с.
247. Суворова, О.В. Магическое мышление как копинг-стратегия личности: социокультурный и онтогенетический аспекты / О.В. Суворова, П.П. Кочеганова // Нижегородский психологический альманах. – 2020. – Т. 1, № 1. – С. 211–220.
248. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
249. Талантов, П.В. 0,05. Доказательная медицина от магии до поисков бессмертия. / П.В. Талантов. – М.: АСТ, CORPUS, 2020. – 560 с.
250. Тиллих, П. Мужество быть / П. Тиллих. – М.: Модерн, 2011. – 240 с.
251. Тихонравов, Ю.В. Экзистенциальная психология: учебно-справочное пособие / Ю.В. Тихонравов. – М.: ЗАО «Бизнес-школа» Интел-Синтез», 1998. – 238 с.
252. Ткачук, В.А. Ценностно-смысловая сфера наркозависимых лиц / В.А. Ткачук, А.Г. Зайцев // Вестник психотерапии. – 2012. – № 43(48). – С. 38–48.
253. Тобалов, Ю.П. Совладение с трудными жизненными ситуациями у верующих: на материале православных христиан и мусульман: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Тобалов Юрий Петрович. – М.: Рос. гос. соц. ун-т, 2004. – 34 с.
254. Толковый словарь Ожегова С.И., 1960 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://slovarozhegova.ru/word.php?wordid=7345> (дата обращения: 28.09.2022).
255. Толстой, Л.Н. Смерть Ивана Ильича / Л.Н. Толстой. – СПб.: Азбука СПб, 2014. – 416 с.
256. Трифонова, Е.А. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии / Е.А. Трифонова, А.В. Яровинская // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – № 8. – С. 375–379.
257. Трубников, Н.Н. О смысле жизни и смерти / Н.Н. Трубников. – М.: Росспэн, 1996. – 383 с.
258. Тугалов, Ф.К. Формирование научного мировоззрения у студентов и преподавание физики элементарных частиц / Ф.К. Тугалов // В сб.: Инновационные технологии в науке и образовании. Сборник статей

- XIV Международной научной конференции, Пенза, 15 декабря 2019 года. – Пенза, 2019. – С. 19–22.
259. Тучина, О.Д. Психологические защиты у больных наркологического профиля / О.Д. Тучина // Нехимические виды зависимости: современное состояние и проблемы: материалы II Московской научно-практической конференции, Москва, 29 мая 2019 года. – М., 2019. – С. 109–116.
260. Угринович, Д.М. Психология религии / Д.М. Угринович. – М., 1986. – 255 с.
261. Участие Церкви в преодолении пороков пьянства и наркомании. XI, 6 // Основы социальной концепции Русской Православной Церкви: сб. док. и материалов юбил. Архиерейского собора Русской Православной Церкви. – Н. Новгород, 2001. – 288 с.
262. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия: краткое руководство / А.П. Федоров. – СПб.: Питер, 2002. – 334 с.
263. Федотов, И.А. Сравнение обыденных и профессиональных взглядов на проявления алкогольной зависимости: в поисках границы между нормой и патологией / И.А. Федотов, О.В. Кузина, Я.А. Антошкин // Вопросы наркологии. – 2018. – № 12(171). – С. 6–19.
264. Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – 840 с.
265. Флорес, Ф.Дж. Групповая психотерапия зависимостей. Интеграция двенадцати шагов и психодинамической теории / Ф.Дж. Флорес. – М.: ИОИ, 2014. – 736 с.
266. Фонарев, А.Р. Смысл жизни как детерминанта развития личности профессионала / А.Р. Фонарев // Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни: материалы III–V симпозиумов / Психологический институт Российской академии образования / Ред-кол.: Чудновский В.Э. [и др.]. – М.: Ось-89, 2001. – 336 с.
267. Формирование системного мировоззрения современного человека: материалы Научно-практической конференции, г. Барнаул, 14–15 апреля 2017 года / Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный педагогический университет». – Барнаул: АлтГПУ, 2017. – 168 с.
268. Франкл, В. Психотерапия на практике / В. Франкл. – СПб.: Ювента, 1999. – 256 с.
269. Фрейд, Д. Золотая ветвь. Исследование магии и религии / Д. Фрейд. – М.: Политиздат, 1980. – 832 с.

270. Фролов, Б.С. Психиатрический тезаурус. Рук. для врачей. Том Основные психопатологические синдромы / Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. – СПб.: СПбМАПО, 2004. – 236 с.
271. Фромм, Э. Бегство от свободы / Э. Фромм. – Минск: Харвест, 2007. – 256 с.
272. Фромм, Э. Психоанализ и религия / Э. Фромм // Сумерки богов. – М.: Политиздат, 1989. – С. 143–221.
273. Хайлова, Н.Ю. Особенности совладающего поведения у лиц с аддиктивным поведением / Н.Ю. Хайлова, Д.А. Резникова, А.В. Сергиенко [и др.] // Форум. Серия: Гуманитарные и экономические науки. – 2021. – № 1(24). – С. 159–164.
274. Харламов, И.Ф. Педагогика / И.Ф. Харламов. – М.: Гардарики, 1999. – 520 с.
275. Херц, Г. Наука, истина, ответственность / Г. Херц // В сб.: Ценностные основания научного познания / Ред.-сост. М.И. Фролова. – М.: USSR: Ленанд, 2017. – С. 65–79.
276. Холмогорова, А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Основные направления современной психотерапии: учебное пособие / Научная редакция А.М. Боковой. – М.: Когито-Центр, 2000. – С. 224–267.
277. Холодная, М.А. Понятийные способности и эффективность совладающего поведения / М.А. Холодная // Ананьевские чтения – 2021: материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общ. ред. А.В. Шаболтас / Отв. ред. В.И. Прусаков. – СПб.: ООО «Скифия-принт», 2021. – С. 328–329.
278. Хохлов, Л.К. Религия, ментальность, психическое здоровье / Л.К. Хохлов, Б.Н. Кузнецов, А.А. Шипов [и др.] // Ярославский педагогический вестник. – 1999. – № 1(19). – С. 167–176.
279. Хохлова, К.А. Характеристики саногенного потенциала личности наркозависимых: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Хохлова Ксения Александровна. – СПб.: С.-Петербур. гос. ун-т, 2007. – 25 с.
280. Хутыз, Р.И. Российская модель профилактики наркотизма в свете вероучений традиционных религиозных конфессий: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Хутыз Руслан Асланбиевич. – Краснодар: Акад. эконо. безопасности МВД РФ, 2010. – 29 с.
281. Цукерман, Ф. Атеизм: современные показатели и закономерности / Ф. Цукерман // Кембриджский справочник по атеизму (Cambridge Companion to Atheism, ed.) / М. Martin. – Cambridge University Press, 2005.

282. Цунэтомо Я. Хагакурэ. Сокрытое в листве. Кодекс чести самурая / Я. Цунэтомо. – М.: Центрполиграф, 2019. – 320 с.
283. Цыганков, Б.Д. Характеристика ремиссий алкоголизма в отечественной и зарубежной литературе / Б.Д. Цыганков, И.А. Клячин, С.А. Шапов [и др.] // Наркология. – 2016. – № 8(176). – С. 74–79.
284. Цыганков, В.А. Борьба с помыслами как центральный элемент духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей / В.А. Цыганков, Г.И. Григорьев, Р. Мизерене // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38(43). – С. 81–103.
285. Цыганков, В.А. Духовно ориентированная программа «Лестница трезвления» / В.А. Цыганков, Г.И. Григорьев, Р. Мизерене // Вестник психотерапии. – 2010. – № 26(41). – С. 86–97.
286. Цыганков, В.А. Концептуальные основы духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей / В.А. Цыганков, Г.И. Григорьев, Р. Мизерене // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37(42). – С. 30–41.
287. Чернобровкина, Т.В. Клиническая лабораторная диагностика медико-биологических последствий наркотизации у детей и подростков в условиях амбулаторного наблюдения: руководство для врачей наркологических диспансеров / Т.В. Чернобровкина, М.В. Ибрагимова. – Харьков: Пляда, 2012. – 148 с.
288. Чернобровкина, Т.В. Память и сознание при болезнях зависимости (теоретические и практические аспекты) / Т.В. Чернобровкина, Б.М. Кершенгольц. – Казань: МедДок, 2019. – 384 с.
289. Чирко, В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами / В.В. Чирко. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 167 с.
290. Чирко, В.В. Синдромы нарушения сознания и самосознания. Сознание болезни / В.В. Чирко, Н.В. Демина // Наркология. – 2009. – Т.8. – № 6(90). – С. 83–88.
291. Чистякова, Е. Гипноз, детокс и отворот от героина / Е. Чистякова // Новая газета. – 20.02.2021 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://novayagazeta.ru/articles/2021/02/20/89321-gipnoz-detoks-i-otvorot-ot-geroina> (дата обращения: 28.09.2022).
292. Что такое философия // Введение в философию. Учеб. пособие для вузов / Авт. колл.: И.Т. Фролов [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Республика, 2003. – 623 с.
293. Чудновский, В.Э. Пятилетие поиска / В.Э. Чудновский // Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни: материалы III–V симпозиумов / Психологический институт Российской

- академии образования / Ред-кол.: В.Э. Чудновский [и др.]. – М.: Ось-89, 2001. – 336 с.
294. Чудновский, В.Э. Смысл жизни и судьба / В.Э. Чудновский. – М.: Ось-89, 1997. – 208 с.
295. Чумакова, Д.М. Взаимосвязь религиозности личности и социального взаимодействия в семье: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Чумакова Дарья Михайловна. – Курган: Ярослав. гос. ун-т им. П.Г. Демидова, 2014. – 165 с.
296. Чумакова, Д.М. Психология религиозности личности: учебное пособие / Д.М. Чумакова. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2015. – 84 с.
297. Шаар, М.М. Личностные особенности и стойкость ремиссии при аддиктивных расстройствах / М.М. Шаар, А.Н. Алехин // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. – 2019. – № 2. – С. 549–556.
298. Шадриков, В.Д. Психология деятельности и способности человека: учебное пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. / В.Д. Шадриков. – М.: Издательская корпорация «Логос», 1996. – 320 с.
299. Шаламов, В.Т. Левый берег. Рассказы / В.Т. Шаламов. – М.: Современник, 1989. – 559 с.
300. Шахметов, Б.А. Позитивная психиатрия – новое направление психиатрии / Б.А. Шахметов, Н.Б. Шахмед // Вестник КазНМУ. – 2015. – № 4. – С. 189–192.
301. Шевцова, Ю.Б. Основные психотерапевтические модальности, применяемые у наркологических больных с различной степенью мотивации и социальной адаптации / Ю.Б. Шевцова, С.А. Игумнов // Вопросы наркологии. – 2019. – № 11(182). – С. 5–24.
302. Шишков, И.З. История и философия науки: учебное пособие. – Изд. 2-е, перераб. и расш. / И.З. Шишков. – М.: ЛЕНАНД, 2018. – 664 с.
303. Шопенгауэр, А. Смерть и ее отношение к неразрушимости нашего существа / А. Шопенгауэр // Избранные произведения. – М., 1992. – С. 39–58.
304. Шуплякова, А.В. Обзор программ реабилитации наркологических больных, применяемых в России и за рубежом / А.В. Шуплякова, Т.В. Адамова, Ю.М. Шайдеггер // Наркология. – 2020. – Т. 19. – № 10. – С. 60–82.
305. Шустов, Д.И. Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике / Д.И. Шустов, А.В. Меринов, А.Д. Шустов [и др.] // Научно-практический журнал «Суицидология». – 2020. – Т. 11, № 1(38). – С. 84–97.

306. Щербакова, Ю.И. Религиозная идентичность личности как фактор толерантности в межличностных отношениях: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Щербакова Юлия Ивановна. – М.: Рос. гос. социал. ун-т, 2010. – 23 с.
307. Экман, П. Психология лжи / П. Экман. – СПб.: Питер, 1999. – 272 с.
308. Элиаде, М. История веры и религиозных идей. В 3 т. Т. 3. От Магомеда до Реформации / М. Элиаде. – М.: Критерион, 2002. – 352 с.
309. Эпикур. Главные мысли. Письма и фрагменты Эпикура / Эпикур // Материалисты Древней Греции. Собрание текстов. – М.: Госполитиздат, 1955. – С. 214.
310. Яковлева, Е.А. Проблема единства научной, религиозной и философской картин мира / Е.А. Яковлева // Известия ИГЭА. – 2006. – № 4(49). – С. 98–101.
311. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом / Пер. с англ. Т.С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 576 с.
312. Янкелевич, В. Ирония. Прощение / В. Янкелевич / Пер. с фр. В.В. Большакова, Б.М. Скуратова. – М.: Республика, 2004. – 335 с.
313. Янкелевич, В. Смерть / В. Янкелевич / Пер. с фр. Е.А. Адриянова [и др.]. – М.: Издательство Литературного института им. А. М. Горького, 1999. – 448 с.
314. Ясюкова, Л.А. Проблемы психологии понятийного мышления / Л.А. Ясюкова // Вестник СПбГУ. Сер. 12. – 2010. – Вып. 3. – С. 385–394.
315. Ясюкова, Л.А. Разрыв между умными и глупыми нарастает / Л.А. Ясюкова // Росбалт.RU. – 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosbalt.ru/main/2013/12/04/1207437.html> (дата обращения: 28.09.2022).
316. Barbour, I.G. Myths, Models and Paradigms: A Comparative Study in Science and Religion / I.G. Barbour. – New York: Harper and Row, 1974.
317. Bateson, G. The Cybernetics of «Self»: A Theory of Alcoholism / G. Bateson // In: R.B. Miller (Ed.) The Restoration of Dialogue: Reading in the Philosophy of Clinical Psychology. – APA, 1992. – P. 440–465.
318. Cheadle, J.E. Teen Alcohol Use and Social Networks: The Contributions of Friend Influence and Friendship Selection / J.E. Cheadle, K.M. Walsemann, B.J. Goosby // J Alcohol Drug Depend. – 2015. – Vol. 3(5). – P. 1–9.
319. Eckblad, M. Magical Ideation as an Indicator of Schizotypy / M. Eckblad, L.J. Chapman // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1983. – Vol. 51. – № 2. – P. 215–225.

320. Ekberg, S. Managing Clients' Expectations at the Outset of Online Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Depression / S. Ekberg, R.K. Barnes, D.S. Kessler [et al.] // *Health Expert*. – 2016. – Vol. 19(3). – P. 557–569.
321. Forman, D.P. Should Substance Use Counselors Choose a Direction for Their Clients? Motivational Interviewing Trainers May Be Ambivalent / D.P. Forman, T.B. Moyers // *Alcohol Treat Q*. – 2021. – Vol. 39(4). – P. 446–454.
322. Garland, E.L. Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol Dependence: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial / E.L. Garland, S.A. Gaylord, C.A. Boettiger [et al.] // *Psychoactive Drugs*. – 2010. – Vol. 42(2). – P. 177–192.
323. Garland, E.L. Targeting Cognitive-Affective Risk Mechanisms in Stress-Precipitated Alcohol Dependence: An Integrated, Biopsychosocial Model of Automaticity, Allostasis, and Addiction / E.L. Garland, C.A. Boettiger, M.O. Howard // *Med Hypotheses*. – 2011. – Vol. 76(5). – P. 745–754.
324. George, L. Magical Ideation and Schizophrenia / L. George, R.W.J. Neufeld // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1987. – Vol. 55. – P. 778–779.
325. Glock, Ch.Y. On the Study of Religious Commitment / Ch.Y. Glock // *Religious Education, Research Supplement*. – 1962. – Vol. 42. – P. 98–110.
326. Kelly, J.F. Alcoholics Anonymous and Other 12-Step Programs for Alcohol Use Disorder / J.F. Kelly, K. Humphreys, M. Ferri // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2020. – Vol. 11;3(3). – Issue 3. – Art. No: CD012880.
327. Kong, W. Empathy and Theory of Mind in Ultra-High Risk for Psychosis: Relations With Schizotypy and Executive Function / W. Kong, S.J. Koo, E. Seo [et al.] // *Psychiatry Investig*. – 2021. – Vol. 18(11). – P. 1109–1116.
328. Mercken, L. Dynamics of Adolescent Friendship Networks and Smoking Behavior / L. Mercken, T.A.B. Snijders, C. Steglich [et al.] // *Social Networks*. – 2010. – Vol. 32(1). – P. 72–81.
329. Merlo, L.J. Cognitive Behavioral Therapy Plus Motivational Interviewing Improves Outcome for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Preliminary Study / L.J. Merlo, E.A. Storch, H.D. Lehmkuhl [et al.] // *Cogn Behav Ther*. – 2009. – Vol. 39(1). – P. 24–27.
330. Miller, W.R. The Effectiveness and Ineffectiveness of Complex Behavioral Interventions: Impact of Treatment Fidelity / W.R. Miller, S. Rollnick // *Contemp Clin Trials*. – 2014. – Vol. 37(2). – P. 234–241.
331. Rosoff, D.B. Educational Attainment Impacts Drinking Behaviors and Risk for Alcohol Dependence: Results from a Two-Sample Mendelian Randomization Study With ~780,000 Participants / D.B. Rosoff, T.-K. Clarke, M.J. Adams [et al.] // *Molecular Psychiatry*. – 2021. – Vol. 26(4). – P. 1119–1132.

332. Sartor, C.E. Public and Private Religious Involvement and Initiation of Alcohol, Cigarette, and Marijuana Use in Black and White Adolescent Girls / C.E. Sartor, A.E. Hipwell, T. Chung // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* – 2020. – Vol. 55(4). – P. 447–456.
333. Shafranske, E.P. Religious Involvement and Professional Practices of Psychiatrists and Other Mental Health Professionals / E.P. Shafranske // *Psychiatr Ann.* – 2000. – Vol. 30. – P. 1–8.
334. Westra, H.A. Adding a Motivational Interviewing Pretreatment to Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Randomized Controlled Trial / H.A. Westra, H. Arkowitz, D.J. Dozois // *J Anxiety Disord.* – 2009. – Vol. 23(8). – P. 1106–1117.
335. Zhong, W. Prefrontal Brain Lesions Reveal Magical Ideation Arises from Enhanced Religious Experiences / W. Zhong, F. Krueger, M. Wilson [et al.] // *Peace Confl.* – 2018. – Vol. 24(2). – P. 245–249.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Приложение 1.1

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТРУКТУРЫ И СОДЕРЖАНИЯ НАУЧНО-МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «ИНСАЙТ»

Как отмечают в своей работе «Матрица духовности» Бондырева С.К. и Колесов Д.В. (2008 [37]), «в видении человеком окружающего мира возможны две фундаментальные точки зрения. Первая: материя изначально обладает свойством духовности, мера которой производна от уровня развития материи. Вторая: изначально в природе есть две сущности, материя и дух, и когда дух входит в материю (или нисходит до нее), материя обретает свойство духовности. Очевидно, что первая точка зрения выражает научный подход к проблеме, вторая религиозный». В соответствии с первой – научной точкой зрения: «Духовность – это мера владения индивида информационными ресурсами своего внутреннего мира, а также и содержательность (богатство и разнообразие элементов этого мира)» (там же, с. 147). То есть индивид тем более духовен, чем содержательнее он «как личность».

Религиовед Фрейзер Д., применив методы сравнительной этнографии для анализа фольклорных, богословских и философских текстов известных культур и цивилизаций, выдвинул вместо общепринятой тогда идеи постепенной эволюции теорию стадийного развития человеческого мировоззрения. Фрейзер Д. выделил три стадии в развитии мышления: *магическое* (пралогическое) *мышление*, *религиозное* и *научное*. Одна парадигма не обязательно отменяет все достигнутое ранее, параллельно в обществе могут сосуществовать различные парадигмы. Современный человек способен сознательно переходить в ту или иную парадигму в зависимости от жизненных обстоятельств и свойств своего мышления. Парадигма мышления определяет особенности миропонимания, мировоззрения, коммуникации, характер взаимодействия между людьми. Важно понимать, что наступление следующей стадии мышления не отменяет предыдущую целиком и полностью. Магическое мышление сохраняется в большом объеме при религиозном мышлении и в малом объеме при научном мышлении, но практически не исчезает полностью (Фрейзер Д., 1980).

Об этом же свидетельствует и Субботский Е.В. (1998), отмечая, что у взрослых вера в магическое не исчезает, а уходит в бессознательное. Как показано в психоанализе, при ослаблении защит бессознательные мысли и верования

переходят в область сознательного.

Исследования последних лет приводят к выводу, что современные представители западных культур не делятся на верующих и не верующих в магию. На бессознательном уровне каждый верит в магическое. Индивидуальные различия между людьми определяются лишь тем, как глубоко в бессознательном «залегает» эта вера и насколько сильна психологическая защита от веры в магическое (Субботский Е.В., 2010).

Однако рано или поздно люди убеждались, что вероятность получить нужный результат после магических воздействий на жизненные обстоятельства слишком мала, и обращались к молитве и ритуалам, упрашивая богов, а затем и всемогущее божество. Так возникла стадия религиозного мышления.

Религиозное мышление ищет авторитетных посредников (святых, пророков), способных повысить вероятность благоприятного исхода событий, а главное – находит объяснение неудачам, делая события не совсем предсказуемыми с точки зрения человека, однако закономерными и заранее известными Высшему разуму. Таким образом, *религиозное мышление* полагает мир строго детерминированным и упорядоченным, в нем каждый получит по заслугам, справедливость восторжествует, если не на этом свете, то на том.

Если при магическом мышлении человек получал желаемое «здесь и сейчас», когда он правильно использовал магию, то при религиозном мышлении воздаяние и награда – отсроченные, а чаще после смерти.

Научное мышление вообще отказывается от использования сверхъестественных сил и сосредоточивается на объективном познании мира с помощью науки, оно не приемлет бездоказательности, простого принятия на веру того, что было так характерно для предыдущих стадий мышления.

Как верно отметил Талантов П.В. (2020): Фрейзер Д. был прав в том, что у магии и науки есть и общее – обе пытаются контролировать окружающий мир, но с одним большим отличием: магия не работает.

Традиционно считается, что научное мировоззрение тождественно атеизму, а атеизм тождественен научному мировоззрению. Это не совсем так. Если связь научного мировоззрения с атеизмом закономерна, то связь атеизма с научным мировоззрением не так однозначна. Атеизм бывает разный. Бывает научный (осмысленный, основанный на достоверных знаниях) атеизм, а бывает и стихийный. «Российская атеистическая доктрина насаждалась силой. Она не имела никакого отношения к личному мировоззрению, сложившемуся на основе вдумчивого самоанализа и логически последовательного выбора. Эта идеология была введена принудительно. К атеизму никого не следует принуждать, незачем принимать его на веру только потому, что он привычен и популярен. Атеизм – отдельное целостное мировоззрение, принимать которое надлежит лишь после

всестороннего анализа и придирчивого изучения, убедившись, что полученная парадигма действительно рациональна» (Альпер М., 2014).

Согласно отчету ООН о развитии человечества за 2004 год, из 177 стран мира в 25 странах (кроме Ирландии) с самым высоким индексом развития человеческого потенциала отмечен и самый высокий уровень нерелигиозности, процент атеистов в них наибольший на планете. И наоборот, страны, имеющие самый низкий индекс развития, характеризовались высокой религиозностью и статистически незначительным уровнем распространения атеизма (Баженова Н.Г. с соавт., 2018).

Атеизм как целостное мировоззрение формируется на основе критического постижения реальности и осмысленного выбора научной картины мира, основанной на доказательствах.

Научная картина мира представляет собой образ реальности в конкретных областях фундаментального знания. Она образуется путем синтеза отдельных наук, содержит общие представления о мире, которые вырабатываются на определенных стадиях развития науки, включает в себя представления как о природе, так и о жизни общества (Густова Л.В., 2015).

Современный немецкий философ Херц Г. (2017) дает такое определение: «Наука – это рациональное освоение реальности с целью постижения истины». Научная картина мира – понятие динамичное, синтезирующее, так как происходит постоянная смена основных научных теорий, систем.

Как правило, определяющее влияние на формирование мировоззрения оказывает полученное индивидом образование, особенно в области естественных и технических наук, которые способствуют формированию понятийного мышления. Исследование, проведенное Национальным институтом здравоохранения США в 2019 году, нашло обратно пропорциональную связь между уровнем образования и риском развития алкоголизма. В итоге исследования было выяснено, что более высокий уровень образования уменьшает риск развития алкоголизма. Обработав данные по 780 000 человек, исследователи установили, что дополнительные 3,6 года обучения соответствуют снижению риска развития алкогольной зависимости на 50 % (Rosoff D.V. et al., 2021).

Еще философ-досократик Гераклит Эфесский говорил, что: «Многознание уму не научает». Эти слова очень актуальны для нашей системы образования, ориентированной на многознание, информированность. Обучаемый получает лишь информацию о чем-то, а не знание, всегда предполагающее **понимание**, что не предусмотрено отечественной системой образования, которая не учит мыслить. Последнее возможно лишь в том случае, если в качестве предмета изучения фигурируют такие фундаментальные теории, которые позволяют формировать мышление человека, вырабатывают у него навыки мышления.

Исследования Веккера Л.М. (1998) показали, что меньше 20 % людей

обладают полноценным понятийным мышлением. Это те, кто изучал естественные и технические науки, научился операциям выделения существенных признаков, категоризации и установления причинно-следственных связей. Как отмечает Ясюкова Л.А. (2013), по жизни сформировать понятийное мышление невозможно, оно приобретает только в ходе изучения наук, поскольку сами науки построены по понятийному принципу.

