

На правах рукописи

Нобатова Виктория Николаевна

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ
У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРОШЕДШИХ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ**

14.01.27 – 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 **Агибалова Татьяна Васильевна**

Официальные оппоненты:

- доктор медицинских наук, профессор **Шустов Дмитрий Иванович** – заведующий кафедрой психиатрии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России;

- доктор медицинских наук, доцент **Березкин Александр Сергеевич** – заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов».

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Защита состоится «05» апреля 2022 г. в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г.Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте www.serbsky.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2022 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Ремиссия у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) – главный показатель эффективности лечения. Вместе с профилактикой рецидивов на ранней стадии выздоровления стабилизация ремиссий становится приоритетной задачей терапии (Винникова М.А., 2009; Рыбакова К.В. с соавт., 2012; Fleury M.J. et al., 2016). В настоящее время происходит становление системы преемственной профессиональной реабилитационной помощи больным наркологического профиля и их семьям. Адекватное использование реабилитационных технологий повышает эффективность работы с больными до 70 % (Брюн Е.А., 2007; Дудко Т.Н., 2012; Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013; Клименко Т.В., Губанов Г.А., Козлов А.А., 2018; Fleury M.J. et al., 2016). Учитывая, что после достижения 3-летней ремиссии пациенты покидают медицинское наблюдение и дальнейший катамнез остается малоизученным, сохраняется риск срыва/рецидива, психологических и психопатологических расстройств, связанных с зависимостью (Агибалова Т.В., Недобыльский О.В., 2014; Агибалова Т.В. с соавт., 2017; Trim R.S. et al., 2013; Han S.Y. et al., 2015; McCabe S.E. et al., 2016; Shiraly R., Taghva M., 2018).

Целесообразно проводить профилактику рецидивов не только в период динамического наблюдения, но и после, в связи с чем возникает необходимость исследования показателей длительных ремиссий. Важны не только продолжительность ремиссии, но и ее качество, динамика патологических расстройств, свойственных болезням зависимости (Цыганков Б.Д. с соавт., 2016). В настоящее время существует большое количество наркологических больных, которые сняты с динамического диспансерного наблюдения и находятся в стойкой ремиссии. Необходимо исследовать не только факторы, способствующие формированию ремиссии у таких пациентов, но и их психосоциальные характеристики, в том числе психический статус, когнитивные функции, личностные особенности, социальное и семейное функционирование.

Степень разработанности темы. На протяжении последних лет многие авторы отмечали разнообразные факторы, влияющие на формирование стойких и длительных ремиссий у пациентов наркологического профиля (Дудко Т.Н., 2012; Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013; Бабичева Л.П., 2014; Клименко Т.В., Дудко Т.Н., Целинский Б.П., 2017; Петрунько О.В., Брюханова Е.Н., 2017; Dawson D.A. et al., 2007; Gilder D.A. et al., 2008; Kalaydjian A. et al., 2009; Trim R.S. et al., 2013). Из основных можно выделить биологические, личностные, социальные, терапевтические и организационные.

Стоит отметить, что одним из важных факторов формирования ремиссии является процесс прохождения медицинской реабилитации. Семейная психокоррекционная и психотерапевтическая работа, проводимая как с пациентами, так и с их родственниками, способствует формированию стойкой ремиссии и должна быть включена в процесс проводимых реабилитационных мероприятий. Влияние разнообразных факторов на формирование длительных ремиссий для каждого наркологического пациента нужно рассматривать комплексно.

Задачи формирования терапевтической ремиссии решаются в процессе комплексной реабилитации (Вешнева С.А., 2010; Бабичева Л.П., 2015; Федоренко Т.А., 2015; Воронин В.В., 2016). Прохождение лечения больного наркологического профиля нельзя считать полноценным, если оно не завершается курсом комплексной реабилитации, обеспечивающим реконструкцию функционирования больного на четырех уровнях – биологическом, психологическом, социальном и духовном (Шакуров Ф.З., 2010; Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013), при этом медицинская реабилитация больного является завершающим этапом лечения. В связи с вышесказанным определены цель и задачи исследования.

Цель исследования. Изучить факторы, влияющие на длительность ремиссии у пациентов, зависимых от ПАВ, прошедших реабилитационные программы и находящихся в длительной ремиссии; разработать на этой основе практические рекомендации, улучшающие качество оказания лечебно-реабилитационной помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические и динамические характеристики наркологического заболевания у пациентов, прошедших реабилитационные программы и находящихся в длительной ремиссии.

