

На правах рукописи

**Кордубан
Владимир Васильевич**

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

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Бузик Олег Жанович

Официальные оппоненты:

Богданов Сергей Иванович, д.м.н., доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии

Сиволап Юрий Павлович, д.м.н., Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института

Ведущая организация:

федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2023 года в ___ на заседании объединенного диссертационного совета 99.2.083.02, созданного на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России по адресу: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (390026, г. Рязань, ул. Шевченко, 34) и на сайте www.rzgmu.ru

Автореферат разослан «_____» _____ 2023 г.

Ученый секретарь
объединенного диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

И.А. Федотов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Согласно Всемирному докладу 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. Несмотря на то, что в течение последних 15 лет в России наблюдается долгосрочная устойчивая тенденция к улучшению наркологической ситуации, количество больных алкогольной и наркотической зависимостью сохраняет опасные для общества масштабы. 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.

Анализ проведенных исследований выявил, что эффективность лечения наркологических пациентов (длительность участия больного в лечебных, психотерапевтических и реабилитационных программах, с последующей ремиссией) находится в прямой зависимости от числа пройденных этапов лечения. Например: проведение детоксикации дает 1-5% ремиссий продолжительностью год; детоксикация и лечение психопатологических расстройств – 15-20% ремиссий продолжительностью не менее года; присоединение психотерапии обеспечивает до 28-30% годовых ремиссий, а подключение ещё и медико-социальной реабилитации – до 40% годовых ремиссий (Брюн Е.А. 2005).

Значение реабилитационного этапа лечения диктует поиск новых методов привлечения наркологических больных к реабилитационным мероприятиям. Ранее были изучены достаточно подробно клинические, личностные и социальные аспекты данной проблемы. Однако при этом мало внимания было уделено ценностно-смысловым характеристикам личности пациента, определяющим всё его поведение. Целесообразность исследования ценностно-смысловых характеристик пациентов недооценена в наркологической практике. По утверждению Е.А. Брюна (2014), согласно ряду исследований, наибольшие проблемы возникают с вовлечением пациентов в реабилитацию и с

формированием стойкой ремиссии, поскольку это связано с разрушением в ходе болезни смысловой сферы личности, бредового паралогического смыслообразования, направленного исключительно на удовлетворение потребности в наркотике, и одновременно возникновением «смыслового вакуума», заполнить который призваны реабилитационные программы.

Современное состояние проблемы. Несмотря на большое количество предлагаемых программ реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами, подавляющее большинство данных программ не отличаются разнообразием и представляют собой терапевтические сообщества и группы самопомощи, имеющие в своей основе идеологию программы «12 шагов АА».

Достаточно широко представлены в мире и конфессиональные реабилитационные программы различных вероисповеданий. Не будучи профессиональными медицинскими организациями, они достигают положительных результатов у части ориентированных на выдвигаемые ими ценности пациентов (Клименко Т.В. с соавт., 2013).

Как отмечает ряд авторов (Никитин Е.А. 2008; Григорьев Г.И. 2010; Цыганков В.А. 2011), «число сторонников духовно ориентированного направления в реабилитации наркозависимых 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». Но указанные программы реабилитации не удовлетворяют всему спектру мировоззрений зависимых лиц, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях. Реабилитационные программы, имеющие в своей основе различные виды психотерапии, например, когнитивно-поведенческую психотерапию, представлены менее широко. Таким образом, явное количественное преобладание 12 шаговых и конфессиональных программ реабилитации делает выбор у наркологических пациентов ограниченным. Поэтому значительная часть больных, не вписавшаяся в предлагаемые рамки, остается вне реабилитации – важнейшего этапа лечебного процесса.

Несмотря на разнообразные методические подходы предлагаемых программ реабилитации и способы 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.

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.

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 работы

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 позволяет повысить эффективность амбулаторных программ реабилитации, с достижением более стойкой и длительной ремиссии у большего наркологических больных.

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, трех 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.

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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в период с 2018 по 2021 годы на базе клинического филиала (наркологического диспансера) № 8 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от 26.11.2018, протокол № 5.