Понятийное мышление можно определить через три важных момента: 1) умение выделять суть явления, объекта; 2) умение видеть причину и прогнозировать последствия; 3) умение систематизировать информацию и строить целостную картину ситуации.

Если понятийные структуры не сформировались, то человек не замечает ошибок, нелогичности собственных высказываний, затрудняется с проверкой или обоснованием выводов, принимает решения, которые не приводят к желаемому результату. Полноценное понятийное мышление является условием адекватного понимания любой рабочей и жизненной ситуации, необходимо для адаптации и выживания человека в мире, где действуют объективные законы (Ясюкова Л.А., 2010).

Сказанное выше имеет непосредственное отношение к проблеме химической зависимости. Употребление ПАВ происходит в основном под влиянием образного, а не мыслительного регулирования. Как показал в своем фундаментальном исследовании интеллекта животных Веккер Л.М. (1998), поступки людей иногда подобны поступкам других животных, то есть решение задач животными не основано на понимании и не носит осмысленного характера. Интеллект противостоит инстинкту и навыку как стереотипным, автоматизированным актам в качестве такого уровня организации поведения, на котором проявляется его пластичность и приспособляемость, адекватная конкретным изменяющимся особенностям предметной структуры внешней среды.

В своей работе, ссылаясь на Пиаже Ж., Веккер Л.М. подчеркивает значение целостного восприятия окружающего мира, то есть структурированности мировоззрения. Так, указывая на ограниченность работы сенсомоторного интеллекта сферой коротких расстояний, Пиаже Ж. заключает, что «от этих коротких расстояний и этих реальных путей освободится только мышление в его стремлении охватить весь окружающий мир в целом, вплоть до невидимого и подчас даже не представляемого: именно в этом бесконечном расширении пространственных расстояний между субъектом и объектом и состоит основное новшество, создающее собственно понятийный интеллект, и то особое могущество, которое делает этот понятийный интеллект способным породить операции» (там же).

Великий русский философ Розанов В.В. в понимании усматривал сущность

науки. По его словам, «науку образуют не знания, но понимание; из знаний же имеют к ней отношение только те, которые имеют целью образовать понимание и ведут к нему» (Розанов В.В., 2006).

Часто науку упрекают, что она также является верой. Да, это частично так. Но научная «вера» принципиально отличается от веры религиозной: первая допускает только то, что не противоречит разуму, то есть вера в науке строго контролируется разумом (Талантов П.В., 2020).

По мнению Леонардо да Винчи, опыты нужны потому, что неизвестны причины, разумные основания явления. Если бы они были известны, опыты стали бы излишними. Так, он писал: «Нет действия в природе без причины; постигни причину, и тебе не нужен опыт» (Леонардо да Винчи, 2006). Правда, все же, если причина неизвестна, одного опыта недостаточно для ее выяснения. Нужно научиться понимать, «как опыты обманывают тех, кто не постиг их природы, ибо опыты, казавшиеся часто тождественными, часто весьма оказывались различными» (там же).

В рамках естественнонаучной картины мира выделяют физическую картину мира, биологическую картину мира и т.д. Учитывая недостаток объективных данных и размытость мировоззрения подавляющего большинства наркологических пациентов, в реабилитационной программе «Инсайт» много места уделено реабилитации – внесению достоверной последней информации из научных источников для создания в сознании пациентов картины мира, наиболее приближенной к реальности. Освещаются представления об окружающем мире из астрономии, физики, биологии и других фундаментальных естественных наук.

Кун Т. (1975) подчеркивал, что «изменение в парадигме вынуждает ученых видеть мир исследовательских проблем в ином свете, после революции ученые имеют дело с иным миром». Перефразируя Куна Т., можно сказать, что изменение в парадигме вынуждает пациентов видеть мир в ином свете, после смены парадигмы пациенты имеют дело с иным миром.

Программа «Инсайт» построена по дедуктивному принципу. Переходя от общего к частному, пациент легче понимает многие причинно-следственные связи и закономерности, в том числе природу и место химической зависимости в жизни человека. В начале и конце курса реабилитации проводится оценка динамики магического мышления в процессе прохождения программы, что делает объективными результаты психотерапевтических усилий.

После каждого группового психотерапевтического занятия пациенты заполняют анкеты о проведенном мероприятии, что позволяет судить о глубине рефлексии и понимания подаваемого информационного материала. Так как научно-мировоззренческая программа «Инсайт» в согласии научными принципами, в отличие от религиозных и 12-шаговых программ, не является чем-

то окончательным и совершенным, то полученная обратная связь от пациентов позволяет находить сильные и слабые стороны информационного взаимодействия и тем самым постоянно совершенствовать программу реабилитации. С другой стороны, программа продолжает меняться и совершенствоваться в результате получения новейших научных данных. Таким образом, научная мировоззренческая программа «Инсайт» – достаточно динамичное образование.

Научное мировоззрение является не только наиболее объективным, но и наиболее терпимым к другим мировоззрениям. Понимая естественную эволюцию человеческого общества, научное мировоззрение принимает как данность возможность существования и других точек зрения на устройство окружающего мира. Научное мировоззрение возникает у человека на определенном уровне развития. Поэтому оно не навязывает себя, не борется с другими мировоззренческими системами, а каждому мировоззрению отводит свое место и время.

В многочисленных работах подчеркивается, что высокой эффективности психолого-психотерапевтической работы с зависимыми от ПАВ можно достичь только в том случае, если активно работать не только на физическом и психическом, но и на духовном уровнях. Без этого, как показывает опыт, добиться длительного воздержания от приема ПАВ не представляется возможным.

Употребление наркотических веществ равно осуждается большинством традиционных религий. Следовательно, есть основания полагать, что рост религиозного сознания у населения может способствовать предотвращению наркотизации и улучшению наркологической ситуации в стране. Зависимость от ПАВ – это комплексная проблема. В ней есть все составляющие – социальная, экономическая, юридическая, медицинская, психологическая, духовная и другие.

Степень принятия и непринятия данной зависимости может быть совершенно разной. Так, представители ислама и буддизма занимают позицию нетерпения и полного осуждения, вплоть до физического уничтожения и потребителей, и распространителей наркотиков как вероотступников. Христианство, отталкиваясь от философии человеколюбия, прощения и искупления греха, стоит на позициях гуманного отношения к наркоманам, с приоритетом лечения и реабилитации. При этом все традиционные конфессии в РФ, категорически осуждая наркотизм, активно осуществляют его профилактику на общесоциальном, групповом и индивидуальном уровнях. Общим объединяющим началом этой деятельности выступает акцент на возрождении духовности, человеколюбия и законопослушания.

Несмотря на догматические различия, в этом вопросе и буддизм, и ислам, и христианство удивительным образом единодушны. Все религии уповают на возрождение духовности, на формирование внутренней мотивации непотребления

наркотиков. Акцент предлагается делать не на страхе перед наказанием, а на внутренней убежденности в никчемности наркотиков и их неприятии в принципе.

Вера в Бога является важным фактором снижения наркотизации при условии высокой религиозности (сочетание таких критериев, как вера в Бога, соблюдение правил, предписаний и обрядов своей религии, посещение богослужений, знание текстов молитв).

Однако религиозное мировоззрение современной молодежи отличается размытостью, неопределенностью, отсутствием последовательности, полноты в системе воззрений и ясного содержания.

Опыт духовной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами успешно применяется как в христианских, так и в нехристианских конфессиях.

По данным Каклюгина Н.В., Григоряна Н.А. (2017), по показателю годичной ремиссии наркотической зависимости эффективность духовно ориентированных реабилитационных программ выше, чем реабилитационных программ нерелигиозного типа (48,27 %).

Также отмечается, что, несмотря на изначально более высокий УРП у реабилитантов и наличие медикаментозной терапии, нерелигиозные программы реабилитации имеют относительно более низкую эффективность, что связано с отсутствием воздействия на иерархию инструментальных и терминальных ценностей и недостаточным воздействием на смысложизненные ориентации.

Далее Каклюгин Н.В. (2013) предлагает, с целью повышения эффективности реабилитационного воздействия, включать в программы духовно ориентированной реабилитации по показаниям медикаментозную терапию психических и поведенческих расстройств, а нерелигиозные программы реабилитации – совершенствовать за счет применения технологий, направленных на восстановление социально желательной ценностно-смысловой сферы (там же).

Однако Егоров А.Ю. предлагает различать реабилитационные программы, проводимые традиционными конфессиями и тоталитарными сектами. Он отмечает, что эффективность в плане отказа от употребления ПАВ в ряде сект выше, чем в традиционных христианских реабилитационных центрах. Далее он приходит к выводу, что это связано с тем, что, помимо аддикции общения и религиозной аддикции, формирующейся во всех религиозных реабилитационных центрах, в сектах, использующих разные психотехники, во время проведения богослужений у последователей возникает измененное состояние сознания. Химические аддикты, особенно наркоманы, в прошлом принимали ПАВ именно с целью изменения сознания, поэтому подобные «богослужения» вызывают у них мощное подкрепляющее действие, подобно наркотику. Все это повышает аддикцию к секте, проводящей подобное «лечение».

Так, активно действующая в России тоталитарная секта «Сайентология»,

созданная Хаббардом Р., имеет свою антинаркотическую программу «Нарконон», которая способствует устойчивому вовлечению в активные члены наркоманов, разочаровавшихся в традиционных методах лечения и реабилитации (Егоров А.Ю., 2007). Все это может привести к религиозной зависимости. Или, говоря точнее, происходит замена одной зависимости другой. Это подобие метадоновой программы замещения, но более широкое и социально приемлемое.

Религиозную зависимость отличает устойчивая потребность переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника, учителя или старца, который должен установить регламент взаимоотношений с Богом: что читать, что есть, сколько спать. Попав в кризисную ситуацию, бывает, что религиозный человек непрестанно ищет, кто бы ему «дал совет», кто бы решил за него его проблемы.

Таким образом, религиозная зависимость, как и любая другая, становится одним из способов бегства от тревоги, ответственности, необходимости решать свои личностные и духовные проблемы. По мнению Дмитриевой Т.Б. с соавт. (2002), аддикция к секте представляет бóльшую опасность, чем пищевая или даже гемблинг, поскольку чаще вызывает психические нарушения шизофреноформного характера у религиозных аддиктов.

Как уже указывалось ранее, традиционно недостатком научного мировоззрения считается отсутствие внимания к духовной составляющей в жизни человека и то, что монополия на духовность есть только у религии. Как писали авторы книги «Анонимные алкоголики», «основная цель этой книги – помочь вам найти Силу более могущественную, чем вы, которая решит все ваши проблемы. Из этого вытекает, что мы написали книгу, которую считаем духовной и в то же время моральной. Из этого следует также, что мы будем говорить о Боге» (Анонимные алкоголики, 2015).

Следует отметить, что понятие духовности, приписываемое исключительно религиозности, не является прерогативой только религиозного мировоззрения. Согласно ряду авторов, духовность необходимо понимать более широко. Духовный уровень определяется не только отношением к вере, во внешних проявлениях религиозности, в отношении к магии и мистике, религиозном самосознании и т.п., но и любой другой системой мировоззрения личности, которая проявляется в ценностных ориентациях и личностных смыслах.

Низкая излечимость болезненных влечений современными медицинскими методами обусловлена, с их точки зрения, главным образом тем, что основная цель современной наркологии – преодоление физической и психической зависимостей от ПАВ. Духовная же зависимость до настоящего времени в медицинскую модель не включается, врачами – психиатрами-наркологами в расчет не принимается и потому остается неизлеченной (Епископ Каменский и Алапаевский Мефодий,

2017).

В духовно ориентированной концепции психотерапии патологических зависимостей (в православной терминологии – страстей) многие болезненные влечения рассматриваются, прежде всего, как имеющие духовную обусловленность, а органические психосоматические поражения и функциональные расстройства зачастую оказываются следствием духовного поражения личности, порабощения ее воли (Григорьев Г.И. с соавт., 2007).

В исследовании Двойнина М.А. и Даниловой Г.И. установлено, что утешение в религии свойственно искать людям, которые не ощущают контроль над своей жизнью, считают, что человек обладает ограниченной свободой выбора. При этом важно, что данная закономерность свойственна юношам. Получается, что для лиц мужского пола обращение к религии служит защитным механизмом в ситуациях, когда они разочарованы прошлым, не видят смысла в будущем и чувствуют, что не управляют жизнью. В таких ситуациях религия реально помогает им восстановить управляемость жизнью, обрести уверенность в будущем и преодолеть разочарования прошлого (Двойнина М.А., Данилова Г.И., 2012).

Учитывая потенциал конфессиональной модели реабилитации в наркологии как альтернативу научно-мировоззренческой программе реабилитации, параллельно развивается православная программа реабилитации «Катехизис» для соответствующей ей категории пациентов. Предполагается, что повышение уровня их религиозности также может способствовать большей частоте и длительности ремиссии. По данным исследования Густовой Л.В. (2015), личностные качества испытуемых с высоким уровнем религиозности на примере выборки испытуемых, относящих себя к православному вероисповеданию, в большей степени соответствуют эталону личности религиозной системы православия (смирение, кротость, воздержание, трезвение, целомудрие).

Реабилитационная программа «Инсайт» имеет в своей основе комплексный подход, учитывающий все пострадавшие у зависимого от ПАВ человека аспекты жизни – биологический, психологический, социальный и духовный – для того, чтобы помочь пациенту найти смысловые ориентиры в жизни.

Как отмечал Мэй Р., психотерапевтическое убеждение, безусловно, является чрезвычайно важным средством лечения. Оно оказывает воздействие не только на представления, но и эмоции, интеллект, личность больного в целом. Врач может указать на неадекватность оценки больным своей ситуации, окружающих людей, может в какой-то мере изменить сформировавшиеся установки и нормы поведения больного. Как заметил Тихонравов Ю.В., «у Мэя это момент психотерапии доминирует: психотерапевт убеждает своих пациентов в том, что все находится в их руках, зависит от их свободного выбора. Но подчеркивает, что такой подход допустим только практически здоровым людям, но может нанести вред

действительно больному человеку, если тот станет пытаться одним лишь усилием освободившейся воли преодолеть болезнь. Для того, чтобы помочь пациенту найти смысловые ориентиры в жизни, необходимо понять его внутренний мир» (Тихонравов Ю.В., 1998; Мэй Р., 2001).

Дудко Т.Н. отмечал перспективность (в практическом терапевтическом и медико-социальном отношении) учета при дифференциации пациентов по группам их ценностных ориентаций (Дудко Т.Н., 2007; Шаар М.М., Алехин А.Н., 2019).

Нельзя не согласиться с утверждением Кристи Н. и Брунн К. (2004), что «лучше быть участником, чем зрителем, эмоции, возникающие при проживании своей жизни, лучше купленных. Вот наша основополагающая точка зрения на подобные вещества, от никотина до героина. У нас есть и другие принципы, которые касаются человеческих и общественных ценностей. Борьба с ПАВ не может вестись изолированно, вне опоры на эти ценности».

Работа со структурными элементами мировоззрения пациента необходима, так как у людей, страдающих зависимостью, на определенном этапе ее развития возникают противоречия между внешней реальностью и ее внутренним отражением. Чтобы это несоответствие было урегулировано, необходима радикальная смысловая перестройка личности (Василюк Ф.Е., 1984; Шевцова Ю.Б., Игумнов С.А., 2019; Бадикова А.В., Голубь О.В., 2021; Холодная М.А., 2021).

Программа «Инсайт» построена на дедуктивном методе, который применяется как в структуре самой программы и ее этапов, так и в изложении лекционного материала и другой информации. Дедуктивный метод помогает осознать индивиду, что употребление ПАВ является частным явлением, привлекательным в определенной ситуации и в краткий момент жизни, но абсурдным и проигрышным в масштабе всей жизни. Привнося в сознание пациентов необходимые медицинские знания о природе химической зависимости, большой объем информации посвящен осознанию экзистенциальных данностей человеческой жизни, таких как жизнь и смерть, смысл жизни, целеполагание, любовь и счастье, мораль и нравственность, одиночество, воля и свобода и ряда других. Разберем кратко основные экзистенциальные данности, рассматриваемые в научно-мировоззренческой программе «Инсайт».

Смысл жизни

Как подчеркивают Брюн Е.А. и Леонтьев Д.А., в связи с тем, что люди, страдающие зависимостью, особенно от наркотических веществ, имеют низкую осмысленность жизни, проявляющуюся в отсутствии целей на будущее, интереса и эмоциональной насыщенности жизни в настоящем, а также не удовлетворены результатами пройденного отрезка жизни и самореализацией, не верят в свои силы, в способность контролировать события собственной жизни и убеждены, что

свобода выбора иллюзорна и бессмысленно заглядывать на будущее, – психотерапевтические программы по преодолению зависимости должны быть ориентированы прежде всего на стимулирование процессов «смыслостроительства». Адекватно проведенные процессы смыслообразования, смыслоосознания и смыслостроительства способствуют нахождению и осознанию людьми, страдающими зависимостью, смысла своей жизни вне зависимости, который должен стать для них ценностью чрезвычайно высокого порядка (Леонтьев Д.А., Бузин В.Н., 1992; Брюн Е.А., 1998; Леонтьев Д.А., 1999; Брюн Е.А. с соавт., 2017).

Ряд авторов также отмечают невысокий показатель ориентированности в будущее у большинства лиц, находящихся на реабилитации в христианских реабилитационных центрах, и низкие баллы по шкалам жизненной осмысленности. Котлярова С.В. (2005), проанализировав литературу, результаты исследований и свои личные наблюдения, пришла к заключению, что для удачной реабилитации людей, страдающих алкогольной и наркотической зависимостями, важным и необходимым условием является радикальная перестройка их смысловой сферы через процесс «смыслостроительства», что ведет к формированию нового смысла жизни, вне какой бы то ни было патологической зависимости. Косвенно подчеркивает значение ощущения смысла в жизни для становления ремиссии и Гофман А.Г. (2017), отмечая, что, несмотря на множество факторов (биологических и средовых), определяющих наступление длительных спонтанных и терапевтических ремиссий, основным является все же психологический. Леонтьев Д.А. (1999) считает, что система жизненных смыслов и ценностей является регулятором развития личности и выступает одной из главных составляющих мировоззрения. Как отмечает Чудновский В.Э. (1997), «поиск смысла жизни – мыслительный процесс, предполагающий не просто принятие определенной цели, идеи и т.д., но и ее понимание, логический анализ, аргументацию».

Анализируя аксиологические и конкретно-психологические аспекты смысла жизни в работах многих отечественных (Бердяева Н.А., Ильина И.А., Рубинштейна С.Л., Чудновского В.А. и др.) и зарубежных авторов (Шелера М., Франкла В. и др.), Фонарев А.Р. (2001) приходит к выводу, что смысл жизни может найти только человек, живущий духовной жизнью, в соответствии с нравственными принципами.

По мнению Леонтьева Д.А. (1999), «лично развитый индивид живет не только «здесь и теперь», он живет не одним днем. Поэтому и результаты его деятельности оказываются более масштабными, чем у индивида, лично неразвитого».

Акцент на изменении мировоззрения делают все три программы, но каждая

– в своем направлении, согласно лежащему в ее основе мировоззрению.

К примеру, что касается программы «12 шагов», то, как считает Брюн Е.А., «ее главная задача – это не только избавление от алкоголя или наркотиков, но и изменение взгляда человека на мир, возвращение его к нормальным человеческим ценностям. <...> Программа решает главную задачу лечения наркомании и алкоголизма: полную духовную переориентировку» (Брюн Е.А., Цветков А.В., 2014). Однако степень полноты и ориентации духовной перестройки бывает весьма разной.

Жизнь и смерть

Тема смерти и важности ее осознания для повышения качества жизни, наряду с темой смысла жизни, относится к базовым темам программы «Инсайт». Джамаль Г.Д. (2001) подчеркивает, что «нас побуждает ставить вопрос о смысле жизни только тот факт, что мы умрем». Камю А. полагал, что только через отношение к смерти можно пытаться определить смысл жизни.

Связь смерти и смысла жизни особенно четко проявляется в пограничных ситуациях, например, на грани жизни и смерти, когда переосмысление ценностей происходит иногда почти мгновенно. Поэтому очень часто поворот к трезвости наркологического пациента происходит после переживания терминального состояния, сильной передозировки.

Вторым по значимости вопросом для определения мировоззрения индивида, после прямого вопроса о вере в Бога, является вопрос о вере в жизнь после смерти. Тема смерти является необходимой составляющей человеческого видения мира и играет существенную роль в формировании мировоззрения.

Надо отметить, что не все мыслители однозначно отводят первое место осознанию смерти в жизни человека. Так, анализируя чувство тревоги, Мэй Р. оспаривает главенствующее положение угрозы смерти в жизни человека. Страх смерти представляет собой нормальную форму тревоги, но не он, считает Мэй Р., является ее истоком. Тревогу вызывает страх пустоты, потери смысла существования, так как потеря смысла поражает ядро личности, нанося удар по самому основанию его психологической структуры, на которой строится понимание самого себя и мира. В тревоге человек испытывает страх по поводу собственной экзистенции, страшится «стать ничем» (Мэй Р., 2001). Подобного же мнения придерживался и Шаламов В.Т. (1989).

По мнению Хайдеггера М., смерть – это не просто предел и конец всей жизни, она, как считает Хайдеггер М., всегда присутствует в настоящем как подлиннейшая, безусловная и неповторимая возможность («бытие-к-смерти»), благодаря которой человеческое существование обретает в итоге целостность, объединяющую все его структуры.

Анализируя работы экзистенц-психолога Босса М., Тихонравов Ю.В.

подчеркивает его вывод, что знание о смерти не оставляет людям выбора, кроме жизни в некотором постоянном отношении к смерти. Смертность, по словам Босса М., – это экзистенциал. Это «наиболее глубокая и специфическая человеческая черта из всех».

Для преодоления страха и изменения образа жизни необходимо глубокое понимание причин экстремальной ситуации, осознание конечности своего бытия (Тихонравов Ю.В., 1998; Меринов А.В., Шустов Д.И., 2010; Меринов А.В. с соавт., 2020; Шустов Д.И. с соавт., 2020). Именно с этими идеями связаны значительное представление и проработка темы смерти и пограничных состояний в программе «Инсайт». За основу для создания программы «Инсайт» автор диссертации взял ряд философских идей в отношении базовых ценностно-смысловых характеристик, изложенных в произведениях и работах Сенеки, Эпикура, Ларошфуко, Монтеня М., Ямомото Цунатомо, Янкелевича В., Хайдеггера М., Кьеркегора С., Шопенгауэра А., Толстого Л.Н., Ялома И., Франкла В., Камю А., Сартра Ж-П., Босса М., Кемпински А., Бинсвангера Л., Шаламова В.Т., Солженицына А.И., Амосова Н.М., Рязанцева С.В., Тихонравова Ю.В., Гнездилова А.В. и многих других, касающихся проблем смертности человека, смысла жизни и конечности его существования.

Воздействие на систему ценностей в программе «Инсайт»

Важно четко понимать различия между еще двумя элементами духовности: моралью и нравственностью. Во многих случаях их употребляют как синонимы, и это оправдано тем, что в основе их лежит одно и то же: ожидание от индивида того или иного поведения, наряду с воздержанием от другого поведения.

С давних времен распространена точка зрения, что знание может изменить человека к лучшему. Как отмечал Аристотель, «Сократ отстаивал разумность так, словно невоздержности не существует: никто, дескать, не поступает вопреки тому, что представляется наилучшим, а [если поступает, то] только по неведению». С его точки зрения, существует тесная связь между знанием и моралью, подлинное знание есть знание этическое. Это значит, что никакое знание нельзя считать моральным до тех пор, пока из него не будет следовать с необходимостью добрый поступок.

Эпикур говорил, что, «нельзя жить приятно, не живя разумно, нравственно и справедливо, и наоборот, нельзя жить разумно, нравственно и справедливо, не живя приятно». И далее: «Начало всего <...> и величайшее благо есть благоразумие».

Быть нравственным для просветителей XVIII века – означало действовать в согласии с подлинным человеческим естеством, сообразующимся, в свою очередь, с законами природы. А если человек в своем поведении отклоняется от этого «естественного» пути, то в силу своего неведения и предрассудков. Устранить

моральные пороки человека как раз и должно просвещение на основе науки, которая призвана помочь человеку обрести все необходимое, включая счастье (Колесов Д.В., 2000).

Но чтобы быть моральным человеком, необязательно понимать причины морального поведения, достаточно страха перед наказанием и внешним осуждением. Чтобы быть нравственным, требуется мыслительная работа, понимание многих причинно-следственных связей, способность смотреть далеко в будущее, выходя за пределы актуальной ситуации. Как отмечают Бондырева С.К и Колесов Д.В. (2008), «чем более внеситуационным, сопоставимым с масштабами всей жизни является поведение индивида, тем ближе оно к требованиям нравственности», и далее: «нравственность – более детальная и тонкая регуляция (ориентация) поведения, чем мораль» [39]. В сферу нравственной регуляции поведения входит не только отношение к другим людям и объектам природы, но и отношение человека к самому себе, своему телу и здоровью.