2. Сравнить личностные характеристики пациентов, прошедших реабилитационные программы и находящихся в длительной ремиссии, с пациентами с краткосрочной ремиссией.

3. Исследовать психопатологические нарушения, включая синдром патологического влечения у пациентов, прошедших реабилитационные программы, в сравнительном аспекте.

4. Оценить социальное и семейное функционирование у пациентов, прошедших реабилитационные программы, в сравнительном аспекте.

5. Разработать практические рекомендации по улучшению лечебно-реабилитационной работы с наркологическими пациентами.

Научная новизна работы. Впервые в отечественной наркологии обследованы пациенты наркологического профиля с длительной ремиссией, которые ранее проходили или не проходили реабилитационные программы. В результате исследования выделены клинические, личностные и социальные группы факторов формирования ремиссии, включающие в себя клинико-динамические, психопатологические, личностные и социальные характеристики пациентов, прошедших реабилитационные программы и находящихся в длительной ремиссии.

Впервые проведен анализ полученных данных о наркологических пациентах, прошедших реабилитационные программы и находящихся в длительной ремиссии, в сравнительном аспекте. Выделены следующие параметры, которые значимо улучшаются у пациентов, прошедших реабилитационную программу и сформировавших длительную ремиссию: патологическое влечение к алкоголю (ПВА) или патологическое влечение к наркотику (ПВН), аддиктивные установки, общее личностное благополучие, социальное и семейное функционирование.

Практическая значимость исследования. Полученные данные по трем группам факторов (клинические, личностные и социальные) необходимо учитывать при составлении реабилитационных программ с целью формирования длительных и стойких ремиссий у наркологических пациентов. Результаты исследования по сохраняющимся дисфункциональным личностным чертам формируют личностные и клинические мишени лечебного воздействия при составлении индивидуальных программ реабилитации.

Полученные данные о низких субъективных показателях качества жизни в категории «Психическое здоровье» свидетельствуют о том, что наркологические пациенты, как прошедшие, так и не прошедшие реабилитацию с длительной ремиссией, нуждаются в дальнейшем наблюдении психиатра-нарколога.

Положения, выносимые на защиту:

1. Наркологические пациенты с высокой наследственной отягощенностью наркологическими и психическими заболеваниями и высоким уровнем социального неблагополучия активнее включаются в реабилитационный процесс.

2. Для обеспечения эффективного лечебного процесса с целью формирования ремиссии необходимо мотивировать пациентов на прохождение реабилитационных программ, что значительно отражается на их психическом состоянии, личностном, социальном и семейном функционировании.

3. Участие в реабилитационном процессе позволяет уменьшить проявления патологического влечения у наркологических больных и с краткосрочной ремиссией менее 1 года, и с длительной ремиссией более 3 лет. При этом у пациентов с ремиссией менее 1 года еще сохраняются высокие аддиктивные установки, низкий уровень социального и семейного функционирования.

4. Прохождение курса реабилитации с формированием длительной, более 3 лет, ремиссии у наркологических больных обеспечивает значительную положительную динамику в психопатологическом статусе со снижением патологического влечения, нормализацией социального и семейного статусов.

При этом качество жизни в области субъективных параметров психического здоровья остается нарушенным и требует дальнейшего наблюдения.

Степень достоверности проведенного исследования. Исследование относится к группе контролируемых, сравнительных. Размер выборки статистически анализировался при проведении планирования и организации исследования. Обзор литературы написан на основе анализа отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования за последние 15 лет, с использованием научных баз данных MEDLINE, PubMed, eLIBRARY и других. Результаты исследования получены с использованием как клинических, так и психологических, тестовых методов исследования пациентов с зависимостью от ПАВ, что с учетом достаточного объема и репрезентативности выборки, адекватных методов математической статистики обеспечивает достоверность и обоснованность выводов исследования.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 200 страницах, состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (352 наименования), включающего 183 отечественных и 169 иностранных источников, списка сокращений и условных обозначений, 13 рисунков, 36 таблиц и 10 приложений.