Основная группа пациентов формировалась из лиц, направленных на курс амбулаторной реабилитации в отделение медицинской реабилитации

участковыми психиатрами-наркологами и психиатрами-наркологами дневного стационара диспансера. В исследование вошли пациенты с установленным по критериям МКБ-10 диагнозом синдрома зависимости от психоактивных веществ F10.2 – F19.2 без выделения отдельно никотиновой зависимости. Контрольная группа была сформирована из здоровых лиц – абсолютных и относительных изначальных абстинентов (по классификации Бехтеля Э.Е., 1986): выявленных из числа лиц, обращающихся за получением справок (прошедших медицинское освидетельствование) для разрешения на ношения оружия, вождения автотранспорта, выполнения профессиональных обязанностей и т.п. Все лица, приглашенные к данному исследованию – пациенты и здоровые лица, были проинформированы о научном исследовании, и подписали форму добровольного информированного согласия.

Как прошедшие, так и не прошедшие реабилитационные программы пациенты отбирались в исследование в соответствии со следующими критериями включения: мужской пол, женский пол, возраст от 25 лет, наличие диагноза, выставленного в соответствии с критериями МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Синдром зависимости от ПАВ: «Синдром зависимости от наркотических веществ», «Синдром зависимости от алкоголя».

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), 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 психоактивных веществ. Поскольку основу реабилитационной программы «Катехизис» составляет православная религия, то религиозные пациенты иного вероисповедания также исключались из исследования.

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).

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 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.

Характеристика методов и организация исследования

В работе были использованы клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, 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. В качестве основного эмпирического инструментария применялся следующий психодиагностический блок: для определения мировоззренческих убеждений – тест Докинза (Докинз Р., 2016); шкала уровня магического мышления (Экблад М., Чапман Л.Дж., 1983); тест на

эрудицию – авторская разработка; для оценки личностных реакций совладания в стрессовых ситуациях – Тест COPE (Карвер К., Шейер М., Вейнтраубом Дж. в адаптации Иванова П.А. и Гараняна Н.Г., 2010 – вариант 2); для оценки ценностно-смысловых характеристик применяли тест на веру и экзистенциальное структурированное интервью в авторской разработке.

Эффективность проводимых программ реабилитации определялась на основе динамического и катамнестического наблюдений, учёта длительности ремиссий, частоты «срывов» и рецидивов, а также данных тестирования. Тестирование с использованием психологических методик проводилось дважды – в начале реабилитационного курса и по его завершению.

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

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая численность обследованных наркологических пациентов составила 667 человек, 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: 457 человек – с установленным диагнозом синдрома зависимости от ПАВ, определенным по критериям МКБ-10, и 87 здоровых лиц – абсолютных и относительных изначальных абстинентов. 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).

Среди обследованных лиц группа абстинентов составляет только 16%, что связано с малым её распространением в популяции, в целом.

В распределении по полу в группах с различным диагнозом нами были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Выявлено существенное превалирование мужчин в группах с синдромом зависимости от ПАВ, а с другой стороны, значительное преобладание женщин в группе абстинентов. При этом 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.

С целью исследования личностных особенностей обследуемых лиц нами был выполнен анализ копинг-стратегий в зависимости от наличия или отсутствия диагноза зависимости от ПАВ (F10-19.2) с помощью теста COPE.

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). При оценке личностного роста, психического избегания, фокусировки на эмоциях, использования социальной поддержки, активного копинга, отрицания, самоограничения, принятия, оттормаживания всех других занятий, планирования совладания, нам 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.

Оказалось, 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. 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. Использование юмора как копинг-стратегии, более характерно для пациентов с диагнозом зависимости от наркотических веществ (F11–19.2). А в группе абстинентов просматривается несколько большая, в отличие от групп наркологических пациентов, тенденция к принятию стрессовой ситуации и активному копингу.

Исследование ценностно-смысловых характеристик

С целью изучения ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц мы использовали структурированное интервью и ряд тестов. Исходным тестом был оригинальный тест Р. Докинза на определение степени религиозной веры. Ввиду выявления ряда противоречий данного теста с результатами структурированного интервью мы расширили этот тест, введя в него параметр – «вера в науку», как антагониста веры в сверхъестественные сущности.