Процесс развития понятийного мышления приводит к выработке внутреннего торможения, которое позволяет индивиду держать свое поведение в определенных, заранее установленных, осознаваемых рамках, которые согласованы с нравственной системой ценностей и ее выражают (Лебедева Р.В., 2019). Говоря более сжато: понимание приводит к нравственности. Отсюда мы можем сделать практический вывод: педагогическая задача заключается в формировании понятий в ходе обучения (именно понятий, а не только образов и не просто суждений) (Колобаев В.К., Сеницына Т.А., 2021). За каждым истинным знанием, осознанно или неосознанно, стоят решения и поступки. Или, как говорили самураи, «знать и не действовать, значит не знать» (Ямамото Цунэтомо, 2019). Условный рефлекс – это наиболее элементарный акт опережающего отражения и далеко не всегда осознается, хотя и не является принципиально «бессознательным». Установка – это повышенная готовность к уже определившемуся действию. Установка позволяет отвечать не на самый сильный стимул, а на наиболее значимый внеситуационно. <...> Преступления совершаются не из-за того, что индивид не знает, что так делать нельзя, а из-за того, что ему этого очень хочется, но уровень его нравственности противостоять своим желаниям не дает возможности (Бондырева С.К., Колесов Д.В., 2008 [37]).

Бондырева С.К. и Колесов Д.В. очень точно сформулировали мысль, которую можно экстраполировать на наркологических пациентов: «К своему здоровью необходимо относиться как к ценности, которую доверила тебе природа. И это доверие необходимо оправдать. Человеку следует всячески сохранять и укреплять здоровье, чтобы оправдать это доверие и исполнить свое человеческое предназначение. Совершить поступок, вредящий здоровью, а тем более вести рискованный образ жизни – значит обманывать доверие, которое тебе оказала

природа, допустив тебя к свету жизни. Безнравственно быть больным, если это произошло по твоей собственной вине. Следовательно, организм надо изучать, его сложность и совершенство уважать и действовать природообразно» (там же). Поэтому основная идея программы «Инсайт» состоит в том, что исправление когнитивных искажений и восполнение информационных провалов в мировоззрении человека приводят к осознанию им истинных причинно-следственных связей, переоценке жизненных ценностей и изменению поведения.

Важным лечебным фактором является и социальная среда, оказывающая существенное влияние на индивидуальные решения и поведение. Люди склонны усваивать поведение, социальные нормы и привычки своих друзей и сверстников. Эмпирически показано, что социальные взаимодействия играют ключевую роль в распространении делинквентного поведения, потребления алкоголя и курения и т.д. (Брюн Е.А. с соавт., 2008; Колесов Д.В., 2011; Балашова Е.С. с соавт., 2019; Короленко Ц.П. с соавт., 2021).

В исследовании Доуки С. с соавт. (2020) авторы доказывают, что социальная интеграция связана с лучшей успеваемостью студентов, и заявляют: обеспечивать тесные неформальные контакты среди сверстников и мотивировать студентов на создание неформальных групп с более успешными особенно важно. Экстраполируя результаты данного исследования на терапевтические сообщества и группы взаимопомощи АА и АН, можно предположить, что именно данный фактор (а не мифическая Высшая сила) играет бóльшую роль в реабилитации зависимых от ПАВ, то есть 12-шаговая модель работает по принципу дружбы с более успешными в выздоровлении членами данных сообществ.

Подавляющее большинство людей независимо от биологического возраста застревают психологически в подростковой фазе или даже ранее – на уровне 3–5 или 5–7 лет. Человек может прожить до конца свою жизнь и умереть, так и не став психологически зрелым.

Научно-мировоззренческая программа «Инсайт» отличается от религиозной и 12-шаговых программ тем, что ставит перед собой задачу достижения зрелости человеком. И здесь важно определиться в понятиях. Часто путают понятия «взрослость» и «зрелость», но они не тождественны.

Обобщив все вышеизложенное, были сформулированы принципиальные отличительные признаки трех мировоззренческих подходов, воплощенных в программах реабилитации наркологических больных, и представлены в виде Таблицы 1 настоящего Приложения.

Таблица 1 – Принципиальные отличия программ реабилитации в зависимости от мировоззрения, положенного в их основу

Программа	Религиозная	«12-шаговая»	Научно-мировоззренческая
Ядро программы (парадигма)	Идея Бога	Идея Высшей силы	Научная картина мира
Основана	На вере и религиозной морали	На «12 шагах» и традициях АА	На научных принципах и нравственности
Основные положения	Религиозные догмы	12-шаговая модель АА	Знание и понимание фундаментальных законов природы
Требование к участнику	Безгранично верить	Работать по шагам	Думать
Ориентирована	На счастье в будущей жизни и жизнь вечную	На текущий момент: «Только сегодня»	На счастье в настоящей жизни и жизнь конечную
Жизненная позиция	Пассивная. Расчет на чудо	Пассивно-активная. Ожидание чуда	Активная. Отрицание чудес (кроме парадокса Ферми)
Отношение к надежде	Вселение надежды. Бог поможет, для этого и молитвы	Надежда. Установка «жди чуда». «Только сила большая, чем мы сами, способна избавить нас от безумия»	Отрицание бездейственной надежды. Стимуляция самостоятельной активности в решении проблем
Отношение к проблемам	Бессилие, все решает Бог	Признание своего бессилия. Помочь может только Высшая сила, кто как ее понимает	Личностная активность. Рост чувства личной силы и ответственности
Отношение к смыслу жизни	Смысл жизни в Боге и приближении к Богу	Смысл жизни в неупотреблении ПАВ	Смысл жизни определяется самим человеком
Отношение к смерти	Смерть отрицается. Вечная жизнь	Неопределенность	Конец существования (только волновой эффект, дела и память потомков)

Продолжение Таблицы 1

Ярлыки на личность	Я – Грешник	Я – Алкоголик, Наркоман	Есть неизлечимая болезнь. Я нормальный человек с незначительными ограниченными возможностями
Круг общения	Единоверцы, община	Терапевтическое сообщество	Определяется интересами личности и может быть узким
Причина воздержания от ПАВ	Страх перед Богом, ожидание неотвратимости наказания	Страх перед последствиями	Понимание, а не только знание законов и неизбежности отрицательных последствий злоупотребления ПАВ. Осознанный выбор
Динамика уровня магического мышления	Рост	Рост	Уменьшение
Условие начала выздоровления	Принятие греха, страх перед карами Божьими	Необходимость «достижения дна»	Осознание причинно-следственных связей в свете фундаментальных законов
Отношение к срывам и рецидивам	Срыв – это грех, требующий исповедования, покаяния и отпущения грехов. После этого возможно повторение данного цикла неоднократно	Установка «только сегодня я буду трезвый». Срывы неизбежны – они естественны и закономерны при химической зависимости	Установка на абсолютную пожизненную трезвость. Срывы возможны, но не обязательны. Они могут быть при неполном осознании болезни и непоследовательности человека. Но это позволяет обнаружить неосознанную проблему, провести ее коррекцию и дальше жить трезво
Ориентирована на этап развития личности	Ребенка	Подростка	Взрослого
Цель психотерапевтических воздействий на зрелость личности	Стагнация личности на этапе ребенка	Стагнация личности на этапе подростка	Достижение этапа зрелой личности

Продолжение Таблицы 1

Отношение к морали и нравственности	Некритическое принятие религиозной морали	Некритическое принятие морали референтной группы	На основе критического мышления личность сама определяет нравственные принципы в соответствии с собственным мировоззрением и совестью
Стратегическая цель реабилитанта	Приближение к Богу	Оставаться трезвым	Здоровье
Установка на лечение	Исцеление зависит от Бога	Бог – лучший врач, молитва – лучшее лекарство	Расчет на помощь профессионалов
Смысл жизни	Уже существует и декларируется догматами религии: служение Богу и подготовка к вечной жизни	Обретается в программе «12 шагов»: сохранение трезвости и помощь другим зависимым	Индивидуальный смысл определяется самим человеком. Трезвость – как необходимое условие его реализации

Все три рассматриваемые направления реабилитации (конфессиональная, 12-шаговая, научно-мировоззренческая), несмотря на порой диаметрально противоположные ценности, имеют некоторые общие точки воздействия и согласия, а также одну общую единую цель – трезвость.

СОДЕРЖАНИЕ И СТРУКТУРА ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ, КОТОРЫЕ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Обследованные пациенты проходили программы амбулаторной медицинской реабилитации в реабилитационном отделении филиала № 8 (НД № 8) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Организация-разработчик – ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (директор – к.м.н. Копоров С.Г.).

Программы медицинской реабилитации разработаны на основании Клинических рекомендаций по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (МКБ-10 F10–F19) (М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015), ГОСТ Р 54990-2012 «Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг».

Авторы: Кордубан В.В., Микоша В.В., Азарова А.В., Бамбуров К.А., Гладышева Л.И., Гончарова М.В.

Амбулаторная программа реабилитации НД № 8 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» направлена на дифференцированный подход к лицам с наркологическими расстройствами с учетом их ведущего мировоззрения. Учет мировоззренческой парадигмы при выборе конкретной программы реабилитации, а соответственно, и языка межличностного общения, помогают достигать большего комплаенса у указанного контингента, более длительного удержания их в программе реабилитации, более доступного и точного донесения необходимой информации до сознания и в итоге – существенного уменьшения степени анозогнозии. Мы исходим из того теоретического положения, что анозогнозия не только возникает в процессе нарушения когнитивных способностей мозга в результате развития психоорганического синдрома вследствие употребления ПАВ, но очень часто изначально предшествует самому употреблению ПАВ и поддерживает их употребление, несмотря на очевидные тяжелые последствия этого пагубного занятия.

Нечеткое мировоззрение, как правило, сопровождается размытыми ценностными ориентирами, отсутствием осознаваемого смысла жизни и склонностью к формированию зависимого поведения. В связи с этим в рамках реабилитационного процесса ставятся задачи осознания базовых экзистенциальных данностей пациентом и структурирования его мировоззрения вокруг наиболее близкой ему парадигмы.

Данный подход помогает достигать более длительной ремиссии у большего количества лиц с наркологическими расстройствами.

Рецензенты:

– профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, д.пс.н., доцент **Рычкова Ольга Валентиновна**;

– заведующий Отделением клинической психофармакологии Отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., проф. **Игумнов Сергей Александрович**.

Утверждены Ученым советом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» 31 января 2018 г., протокол № 1. Председатель Ученого совета Е.А. Брюн.

Цели программ. Главными целями программ являются формирование у пациента устойчивой мотивации к трезвости, стабилизация ремиссии и профилактика рецидивов болезни за счет сознательного отказа от употребления алкоголя и других ПАВ.

Основные задачи: стабилизация и закрепление ремиссии, приведение пациента к осознанной трезвости как оптимальному жизненному выбору, помощь в решении психологических и социальных проблем.

Основной (базовой) программой реабилитации в ОМР являлась программа «Инсайт».

Реабилитационные программы, проводимые в ОМР НД № 8, рассчитаны на обращающихся в отделение пациентов. Большую часть этого контингента составляют лица, направленные в ОМР участковыми психиатрами-наркологами диспансера для снятия с наркологического диспансерного наблюдения. Как правило, это пациенты с длительными сроками воздержания от ПАВ и стремящиеся к снятию с учета.

Этапы реабилитации в амбулаторном отделении НД

Этап первичного мотивационного консультирования социальным работником, имеющим личный опыт выздоровления (мотивация на прохождение курса реабилитации, подписание соглашения или отказа на добровольное наркологическое наблюдение и прохождение программы реабилитации).

Консультация специалиста по социальной работе (определение социального статуса и составление социального паспорта, ориентация в вариантах возможной помощи).

Индивидуальное медицинское обследование врачом – психиатром-наркологом (оформление амбулаторной медицинской карты, выяснение анамнеза, соматическое обследование, уточнение диагноза, стадии заболевания и т.п.).

Индивидуальное патопсихологическое обследование клиническим психологом (исследование когнитивных возможностей, определение мировоззренческой парадигмы и т.д.).

Индивидуальная консультация психотерапевтом (уточнение мировоззренческой парадигмы, личностных и ценностно-смысловых характеристик, копинг-стратегий, объяснение сущности и отличий предлагаемых программ реабилитации, выбор конкретной программы реабилитации и мотивация на ее прохождение).

Повторное посещение кабинета мотивационного консультирования (получение индивидуального реабилитационного плана выбранной реабилитационной программы на руки, создание контактов взаимодействия и оповещения о графике занятий в группе WhatsApp).

После определения пациентом программы реабилитации им подписывается соглашение на ее прохождение.

Все полученные данные заносятся в электронную базу локальной компьютерной сети ОМР НД № 8 и могут быть в дальнейшем использованы для работы другими специалистами отделения. Автоматически при занесении данных в общую электронную базу эти данные отражаются во всех формах регистрации и осмотра каждого специалиста:

- личная карточка пациента, где отражены основные его данные, включая фото;
- первичный осмотр психиатра-нарколога;
- первичный осмотр психотерапевта;
- первичный осмотр клинического психолога;
- первичный осмотр специалиста по социальной работе;
- посещение групповых занятий;
- посещение индивидуальных занятий;
- выписной эпикриз.

В результате внесения данных пациента в общую электронную базу данных отпадает необходимость в дублировании вопросов к пациенту, что при дальнейших контактах пациента с другими специалистами ОМР благоприятно сказывается на общении с пациентом, ускоряет процесс взаимодействия и делает его более плодотворным.

Со своей стороны, клинические психологи проводят первичную психодиагностику, оценивают УКП и УРП, составляют психологический портрет пациента, учитывая также данные, полученные из других источников.

Специалист по социальной работе при первичном обращении оценивает трудовой, семейный и иные социальные статусы пациента.

Все сотрудники ОМР работают как единая команда и в некоторых моментах могут заменять друг друга (оформление амбулаторных карт, внесение данных в базу и т.п.).

По результатам осмотра и обследования по пятницам в конце рабочего дня

на конференции с участием всех специалистов ОМР обсуждаются первичные пациенты, поступившие в течение недели, совместно формируются индивидуальные планы реабилитации на каждого из них, принимаются решения о выписке пациентов.

На следующем этапе реабилитируемый пациент включается в групповые реабилитационные занятия и тренинги.

Основной курс лечения дифференцируется в зависимости от выбранной программы реабилитации.

Всего пациентам предлагаются около 50 интерактивных лекций, 15 групповых тренинговых занятий, 12 тематических видеофильмов, еженедельные выступления спикеров с успешным опытом преодоления химической зависимости, посещения собраний АА, АН, а их родственникам – собраний созависимых от больных алкоголизмом (Ал-Анон), созависимых от больных наркоманией (Нар-Анон), культурно-массовые мероприятия (посещение музеев, выставок, театров, храмов и т.п.).

На первом этапе основного курса (общем для всех программ) ставится задача добиться осознания пациентом природы своей болезни и причинно-следственных биохимических, физиологических и психологических закономерностей ее течения, в зависимости от поведения человека. Рассказывается о методах лечения химических зависимостей в прошлом и настоящем, о возникновении, важности и необходимости реабилитационных мероприятий в наркологии. Делается акцент на активной роли самого пациента и возможностях врача. Подробно раскрываются плюсы и минусы программ реабилитации, основанных на трех основных трезвеннических мировоззренческих парадигмах.

Программа «Инсайт»

Длительность – 1,5–3 месяца.

Программа «Инсайт» основана на формировании в сознании пациента естественнонаучной картины мира согласно последним научным данным. Структурирование контекста существования пациента благотворно сказывается на его мышлении и поведении.

При понимании естественных законов природы и причинно-следственных связей люди, как правило, ведут себя адекватно конкретной ситуации, то есть – реальности.

Основными применяемыми психотерапевтическими методиками являются:

1. Мотивационное интервью и мотивационная психотерапия;
2. Когнитивно-поведенческая психотерапия;
3. Экзистенциальная психотерапия;
4. Логотерапия.

Мотивационное интервью помогает при первичном контакте с пациентом сместить баланс аргументов с «за» на «против» употребления ПАВ, склонить его к необходимости прохождения курса реабилитации. Мотивационная психотерапия является основой каждого занятия и взаимодействия с пациентом, независимо от используемого психотерапевтического подхода.

Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на снижение выраженности негативных аффективных состояний и дезадаптивного поведения пациента, а также повышение его стрессоустойчивости путем осознания негативных паттернов поведения и тренинга социальных навыков.

Логотерапия – как вид экзистенциальной психотерапии, согласно которой практически все случаи тяжелого хронического алкоголизма и наркомании связываются с отсутствием смысла жизни. Принятие собственной ответственности за свою жизнь и обретение смысла жизни в процессе логотерапии благотворно влияют на психическое и физическое здоровье.

Слово «инсайт» означает качественный скачок в сознании человека, который происходит в результате накопления и осмысления полученной информации, в отличие от мистического слова «озарение» – Божественного откровения. В процессе осмысления старой и новой информации человек начинает понимать важные причинно-следственные связи и закономерности, которые ранее ускользали от него. Признаком наступившего «инсайта» является существенное, а иногда и кардинальное изменение поведения.

Лекционный блок программы «Инсайт» представлен в Таблице 2 настоящего Приложения.

Таблица 2 – Лекционный блок программы «Инсайт»

№ п/п	Тема	Дата
1	Методы лечения химических зависимостей	
2	Природа алкоголизма, наследственность и ПАВ	
3	Образ жизни и ПАВ	
4	Экзистенциальная психотерапия. Смерть и жизнь. Тревога, страхи и употребление ПАВ	
5	Экзистенциальная психотерапия. Значение смерти для жизни	
6	Глобальные проблемы человечества и ПАВ. Манипуляция сознанием	
7	Целеполагание, смысл жизни, счастье и ПАВ	
8	Эволюция психики и природа наркотизма. Смысл жизни и ПАВ	
9	Понятия: этика, мораль, нравственность, добро и зло. Нравственность и совесть. Нравственная регуляция деятельности	

10	Риск срыва. Опасные ситуации и их преодоление	
11	Профилактика срыва	
12	Созависимость	
13	Стресс и стрессоустойчивость	
14	Роль эмоций и чувств в жизни человека	
15	ПАВ и семейные конфликты	
16	Изменение состояния сознания	
17	Табакокурение	
18	Границы – 1	
19	Формирование потребностей	
20	Депрессии	
21	Происхождение желаний	
22	Любовь и ПАВ	
23	ПАВ и деформация личности (образ трезвенника)	
24	Программа 12 шагов	
25	«Первый шаг»	
26	Дерево дефектов	
27	Треугольник Карпмана	
28	ПАВ друг-враг-хозяин	
29	Котел напряжения	
30	Пирамида потребностей	
31	Границы – 2	
32	ПАВ и проблемы интимной жизни	

Также в программе «Инсайт» предусмотрены групповые консультации, консультации по вопросам семьи и брака. Пациенты еженедельно проходят программы по ИПР.

Тренинги представлены в Таблице 3 настоящего Приложения.

Малая психотерапевтическая группа состоит из 5 встреч, предусматривает тренинги релаксации, тематические фильмы и спикерские занятия.

Амбулаторная реабилитационная программа «Инсайт» включает в себя основной (базовый) курс и факультативный курс.

Основной курс состоит из 8–12 обязательных групповых интерактивных лекций, проводящихся 2–3 раза в неделю.

Факультативные (дополнительные) занятия – необязательные, но желательные для более глубокого понимания материала основного курса.

Содержание и тематика занятий основного и факультативного курсов могут быть разными для каждого пациента, в зависимости от его индивидуальных особенностей и данных предварительного обследования.

Таблица 3 – Тренинги программы «Инсайт»

№ п/п	Название	Дата
1	Ознакомительный. Медицина и болезнь	
2	Ассертивное поведение	
3	Манипулятивное поведение	
4	Борьба с тягой	
5	Эмоции	
6	Мифы о зависимостях	
7	Образ трезвенника	
8	Ценностные ориентиры	
9	«Катастрофа»	
10	«Подводная лодка»	
11	Завершающий тренинг	

К сожалению, группы пациентов открытые, и не все из них начинают курс реабилитации с начала реабилитационного цикла. В результате последовательность усвояемой информации не всегда бывает оптимальной. Пациенты приглашаются на занятия через приложение «WhatsApp» или с помощью СМС-сообщений. Посещение занятий фиксируется в базе данных, где четко отслеживается выполнение реабилитационной программы каждым пациентом. По индивидуальным показаниям и желанию участника реабилитационной программы проводятся тренинговые занятия в малых группах с целью более углубленного закрепления пройденного в основном курсе материала, развития коммуникационных навыков и разрешения личных психологических проблем.

Программа «Инсайт» состоит из 32 интерактивных лекционных занятий длительностью 1,5 часа каждое и 11 тренинговых занятий.

Постреабилитационный этап: мониторинг актуального состояния пациента после выписки из ОМР (по телефону, электронной почте, на факультативных посещениях – при выписке пациент информируется о возможности дальнейшего посещения реабилитационных мероприятий на факультативных основаниях, и получается его согласие/отказ). При наличии мотивации/целесообразности проводятся дополнительные психокоррекционные мероприятия (из числа вышеперечисленных занятий второго этапа).

Перед каждым занятием врач – психиатр-нарколог оценивает психическое и соматическое состояние каждого пациента. В случае подозрения пациента на употребление наркотиков ему проводится иммуноферментный анализ на наличие наркотиков в моче, а при подозрении на употребление алкоголя – анализ наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе и анализ крови на CDT. По результатам анализа

делается соответствующая запись в амбулаторной карте пациента. При выявлении наркотиков или алкоголя в анализах пациента об этом сообщается его участковому психиатру-наркологу. Присутствующий на групповом занятии медицинский психолог оценивает активность пациентов, поведение, их вовлеченность в занятие, содержание и глубину высказываний. После каждого группового занятия (лекции, тренинга, просмотра фильма) пациентом заполняется анкета, отражающая степень усвоения и полезности для него поданной информации. Ведущий занятия оценивает каждого участника занятия по балльной системе. Все анкеты анализируются, систематизируются, и на основании полученных данных оценивается эффективность поставленных целей психотерапии. Фотографии лиц пациентов, сделанные при первичном обращении в ОМР, существенно помогают анализу анкет и объективному отражению в амбулаторной карте в дневниковой записи участия пациента на занятии.

Программа «Инсайт», в отличие от других программ реабилитации, динамическая и находится в постоянном развитии. Анализ анкет пациентов, заполненных на занятиях, позволяет получать от них обратную связь, находить наиболее эффективные элементы программы, что способствует дальнейшему совершенствованию проводимой реабилитационной программы.

После прохождения пациентом основных занятий на конференции специалистов ОМР оцениваются результаты пройденного реабилитационного курса, и принимается решение о выдаче медицинского заключения (эпикриза) о фактически пройденном курсе, на основании которого участковым психиатром-наркологом будут оцениваться качество ремиссии и готовность пациента к снятию с наркологического диспансерного наблюдения. Желающим продолжить реабилитацию предлагаются неограниченная по количеству занятий факультативная часть и тренинги разной направленности, а также посещение собраний обществ АА и АН. В программе «Инсайт» акцент сделан не на то, что и как не надо делать, а на то, что и как надо делать, чтобы быть трезвым, важно создать привлекательный образ трезвенника. Под трезвостью понимаются здравая рассудительность, свобода от самообмана, иллюзий (трезвость суждений, трезвость ума), разумная свобода и ответственность. Программа «Инсайт» является основной программой ОМР, а остальные программы реабилитации включают в себя базовые элементы этой программы, которые не противоречат сути этих программ. Это делается с целью формирования у пациента целостного мировоззрения в соответствующей системе координат.

Программа «Катехизис»

Длительность – 1,5–3 месяца.

Программа основана на православной вере, и пациенты, выбравшие данную программу, проходят занятия по усвоению и закреплению основ данной религии с

бывшим пациентом нашего отделения реабилитации, а ныне – действующим священнослужителем.

Помимо этого, с целью усиления данной программы реабилитации, заключен договор с Региональным благотворительным общественным фондом «Наследие» в лице настоятеля Храма Александра Невского при МГИМО протоиереем И. Фоминым. В дальнейшем планируется более регулярное проведение занятий по основам православной веры.

Программа «Катехизис» включает также лекции из курса программы «Инсайт», не противоречащие мировоззрению пациентов (см. Таблицу 4 настоящего Приложения).

Таблица 4 – Лекции из курса программы «Инсайт», входящие в программу «Катехизис»

№ п/п	Тема	Дата
1	Методы лечения химических зависимостей	
2	Природа алкоголизма, наследственность и ПАВ	
3	Программа 12 шагов	
4	Глобальные проблемы человечества и ПАВ. Манипуляция сознанием	
5	Риск срыва. Опасные ситуации и их преодоление	
6	Профилактика срыва	
7	Созависимость	
8	Стресс и стрессоустойчивость	
9	Роль эмоций и чувств в жизни человека	
10	Семейные конфликты	
11	Табакокурение, вейпинг. Методы избавления от никотиновой зависимости	
12	Границы – 1	
13	Формирование потребностей	
14	Депрессии	
15	Происхождение желаний	
16	Любовь и ПАВ	
17	Образ трезвенника. Как жить интересно	
18	«Первый шаг»	
19	Дерево дефектов	
20	Концепция болезни	
21	ПАВ друг-враг-хозяин	
22	Котел напряжения	
23	Пирамида потребностей	
24	Границы – 2	

Тематические лекции программы «Катехизис» представлены в Таблице 5 настоящего Приложения.