Основное содержание работы. 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 проводимой медицинской реабилитации. В главе также представлен обзор реабилитационных программ и подходов к проводимой реабилитации наркологических пациентов. В главе 2 приводится общая характеристика пациентов, принявших участие в исследовании, и методов исследования. В главе 3 приводятся результаты, полученные в ходе исследования факторов, влияющих на формирование стойких и длительных ремиссий у пациентов, прошедших реабилитационные программы. В заключении обобщаются и обсуждаются полученные результаты исследования.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы исследования доложены на заседаниях проблемной комиссии, ученом совете МНПЦ наркологии (Москва, 2017–2021 гг.), 15-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции (Москва, 2017 г.), XII Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России» (Москва, 2018 г.), 16-й юбилейной Всероссийской общественной психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия, психосоциальная реабилитация и психологическая помощь сегодня» (Москва, 2019 г.), научно-практическом форуме XVIII Ассамблеи «Здоровая Москва» (Москва, 2020 г.).

По материалам диссертации опубликовано 5 работ, из них 2 – в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией.

Общая характеристика материала и методов исследования.

Настоящее исследование выполнено на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Общая численность обследованных наркологических пациентов составила 142 человека. Включено в исследование 138 человек. Из них 41 пациент с синдромом зависимости от алкоголя, средней стадии (F 10.2), и 97 пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, средней стадии (F 11.2; F 12.2; F 15.2; F 19.2). Все больные, вошедшие в исследование, подписали информированное согласие на участие в нем. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от 9 ноября 2017 года, протокол № 9.

На начальном этапе исследования все наркологические пациенты (N = 138), участвующие в исследовании, были разделены на две группы: прошедшие (N = 86) и не прошедшие (N = 52) реабилитационные программы, что показано на рисунке 1.

В общей выборке пациенты распределялись по возрасту следующим образом: 29 % пациентов находилось в возрастной категории 22–34 года, 54 % – в категории 35–45 лет и 17 % – в категории 46–55 лет.



Рисунок 1 – Схематическое распределение наркологических больных по группам

Распределение обследованных больных по диагнозу приведено в таблице 1. Число больных с зависимостью от ПАВ больше (97/138, 70 %), в сравнении с больными с зависимостью от алкоголя (41/138, 30 %). Такое же соотношение наркологических больных и в группах наркологических пациентов, прошедших и не прошедших реабилитацию.

Таблица 1 – Распределение обследованных больных по диагнозу

N = 138 (100 %)	Общая группа	Прошли реабилитацию	Не прошли реабилитацию
Зависимые от алкоголя (F 10.2)	41/138 (29,71 %)	25/86 (18,12 %)	16/52 (11,59 %)
Зависимые от ПАВ (F 11.2; F 12.2; F 15.2; F 19.2)	97/138 (70,29 %)	61/86 (44,20 %)	36/52 (26,09 %)

Обследованные пациенты проходили программы стационарной и амбулаторной медицинской реабилитации. Все программы соответствовали медицинской реабилитации, включали в себя медицинский, психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный блоки. Длительность программ реабилитации, которые проходили пациенты: стационарная программа в реабилитационных отделениях – от 1 до 3 месяцев, в реабилитационном центре Ступино – от 3 до 6 месяцев, амбулаторные реабилитационные программы – от 3 месяцев до 1 года.

Характеристика методов и организация исследования. В работе были использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, психометрический, статистический методы исследования. Индивидуальная карта была разработана специально в соответствии с целями и задачами данного исследования для выявления факторов, влияющих на формирование ремиссии. Тест аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAA) (МакМаллин Р., 2001) использовался для оценки степени выраженности аддиктивных установок у больных наркологическими заболеваниями. Для оценки дисфункциональных личностных черт в исследовании применялся метод структурированного клинического диагностического интервью – SCID-II (Гаранян Н.Г., 2010; First M.B. et al., 1995; 2002). Ранее отечественные и зарубежные исследователи при помощи опросника SCID анализировали выраженность и частоту встречаемых дисфункциональных личностных черт у наркологических больных (Бобров А.Е. с соавт. 2007; Вальчук Д.С. с соавт., 2017; Germans S. et al., 2010). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 «Оценка качества жизни» (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Ware J.E., 1993). Для измерения субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) (Крупницкий Е.М., Звартау Э.Э., 2003; Huskisson E.S., 1974). Краткий ориентировочный, отборочный тест (тест КОТ) (Бузин В.Н., Вандерлик Э.Ф., 1989) был использован для диагностики общего уровня интеллектуальных способностей. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) адаптирован Д.А. Леонтьевым и представлял собой адаптированную версию теста «Цель жизни» Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика (Леонтьев Д.А., 2000). Также была использована анкета «Жизнь химически зависимого после реабилитации», разработанная автором настоящего исследования совместно с научным руководителем специально для изучения социальных факторов ремиссии.