По результатам исследования, в согласии с оригинальной шкалой Р. Докинза пациенты делились на три группы, соответствующие трём видам мировоззрения: **теисты** – лица, склонные к религиозному мировоззрению, **неопределившиеся в убеждениях** – непредубеждённые с обыденным мировоззрением, **атеисты** – лица, склонные к научному мировоззрению. В расширенную шкалу Р. Докинза были добавлены две характеристики: отношение к психоактивным веществам и отношение к науке в трактовке и

последовательности аналогичной столбцу «вера в сверхъестественное существо», как в оригинальном тесте.

Для сортировки пациентов по разным по мировоззрению программам реабилитации, на основании расширенного теста Р. Докинза и теста на эрудицию, рассчитывался интегрирующий их показатель – «уровень когнитивного потенциала» (УКП) по эмпирически выведенной нами формуле:

$$\text{КП} = \text{УЭ} + \text{ПД} - \text{СП}$$

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

Уровень когнитивного потенциала расценивался как:

<15 – низкий когнитивный потенциал; от 15 до 30 – средний когнитивный потенциал; > 30 – высокий когнитивный потенциал.

При оценке уровня когнитивного потенциала, прежде всего, учитывается качественная составляющая исследуемых показателей. УКП оценивает не просто память, уровень образования и интеллект, в предлагаемой формуле 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.

Различия мировоззренческих убеждений пациентов с синдромом зависимости от ПАВ и абстинентов. Одним из основных отличительных признаков мировоззрения является вера в сверхъестественные сущности – Бога и т.п. Данные полученные по пациентам и абстинентам согласно оригинальному тесту Р. Докинза и его расширенному варианту с учётом противоречий выглядят следующим образом:



Рисунок 1 – Вера в Бога среди обследованных лиц (оригинальный тест Р. Докинза) ($p < 0,001$)



Рисунок 2 – Вера в Бога среди обследованных лиц (расширенный тест Р. Докинза) ($p < 0,001$)

При ответе на расширенный тест Р. Докинза 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 расчёте в группу неопределившихся в убеждениях были отнесены все обследуемые лица с уровнем противоречий

более двух. Полученное распределение обследуемых лиц (рис. 2) представляется статистически более верным, в сравнении с оригинальным тестом Р. Докинза (рис. 1).

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 Р. Докинза с учётом 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%.

Взаимосвязь уровня когнитивного потенциала и степени магического мышления. Магическое мышление – это иррациональная вера в то, что силой своих мыслей мы можем изменить реальность, повлиять на других людей, предметы или события. Основными признаками магического мышления являются игнорирование законов логики, нечувствительность к объективным причинно-следственным связям. Магическое мышление часто связано с психическим расстройством, и, в связи с этим, в психиатрии ведено в классификацию DSM-IV под кодом V62.89 «Религиозные и духовные проблемы». Е.А. Брюн (2020) анализируя механизмы смыслообразования, выделяет наличие магического мышления в структуре измененных состояний сознания, в том числе при употреблении ПАВ.

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

Связь степени магического мышления с наркологическим диагнозом.

Для уточнения полученных данных был выполнен анализ связи магического мышления (как интегрирующего фактора уровня религиозного мировоззрения) с наркологическим диагнозом. При сопоставлении степени магического мышления и диагноза, были установлены статистически значимые различия ($p = 0,012$). Оказалось, что в группе абстинентов шире, чем в группах пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, представлены 2 полюса – веры и неверия. Количество неопределившихся в убеждениях лиц (средняя степень магического мышления) в группе абстинентов меньше, чем в группах больных с синдромом зависимости от ПАВ.

При анализе 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 большая 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 счёт уменьшения доли обыденного (несистематизированного) мировоззрения, что свидетельствует о большей конкретности и структурированности мировоззрения абстинентов по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от психоактивных веществ. Полученные данные позволяют сделать

предположение, что структурирование и систематизация мировоззрения наркологического пациента вокруг близкой ему трезвеннической парадигмы может способствовать сохранению трезвости.

Распределение пациентов по программам реабилитации в зависимости от УКП. При анализе взаимосвязи между УКП и выбором программы реабилитации, установлены существенные различия ($p < 0,001$). 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».