Таблица 5 – Тематические лекции программы «Катехизис»

№ п/п	Тема	Дата
1	Введение (Понятие о благодати. Благодатная жизнь в Церкви)	
2	Мир как Дар (Православное учение о мироздании. Благодарность как норма здоровой жизни и как фактор в выздоровлении)	
3	Наши невидимые соседи (Православное учение об ангелах и о демонах. Аскетическая борьба: как прекратить диалог со злыми мыслями)	
4	«Человек» когда-то звучало гордо (Православное учение о первоизданном человеке. Долгосрочные планы, глубинные желания, стратегические надежды в Боге)	
5	Человек после грехопадения (Православное учение о человеке падшем. Греховные страсти, правильное отношение к ним, их положительный смысл)	
6	Кто такой Иисус Христос (Православное учение о Господе Иисусе Христе. Осознание своей немощи и вера в Бога как факторы внутренней жизни)	
7	Кто такая Богородица (Рождество Христово, православное учение о Божией Матери)	
8	Что такое Церковь (Учение о Церкви. Общение как фактор выздоровления и полноценной жизни)	
9	Таинственная жизнь в Церкви (Что такое Таинства? Таинства покаяния и Св. Причащения как средства на пути личностного развития)	
10	Воскресение Христово как фактор в моей жизни (Вера в воскресение из мертвых. Воскресение Христово как гарант нравственного преображения)	

Малая психотерапевтическая группа состоит из 5 встреч, предусматривает тренинги релаксации, тематические фильмы и спикерские занятия.

Программа «Первый шаг»

Длительность – 1,5–3 месяца.

Программа «Первый шаг» основана на программе «12 шагов» АА. Программа «Первый шаг», помимо лекционного и тренингового блока, включает посещение пациентами с зависимостью от алкоголя собраний АА и АН.

Пациентам программы «Первый шаг» выдается направление на группы АА и АН с необходимостью отметки о посещении собрания. Лекции, входящие в программу «Первый шаг», представлены в Таблице 6 настоящего Приложения.

Таблица 6 – Лекции, входящие в программу «Первый шаг»

№ п/п	Тема	Дата
1	Методы лечения химических зависимостей	
2	Природа алкоголизма, наследственность и ПАВ	
3	Образ жизни и ПАВ	
4	Программа 12 шагов	
5	Экзистенциальная психотерапия. Смерть и жизнь. Тревога, страхи и употребление ПАВ	
6	Экзистенциальная психотерапия. Значение смерти для жизни	
7	Глобальные проблемы человечества и ПАВ. Манипуляция сознанием	
8	Целеполагание, смысл жизни, счастье и ПАВ	
9	Эволюция психики и природа наркотизма. Смысл жизни и ПАВ	
10	Понятия: этика, мораль, нравственность, добро и зло. Нравственность и совесть. Нравственная регуляция деятельности	
11	Риск срыва. Опасные ситуации и их преодоление	
12	Профилактика срыва	
13	Созависимость	
14	Стресс и стрессоустойчивость	
15	Роль эмоций и чувств в жизни человека	
16	Семейные конфликты	
17	Изменение состояния сознания	
18	Табакокурение, вейпинг. Методы избавления от никотиновой зависимости	
19	Границы – 1	
20	Формирование потребностей	
21	Депрессии	
22	Происхождение желаний	
23	Любовь и ПАВ	
24	Образ трезвенника. Как жить интересно	
25	«Первый шаг»	
26	Дерево дефектов	
27	Концепция болезни	
28	ПАВ друг-враг-хозяин	
29	Котел напряжения	
30	Пирамида потребностей	
31	Границы – 2	

Тренинги, входящие в программу «Первый шаг», представлены в Таблице 7 настоящего Приложения.

Таблица 7 – Тренинги, входящие в программу «Первый шаг»

№ п/п	Тема	Дата
1	Ознакомительный. Медицина и болезнь	
2	Мифы о зависимостях	
3	Ценностные ориентиры	
4	Эмоции и конгруэнтность	
5	Образ трезвенника	
6	Завершающий тренинг	

Малая психотерапевтическая группа состоит из 5 встреч, предусматривает тренинги релаксации, тематические фильмы и спикерские занятия.

Заключение

Длительность программ составляет около 3 месяцев при регулярном (2–3 раза в неделю) посещении занятий пациентом.

Поскольку большая часть пациентов на реабилитацию поступали при сроке ремиссии от 6 месяцев до 2,5 лет, то медикаментозная терапия не проводилась или была минимальна и носила общеукрепляющий и симптоматический характер.

Представленные здесь программы прошли естественную эволюцию с 2018 по 2022 годы, но основное ядро и суть программ сохранились. В связи с тем, что реабилитация в наркологии – это живой и динамический процесс, в настоящем Приложении приведены программы после ряда усовершенствований.

КАРТА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Паспортная часть:

- № амбулаторной карты пациента: _____
- Реабилитационная программа: «Инсайт», «Первый шаг», «Катехизис».
- Ф.И.О.: _____
- Пол: _____
- Дата рождения, полных лет: _____, национальность: _____
- Адрес (прописка, проживание): _____
- Телефон (дом., сот.): _____
- Образование: _____
- Специальность: _____
- Место работы, занимаемая должность: _____
- Семейное положение: _____
- Количество и возраст детей: _____
- Дата поступления в отделение реабилитации: _____
- Дата выписки из отделения реабилитации: _____
- Кратность обращения (первично, повторно): _____

Анамнез жизни (vitae):

- **Наследственность:** есть ли у пациента в семье больные алкоголизмом или наркоманией (кровные родственники):

Отец _____ Мать _____ Не знает _____
 Брат _____ Сестра _____ Нет _____

- **Есть ли у пациента в семье психические больные** (кровные родственники):

Да (кто, DS) _____ Нет _____

Суициды в семье завершённые (указать кто): _____

незавершённые (указать кто): _____

- Где родился: _____

- Патология беременности и родов матери: _____

- Какой по счету ребенок: _____

- Воспитывался в полной (неполной) семье: _____

- Профессия родителей: отец _____, мать _____

- Родители живы (на данный момент возраст отца _____ лет, матери _____ лет.

- Родители умерли: отец в _____ лет, когда пациенту было _____ лет, мать в _____ лет, когда пациенту было _____ лет. Причина смерти родителей: _____

- Посещение детских дошкольных учреждений: _____

- Взаимоотношения в родительской семье были (ровные, неровные, конфликтные): _____

- **Отношение к самому больному в семье:** _____
- **Стиль воспитания в семье:** _____
- **Материальное положение семьи:** _____
- **В детстве рос и развивался:**
 - нормально.
 - отставал в развитии от сверстников (поздно начал ходить, говорить, заикался, страдал энурезом, снохождением, судорожными приступами, жестокое обращение с животными, поджоги) _____
- **Помнит себя с** _____ **лет.**
- **Наличие страхов в детстве:** _____
- **В детстве по характеру был:** _____
- **В школу пошел с** _____ **лет.**
- **Учился** (отлично, хорошо, посредственно, плохо, дублировал классы): _____
- **Предпочитал общение** (с менее старшими детьми, со сверстниками, с более старшими ребятами. Предпочтительного общения в зависимости от возраста не было): _____
- **Наличие близких друзей:** _____
- **Увлечения в детстве** (любимые предметы в школе, спортивные достижения): _____

- **Участие в неформальных молодежных объединениях и побег из дома:** _____
- **Окончил** _____ **классов.**
 - Поступил учиться: _____
 - Начал работать: _____
- **Трудовая деятельность с** _____ **лет.**
- **Основная профессия:** _____ **. В настоящее время работает:** _____

- **Служба в армии с** _____ **до** _____ **лет в войсках** _____
Нет (причина): _____
- **Пребывание в браке:** _____
- **Дети:** _____
- **Отношения с детьми:** _____
- **Поведение в конфликте:** _____
- **Приводы в полицию и судимости:** _____

Особенности преморбиды:

- **Акцентуация личности** (преобладающие черты в преморбиде): возбудимые; истерические; шизоидные; паранойяльные; астенические; истеро-возбудимые; истеро-шизоидные; эпилептоидные; тревожно-мнительные; неустойчивые.

- **Расстройства личности:** эмоционально-неустойчивое (импульсивный тип); эмоционально-неустойчивое (пограничный тип); истерическое; шизоидное; параноидное; зависимое; тревожное; ананкастное; диссоциативное; смешанное.
- **ЧМТ (возраст)** _____. **ЧМТ с потерей сознания и госпитализацией (кол-во и степень тяжести):** _____
- **Судорожные припадки (да, нет):** _____
- **Перенесенные, сопутствующие и хронические заболевания:** _____

Анамнез развития заболевания:

- **Первое употребление ПАВ:** никотин в ____ лет, алкоголь в ____ лет. (после первой пробы алкоголя испытал _____ ощущения), наркотики в _____
- **Систематическое употребление ПАВ:** никотин с _____ по _____, алкоголь с _____ до _____, наркотики _____
- **Желание бросить курить (есть, нет):** _____
- **Игромания (вид, длительность и в каком состоянии играл):** _____
- **Предпочитаемые ПАВ и путь введения:** _____
- **Суточная толерантность:** _____
- **Мотивы употребления ПАВ:** _____
- **Цена за употребление ПАВ (потери):** _____
- **Форма употребления алкоголя (эпизодическая, периодическая, постоянная):** _____
- **Форма опьянения (простая, сомнолентная, амнестическая, дисфорическая, параноидная, истерическая, депрессивная, сумеречная, взрывная, маниакальная, делириозная):** _____
- **Потеря количественного контроля с** ____ л.
- **Палимпсесты:** _____
- **Абстинентный синдром с** ____ лет.
- **Псевдозапой:** _____. **Истинные запои:** _____
- Длительность запоев:** _____ **Перерывы:** _____
- **Психозы в анамнезе:** _____
- **Воздержание от ПАВ (со слов пациента):** _____
- **Подтвержденная ремиссия:** _____
- **Прежние методы лечения:** _____
- **Ремиссии в анамнезе:** _____

Структура личности:

- **Тип нервной системы:** уравновешенный, неуравновешенный, инертный, слабый.
- **Темперамент:** сангвинический, холерический, флегматический, меланхолический.

- **Тип личности:** астенический, психастенический, истероидный, шизоидный, эпилептоидный, циклоидный, неустойчивый, параноидный, диссоциальный, эмоционально тупой, конформный.
- **Самооценка:** высокая, завышена, адекватная, занижена, низкая, неустойчивая, крайне неустойчивая, поляризованная, неопределенная.
- **Уровень притязаний:** низкий, высокий, завышен, занижен, адекватен.
- **Самооценка пациентом своего характера в состоянии трезвости:** замкнутый – общительный – очень общительный; упрямый – в меру уступчивый – уступчивый; вспыльчивый – уравновешенный – невозмутимый; решительный – иногда решительный – нерешительный; злопамятный – плохое помнит – отходчивый; очень добрый – в меру добрый – злой; щедрый – расчетливый – скупой; ранимый – в меру ранимый – устойчивый; мягкий – иногда твердый – твердый; легко – не всегда легко – трудно отказать людям; застенчивый – скромный – незастенчивый.
- **Мировоззрение:** обыденное, религиозное, научное.
- **Уровень общей осведомленности:** высокий, средний, низкий.
- **Основные копинг-стратегии:** психическое избегание, фокусировка на эмоциях, использование социальной поддержки, активный копинг, отрицание, религиозный копинг, использование юмора, поведенческое избегание, самоограничение, использование эмоциональной поддержки, употребление ПАВ, принятие, оттормаживание всех других занятий, планирование совладания.
- **Мышление:**
 ____ нарушено, ____ последовательное, ____ замедленное, ____ бессвязное, ____ резонерское.
 ____ самостоятельное, ____ критичное, ____ глубокое, ____ гибкое.
 ____ конкретное, ____ примитивное, ____ конкретно-образное, ____ инертное, ____ обстоятельное, ____ интуитивное, ____ абстрактно-логическое.
- **Темп психической деятельности:** снижен, достаточный, быстрый.
- **Профиль физиологической асимметрии:** правый, преимущественно правый, смешанный, преимущественно левый.
- **Ведущая репрезентативная система:** визуальная, аудиальная, кинестетическая.
- **Личностные особенности:** _____
- **Срок предполагаемого воздержания от ПАВ:** _____
- **Настрой на абсолютную трезвость (есть или нет):** _____

Образ жизни:

- **Хобби, стойкие увлечения:** _____
- **Спорт:** _____
- **Питание:** _____
- **Употребление крепкого чая:** _____
- **Употребление кофе:** _____

Религиозность:

- **Отношение к вере:** неопределенное, теист, пантеист, деист, агностик, атеист.
- **Вера в Бога:** верит, не верит.
- **Смысл слова «Бог»:** _____
- **Конфессия:** _____
- **Степень веры:** внешняя, равнодушная, живая.
- **Соблюдение религиозных обрядов и ритуалов:** ношение символов веры, посещение храмов, знание молитв, соблюдение постов, знание Библии, купание в проруби на Крещение, совершение паломничества.
- **Допустимость использования в речи нецензурных выражений:**

Экзистенциальный блок:

- **Отношение к будущему:** позитивное, неопределенное, негативное.
- **Субъективный возраст:** _____
- **Планы на будущее (мечта, цель):** _____
- **Основные жизненные ценности:** _____
- **Мысли о смерти** (Как часто бывают такие мысли. Что это: рассуждения или страх. При каких обстоятельствах бывают мысли о смерти):

- **Суицидальные мысли и поступки:** _____
- **Передозировки** (количество, сознательные или несознательные):

- **Вера в судьбу** (Предрешено ли будущее. Известно ли будущее пациента кому-то, или он сам определяет свою судьбу и будущее никому не известно. Процент этого соотношения): _____
- **Вера в жизнь после смерти:** _____
- **Экстремальные ситуации в анамнезе** (опыт перенесения ощущения близости личной смерти): _____
- **Предполагаемый срок жизни** (указать цифры, до каких лет пациент хочет прожить и сколько ему осталось жить): _____
- **Есть ли желание у пациента продлить жизнь в здравии дольше** (более указанных выше цифр): _____
- **В чем пациент видит смысл своей жизни** (в целом, сейчас и в будущем): _____
- **Вид страха смерти:** страх небытия, страх неопределенности, страх за тело, страх вида смерти, страх знания даты смерти, страх не успеть реализовать свои мечты, страх за других людей, страх смерти других.
- **Самое страшное возможное событие:** _____

Диагноз: _____

КАРТА ИССЛЕДОВАНИЯ АБСТИНЕНТА

Паспортная часть:

- № амбулаторной карты: _____
- Ф.И.О.: _____
- Пол: _____
- Дата рождения, полных лет: _____, национальность: _____
- Адрес (прописка, проживание): _____
- Телефон (дом., сот.): _____
- Образование: _____
- Специальность: _____
- Место работы, занимаемая должность: _____
- Семейное положение: _____ Количество и возраст детей: _____
- Дата обращения за справкой в НД: _____
- Причина освидетельствования (разрешение на ношение оружия; вождение автотранспорта; выполнение профессиональных обязанностей; другие причины):

- Кратность обращения (первично, повторно): _____

Анамнез жизни (vitaе):

- **Наследственность:** есть ли у респондента в семье больные алкоголизмом или наркоманией (кровные родственники)
Отец _____ Мать _____ Не знает _____
Брат _____ Сестра _____ Нет _____
- **Учился** (отлично, хорошо, посредственно, плохо, дублировал классы): _____
- **Любимые предметы:** _____
- **Окончил** _____ классов.
– Окончил ВУЗ _____ по специальности: _____
- **Трудовая деятельность:** с _____ лет.
- **Основная профессия:** _____. **В настоящее время работает:** _____
- **ЧМТ (возраст):** _____. **ЧМТ с потерей сознания и госпитализацией (кол-во и степень тяжести):** _____
- **Судорожные припадки (да, нет):** _____
- **Перенесенные, сопутствующие и хронические заболевания:**

Анамнез контакта с ПАВ:

- **Первое употребление ПАВ:** никотин в _____ лет, алкоголь в _____ лет. (после первой пробы алкоголя испытал: _____ ощущения), наркотики в _____

- **Длительность эпизодического употребления ПАВ:** никотин с _____ по _____, алкоголь с _____ до _____, наркотики _____
- **Игромания** (вид, длительность и в каком состоянии играл): _____
- **Мотивы неупотребления ПАВ:** _____
- **Воздержание от ПАВ:** _____

Структура личности:

- **Тип нервной системы:** уравновешенный, неуравновешенный, инертный, слабый.
- **Темперамент:** сангвинический, холерический, флегматический, меланхолический.
- **Тип личности:** астенический, психастенический, истероидный, шизоидный, эпилептоидный, циклоидный, неустойчивый, параноидный, диссоциальный, эмоционально тупой.
- **Самооценка:** высокая, завышена, адекватная, занижена, низкая, неустойчивая, крайне неустойчивая, поляризованная, неопределенная.
- **Уровень притязаний:** низкий, высокий, завышен, занижен, адекватен.
- **Мировоззрение:** обыденное, религиозное, научное.
- **Уровень общей осведомленности:** высокий, достаточный, низкий.
- **Основные копинг-стратегии:** психическое избегание, фокусировка на эмоциях, использование социальной поддержки, активный копинг, отрицание, религиозный копинг, использование юмора, поведенческое избегание, самоограничение, использование эмоциональной поддержки, употребление ПАВ, принятие, оттормаживание всех других занятий, планирование совладания.
- **Мышление:**
 _____ нарушено, _____ последовательное, _____ замедленное, _____ бессвязное, _____ резонерское.
 _____ самостоятельное, _____ критичное, _____ глубокое, _____ гибкое.
 _____ конкретное, _____ примитивное, _____ конкретно-образное, _____ инертное, _____ обстоятельное, _____ интуитивное, _____ абстрактно-логическое.
- **Темп психической деятельности:** снижен, достаточный, быстрый.
- **Личностные особенности:** _____
- **Отношение к будущему:** позитивное, неопределенное, негативное.
- **Субъективный возраст:** _____
- **Планы на будущее (мечта, цель):** _____
- **Основные жизненные ценности:** _____

Образ жизни:

- **Хобби, стойкие увлечения:** _____
- **Спорт:** _____
- **Питание:** _____
- **Употребление крепкого чая:** _____
- **Употребление кофе:** _____

Религиозность:

- **Отношение к вере:** неопределенное, теист, пантеист, деист, агностик, атеист.
- **Вера в Бога:** верит, не верит.
- **Смысл слова «Бог»:** _____
- **Конфессия:** _____
- **Степень веры:** внешняя, равнодушная, живая.
- **Соблюдение религиозных обрядов и ритуалов:** ношение символов веры, посещение храмов, знание молитв, соблюдение постов, знание Библии, купание в проруби на Крещение, совершение паломничества.
- **Допустимость использования в речи нецензурных выражений:** _____

Экзистенциальный блок:

- **Мысли о смерти** (Как часто бывают такие мысли. Что это: рассуждения или страх. При каких обстоятельствах бывают мысли о смерти):

- **Суицидальные мысли и поступки:** _____
- **Передозировки** (количество, сознательные или несознательные): _____
- **Вера в судьбу** (Предрешено ли будущее. Известно ли будущее пациента кому-то или он сам определяет свою судьбу, а его будущее никому не известно. Процент этого соотношения): _____
- **Вера в жизнь после смерти:** _____
- **Экстремальные ситуации в анамнезе** (опыт перенесения ощущения близости личной смерти): _____
- **Предполагаемый срок жизни** (указать цифры, до каких лет пациент хочет прожить и сколько ему осталось жить): _____
- **Есть ли желание у пациента продлить жизнь в здравии** (более указанных выше цифр): _____
- **В чем пациент видит смысл своей жизни** (в целом, сейчас и в будущем): _____
- **Вид страха смерти:** страх небытия, страх неопределенности, страх за тело, страх вида смерти, страх знания даты смерти, страх не успеть реализовать свои мечты, страх за других людей, страх смерти других.
- **Самое страшное возможное событие:** _____

Заключение врача: _____

АНКЕТА ДЛЯ ЗДОРОВОГО РЕСПОНДЕНТА. КЛАССИФИКАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ

(по Бехтелю Э.Е., 1986)

Абстиненты – лица, которые не употребляют спиртные напитки совсем (абсолютные абстиненты) или употребляют их столь редко и в столь небольших количествах (до 150 г вина 3–5 раз в год), что этим можно пренебречь (относительные абстиненты).

Интерес к алкоголю отсутствует. Если употребляют алкоголь, то без желания. Потребление алкоголя возможно, но совершается под давлением окружающих и сопряжено с преодолением некоторого внутреннего сопротивления.

Не употребляют: из-за негативного действия алкоголя на психическое состояние; непереносимости алкоголя; из-за хронического заболевания; установки.

Лица с непереносимостью алкоголя или заболеванием не могут употреблять спиртные напитки, а лица с установочными мотивами не хотят пить. Алкоголь не играет заметной роли в жизни абстинентов.

Человек может выпить в особо торжественных случаях (праздник, юбилей и другие значимые события) но это уступка, дань сложившимся алкогольным традициям. Такие люди пьют медленно, в небольших количествах («только смочить губы»). Отвращения к спиртным напиткам нет, их употребление не вызывает негативной реакции. Предпочтение не отдается никакому виду напитков, но в связи с меньшим содержанием алкоголя и более приятным вкусом чаще потребляются вина. В целом, за вечер человек выпивает не более 150 мл вина (чаще 50–100 мл). Никакой периодичности выпивок нет.

Эйфоризирующее действие незначительно или вообще отсутствует. Возможны легкое увеличение речевой продукции, умеренное оживление мимики и моторики, едва заметное повышение настроения, некоторое усиление аппетита с полной сохранностью критики, упорядоченностью поведения. Совершенно исключены необдуманные высказывания и поступки. Сохранен полный контроль за поведением и речью, длительность и интенсивность эйфории крайне незначительны.

Отказ от спиртных напитков делает трезвенников «не такими, как все», выводит за границы «нормы», не позволяет им полноценно соблюдать принятые в данной социальной группе алкогольные обычаи.

Случайно пьющие – лица, употребляющие обычно 50–150 мл водки (максимум 250 мл) от нескольких раз в году до 1–2 раз в месяц. Такие люди пьют

редко и нерегулярно, только тогда, когда не выпить трудно и отказ может быть неправильно истолкован (часто пьют под нажимом окружающих), обычно не более 50–150 мл в пересчете на водку. Спиртные напитки больше безразличны, чем неприятны. Они предпочитают слабые спиртные напитки (вино), крепкие напитки употребляют редко. Выраженность опьянения незначительная, редко умеренная. Контроль над своими действиями, поступками и количеством выпитого сохраняется, сознание, внимание, память, мышление не изменяются. Опьянение ограничивается соблюдением ритуала. Потребность в алкоголе отсутствует. Потребление алкоголя практически всегда – уступка традиции.

Умеренно пьющие – лица, употребляющие по 100–250 мл, максимально 300–400 мл крепких спиртных напитков 1–4 раза в месяц. Потребность в алкоголе выражена слабо. Опьянение умеренное. Периодичность эпизодов отсутствует. Поводом для выпивки являются общепринятые праздники. Лица этой группы редко берут на себя инициативу в организации выпивки.

Систематически пьющие – лица, употребляющие 200–300 мл водки (максимум 500 мл) 1–2 раза в неделю. Потребность в алкоголе есть. Как правило, выступают инициаторами выпивки или охотно поддерживают инициативу.

Привычно пьющие – лица, употребляющие 300–500 мл водки (от 500 мл и более) 2–3 раза в неделю. Потребность в алкоголе очень высокая. Инициаторы выпивки.

Примечание к анкете: респонденту необходимо было причислить себя к определенной категории. В исследование и контрольную группы входили только респонденты, которые отнесли себя к категории абстинентов

РЕЛИГИОЗНО-ФИЛОСОФСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕРЫ (ДОКИНЗ Р.)

Теисты верят в существование сверхъестественных существ – Бога, богов и т.п. Они считают, что сверхъестественное существует и контролирует нашу жизнь. По их мнению, чудо возможно, что по желанию просящего могут быть изменены естественные законы природы.

Деисты полагают, что Бог создал окружающий мир и его законы. Одна часть деистов считает, что, с тех пор он уже не вмешивается в ход событий, другая часть деистов придерживается мнения, что Бог все же влияет на события, но не управляет ими полностью. Деисты отличаются от теистов тем, что их Бог не отвечает на молитвы, не интересуется грехами и исповедями, не читает наши мысли и не вмешивается в жизнь, совершая по своему усмотрению чудеса.

Пантеисты обожествляют природу и считают, что Бога как отдельной личности или некоего Высшего разума не существует. Вместо этого они полагают, что само мироздание имеет Божественную сущность.

Агностики не верят в Бога, так как считают, что невозможно точно определить – есть он или нет. Человек сам выбирает, как ему действовать и жить. Судьбы и предопределенности не существует.

Атеисты категорически отрицают существование любых сверхъестественных существ. С точки зрения атеиста, материя первична, и все процессы в видимой Вселенной управляются естественными законами. Человек есть продукт эволюции материи, а все религии есть продукт человеческого воображения. Так же как и агностик, считает, что судьбы и предопределенности не существует. Человек сам определяет свою жизнь.

ШКАЛА COPE

Уважаемый респондент!

Цель нашего опроса – изучить, как разные люди реагируют на стрессогенные жизненные события. Существует множество способов справляться со стрессом. Мы пытаемся установить – что Вы обычно испытываете во время стрессогенных событий, и как Вы обычно при этом поступаете. Естественно, что разные события вызывают у Вас разные реакции, однако постарайтесь задуматься над тем, какое поведение для Вас *наиболее типично* в ситуациях сильного стресса.

Пожалуйста, укажите свой ответ на каждый пункт опросника, выбрав нужный вариант. Попробуйте отвечать на каждый пункт опросника по отдельности, не припоминая при этом другие вопросы. Обдумайте свои ответы с тем, чтобы они несли наиболее правдивую информацию именно о Вас. Пожалуйста, не пропустите какие-либо пункты. Здесь нет «правильных» или «неправильных» ответов, просто укажите – что наиболее точно подходит к Вам. Не задумывайтесь при этом о том, что могло бы ответить большинство других людей.