Для обработки статистических данных, собранных в процессе исследования, были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1.), SPSS 23.0 for Windows. Полученные данные анализировались с

применением критерия Манна – Уитни, точного критерия Фишера, а также был использован непараметрический однофакторный дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса (Kruskal – Wallis ANOVA).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические факторы ремиссии.

Согласно данным таблицы 2, более половины больных (85/138, 61,60 %), включенных в исследование, имеют отягощенную наследственность психическими и наркологическими расстройствами. Статистически значимые различия наблюдаются между группами больных, прошедших (63/86, 42,6 %) и не прошедших реабилитацию (22/52, 15,9 %), по общей наследственной отягощенности ($p < 0,01$).

Таблица 2 – Характер наследственности больных наркологическими заболеваниями

Показатель	Общая группа, N = 138(100 %)	Прошли реабилитацию, N = 86 (62,32 %)	Не прошли реабилитацию, N = 52 (37,68 %)	p
Наследственность отягощена	85 (61,60 %)	63 (42,65 %)	22 (15,94 %)	0,001*
Наследственность не отягощена	53 (38,41 %)	23 (16,67 %)	30 (21,74 %)	0,01**

Примечание:

*Различия достоверны, $p < 0,001$;

**Различия достоверны, $p < 0,01$.

Кроме того, у пациентов с наркологическими заболеваниями наследственность отягощена по линии отца (57/85, 67,05 %) в 4,8 раза чаще, чем по материнской линии (12/85, 14,12 %). Обращает на себя внимание факт наличия отягощенной наследственности не только по линии родителей, но и по линии ближайших родственников (10/85, 11,76 %). По полученным данным о наследственной отягощенности у наркологических больных в группах, прошедших и не прошедших реабилитационную программу, можно отметить, что пациенты, прошедшие реабилитационную программу (63/86, 73,26 %, $p < 0,001$), имеют наследственную отягощенность в 3 раза больше, по

сравнению с пациентами, не прошедшими реабилитационную программу (22/52, 42,31 %, $p < 0,001$).

Проанализированы мотивы, которые способствуют приобщению к употреблению спиртного и ПАВ у больных наркологического профиля. Эти мотивы условно разделены на три группы: социально-психологические, эмоционально-личностные и патологические, непосредственно связанные с процессом злоупотребления ПАВ. Анализ числовых показателей свидетельствует о том, что доминирующим мотивом аддиктивного поведения в общей группе выступает социально-психологический мотив: «поддержание общения в компании, за компанию» – 29,71 % (41/138); далее следуют мотивы «любопытство, интерес к новому» – 13,04 % (18/138) и «улучшение общения» – 9,42 % (11/138), что не противоречит данным литературы (Завьялов В.Ю., 1988; Копытов А.В., 2011). Отдельно следует отметить полимотивацию имеющегося поведения. Почти половина больных (63/138, 45,65 %), участвующих в исследовании, отвечая на вопрос о причинах своего аддиктивного поведения, указала несколько причин. Большая часть пациентов, прошедших реабилитацию (39/138, 28,2 %), на первое место ставит «решение проблем», сочетающееся с «избавлением от страха», свидетельствующее о содержательной значимости проходимых реабилитационных программ, побуждающих пациентов к решению своих личных жизненных проблем и новому осмыслению своего положения в социуме.

У пациентов с зависимостью от алкоголя первая проба алкоголя происходила в диапазоне от 10 до 20 лет, один случай первой пробы алкоголя – 6 лет. В целом, наибольший удельный вес имела первая проба в период с 17 до 18 лет (41 %). У пациентов с зависимостью от ПАВ первая проба ПАВ происходила в диапазоне от 12 до 29 лет, один случай первой пробы ПАВ – 8 лет. В целом, наибольший удельный вес имела первая проба в период с 17 до 18 лет (41 %). Возраст первой пробы алкоголя в среднем у пациентов с зависимостью от алкоголя составляет 18 лет, систематическое употребление алкоголя сформировалось через 3,5 года, в возрасте 22 лет. То же соотношение наблюдается и в группах больных, прошедших и не прошедших

реабилитационную программу. Систематическое употребление ПАВ у пациентов с зависимостью от ПАВ сформировалось через 3 года, в возрасте 21 года.