Программы реабилитации и степень магического мышления. При оценке программ реабилитации в зависимости от степени магического мышления, нами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Оказалось, что низкая степень магического мышления была характерна для пациентов программы «Инсайт», более высокая степень характерна для пациентов программы «Первый шаг», а самая высокая степень магического мышления свойственна пациентам программы «Катехизис».

Эффективность прохождения программ реабилитации

Динамика степени магического мышления. При сопоставлении степени магического мышления пациентов до и после реабилитации были выявлены существенные различия в зависимости от пройденных ими программ реабилитации ($p < 0,001$). 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.

Годовая ремиссия и анализ факторов её определяющих

При оценке годовой ремиссии у пациентов в зависимости от программ

реабилитации, были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,001$). Анализ показал, 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 противоположной: если после прохождения программ реабилитации достигли годовой ремиссии 2/3 пациентов, то у не прошедших реабилитацию у 2/3 пациентов произошел рецидив.

Объём пройденной программы реабилитации и приверженность пациентов к реабилитационным мероприятиям

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 трёх 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. Исходя из полученных данных, следует 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.

Мы полагаем, что 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.

Разработанный и апробированный в настоящем исследовании подход, когда пациент направляется в реабилитационную программу, соответствующую его ценностно-смысловым характеристикам, доказал свою высокую

эффективность и адекватность для решения задач повышения приверженности к лечению, снижения количества срывов и рецидивов.

Таким образом, учёт 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 ведёт к улучшению качества и продолжительности ремиссии.

Предлагаемые в диссертации мероприятия рекомендованы для внедрения в работу наркологических учреждений, а полученные результаты – в обучение психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов и других специалистов.

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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Кордубан В.В.** Определение мировоззрения и уровня магического мышления у пациентов с химическими зависимостями с целью оптимального выбора амбулаторной программы реабилитации // Материалы 16-й юбилейной Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия, психосоциальная реабилитация и психологическая помощь сегодня». – М.: РУДН, 2019. – С. 127–131.
2. **Кордубан В.В.** Значение ценностно-смысловых характеристик ведущего мировоззрения при выборе программ амбулаторной реабилитации наркологических пациентов / В.В. Кордубан, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Наркология. – 2020. – Т. 19, № 12. – С. 42-52.
3. Агибалова Т.В. Дифференциация наркологических пациентов по ведущему мировоззрению с целью оптимального выбора реабилитационной программы / Т.В. Агибалова, **В.В. Кордубан**, О.Ж. Бузик // Материалы XVII съезда психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению». – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 904 – 906.
4. **Кордубан В.В.** Значение ведущих копинг-стратегий в третичной профилактике наркологических заболеваний / В.В. Кордубан, О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова // Тезисы IX Всероссийского ежегодного психиатрического форум с научно-практической конференцией «Патогенез, диагностика и лечение психических расстройств: шаги вперед». – Москва: ООО «СИНАПС», 2021. – С. 72.
5. **Кордубан В.В.** Отличительные признаки мировоззрения наркологических пациентов и их использование в программах третичной профилактики (обзор литературы) / В.В. Кордубан, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Наркология. – 2021. – Т. 20, № 12. – С. 70–86.
6. Бузик О.Ж. Значение снижения масштаба никотиновой зависимости в целях профилактики наркологических заболеваний / О.Ж. Бузик, **В.В. Кордубан**, Т.В. Агибалова // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI», посвященного 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – С. 121.
7. **Кордубан В.В.** Сравнительный анализ личностных и ценностно-смысловых характеристик наркологических больных и здоровых лиц (абстинентов) в аспекте третичной профилактики / В.В. Кордубан, О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2022. – Т. 30, № 4. С. 519–529. DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ109308>.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АА	–	сообщество «Анонимных алкоголиков»
АН	–	сообщество «Анонимных наркоманов»
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
МКБ-10	–	Международная классификация болезней 10-го созыва
НД	–	наркологический диспансер
ОМР	–	отделение медицинской реабилитации
ООН	–	Организация Объединенных Наций
ПАВ	–	психоактивные вещества
УКП	–	уровень когнитивного потенциала
СОРЕ	–	тест определения копинг-стратегий