Итак, укажите, что Вы обычно испытывали во время стрессовых событий жизни, и как Вы себя при этом вели.

№ п/п		НИКОГДА так не поступал 1	ИЗРЕДКА поступал так 2	ЧАСТО поступал так 3	ОЧЕНЬ ЧАСТО поступал так 4
1	Я берусь за работу или другие замещающие занятия, чтобы отвлечься и изгнать эти события из своего сознания				
2	Я расстраиваюсь и даю выход своим эмоциям				
3	Я стремлюсь получить от кого-нибудь совет о том, что мне делать				
4	Я полагаюсь на Бога				
5	Я смеюсь над сложившейся ситуацией				
6	Я удерживаю себя от каких-либо поспешных действий				
7	Я обсуждаю свои переживания с кем-либо				
8	Я прибегаю к алкоголю или наркотикам, чтобы улучшить самочувствие				
9	Я ищу помощи у Бога				

Продолжение опросника

10	Я разрабатываю план действий				
11	Я иронизирую над случившимся				
12	Я принимаю случившееся и признаю, что это уже нельзя изменить				
13	Я стараюсь ничего не предпринимать в связи со случившимся, пока ситуация это терпит				
14	Я просто прекращаю все попытки достичь поставленную мною цель				
15	Я предпринимаю дополнительные меры, чтобы устранить возникшую проблему				
16	Я стараюсь хоть ненадолго забыться, приняв алкоголь или наркотик				
17	Я отказываюсь поверить в случившееся				
18	Я фокусируюсь на возникшей проблеме и при необходимости немного притормаживаю другие дела				
19	Я оставляю все попытки добиться желаемого				
20	Я пробую увидеть в случившемся хоть что-то хорошее				
21	Я хожу в кино или смотрю телевизор, чтобы поменьше думать о случившемся				
22	Я принимаю реальность свершившихся событий				
23	Я задаю вопросы людям, имеющим сходный опыт, о том, что делали они				
24	Я ощущаю сильный эмоциональный дискомфорт и бурно выражаю свои переживания				
25	Я рассказываю кому-нибудь о своих чувствах				
26	Я бросаю все другие занятия, чтобы изо всех сил сконцентрироваться над решением проблемы				

Продолжение опросника

27	Я усиленно думаю, какие шаги следует предпринять				
28	Я веду себя так, словно это не случилось				
29	Я шаг за шагом делаю необходимое				
30	Я стараюсь научиться чему-то на этом опыте				

Интерпретация результатов теста

Это краткая версия шкалы COPE, в которой респондент указывает, в какой степени в определенный момент его прошлой жизни присутствовали те или иные реакции.

Обработка результатов. Подсчитываются суммарные баллы по отдельным подшкалам опросника. Общий балл в этом варианте шкалы не подсчитывается.

Никогда так не поступаю – 1 балл;

Изредка поступаю так – 2 балла;

Часто поступаю так – 3 балла;

Очень часто поступаю так – 4 балла.

Подшкалы опросника:

1. Позитивное переопределение и личностный рост: 20, 30;

2. Психическое избегание: 1, 21;

3. Фокусировка на эмоциях и их вентилирование: 2, 24;

4. Использование инструментальной социальной поддержки: 3, 23;

5. Активный копинг: 15, 29;

6. Отрицание: 17, 28;

7. Религиозный копинг: 4, 9;

8. Использование юмора: 5, 11;

9. Поведенческое избегание: 14, 19;

10. Самоограничение: 6, 13;

11. Использование эмоциональной социальной поддержки: 7, 25;

12. Употребление психоактивных веществ: 8, 16;

13. Принятие: 12, 22;

14. Отторгивание всех других занятий: 18, 26;

15. Планирование совладания: 10, 27.

После заполнения анкеты подсчитывается количество баллов и формируется график профиля копинг-стратегий.

ОПРОСНИК НА ЭРУДИЦИЮ

Уважаемый респондент!

Ответьте, пожалуйста, на каждый вопрос так, как Вы считаете для себя правильным. При этом допустимо обозначить только один вариант ответа.

1. Что больше – Земля или Солнце?

- А. Солнце больше Земли
- Б. Земля больше Солнца
- В. Размер Земли и Солнца одинаков
- Г. Затрудняюсь ответить

2. Сколько прошло лет с момента сотворения мира?

- А. 2020 лет
- Б. 7526 лет
- В. 3 миллиона лет
- Г. 4,6 миллиардов лет
- Д. 13,7 миллиардов лет
- Е. Затрудняюсь ответить

3. Откуда появился человек?

- А. Из капусты
- Б. От инопланетян
- В. Человек за миллионы лет развился из менее развитых форм жизни, однако этот процесс направлял Бог
- Г. Человек за миллионы лет развился из менее развитых форм жизни, Бог никак не участвовал в этом процессе
- Д. Бог сотворил человека практически в его нынешнем виде не больше десяти тысяч лет назад
- Е. Затрудняюсь ответить

4. Что важнее в определении преступника?

- А. Свидетельские показания
- Б. Следы крови и анализ ДНК
- В. Затрудняюсь ответить

5. От кого произошли собаки?

- А. От волка
- Б. От шакала
- В. Бог создал
- Г. От лисицы
- Д. Затрудняюсь ответить

6. Когда появились животные?

- А. 7525 лет назад
- Б. 500 миллионов лет назад
- В. 10 миллиардов лет назад
- Г. Затрудняюсь ответить

7. Какова скорость света?

- А. 300 км в секунду
- Б. 331 метр в секунду
- В. 3 метра в секунду
- Г. 300 000 км в секунду
- Д. Затрудняюсь ответить

8. Высочайшая горная система на Земле:

- А. Кавказ
- Б. Кордильеры
- В. Гималаи
- Г. Памир
- Д. Альпы
- Е. Затрудняюсь ответить

9. Почему ветер дует?

- А. Потому что деревья качаются
- Б. Потому что Земля вращается
- В. Потому что есть разница температур
- Г. Затрудняюсь ответить

10. Название нашей галактики:

- А. Туманность Андромеды
- Б. Млечный Путь
- В. Млечный Пояс
- Г. Затрудняюсь ответить

11. Какой древнегреческий философ жил в бочке?

- А. Сократ
- Б. Диоген
- В. Цицерон
- Г. Софокл
- Д. Затрудняюсь ответить

12. Кого на дуэли смертельно ранил Дантес?

- А. Толстого Алексея Николаевича
- Б. Толстого Льва Николаевича
- В. Пушкина Александра Сергеевича
- Г. Онегина Евгения
- Д. Лермонтова Михаила Юрьевича
- Е. Затрудняюсь ответить

13. Что вокруг чего движется?

- А. Земля вокруг Солнца
- Б. Солнце вокруг Земли
- В. Солнце и Земля вокруг барицентра
- Г. Затрудняюсь ответить

14. Что быстрее?

- А. Скорость звука быстрее скорости света
- Б. Скорость света быстрее скорости звука
- В. Скорость света и скорость звука одинаковы
- Г. Затрудняюсь ответить

15. Как появился кислород на Земле?

- А. Был всегда
- Б. Из-за вулканов
- В. Выработали цианобактерии и растения
- Г. Затрудняюсь ответить

16. Дельфин – это...

- А. Насекомое
- Б. Рыба
- В. Млекопитающее животное
- Г. Затрудняюсь ответить

17. Был ли у Адама пупок?

- А. Был
- Б. Не был
- В. А был ли Адам?
- Г. Затрудняюсь ответить

18. Одновременно с динозаврами на планете жили:

- А. Мамонты
- Б. Люди
- В. Аммониты, белемниты
- Г. Затрудняюсь ответить

19. Из чего делают стекло?

- А. Из воды
- Б. Из глины
- В. Из песка
- Г. Из гравия
- Д. Из цемента
- Е. Затрудняюсь ответить

20. Решите уравнение: если $Y = 4$, то сколько будет $Y \times 5$?

- А. 9
- Б. 12
- В. 20
- Г. 30
- Д. Затрудняюсь ответить

21. Самая маленькая птица на Земле:

- А. Синица
- Б. Соловей
- В. Колибри
- Г. Ласточка
- Д. Затрудняюсь ответить

22. Главнокомандующий русской армией в войне 1812 года:

- А. Давыдов
- Б. Суворов
- В. Кутузов
- Г. Жуков
- Д. Голицын
- Е. Затрудняюсь ответить

Интерпретация данных

После заполнения анкеты подсчитывается количество правильных, неправильных и ответов «Затрудняюсь ответить».

Верные ответы соответствуют последним данным науки на рассматриваемые вопросы.

Ключ для обработки теста. Верные ответы: 1 – А; 2 – Д; 3 – Г; 4 – Б; 5 – А; 6 – Б; 7 – Г; 8 – В; 9 – В; 10 – Б; 11 – Б; 12 – В; 13 – А и В; 14 – Б; 15 – В; 16 – В; 17 – В; 18 – В; 19 – В; 20 – В; 21 – В; 22 – В.

С помощью круговой диаграммы оценивалось процентное соотношение верных ответов, неверных ответов и ответов «Затрудняюсь ответить».

Эрудиция расценивалась как:

- низкая – при количестве верных ответов ниже 33%;
- средняя – от 33 % до 66 %;
- высокая – больше 66 %.

Помимо этого, эти данные принимали участие в формуле расчета УКП. Формула приводится в тексте диссертации на стр. 75.

ТЕСТ (ШКАЛА) НА МАГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ (MIS)

(Mark Eckblad and Loren J. Chapman)

Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос: «да» или «нет». Не пропустите ни одного пункта. Важно, чтобы Вы отвечали на каждый вопрос, даже если Вы не совсем уверены, какой ответ лучший. Вы можете апеллировать к опыту при применении ПАВ. Некоторые вопросы похожи на другие, но все же все они немного отличаются. Ответьте на каждый пункт по отдельности и не беспокойтесь о том, как Вы ответили на похожий предыдущий пункт.

1. Иногда во время прослушивания радио или просмотра телевизора у меня возникает странное ощущение, что диктор радио или телевидения каким-то образом знает, что я его слушаю.

2. Иногда я чувствовал, что с помощью определенной расстановки вещей, например, в витрине магазина, мне передаются сообщения.

3. Иногда, когда я прихожу домой, некоторые вещи находятся на других местах, даже если дома никого не было.

4. Я никогда не сомневался, что мои сны – это плод моего разума.

5. Я заметил, что некоторые звуки и слова на моих аудиозаписях то появляются, то исчезают.

6. У меня бывало мимолетное чувство, что вместо знакомого мне человека передо мной его двойник.

7. У меня никогда не было ощущения, что некоторые мои мысли на самом деле принадлежат не мне, а кому-то другому.

8. Мне кажется, что души умерших людей могут влиять на нашу жизнь, как-то вмешиваться в нее.

9. Иногда я выполняю определенные ритуалы (действия), чтобы предотвратить неприятности (например, стучу по дереву, сплевываю через плечо и т.п.).

10. Мне кажется, что некоторые вещи могут случиться только от того, если слишком много думать о них.

11. Иногда мне казалось, что лекция преподавателя предназначалась только для меня.

12. Иногда мне кажется, что некоторые люди могут читать мои мысли.

13. Если бывает переселение душ, то это объясняет некоторые необычные факты и события в моей жизни.

14. Иногда у меня возникает чувство, что я получаю или теряю энергию от взглядов и прикосновений некоторых людей.

15. Невозможно причинить людям вред, просто мысленно думая о них плохо и при этом не предпринимая никаких действий.

16. Иногда мне кажется, что я чувствую присутствие некоего злого духа или дьявола рядом с собой, хотя я его не вижу.

17. Мне иногда кажется, что окружающие люди ведут себя настолько странно, что я думаю о том, не играют ли они со мной в какую-то непонятную мне игру, или, может быть, они являются участниками какого-то эксперимента.

18. Как мне кажется, правительства скрывают от людей правду о летающих тарелках.

19. Я почти никогда не вижу вещих снов.

20. Иногда мне приходила в голову мимолетная мысль, что некий незнакомый человек влюблен в меня.

21. Иногда мне кажется, что жесты незнакомых мне людей имеют какой-то скрытый смысл и значение и каким-то образом влияют на меня.

22. Я не верю в талисманы и амулеты.

23. Иногда я боялся наступить на трещины на тротуаре.

24. Числа наподобие числа 13 или числа 7 не имеют для меня никакого особенного значения, они такие же, как и другие.

25. Иногда у меня возникало мимолетное ощущение, что, может, я и не человек.

26. Думаю, я мог бы научиться читать мысли других, если бы захотел.

27. Мне кажется, что предсказания гороскопов сбываются слишком часто для того, чтобы это могло быть случайным совпадением.

28. Некоторые люди могут мысленно (просто думая обо мне) заставить меня вспомнить или подумать о них.

29. Я думаю, что инопланетяне влияют на то, что происходит на Земле.

30. Когда я знакоюсь с незнакомцами, мне никогда не кажется, что я их уже видел или знал раньше.

Интерпретация результатов теста

Подсчитывается количество баллов при ответах «да» и «нет» на вопросы.

Один балл ставится за ответы:

– «да» – на утверждения 1–3, 5, 6, 8–14, 16–18, 20, 21, 23, 25–29;

– «нет» – на утверждения 4, 7, 15, 19, 22, 24, 30.

Чем больше количество набранных баллов, тем выше уровень магического мышления.

Уровень по шкале MIS до 20 баллов является нормальным в популяции. Уровень по шкале MIS от 20 до 30 баллов сам по себе не является диагностическим (поскольку при установлении диагноза шизотипического расстройства необходимо учитывать и другие симптомы из списка критериев F21.x, кроме магического мышления, а также уровень социальной адаптированности пациента – то, насколько ему мешают эти симптомы в жизни, работе, быту, общении с людьми). Однако уровень от 20 до 30 баллов может «склонить» чашу весов в пользу диагноза шизотипии, наряду с другими факторами.

ТЕСТ НА РЕЛИГИОЗНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ (ВЕРУ)

Уважаемый респондент, ответьте, пожалуйста, на каждый вопрос так, как Вы считаете для себя возможным. При этом допустимо обозначить любое количество вариантов ответа или не обозначить ни одного.

1. Бойтесь ли Вы темноты?

А. Нет, ибо чему быть, того не миновать, а без воли Божьей ни одна малая птичка не потеряет и перышка.

Б. Нет, потому что темнота – это всего лишь отсутствие света, а чудовищ в ней расселяет лишь наше сознание.

В. Да, так как в темноте телесное зрение ослабевает, зато усиливается духовное, и тогда можно узреть такое!!!

Г. Многие поколения моих предков знали, что в темноте легко сломать себе ногу или что там могут прятаться опасные хищники. Неудивительно, что у их потомков, в том числе у меня, остались какие-то зачатки этого инстинктивного страха темноты.

Д. Нет, темнота – это просто отсутствие света.

2. Как Вы относитесь к абортам?

А. Это безусловное убийство, так как душа человеческая возникает уже в момент зачатия.

Б. Это дело личной совести каждого.

В. Это страшное действие, которое может иметь тяжелейшие духовные последствия для того, кто решится на такое.

Г. При аборте на раннем сроке зародыш не чувствует ничего, так как у него еще не сформирована нервная система. Он также не способен осознавать себя и происходящее. Так что аборт никак не может являться убийством.

Д. Право женщины, как и любого человека, самой решать, что ей делать со своим собственным телом.

3. Откуда появилась Вселенная?

А. Все, что мы ощущаем, понимаем и осознаем вокруг себя и внутри нас, является результатом действий и воли Бога.

Б. Я не верю, что такая сложная, математически идеальная и великая вещь, как Вселенная, могла возникнуть сама по себе.

В. Есть вещи, которые человеческий ум никогда не сможет постигнуть. Мы видим лишь ничтожную часть этого мира, который на самом деле состоит из множества таких измерений и красок, которые мы просто не в состоянии осознать.

Г. Ни одна из существующих теорий создания и существования Вселенной не кажется мне достаточно правдоподобной.

Д. Есть научные теории, прекрасно все объясняющие. Например, теория Большого взрыва практически безупречна.

4. Есть ли Бог?

А. Да.

Б. Да, но человеку не дано постичь его и понять.

В. Есть Высшие силы, которые можно назвать как угодно. Например, Богом.

Г. Я не знаю.

Д. Нет.

5. Верите ли Вы в жизнь после смерти?

А. Да.

Б. Да, но вряд ли душа сохранит себя как личность. Скорее, мы все переходим в чистую энергию, возвращающуюся к Творцу.

В. Я не верю – я знаю, что есть: призраки постоянно контактируют с нами и могут влиять на наши поступки и чувства.

Г. Честно говоря, я здорово в этом сомневаюсь. Но если я ошибаюсь, это будет приятнейший сюрприз.

Д. Нет. Мы умираем, целиком и окончательно. На земле остаются жить лишь результаты нашего труда и наши гены.

6. Вы верите в предчувствия?

А. Нет, так как Бог, если пожелает говорить с человеком, выразит свою волю ясно и четко. А смутные томления и страхи – это, скорее, по бесовской части.

Б. Скорее нет, чем да. Мне кажется, что Творцу нет дела до частных дел моей личной жизни. Я слишком мелок для глобальности его замыслов.

В. Конечно, нам постоянно посылаются знаки, которые просто нужно уметь читать.

Г. Интуиция – это сигналы, которые отправляет нам подсознание. Так как наше подсознание является иррациональным, то верить ему безоговорочно я бы не стал. Но совсем игнорировать эти сигналы тоже нельзя: иногда инстинкты работают куда лучше и надежнее разума.

Д. Нет.

7. Поддерживаете ли Вы эвтаназию?

А. Нет, это попытка противостоять воле Бога, который один решает, кому жить, а кому умирать.

Б. Жизнь – драгоценный дар, и обрывать его, пусть даже из страха перед страданием, – это слабость. Сам бы я никогда ею не воспользовался, но я не стал бы запрещать ее другим.

В. Я против эвтаназии. Природа разумна, все в ней справедливо и оправдано. Смерть в боли и страхе – это испытание, которое посылается человеку и которое нужно пройти.

Г. Единственное, что меня смущает в эвтаназии, – это то, что могут быть злоупотребления, когда больных будут насильственно «отключать» врачи и родственники. А сама по себе эвтаназия – гуманный акт.

Д. Если человек не хочет больше жить, он имеет полное право уйти. Будучи даже совершенно здоровым.

8. Нужно ли запрещать научные исследования, которые могут быть опасными для планеты и ее обитателей? Например, некоторые исследования генной инженерии и эксперименты на Большом адронном коллайдере.

А. Нужно. Когда человек пытается подражать Богу, его строго наказывают.

Б. Нет. Человек был создан по образу и подобию Божьему, и так как его создавал Творец, то человек тоже стремится исследовать и творить. Несомненно, Бог на это рассчитывал и наверняка предусмотрел «защиту от дурака». Не верю, что наукой человек может погубить себя и планету.

В. Природа может вытерпеть многое, но если ранить ее слишком сильно, она даст сдачи.

Г. Стоит ограничивать эксперименты так, чтобы риск был сведен к минимуму.

Д. Если существует реальная опасность для существования нашего вида и планеты, то нужно.

9. Представьте, что Вам очень хочется совершить плохой поступок – например, украсть кружку для подаяний, соблазнительно висящую на двери сиротского приюта. Вы точно знаете, что Вас не поймают. Так почему Вы этого не делаете?

А. Потому что это запрещено, это грех.

Б. Потому что людям была дана совесть, отличающая нас от животных. Когда я поступаю против совести, я делаю больно себе.

В. Потому что я испорчу себе карму.

Г. Потому что мне жалко бедных сирот.

Д. Потому что у меня в детстве были правильные воспитатели.

10. Какое из этих высказываний нравится Вам больше всего?

А. «Бог – это Бог Авраама, Исаака, Иакова, а не Бог философов». *Блез Паскаль.*

Б. «Бог – это ум космоса». *Фалес Милетский.*

В. «Бог – это вовсе не то, что ты думаешь». *Николай Бердяев.*

Г. «Бог – это газообразное позвоночное». *Альберт Эйнштейн.*

Д. «Бог – самый великий серийный киллер на свете». *Уильям Стайрон.*

11. Кем является Бог для человека, а человек для Бога?

А. Он наш Господь, а мы его рабы.

Б. Он наш создатель, а мы его произведения.

В. Он наш отец, а мы его дети.

Г. Он загадка для нас, а мы любители головоломок.

Д. Он изобретение невежественных умов.

12. Вы хотели бы жить вечно?

А. Я и так буду жить вечно.

Б. Да, это было бы прекрасно, так как я смог бы увидеть и понять все на свете.

В. Нет, мы слишком слабы и быстро устаем от существования. Нам постоянно нужно изменяться и перерождаться.

Г. Скорее нет, чем да. Вечность – это слишком долго.

Д. Когда-нибудь медицина и наука добьются этого, и я хотел бы дожить до тех времен.

13. Вы молитесь, когда Вам страшно?

А. Да, молитва – это лучший способ борьбы со страхом, горем, унынием.

Б. Да. Мне кажется, если тебе очень страшно и плохо, то есть шанс, что тебя услышат.

В. Да, хотя меня слышат и так: каждую секунду Бог находится рядом со мной.

Г. Почему бы и нет? Вреда от этого в любом случае не будет, а медитация хотя бы успокаивает.

Д. Нет, конечно. Я не суеверный.

14. Вы верите в чудеса?

А. Да. Бог творит чудеса, когда пожелает этого.

Б. Пожалуй, да. Если Творец создал физические законы этого мира, он может и отменить их на какое-то время по одному ему ведомым причинам.

В. Сама жизнь во всех ее проявлениях – это великое, непостижимое чудо.

Г. Английский философ Бертран Рассел говорил: «Откуда мы знаем, вдруг, когда мы отворачиваемся, стол за нашей спиной превращается в кенгуру?» Мы пока так мало знаем о Вселенной, что можем не признать чудо, даже если оно напишет нам на тапочки. Так что я не могу верить ни в чудеса, ни в их отсутствие.

Д. Любое чудо будет казаться чудом лишь до тех пор, пока мы не найдем и не объясним его причину. А причина и объяснение есть всегда.

15. Что Вы сделаете, если встретите дьявола?

А. Воззову к Господу, ибо без Божественной воли дьявол не властен над нами.

Б. Заведу с ним светскую беседу и попытаюсь узнать от рогатого джентльмена больше фактов о природе вещей.

В. Умру от ужаса. Если успею сделать это до того, как Воплощенное зло сожрет мою печень.

Г. Разрыдаюсь от счастья и брошусь ему на шею. Ведь если есть он – значит, существует и другая сторона!

Д. Позвоню в скорую помощь и скромно признаюсь, что у меня белая горячка.

16. Представьте, что Вам поставили диагноз рака с множественными метастазами, врачи предлагают сложнейшую операцию, после которой Вы можете остаться тяжелым инвалидом. Какой вариант Вы выберете?

А. Соглашусь на операцию, но выберу верующего в Бога, но неопытного врача.

Б. Не буду вмешиваться в процесс выбора врача, пусть решает судьба.

- В. Откажусь от операции, все в руках Бога. Бог меня спасет.
 Г. Соглашусь на операцию, но выберу опытного врача, но неверующего в Бога.
 Д. При возможности выберу эвтаназию или покончу жизнь самоубийством.

Интерпретация результатов теста

Количество ответов на каждый вопрос не ограничивалось условиями задачи. Каждый вариант ответа соответствует определенной мировоззренческой установке.

Ключ к интерпретации результатов:

Ответ А – теист;

Ответ Б – деист;

Ответ В – пантеист;

Ответ Г – агностик;

Ответ Д – атеист.

После заполнения анкеты подсчитывается количество баллов и графически с помощью лепестковой диаграммы определяется ведущий радикал мировоззрения: теист, деист, пантеист, агностик, атеист.

Соотношение позиций по баллам в итоге определяет уровень магического мышления.

Ключ к определению уровня магического мышления:

Выраженность магического мышления: сумма ответов А, Б и В.

Выраженность рационального мышления: сумма ответов: Г и Д.

С помощью круговой диаграммы определяется процентное соотношение магического и рационального мышления.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

(карта № 1889)

Больной З., 1976 г.р., прошел курс амбулаторный реабилитации в ОМР филиала № 8 (НД № 8) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» с 03.12.2019 года по 12.03.2020 года с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением сочетания ПАВ (опиоиды, каннабиноиды, алкоголь, тропикамид). Синдром зависимости от сочетания ПАВ, 2-я стадия. В настоящее время воздержание. F19.20.2. Ремиссия 3 года.

Жалобы: не предъявляет.

Анамнез со слов больного. Наследственность психическими заболеваниями и алкоголизмом не отягощена. Родители живут вместе, не разводились. Родился в полной семье первым ребенком, сестра младше на 1 год. Родители: отец – военный, мать – домохозяйка. Сейчас оба пенсионеры.

Беременность и роды у матери протекали нормально. Детские дошкольные учреждения посещал. Взаимоотношения в семье были достаточно ровные. К самому больному отношение при этом было хорошее, физические наказания в крайнем случае допускались. Раннее развитие без особенностей. Материально среднего достатка. В школу пошел с 7 лет, учился средне, без особого интереса. Учиться не любил. Классы не дублировал. В детском возрасте был крайне активным, общительным, имел много друзей. В коллективе чувствовал себя комфортно, со сверстниками случались конфликты на почве стремления к лидерству. Предпочтительного общения в зависимости от возраста не было. В развитии от сверстников не отставал. Окончил 10 классов, средняя оценка – «4». В Советской Армии не служил (медотвод, уточнить затрудняется). Длительное время работал на различных местах работы, занимался неквалифицированным трудом. В настоящее время работает оператором-наладчиком ООО «ТЕАСО». Любит спорт, совершает пробежки, ведет ЗОЖ. Женат более 20 лет, жена без аддикций. Дочери 18 лет. Проживает в отдельной квартире с женой. Дочь живет с бабушкой в доме напротив. Отношения в семье доброжелательные. В конфликтах ведет себя несколько вспыльчиво, но физического воздействия не допускает. В состоянии опьянения конфликтен, способен проявить агрессию.

Судимость ст. 228 – ч.1, погашена, общий срок пребывания в местах лишения свободы – 1 год.

Наркологический анамнез. В данное реабилитационное отделение поступает впервые. Состоит на диспансерном наблюдении. Ремиссия 3 года. Готовится к снятию с учета.

Злоупотребляет ПАВ с 1993 года.

Впервые попробовал алкоголь в 13 лет. Ощущения понравились. С 1994 года на фоне наркотизации употреблял алкоголь регулярно до 0,5 л водки в сутки. Иногда с целью усиления эйфории добавлял 10 мл тропикамида в/в. Также с 1994 года начал употребление каннабиноидов. До 2001 года употребление носило эпизодический характер. С 2001 года начал курить ежедневно по 2–3 раза в день.

Длительных перерывов не отмечает. Сформировался синдром отмены от каннабиноидов виде тревоги, бессонницы, влечения к ПАВ.

Со слов больного, первая проба опиоидов («черняшка») состоялась в 1994 году. Мотивы употребления ПАВ – подавить стеснение, «комплексы». Первые впечатления понравились, испытал чувство тепла и успокоения, покоя. Через год перешел на в/в употребление. Сразу перешел на систематическое употребление, сформировался опиный абстинентный синдром. При прекращении употребления опиоидов становился конфликтным, раздражительным, агрессивным; возникали боли выкручивающего характера во всем теле, озноб, ринорея. Также отмечал снижение настроения и возникновение выраженного влечения к ПАВ. Длительные перерывы в употреблении в условиях стационара не более 30 дней. Чередовал прием метадона, героина по наличию. Нередко сочетал с приемом кокаина в/в. Пробовал первитин.

Проходил курс стационарного лечения не менее 10 раз. Прекратил употребление всех ПАВ одновременно в 2015 году спонтанно. В настоящее время ПАВ не употребляет.

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Абстинентных явлений нет. Выглядит в соответствии с возрастом. Телосложение правильное, нормостеническое. Рост 184 см, вес 86 кг. Многочисленные татуировки на руках, спине, груди. Кожные покровы лица обычной окраски, чистые. Периферическая венозная сеть сохранена. Свежих нарушений кожных покровов нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) = 74 удара в 1 мин, артериальное давление (АД) = 130/75 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Аппетит хороший. Периферических отеков нет.

Неврологический статус. Походка не нарушена. Зрачки: OD = OS, фотореакция адекватная. Нистагм не выявлен. Тремора нет. Кожная чувствительность и сухожильные рефлексы в норме, D = S. Координационные пробы выполняет без промахов, симметрично. В позе Ромберга устойчивость не нарушена, речь не нарушена. Менингеальных знаков, патологических рефлексов нет.

Психический статус. Пришел на первичный прием в назначенное время. Сознание ясное. Ориентация в пространстве и времени правильная. Внешний вид опрятный. Сидит в открытой, свободной позе. Спокоен. Движения уверенные. Поведение конгруэнтное, упорядоченное. Контакт доступен. Отношение к обследованию безразличное. Выполнение инструкций адекватное. Результатами обследования не интересуется. Держится свободно, дистанцию соблюдает, доброжелателен. Визуальный контакт поддерживает. На некоторые вопросы отвечает уклончиво, вдумчиво, по существу, в плане заданного вопроса, но достаточно информативно. В беседе заинтересован. О своей алкоголизации и наркотизации говорит не скрывая, отмечается нарушение памяти на хронологию событий. Речь внятная, ясная, грамматически правильная, в обычном темпе. Голос нормального звучания, эмоционально хорошо модулированный. Память на достаточном уровне. Внимание устойчивое. Фон настроения на протяжении

беседы ровный. Эмоциональные реакции адекватные. Мимика выразительная, адекватная переживаемым эмоциям. Уровень интеллекта несколько выше среднего. Мышление не нарушено, последовательное. Темп психической деятельности: быстрый. Преобладает абстрактно-логическое мышление. Суждения глубокие, противоречивые. Продуктивному контакту доступен. Влечение к ПАВ отрицает уверенно. Самоконтроль достаточный. Бреда, галлюцинаций не выявлено. Утомляемости и снижения концентрации внимания в процессе интеллектуальных нагрузок не отмечено. Критика к заболеванию и текущему состоянию декларативная, фрагментарная. Исходная осведомленность о курсе реабилитации и мотивированность на его прохождения достаточные. Вид согласия на прохождения лечебно-реабилитационной программы (ЛРП) – добровольно-принудительное. Мотивы согласия на прохождения реабилитационного курса прагматические. Установка на трезвость формально аргументирована и недостаточно осмыслена.

Перенесенные заболевания. Психозы отрицает. Эпилептиформные припадки отрицает.

Перенесенные заболевания: хронический вирусный гепатит С (В 18.2).

До 2014 года: 1 огнестрельное ранение, 2 ножевых, 18 сотрясений мозга, трепанация черепа, компрессионный перелом позвоночника.

Консультация психолога (16.01.2020 года)

Пациент направлен на консультацию медицинского психолога лечащим врачом – психиатром-наркологом в рамках прохождения реабилитационной программы.

На наблюдении в НД состоит около 20 лет. Наследственность, с его слов, наркологическими заболеваниями не отягощена. Образование среднее общее (далее поступал в вузы, но обучение не продолжал). Работал оператором-наладчиком, печатником, заведующим АЗС, заведующим складом и др.; в настоящее время занимается ремонтами. Женат, имеет дочь 18 лет (воспитывал в малой степени, чаще она находилась на попечении бабушки). Проживает в отдельной квартире с женой (дочь живет отдельно).

Контакту в целом доступен, держится скорее закрыто – но свободно и расслабленно (сидит, «развалившись» в кресле). Внешне опрятен. Визуальный контакт поддерживает. Отвечает на вопросы в плане заданного, развернуто, вдумчиво (часто через паузу после вопроса психолога). Мимика маловыразительная, в целом живая. Голос тихий, маломодулированный – но «живой», «вкрадчивый». Темп речи невысокий. Эмоциональный фон ровный, нейтральный.

Из наркологического анамнеза: систематически употреблял различные ПАВ (алкоголь, опиаты и др.) около 20 лет. Первая проба наркотиков состоялась еще в период обучения в школе. Зависимость от ПАВ сформировалась быстро, осозналась при первом проявлении выраженного абстинентного синдрома («Были дикая потливость и озноб – я даже подумал сначала, что сильно простудился. Так сложилось, что потом снова употребил – и, когда все симптомы «простуды» прошли сразу, я все понял»). Употреблял с кратковременными спонтанными ремиссиями приблизительно до 2014 года, за наркологической помощью

обращался неоднократно, в основном в наркологические больницы (НБ). Мотивация наркотизации – скорее гедонистическая («Нравилось состояние раскрепощения, которое достигалось при приеме наркотика»). Пациент утверждает, что ведет полностью трезвый образ жизни на протяжении не менее чем 5 лет.

Реабилитационные мероприятия ранее не проходил. Обозначить причину формирования устойчивости мотивации трезвости затрудняется, охотно по этому поводу рефлексировать («Что-то щелкнуло в голове. Повлияло то, что жил долгое время перед этим один, в лесу. Повлияло то, что устал от прежнего образа жизни. Повлияло то, что в момент просветления осознал глубину деградации и полное отсутствие интереса к жизни»). Тягу к ПАВ категорически отрицает. К заболеванию критичен в полной мере.

Экспресс-обследование когнитивного функционирования выявило вероятное отсутствие выраженных патологических особенностей деятельности высших психических функций (ВПФ). Память пациента – уровня нормы. Внимание – нормального объема, в достаточной мере устойчивое. Выраженной истощаемости не обнаруживается. Среди эмоционально-личностных особенностей пациента можно отметить стеничность, черты замкнутости, целеустремленность, эмоциональную уравновешенность, выраженную склонность к рефлексии.

Таким образом, результаты обследования пациента позволяют предположить вероятное отсутствие выраженных патологических особенностей когнитивного функционирования у личности с устойчивой мотивацией трезвости и выраженной критикой к заболеванию. Рекомендуются посещение основного курса реабилитационных мероприятий в ОМР, динамическое наблюдение, повторная консультация медицинского психолога.

Осмотр психотерапевта

Тестирование: тест COPE, тест Докинза, тест на религиозность, тест на эрудицию, тест MIS.

Тип нервной системы: слабый. Темперамент: меланхолический. Тип личности: психастенический.

Самооценка: высокая. Уровень притязаний: высокий.

Самооценка пациентом своего характера в состоянии трезвости: очень общительный, в меру уступчивый, уравновешенный, решительный, отходчивый, очень добрый, расчетливый, ранимый, твердый, не всегда легко отказать людям, скромный.

Мировоззрение: обыденное.

Уровень общей осведомленности: высокий.

УКП: 32.

Основные копинг-стратегии: активный копинг.

Мышление: самостоятельное, критичное, глубокое, гибкое.

Доля магического мышления: 50 %.

Профиль физиологической асимметрии: правый.

Ведущая репрезентативная система: визуальная.

Личностные особенности: большой интерес ко всему новому, неумение справляться со стрессовыми ситуациями, зависимый (конформный) стиль

поведения, склонность к рефлексии.

Срок предполагаемого воздержания от ПАВ: тах.

Настрой на абсолютную трезвость: есть.

Отношение к будущему: позитивное.

Субъективный возраст: 35 лет.

Планы на будущее: есть – конкретные, но говорить не хочет. Основные жизненные ценности: семья.

Образ жизни. Хобби: охота на дичь, природа, лес, ночевки. Спорт: последние 3 года бегает раз в 3 дня по 10 км, брусья, турник. Питается 5 раз в день. Крепкий чай употребляет («купец»). Кофе 1 раз в день утром. Спит 6 часов в сутки.

Религиозность. Отношение к вере: неопределенное.

Вера в Бога: верит.

Смысл слова «Бог»: «Что-то заставило все это появиться».

Конфессия: нет.

Степень веры: внешняя.

Ритуалы: крест не носит, не посещает храмы, крестится, молитвы не знает, посты не соблюдает, на Крещение в проруби не купается, прочитал Библию (оба Завета) и Коран, паломничество не совершал, нецензурно выражается.

Отношение к смерти. Мысли о смерти: рассуждает иногда. Суицидальные мысли и поступки отрицает. Было 3 несознательных передозировки. В судьбу не верит. В жизнь после смерти верит: «Нет чувства, что со смертью все окончится». Экстремальные ситуации: 1 огнестрельное и 2 ножевых ранения, когда пациенту было около 30 лет. Хочет прожить до 88 лет (+45). Хотел бы продлить жизнь в здравии, чтобы больше понять мир. Смысл жизни – в познании мира.

Вид страха смерти: страх небытия, страх неопределенности, страх за тело, страх вида смерти, страх знания даты смерти, страх не успеть реализовать свои мечты, страх за других людей, страх смерти других. Самое страшное возможное событие – потеря близких людей.

Психотерапевтические мишени: анозогнозия, амбивалентность, низкая стрессоустойчивость, подавленные чувства.

Заключение психотерапевта: исходная личностная акцентуация – психастеническая.

Личностное развитие до формирования основного заболевания: делинквентное.

В настоящее время: на первый план выступает стеничная, тревожно-сенситивная личность с неопределенной картиной мира, с потребностью в преодолении ограничений, со стремлением к самореализации.

Целесообразно прохождение групповой терапии в рамках реабилитационной программы «Первый шаг».

Пациент выбрал программу «Инсайт».

Диагноз по МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением сочетания ПАВ (опиоиды, каннабиноиды, алкоголь, тропикамид). Синдром зависимости от сочетания ПАВ, 2-я стадия. В настоящее время воздержание. F19.20.2. Ремиссия 3 года.

Хронический вирусный гепатит С (В 18.2).

Фармакотерапия: не назначена.

Динамическое наблюдение. Лечение. Прошел первичную консультацию психиатра-нарколога, психотерапевта, консультацию медицинского психолога, специалиста по социальной работе и 7 групповых занятий.

Достаточно систематически посетил 7 групповых занятий. На занятиях был преимущественно пассивен. Обратная связь поверхностно отрефлексирована.

Динамический статус: с постепенной положительной динамикой, уменьшилась степень анозогнозии. Готов делиться с другими пациентами опытом преодоления химической зависимости. Уменьшилась с 50 % до 10 % доля магического мышления за счет увеличения атеистического радикала.

Заключение психолога при выписке

На приеме психолога: контакту доступен, держится скорее закрыто – но свободно, расслабленно. Отвечает на вопросы в плане заданного, развернуто, вдумчиво. Мимика маловыразительная, живая. Голос тихий, маломодулированный, «вкрадчивый». Эмоциональный фон ровный, нейтральный.

Из наркологического анамнеза: систематически употреблял различные ПАВ (алкоголь, опиаты и др.) около 20 лет. Первая проба наркотиков состоялась в старшем школьном возрасте. Зависимость от ПАВ сформировалась быстро, осозналась при первом выраженном абстинентном синдроме. За наркологической помощью обращался неоднократно. Реабилитационные мероприятия ранее не проходил. Пациент употреблял ПАВ с кратковременными ремиссиями до 2014 года. Мотивация наркотизации – скорее гедонистическая. Пациент утверждает, что ведет полностью трезвый образ жизни на протяжении не менее чем 5 лет.

Обозначить причину формирования устойчивой мотивации трезвости затрудняется. Тягу к ПАВ отрицает. К заболеванию критичен в полной мере.

Результаты обследования пациента позволяют предположить вероятное отсутствие выраженных патологических особенностей когнитивного функционирования у стеничной, скорее замкнутой личности с устойчивой мотивацией трезвости и выраженной критикой к заболеванию.

В рамках отделения посетил консультации специалистов и 7 групповых занятий. Держался на них пассивно, но внимательно и заинтересованно. По окончании занятий давал развернутую обратную связь (в письменной или устной форме). Высказывал и высказывает устойчивую мотивацию (ценностного порядка) на трезвый образ жизни.

Прогноз благоприятный.

За время динамического наблюдения в течение 3 лет регулярно ежемесячно посещал лечащего врача – психиатра-нарколога в диспансере, своевременно проходил лабораторное обследование и экспресс-тестирование на наличие ПАВ. Результаты обследования подтверждали ремиссию. Выписан из отделения реабилитации в связи с прохождением краткого курса амбулаторной программы реабилитации «Инсайт» и приближением срока снятия с диспансерного наблюдения. Прогноз на длительную ремиссию благоприятный.

Результаты тестирования

Результаты тестирования представлены на Рисунках 1–4 настоящего Приложения.

Тест на копинг-стратегии

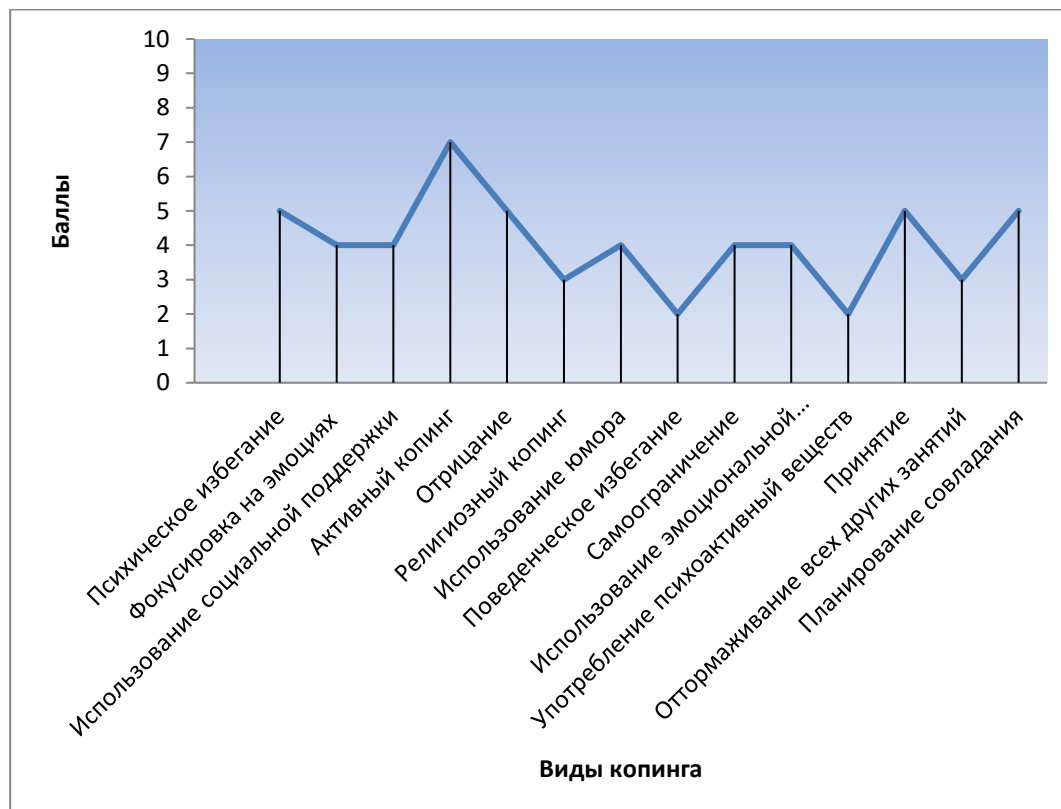


Рисунок 1 – Тест COPE от 03.12.2019 г.

Тест на эрудицию

№ карты: 1889

Ф.И.О.: З.

Дата: 03.12.2019 г.

УКП: 32 (высокий > 30, средний от 15 до 30, низкий <15)

Верно: 18

Неверно: 1

Нет ответа: 2

Результат анкеты Докинза: 5 7 5

Степень противоречия: 0

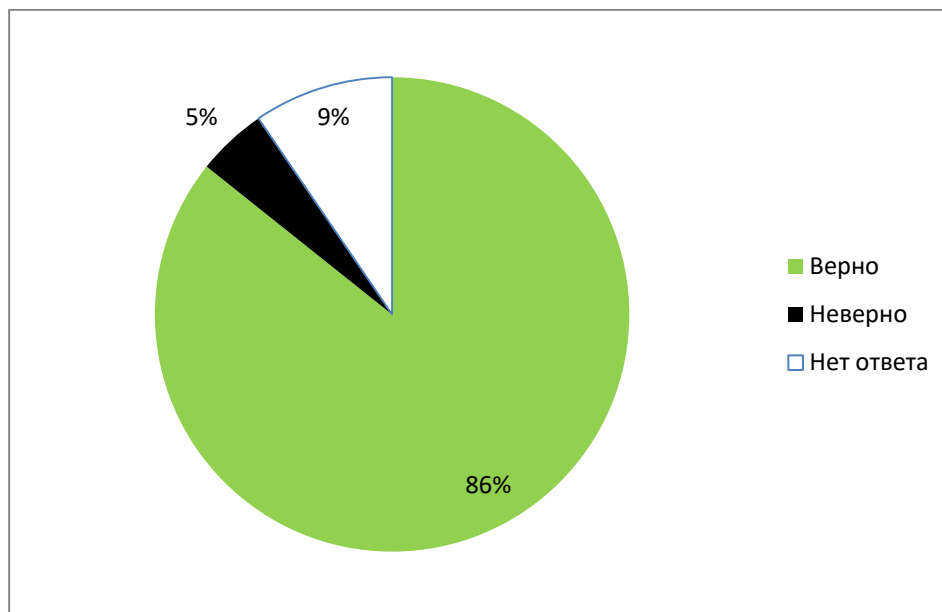


Рисунок 2 – Тест на эрудицию от 03.12.2019 г.

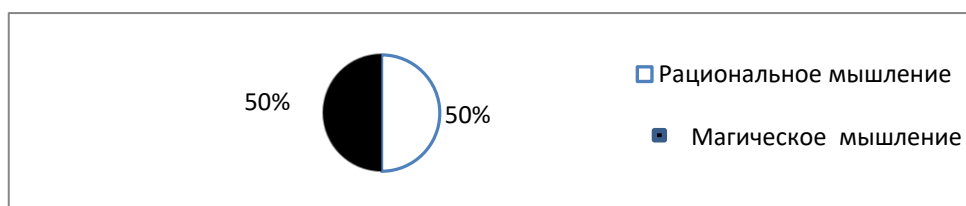
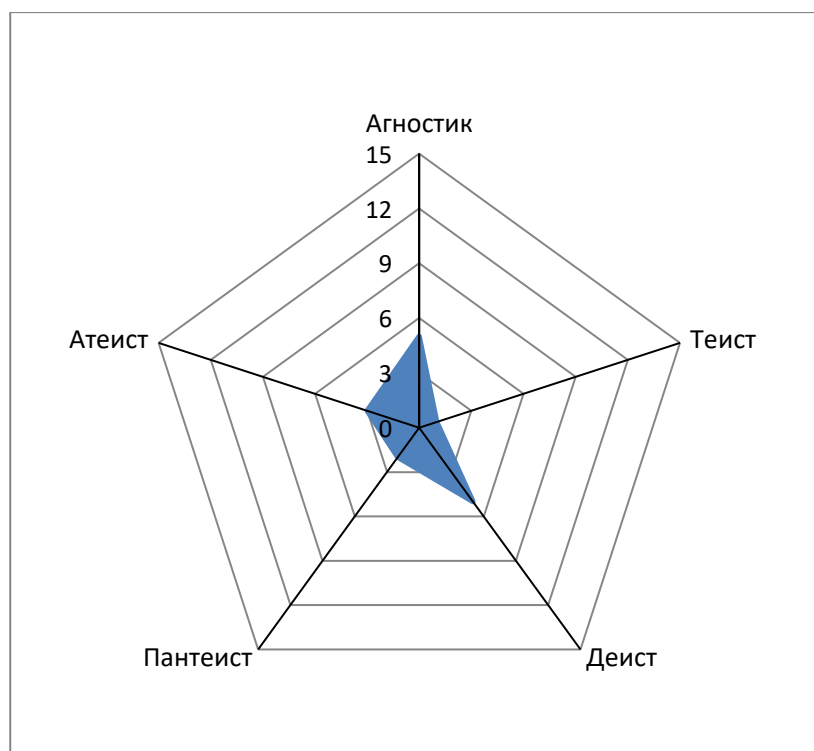


Рисунок 3 – Тест на религиозность от 03.12.2019 г.

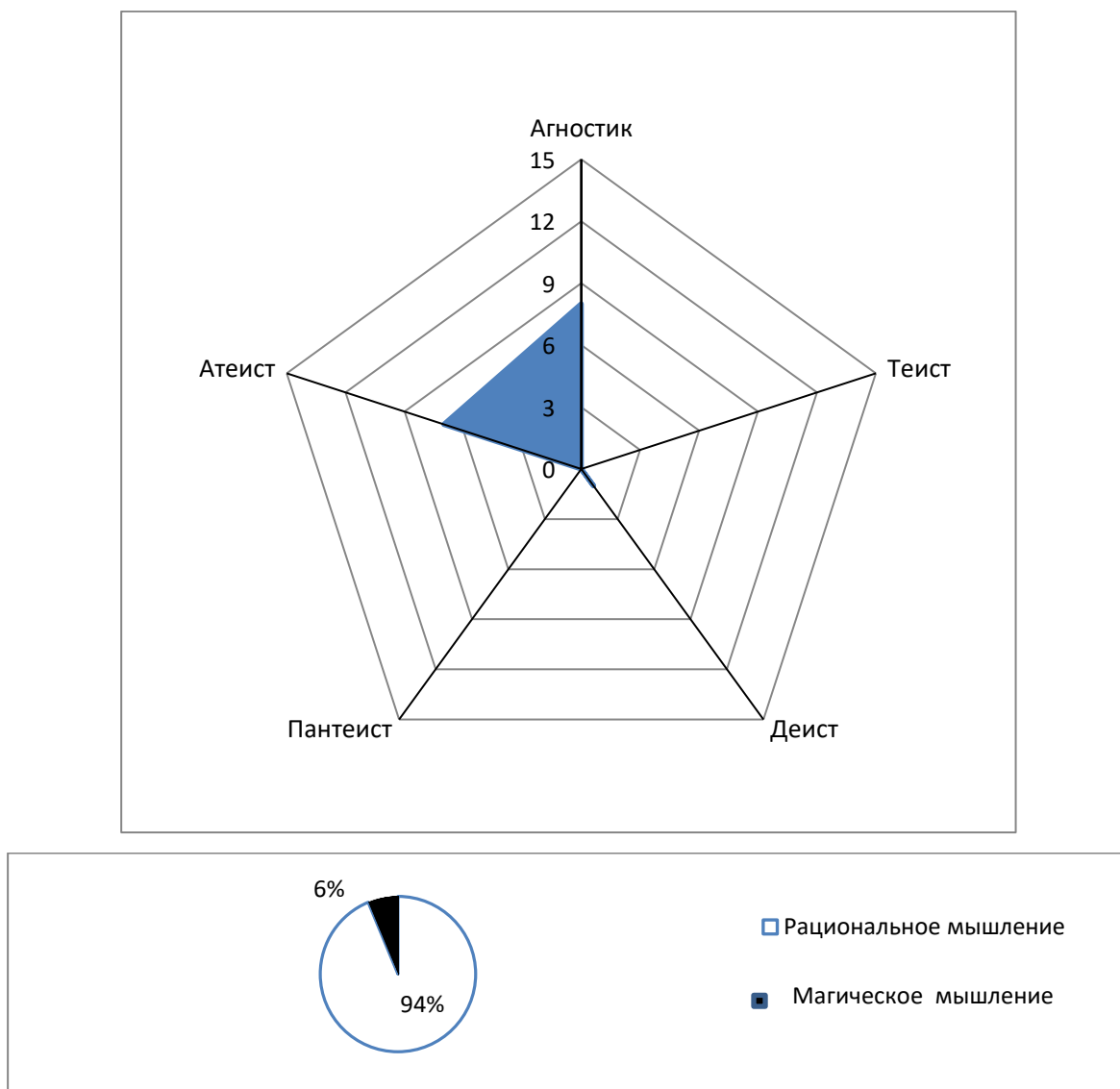


Рисунок 4 – Тест на веру от 12.03.2020 г.

Заключение

В результате прохождения краткого курса реабилитации по научно-мировоззренческой программе «Инсайт» уменьшились уровень магического мышления и степень анозогнозии. Неопределенное мировоззрение до курса реабилитации структурировалась вокруг атеизма и агностицизма. Укрепилась мотивация на трезвость. Признаков срывов и рецидивов заболевания не отмечено.

Пациент снят с диспансерного наблюдения по ремиссии.

Спустя год после выписки из ОМР ремиссия сохраняется.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

(карта № 1942)

Больной Ж., 1979 г.р., прошел курс амбулаторной реабилитации в ОМР филиала № 8 (НД № 8) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» с 19.02.2020 года по 05.06.2020 года с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия. В настоящее время воздержание. F10.20.2. Ремиссия 1 год 5 месяцев.

Жалобы: не предъявляет.

Анамнез со слов больного. Наследственность психическими заболеваниями и алкоголизмом неотягощена. Родители не разводились. Родители: отец – ген. директор фирмы по ремонту обуви, мать – медицинский работник, на пенсии. Родился в полной семье вторым ребенком. Брат старше на 4 года. Беременность и роды у матери протекали нормально. Детские дошкольные учреждения посещал. Взаимоотношения в родительской семье были равные. Стиль воспитания демократический, физические наказания не допускались. Отношение к самому больному хорошее. Раннее развитие без особенностей. Материальное положение семьи было достаточное. В школу пошел с 7 лет, учился на «3» и «4», без интереса. Любимые предметы – биология и литература. Классы не дублировал. Увлекался боевым единоборством. В детстве был умеренно общительным, живой, активный, подвижный. Лидером не являлся, но имел несколько близких друзей. Предпочтительного общения в зависимости от возраста не было. В развитии от сверстников не отставал. Участие в неформальных молодежных объединениях и побеги из дома отрицает. Окончил 10 классов, не служил в Советской Армии (по причине аллергии).

Окончил бухгалтерские курсы. Помогал отцу в работе – зам. ген. директора. Прекратил работу с 2015 года. Бизнес у отца прекратился. Сейчас работает охранником ЧОП бизнес-центра.

Приводы в полицию, судимости отрицает.

Женат был 4 года, разведен с 2006 года, детей нет. Проживает в отдельной квартире один. В конфликтах ведет себя на эмоциональном уровне ровно, старается «уладить все миром». В состоянии алкогольного опьянения агрессии не демонстрирует.

Наркологический анамнез. В данное реабилитационное отделение поступает впервые.

Первое употребление: никотин – в 20 лет, алкоголь – в 22 года (после первой пробы алкоголя испытал неприятные ощущения).

Регулярное употребление: никотин – с 23 лет по н.в., алкоголь – с 25 лет до мая 2018 г.

Желание бросить курить есть. Играл в автоматы.

Предпочитаемые ПАВ и путь введения: алкоголь – пиво.

Мотивы употребления алкоголя: скука, депрессии, поднять настроение, забыться.

Суточная толерантность: алкоголь – пиво 4 % – 4,5 л, водка – 500 мл.

Форма употребления алкоголя: периодическая.

Форма опьянения: простая.

Потеря количественного контроля с 30 лет. Палимпсесты были.

Похмельный синдром и псевдозапой – с 30 лет. Периоды употребления алкоголя – до 1 месяца с перерывами 1–2 месяца.

Перенесенные алкогольные психозы: отрицает.

Со слов пациента, воздержание от алкоголя – почти 2 года.

Прежние методы лечения и самостоятельные ремиссии: в 2012 г. единственная госпитализация в наркологическую больницу.

Направлен участковым психиатром-наркологом на курс реабилитации в амбулаторном режиме в ОМР филиала № 8.

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Абстинентных явлений нет. Выглядит соответственно возрасту. Телосложение правильное, нормостеническое. Рост 178 см, вес 78 кг. Кожные покровы лица обычной окраски, чистые. Периферическая венозная сеть выражена хорошо. Свежих нарушений кожных покровов нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 74 удара в 1 мин, АД = 135/75 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Аппетит хороший. Периферических отеков нет.

Неврологический статус. Походка не нарушена. Зрачки: OD = OS, фотореакция адекватная. Нистагм не выявлен. Тремора нет. Кожная чувствительность и сухожильные рефлексы в норме, D = S. Координационные пробы выполняет без промахов, симметрично. В позе Ромберга устойчивость не нарушена, речь не нарушена. Менингеальных знаков, патологических рефлексов нет.

Психический статус. Пришел на первичный прием в назначенное время. Сознание ясное. Ориентация в пространстве и времени правильная. Внешний вид опрятный. Сидит в открытой позе. Спокоен. Движения неуверенные. Поведение конгруэнтное, упорядоченное. Контакт доступен. Отношение к обследованию безразличное. Выполнение инструкций усваивает не сразу. Результатами обследования не интересуется. Держится сдержано, дистанцию соблюдает. Визуальный контакт поддерживает. На вопросы отвечает откровенно, по существу, развернуто, в плане заданного вопроса, достаточно информативно. Наркологический анамнез не скрывает. Отмечается нарушение памяти на хронологию событий. Речь внятная, ясная, грамматически правильная, в обычном темпе. Голос нормального звучания, эмоционально хорошо модулированный. Внимание устойчивое. Фон настроения на протяжении беседы ровный. Эмоциональные реакции адекватные. Мимика выразительная, адекватная переживаемым эмоциям. Уровень интеллекта умеренно снижен. Мышление не нарушено, последовательное. Темп психической деятельности: снижен. Преобладает конкретное мышление. Суждения поверхностные, противоречивые. Влечение к ПАВ отрицает уверенно. Самоконтроль достаточный. Бреда, галлюцинаций не выявлено. Утомляемость и снижение концентрации внимания в

процессе интеллектуальных нагрузок умеренно выражены. Критика к заболеванию и текущему состоянию формальная, декларативная, фрагментарная. Исходная осведомленность о курсе реабилитации и мотивированность на его прохождение достаточные. Вид согласия на прохождение ЛРП – добровольно-принудительное. Мотивы согласия на прохождение реабилитационного курса прагматические. Установка на трезвость формально аргументирована и недостаточно осмыслена.

Перенесенные заболевания: ЧМТ, судороги и хирургические операции – отрицает.

Консультация клинического психолога (19.02.2020 года)

Пациент направлен на первичную консультацию медицинского психолога врачом – психиатром-наркологом в рамках прохождения реабилитационной программы. На наблюдении в НД состоит с 2012 года. Наследственность, со слов пациента, наркологическими заболеваниями не отягощена. Образование среднее. В настоящее время работает охранником; в целом, очевидно, профессии не имеет («у меня их много»). Разведен, детей не имеет. В настоящее время проживает в отдельной квартире. На приеме в ясном сознании, ориентирован в месте, времени, пространстве верно. Опрятен, контакту доступен в полной мере, устанавливает его легко и быстро. Дистанцию соблюдает. В ходе обследования чуть напряжен, скорее закрыт, доброжелателен. На вопросы отвечает в плане заданного, достаточно кратко. Темп речи – средний, ровный. Мимика небогатая, живая. Актуальных жалоб на психологическое состояние / психическое здоровье не высказывает. Пациент признает приблизительно 15-летний стаж систематического употребления алкоголя. Сообщает, что активно алкоголизироваться стал не более 20 лет назад («В 90-е особо и не пил...»), наблюдались запои (продолжительностью до нескольких месяцев). Мотивация употребления – скорее атактическая («Перемены в жизни были, не все складывалось – стал выпивать»). В 2012 году обратился за наркологической помощью в НБ. По окончании лечения продолжал «неправильный образ жизни» (систематический прием алкоголя), вплоть до 2018 года.

Пациент отрицает употребление алкоголя с мая 2018 года. Мотивация трезвости формировалась постепенно («Мысли нехорошие стали появляться, поумирало народу много вокруг»), носила скорее «внутренний» характер («В одно утро проснулся с пониманием, что надо заканчивать»). Отказ от алкоголя произошел без наркологической помощи («Недельку «переболел» – и в целом все, нормально перенес»). Групп самопомощи пациент не посещает. Эпизодически возникающие мысли о приеме алкоголя не отрицаются. Провоцирующих прием алкоголя ситуаций пациент намеренно избегает. Развернутого исследования когнитивного функционирования не проводилось (можно предположить отсутствие грубо выраженных специфических черт в работе ВПФ). Среди эмоционально-личностных особенностей можно выделить черты скудности потребностной сферы, невысокую способность к рефлексии, вероятное наличие мягко выраженной склонности к депрессивным переживаниям.

Таким образом, результаты обследования пациента позволяют предположить вероятное отсутствие грубо выраженных особенностей когнитивного функционирования у личности с декларируемой устойчивой мотивацией

трезвости. Рекомендуются посещение основного курса реабилитационных мероприятий в ОМР, динамическое наблюдение, повторная консультация медицинского психолога.

Осмотр психотерапевта

Тестирование: тест COPE, тест Докинза, тест на религиозность, тест на эрудицию, тест MIS.

Тип нервной системы: слабый. Темперамент: меланхолический. Тип личности: астенический.

Самооценка: неустойчивая.

Уровень притязаний: низкий.

Самооценка пациентом своего характера в состоянии трезвости: очень общительный, в меру уступчивый, вспыльчивый, решительный, отходчивый, очень добрый, щедрый, в меру ранимый, твердый, не всегда легко отказать, скромный.

Мировоззрение: обыденное.

Уровень общей осведомленности: низкий.

УКП: –7.

Основные копинг-стратегии: психическое избегание, религиозный копинг.

Мышление: несамостоятельное, некритичное, неглубокое, негибкое.

Доля магического мышления: 69 %.

Профиль физиологической асимметрии: правый.

Ведущая репрезентативная система: кинестетическая.

Личностные особенности: пробелы в знаниях об окружающем мире, консервативный способ мышления, неумение справляться со стрессовыми ситуациями, ригидность установок, зависимый (конформный) стиль поведения, узость кругозора, ограниченность интересов.

Срок предполагаемого воздержания от алкоголя: тах.

Настрой на абсолютную трезвость: есть.

Отношение к будущему: позитивное.

Субъективный возраст: 18 лет.

Планы на будущее: «Жить долго и счастливо, достигать своих целей», но каких – назвать не может.

Основные жизненные ценности: родные.

Образ жизни. Хобби: спорт (плавание, спортзал), «читать всякие книжки».

Спорт: с 7 до 14 лет – боевые единоборства, позже просто поддерживает форму. Питается 3 раза в день. Крепкий чай не употребляет. Кофе 1 раз в день утром. Спит 8 часов в сутки.

Религиозность. Отношение к вере: неопределенное.

Вера в Бога: верит.

Смысл слова «Бог»: Троица.

Конфессия: православие.

Степень веры: внешняя.

Ритуалы: крест носит, посещение храмов 10 раз в год, крестится, заходя в церковь и проходя мимо, молитвы знает, посты не соблюдает, на Крещение в проруби не купается, Библию читал – Евангелие, паломничество совершал в Израиль, нецензурно выражается.

Отношение к смерти. Мысли о смерти: думает – «успеет ли все до нее». Суицидальные мысли и поступки отрицает. В судьбу верит на 20 %. В жизнь после смерти: верит. Экстремальные ситуации: отрицает. Хочет прожить до 75 лет (+34). Хотел бы продлить жизнь в здравии. Смысл жизни сформулировать не может.

Вид страха смерти: страх небытия, страх неопределенности, страх за тело, страх вида смерти, страх знания даты смерти, страх не успеть реализовать свои мечты, страх за других людей, страх смерти других. Самое страшное возможное событие – потеря близких людей.

Психотерапевтические мишени: анозогнозия, астенический синдром, низкая способность к рефлексии, несостоятельность при решении повседневных проблем, отсутствие устойчивых интересов.

Заключение психотерапевта: исходная личностная акцентуация – астеническая.

Личностное развитие до формирования основного заболевания: конформное.

В настоящее время на первый план выступает астеническая личность с неопределенной картиной мира, с потребностью в преодолении ограничений.

Целесообразно прохождение групповой терапии в рамках реабилитационной программы «Катехизис».

Пациент выбрал программу «Катехизис».

Диагноз по МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия. В настоящее время воздержание. F10.20.2. Ремиссия 1 год 5 месяцев.

Фармакотерапия: не назначена.

Динамическое наблюдение. Лечение. Прошел первичную консультацию психиатра-нарколога, психотерапевта, консультацию медицинского психолога, специалиста по социальной работе и 7 групповых занятий. Достаточно систематически посетил 7 групповых занятий (из них 2 повторно). На занятиях был преимущественно пассивен. Обратная связь поверхностно отрефлексирована.

Динамический статус: без существенной динамики. Увеличилась с 69 % до 88 % доля магического мышления за счет увеличения теистического радикала.

Заключение психолога при выписке

На приеме психолога: в ясном сознании, ориентирован в месте, времени, пространстве верно. Опрятен, контакту доступен в полной мере, устанавливает его легко. В ходе обследования закрыт, доброжелателен. На вопросы отвечает в плане заданного, развернуто. Актуальных жалоб нет.

Пациент признает приблизительно 15-летний стаж систематического употребления алкоголя. Сообщает, что активно алкоголизироваться стал не более 20 лет назад. Мотивация употребления – скорее атарактическая. В период злоупотребления наблюдались запои (до нескольких месяцев).

В 2011 году впервые обратился за наркологической помощью в НБ. По окончании лечения возобновил алкоголизации и продолжал их (системно). Систематическое употребление алкоголя пациентом отрицается с мая 2018 года. Мотивация трезвости формировалась постепенно (в основном «через страх»), носила скорее «внутренний» характер. Отказ от алкоголя произошел без наркологической помощи. Эпизодически возникающие мысли о приеме алкоголя

не отрицаются. Провоцирующих прием алкоголя ситуаций пациент намеренно избегает. Согласно результатам экспресс-исследования когнитивного функционирования, можно предположить отсутствие грубо выраженных специфических черт в работе ВПФ. Среди эмоционально-личностных особенностей можно выделить невысокую способность к рефлексии, вероятное наличие мягко выраженной склонности к депрессивным переживаниям.

В данное реабилитационное отделение поступал трижды, был выписан в июне 2020 года за уклонение от посещения занятий, осенью того же года – за прохождение краткого курса. В ходе третьего наблюдения в отделении от посещения реабилитации также уклонялся. За время динамического наблюдения в течение 3 лет регулярно ежемесячно посещал лечащего врача – психиатра-нарколога в диспансере, своевременно проходил лабораторное обследование и экспресс-тестирование на наличие ПАВ. Результаты обследования подтверждали ремиссию. Выписан из отделения реабилитации в связи с прохождением краткого курса амбулаторной программы реабилитации «Катехизис». Прогноз на длительную ремиссию сомнительный.

Результаты тестирования

Результаты тестирования представлены на Рисунках 1–4 настоящего Приложения.

Тест на копинг-стратегии

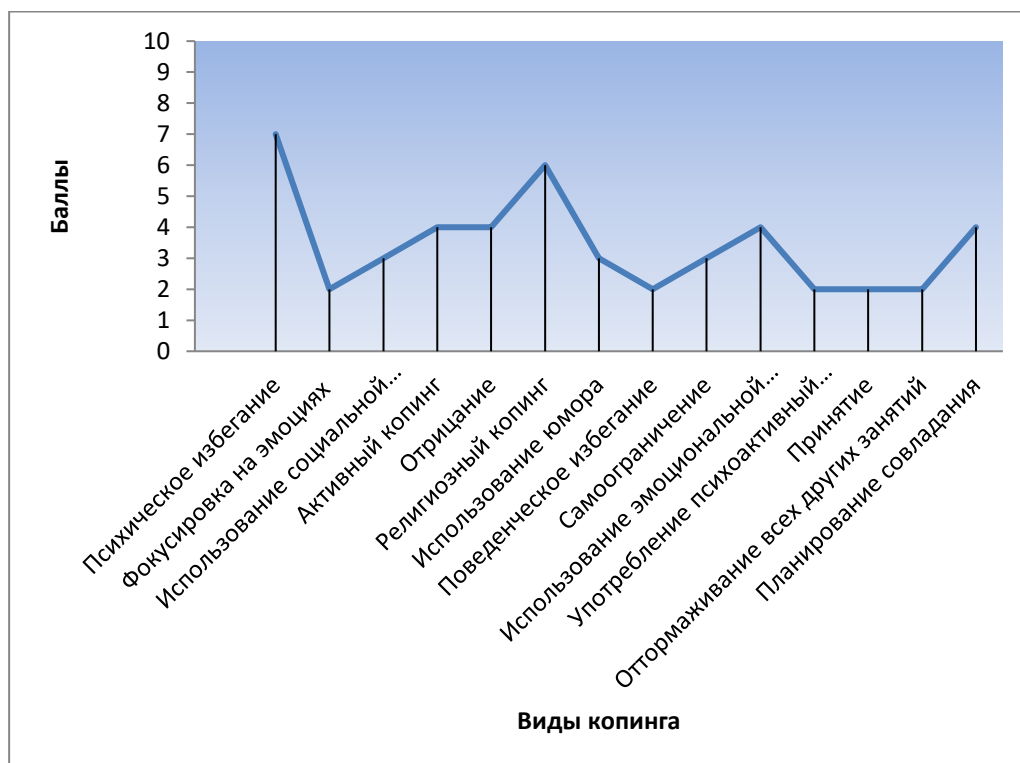


Рисунок 1 – Тест COPE от 19.02.2020 г.

Тест на эрудицию

№ карты: 1942

Ф.И.О.: Ж.

Дата: 19.02.2020 г.

УКП: -7 (высокий > 30, средний от 15 до 30, низкий <15)

Верно: 3

Неверно: 2

Нет ответа: 16

Результат анкеты Докинза: 1 6 2

Степень противоречия: 1

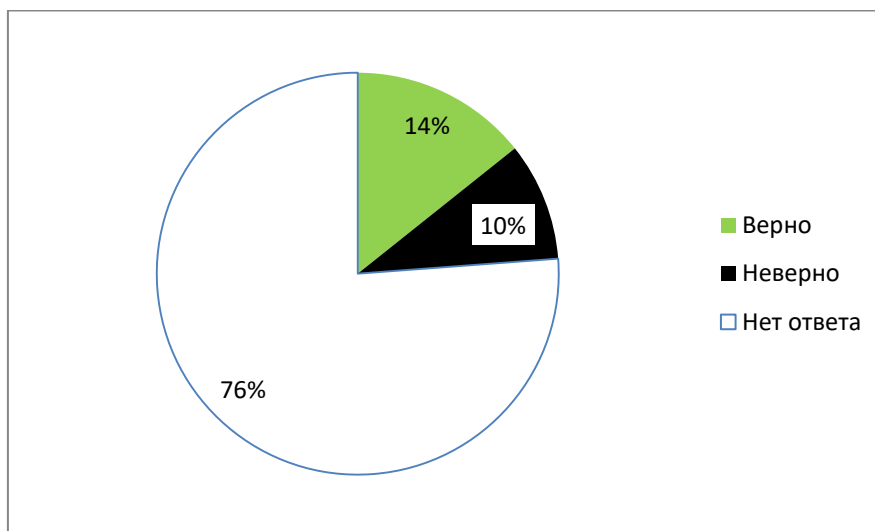


Рисунок 2 – Тест на эрудицию от 19.02.2020 г.

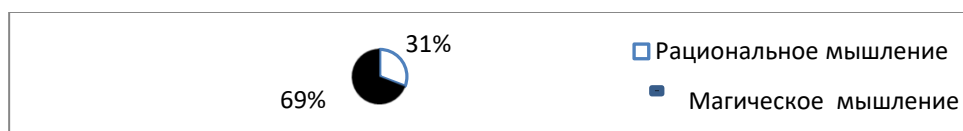
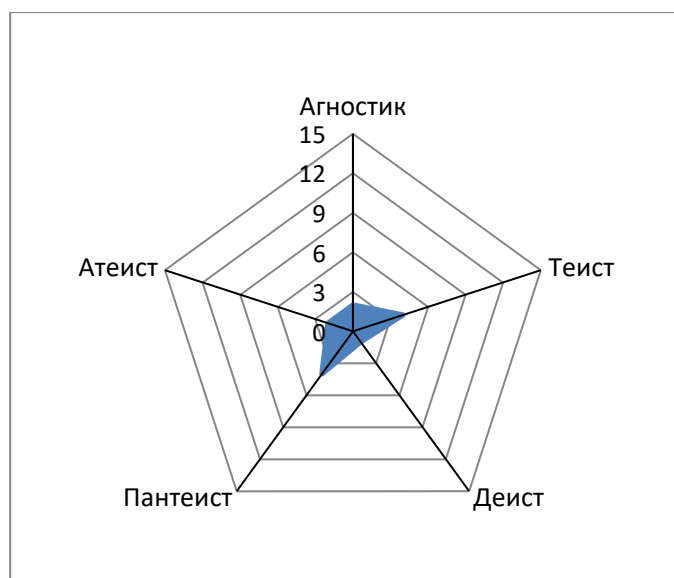


Рисунок 3 – Тест на религиозность от 19.02.2020 г.

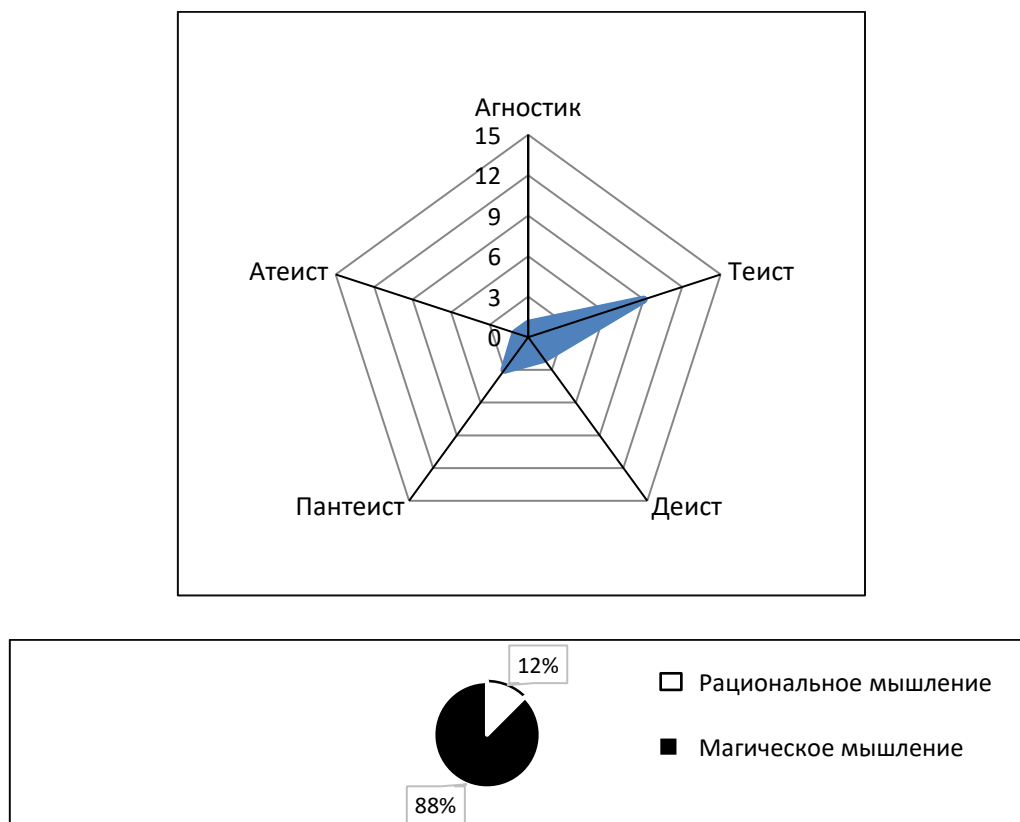


Рисунок 4 – Тест на веру от 05.06.2020 г.

Заключение

В результате проведения реабилитационных мероприятий удалось уменьшить степень анозогнозии. Укрепилась мотивация на трезвость. Признаков срывов и рецидивов заболевания не отмечено.

В результате прохождения краткого курса реабилитации по религиозной программе «Катехизис» увеличился уровень магического мышления. Неопределенное мировоззрение до курса реабилитации структурировалось после посещения занятий вокруг теизма. Однако групповые занятия посещал нерегулярно, ссылаясь на трудовую занятость.

Пациент продолжает наблюдаться участковым психиатром-наркологом. Признаков срывов и рецидивов заболевания не отмечено.

Спустя год после выписки из ОМР ремиссия сохраняется.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 3

(карта № 1654)

Больной Д., 1976 г.р., прошел курс амбулаторный реабилитации в ОМР филиала № 8 (НД № 8) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» с 19.02.2020 года по 05.06.2020 года с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия. Высокопрогредиентное течение. В настоящее время воздержание. F10.20.2. Ремиссия 1 год 9 месяцев.

Жалобы: не предъявляет.

Анамнез со слов больного. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец страдал алкоголизмом. Родился в полной семье третьим ребенком, две старшие сестры – сводные по матери. Средняя сестра имеет инвалидность по шизофрении. Беременность и роды у матери протекали нормально. Родители: отец – реставратор, мать – работала в отделе кадров. Родители умерли. Отец умер в 2016 году, мама – в 2003 году. Детские дошкольные учреждения посещал. Взаимоотношения в родительской семье были равные. Стиль воспитания демократический, физические наказания не использовались. Отношение к самому больному хорошее, доброжелательное. Раннее развитие без особенностей. Материальное положение семьи было достаточное. Папа достаточно зарабатывал. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, с интересом. Любимые предметы – математика, русский язык, литература. Классы не дублировал. В детстве был спокойным, добрым, активным, любознательным, «любил читать», общительным. Занимался боксом. Имеет разряд. Предпочтительного общения в зависимости от возраста не было. В развитии от сверстников не отставал. Участие в неформальных молодежных объединениях и побеги из дома отрицает. Окончил 11 классов, не служил в Советской Армии (по причине ожирения, миопии). Окончил в 1999 году ВУЗ (по специальности геохимик). После института занимался научными исследованиями в университете. Уходил в бизнес. Далее занимался экологией и работал инженером-геологом. В настоящее время работает главным инженером. Женат, трое детей, сын – 16 лет, две дочери – 2008 г.р. и 2011 г.р. Жена алкоголь употребляет редко. Проживает в отдельной квартире с семьей. Конфликты старается избегать как в социуме, так и в семье. В состоянии алкогольного опьянения спокоен, замкнут, «разговариваю сам с собой», философствует, смотрит мультики. Приводы в полицию, судимости отрицает.

Наркологический анамнез. В данное реабилитационное отделение поступает впервые.

Впервые попробовал алкоголь в 16 лет. Ощущения понравились, «чувство приятной расслабленности». Заметно выраженное вегето-мимическое оживление при воспоминании. Вторая проба через короткий промежуток времени, «напились» в деревне до беспамятства. Далее употреблял эпизодически «за компанию с ребятами». Начиная с 18 лет под влиянием друзей начал алкоголизироваться не реже 1 раза в неделю. С 25 лет постепенно нарастали частота употребления и

количество выпитого алкоголя. Утратился количественный и ситуационный контроль. Мотив употребления алкоголя – уход от реальности. В возрасте 30 лет употребление приняло характер псевдозапоев продолжительностью до 3–5 дней с промежутками от 1–2 недель. Также был сформирован алкогольный абстинентный синдром в виде тревожности, бессонницы, выраженного тремора, общего дискомфорта, влечения к алкоголю. Рвотный рефлекс утрачен. Первичное влечение к алкоголю без борьбы мотивов. Толерантность – до 1,5 л коньяка. Амнезирует события опьянения по типу палимпсестов. Два раза терял бумажник с документами. Потерял 300 тыс. рублей. Последние 4 года употребление приняло постоянный характер. Два года не употреблял после лечения в стационаре. После Нового года – 2018 произошел срыв продолжительностью 3 месяца. Обратился в стационар, в марте 2018 года прошел лечение в стационаре ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». С тех пор алкоголь не употребляет. Но в дальнейшей беседе признался, что употребил алкоголь 8 месяцев назад.

В состоянии опьянения спокоен, добродушен.

Табакокурение: курит с 16 лет. Первая проба в компании сверстников. Начал курить ежедневно с 22 лет. Ситуационный контроль был утрачен. Суточная доза – 10 сигарет. Самостоятельные ремиссии отрицает, к врачам за помощью обращений не было. Курил до 26 лет. Далее самостоятельно прекратил употребление в связи с тем, что родился сын.

Употребление ПАВ других групп категорически отрицает.

Прежние методы лечения и самостоятельные ремиссии: дважды лечился стационарно. Последний раз – в 19-й НБ в марте 2018 года.

Направлен участковым психиатром-наркологом на курс реабилитации в амбулаторном режиме в ОМР филиала № 8.

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Абстинентных явлений нет. Выглядит соответственно возрасту. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост 182 см, вес 118 кг. Кожные покровы лица обычной окраски, чистые. Периферическая венозная сеть выражена хорошо. Свежих нарушений кожных покровов нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 78 ударов в 1 мин, АД = 130/75 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Аппетит хороший. Периферических отеков нет.

Неврологический статус. Походка не нарушена. Зрачки: OD = OS, фотореакция адекватная. Нистагм не выявлен. Тремора нет. Кожная чувствительность и сухожильные рефлексы в норме, D = S. Координационные пробы выполняет без промахов, симметрично. В позе Ромберга устойчивость не нарушена, речь не нарушена. Менингеальных знаков, патологических рефлексов нет.

Психический статус. Пришел на первичный прием без записи, по письменному обращению. Сознание ясное. Ориентация в пространстве и времени правильная. Внешний вид немного неопрятный. Сидит в свободной позе, открыт, многоречив. Демонстративен. Ищет к себе особого отношения и повышенного внимания. Уравновешен. Движения уверенные. Поведение конгруэнтное,

упорядоченное. Контакт доступен. В беседе раскрывается. Держится свободно, дистанцию соблюдает, доброжелателен. Визуальный контакт поддерживает. Рассказывает о себе подробно. На вопросы отвечает откровенно, в плане заданного вопроса, достаточно информативно. Наркологический анамнез не скрывает. О своей алкоголизации говорит не скрывая. Речь внятная, ясная, обычного темпа. Голос нормального звучания, эмоционально хорошо модулированный. Память хорошая. Внимание удерживает. Фон настроения на протяжении беседы ровный. Эмоциональные реакции адекватные, демонстрируемые. Мимика выразительная, адекватная переживаемым эмоциям. Уровень интеллекта высокий. Интеллект развит соответственно полученному образованию. Общий уровень культуры, образования и словарный запас высокие. Задает многочисленные уточняющие вопросы, пытается показать высокий образовательный уровень. Мышление не нарушено, последовательное. Темп психической деятельности: достаточный. Преобладает абстрактно-логическое мышление. Продуктивному контакту доступен. Влечение к ПАВ отрицает уверенно. Самоконтроль достаточный. Бреда, галлюцинаций не выявлено. Утомляемости и снижения концентрации внимания в процессе интеллектуальных нагрузок не отмечено. Критика к заболеванию и текущему состоянию формируемая.

Исходная осведомленность о курсе реабилитации и мотивированность на его прохождение достаточные. Вид согласия на прохождение ЛРП – добровольное. Мотивы согласия на прохождение реабилитационного курса прагматические. Установка на трезвость формально аргументирована и недостаточно осмыслена.

Перенесенные заболевания: ЧМТ, судороги и хирургические операции – отрицает. Перенес пневмонию в августе 2018 года, лечился стационарно.

Консультация клинического психолога (07.11.2018 года)

Направлен в ОМР после лечения в стационаре. Наблюдается в НД с диагнозом психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия. В настоящее время воздержание. Ремиссия – 8 месяцев.

Проживает с женой, тремя детьми. Отношения характеризует как хорошие. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родители умерли (отец – в 2016 году, мать – в 2003 году). Есть две сводные сестры (одна из сестер имеет инвалидность по шизофрении). Образование высшее. В настоящее время трудоустроен, работает геологом.

В контакт вступает охотно. Внешне опрятен. Визуальный контакт поддерживает. Мимика выразительная, адекватная. В беседе спокоен, вежлив. Дистанцию удерживает. Голос обычного звучания. Темп речи невысокий. Речь правильная, диалогическая. Отвечает на вопросы в плане заданного, развернуто. Многоречив, соскальзывает на случайные ассоциации. Эмоциональный фон ровный. Подчеркивает: «Кто понял жизнь, тот не спешит».

Жалоб активно не предъявляет. При расспросе отмечает ухудшение качества сна (трудности засыпания), эпизодические сны об употреблении спиртного. Appetit в норме, вес стабильный (повышенного питания). В детстве страдал ожирением. Настроение ровное, без выраженных колебаний в течение суток. С детства описывает себя как активного, «доброго», отзывчивого. Обладал

лидерскими качествами («всех собирал»), часто назначался «главным» (староста), был обязательным, ответственным.

Отношения в семье были отягощены алкоголизмом отца («Когда он был пьяный, ему было со мной не интересно, когда он был трезвый – мне с ним»). В детстве переживал чувство беспомощности. Суицидальные мысли, эпилептические припадки, хронические заболевания отрицает. Дважды госпитализировался в наркологические больницы (последняя госпитализация в марте 2018 года). В анамнезе перенесенный алкогольный делирий. Пациент определяет «алкоголизм» как «распущенность».

В состоянии опьянения «не думал о проблемах, смотрел мультики» (регрессивное поведение). Пациент прибегал к кодированию, «снял физическую тягу». Со слов, процедура «помогла», но осталась «психологическая зависимость».

Прошел тестирование по опроснику СМОЛ. Результаты можно рассматривать как достоверные. На первый план выходят черты импульсивного типа личности, что указывает на то, что эмоциональное напряжение (при блокаде актуальной потребности) выражается на поведенческом уровне. Обнаруживается пренебрежение к общепринятым нормам, которое может выражаться в агрессивных реакциях или более-менее пассивно. Так, пациент не демонстрирует признаков раздражительности (наоборот, поведение социально ориентированное), однако на групповых и в индивидуальных занятиях обозначает позицию эксперта (задает вопросы, объясняет свое мнение, подвергает ряд высказываний критике), что может косвенно свидетельствовать о противопоставлении себя окружающим, некоторой враждебности. Склонен к рассуждениям, философствованию (которые превращаются в монолог). На установление границ (временных рамок консультации) реагирует недовольством («Я вам надоел?»). В качестве ведущего защитного механизма можно выделить рационализацию.

Таким образом, на момент обследования на первый план выходят многоречивость, внешняя социальная желательность, черты импульсивного типа личности (которые могут выражаться пассивно в форме критики, экспертной установки). Основным защитным механизмом – рационализация. Критика к своему состоянию недостаточная.

Рекомендация: посещение полного курса.

Осмотр психотерапевта

Тестирование: тест COPE, тест Докинза, тест на религиозность, тест на эрудицию, тест MIS.

Тип нервной системы: неуравновешенный. Темперамент: холерический. Тип личности: неустойчивый.

Самооценка: высокая. Уровень притязаний: высокий.

Самооценка пациентом своего характера в состоянии трезвости: очень общительный, в меру уступчивый, уравновешенный, нерешительный, отходчивый, очень добрый, щедрый, в меру ранимый, мягкий, легко может отказать людям, незастенчивый.

Мировоззрение: обыденное.

Уровень общей осведомленности: достаточный.

УКП: 27.

Основные копинг-стратегии: активный копинг, использование юмора, использование эмоциональной поддержки, принятие, оттормаживание всех других занятий, планирование совладания.

Мышление: несамостоятельное, некритичное, неглубокое, гибкое.

Доля магического мышления: 56 %.

Профиль физиологической асимметрии: правый.

Ведущая репрезентативная система: визуальная.

Личностные особенности: неумение справляться со стрессовыми ситуациями, зависимый (конформный) стиль поведения, склонность к рефлексии, ограниченность интересов.

Срок предполагаемого воздержания от ПАВ: max.

Настрой на абсолютную трезвость есть, но представить себя в будущем трезвым не может.

Отношение к будущему: позитивное.

Субъективный возраст: 25 лет.

Планы на будущее: через 3 года в 45 лет выйти на пенсию (обрести финансовую независимость).

Основные жизненные ценности: жена и дети.

Образ жизни. Хобби: читать книги и сравнивать с экранизацией. Спорт: в школе и на 1-м курсе института занимался боксом – I взр. разряд.

Питается 4 раза в день. Крепкий чай употребляет. Кофе 2–3 раз в день. Спит 6–7 часов в сутки.

Религиозность. Отношение к вере: неопределенное.

Вера в Бога: верит.

Смысл слова «Бог»: Троица.

Конфессия: православие.

Степень веры: внешняя.

Ритуалы: крест не носит, посещение храмов 1 раз в год, крестится, молитвы не знает, посты соблюдает редко (2 больших поста), на Крещение в проруби не купается, Библию читал частично, паломничество не совершал, нецензурно выражается.

Отношение к смерти. Мысли о смерти: приходит осознание, что когда-то это случится. Суицидальные мысли и поступки отрицает. Передозировок не было. В судьбу не верит. В жизнь после смерти верит. Экстремальные ситуации: чуть не умер в последний запой – был без сознания. Хочет прожить до 90 лет (+48). Хотел бы продлить жизнь в здравии. Смысл жизни – «дождаться встречи с инопланетянами».

Вид страха смерти: страх небытия, страх неопределенности, страх за тело, страх вида смерти, страх знания даты смерти, страх не успеть реализовать свои мечты, страх за других людей, страх смерти других. Самое страшное возможное событие – потеря детей.

Психотерапевтические мишени: анозогнозия, патологическое влечение к ПАВ, искаженные представления о реабилитации, нечеткое целеполагание.

Заключение психотерапевта: исходная личностная акцентуация – тревожно-мнительная.

Личностное развитие до формирования основного заболевания: конформное.

В настоящее время на первый план выступает тревожно-сенситивная личность с неопределенной картиной мира, с потребностью в преодолении ограничений.

Целесообразно прохождение групповой терапии в рамках реабилитационной программы «Инсайт».

Пациент выбрал программу «Инсайт».

Диагноз по МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия. В настоящее время воздержание. F10.20.2. Ремиссия 1 год 9 месяцев.

Фармакотерапия: не назначена.

Динамическое наблюдение. Лечение. Прошел первичную консультацию психиатра-нарколога, психотерапевта, консультацию психолога с тестированием, консультации специалиста по социальной работе, групповую психотерапию.

Посетил 19 групповых занятий. Занятия посещал регулярно. На занятиях был внимателен, но пассивен. В анкетах на занятия давал глубоко осмысленную обратную связь.

Динамика положительная. Эмоциональный фон пациента ровный. Степень анозогнозии существенно уменьшилась. Декларирует осознанную и уверенную установку на трезвость. Осознает необходимость вести трезвый образ жизни. Уменьшилась с 56 % до 19 % доля магического мышления за счет уменьшения деистического радикала.

Заключение психолога при выписке

В контакт вступает охотно. Внешне опрятен. Визуальный контакт поддерживает. Мимика выразительная, адекватная. В беседе спокоен, вежлив. Дистанцию удерживает. Голос обычного звучания. Темп речи невысокий. Речь правильная, диалогическая. Отвечает на вопросы в плане заданного, развернуто. Многоречив, соскальзывает на случайные ассоциации. Эмоциональный фон ровный.

Из наркологического анамнеза: дважды стационарировался в наркологические больницы (последняя госпитализация в марте 2018 года). В анамнезе перенесенный алкогольный делирий. Пациент определяет «алкоголизм» как «распущенность». В состоянии опьянения «не думал о проблемах, смотрел мультики» (регрессивное поведение). Пациент прибегал к кодированию, «снял физическую тягу». Со слов, процедура «помогла», но осталась «психологическая зависимость». В настоящее время ПАВ не употребляет. Тягу к ПАВ не актуализирует.

Экспресс-диагностика грубо выраженных изменений когнитивного функционирования не выявила. Состояние мышления соответствует образовательному уровню, специфических особенностей не обнаружено. Нарушений в эмоционально-волевой сфере не обнаружено.

Пациент прошел основной курс реабилитации в ОМР по программе «Инсайт». Посещал занятия систематически. На группе был вовлечен, активен. Часто занимал экспертную позицию, озвучивал критические замечания, демонстрировал высокий уровень осведомленности в темах программы. Соблюдал рекомендации специалистов. Ориентирован на посещение ОМР в факультативном

режиме.

За время динамического наблюдения в течение трех лет регулярно ежемесячно посещал лечащего врача – психиатра-нарколога в диспансере, своевременно проходил лабораторное обследование и экспресс-тестирование на наличие ПАВ. Результаты обследования подтверждали ремиссию.

Выписан из отделения реабилитации в связи с прохождением основного курса реабилитации по программе «Инсайт». Прогноз умеренно благоприятный.

Результаты тестирования

Результаты тестирования представлены на Рисунках 1–4 настоящего Приложения.

Тест на копинг-стратегии

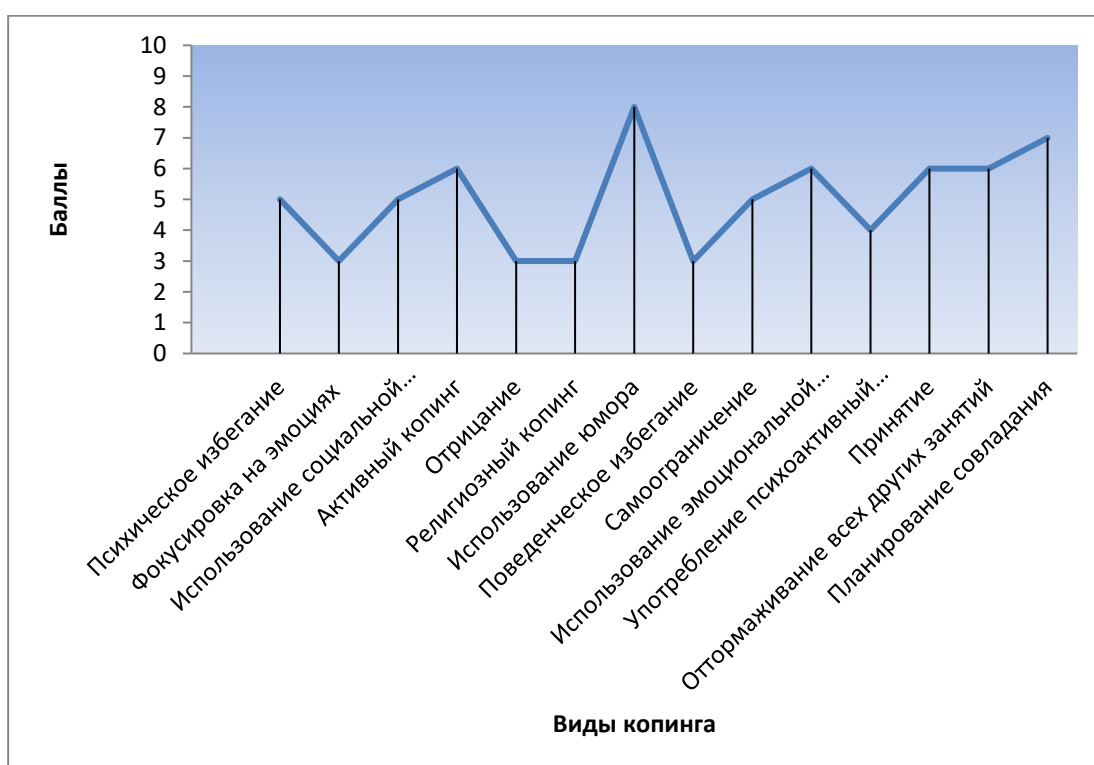


Рисунок 1 – Тест COPE от 19.02.2020 г.

Тест на эрудицию

№ карты: 1654

Ф.И.О.: Д.

Дата: 19.02.2020 г.

УКП: 27 (высокий > 30, средний от 15 до 30, низкий <15)

Верно: 18

Неверно: 1

Нет ответа: 2

Результат анкеты Докинза: 3 6 6

Степень противоречия: 3

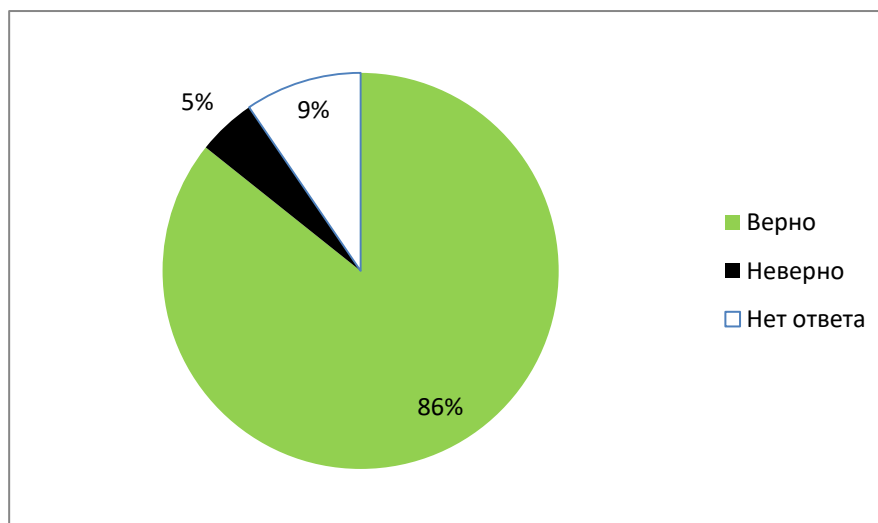


Рисунок 2 – Тест на эрудицию от 19.02.2020 г.

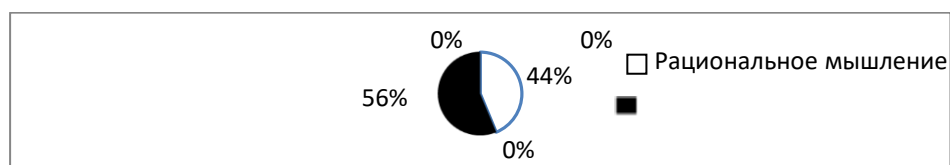


Рисунок 3 – Тест на религиозность от 19.02.2020 г.

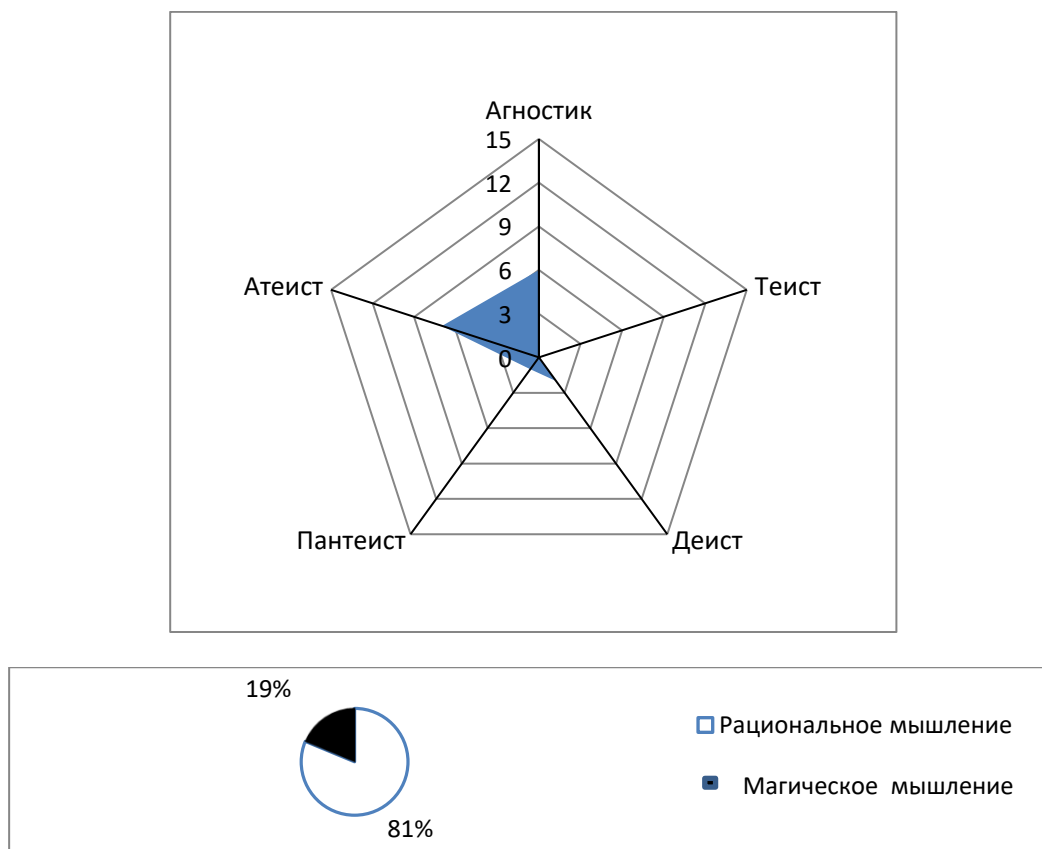


Рисунок 4 – Тест на веру от 05.06.2020 г.

Заключение

В результате прохождения краткого курса реабилитации по научно-мировоззренческой программе «Инсайт» уменьшились уровень магического мышления и степень анозогнозии. Неопределенное мировоззрение до курса реабилитации структурировалось за счет увеличения степени атеизма и агностицизма. Укрепилась мотивация на трезвость. Признаков срывов и рецидивов заболевания не отмечено.

Пациент снят с диспансерного наблюдения по ремиссии.

Спустя год после выписки из ОМР ремиссия сохраняется.