При анализе патологического влечения к алкоголю и ПАВ было проведено сравнение данных результатов ВАШ у пациентов с разными сроками ремиссии. Наркологические пациенты, находившиеся в ремиссии более 3 лет, имеют в 2 раза меньший показатель ВАШ ($p < 0,001$), в сравнении с наркологическими пациентами с ремиссией до 1 года (таблица 3).

Таблица 3 – Сравнение групп больных с разными сроками ремиссии по динамике ПВА/ПВН

ВАШ	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59	p
	М [Q1;Q3]	М [Q1;Q3]	
	0,00 [0,00; 20,00]	20,00 [0,00; 40,00]	

Примечание:

М – медиана;

[Q1; Q3] – процентиля;

*Различия достоверны, $p < 0,01$.

Анализ патологического влечения к ПАВ и алкоголю при сравнении группы пациентов, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии, показал, что у пациентов с ремиссией более 3 лет патологическое влечение к ПАВ и алкоголю, по результатам ВАШ, в 3 раза меньше, в сравнении с группой пациентов, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года. Данные результаты представлены в таблице 4.

Отмечается низкий показатель теста КОТ в группе наркологических больных, не прошедших реабилитационные программы (18,00 [14,25; 21,75], $p = 0,089$), тогда как в группе больных, прошедших реабилитационные программы, данный показатель выше (20,00 [15,75; 24,25], $p = 0,089$), что свидетельствует о восстановлении как личностного, так и интеллектуального потенциала выздоравливающих больных, а также о положительном влиянии

проводимых реабилитационных программ. Также данный факт можно рассматривать в качестве тенденции того, что пациенты с более высоким интеллектом чаще проходят реабилитационные программы. При этом статистически значимых различий не выявлено.

Таблица 4 – Сравнение групп больных, прошедших реабилитацию с разными сроками ремиссии, по динамике ПВА/ПВН

ВАШ	Прошли реабилитацию с ремиссией > 3 лет, N = 34	Прошли реабилитацию с ремиссией до 1 года, N = 52	p
	М [Q1;Q3]	М [Q1;Q3]	
	7,50 [0,00; 20,00]	20,00 [2,50; 40,00]	

Примечание:

М – медиана;

[Q1; Q3] – процентиля;

*Различия достоверны, $p < 0,01$.

Данные теста СЖО по показателю «Цели» свидетельствуют о наличии высоких показателей у групп пациентов с ремиссией больше 3 лет (34,00 [30,75; 38,00], $p < 0,001$) и пациентов, прошедших реабилитацию с ремиссией больше 3 лет (32,78 [29,00; 37,50], $p < 0,001$). Высокие баллы по этой шкале указывают на наличие у человека целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Самые низкие баллы получены у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года (26,17; $p < 0,001$). Такие низкие баллы присущи человеку с отсутствием временной перспективы, живущему сегодняшним или вчерашним днем, больным, недавно прекратившим употребление ПАВ и не понимающим, как жить дальше.

Анализируя «Общий показатель осмысленности жизни», можно говорить об удовлетворенности своей жизнью в настоящем, наличии или отсутствии уверенности в том, что человек может сам контролировать свою жизнь. Самый высокий показатель осмысленности жизни – в группе больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией больше 3 лет (102,00 [89,67;

119,50], $p < 0,001$), самый низкий показатель – у больных с ремиссией до 1 года (88,00 [75,00; 101,00], $p < 0,001$).

Эти данные подтверждают значимость длительности ремиссии, прохождения реабилитации и их сочетания в процессе выздоровления и личностного восстановления у наркологических больных.

Личностные факторы ремиссии.

Результаты выраженности дисфункциональных черт различных типов личности в изучаемых группах показали, что в группе с ремиссией до 1 года показатели выше, чем у пациентов с ремиссией больше 3 лет. При проведении сравнения групп фиксируются результаты, что пациенты с ремиссией более 3 лет личностно более благополучны. Это подтверждается тем, что общий индекс личностного неблагополучия достоверно выше в группе с ремиссией до 1 года.

По количественным показателям (таблица 5) видно, что данные больных с ремиссией больше 3 лет достоверно отличаются от данных больных с ремиссией до 1 года по всем дисфункциональным чертам, за исключением обсессивно-компульсивных и шизоидных черт. Особенно наглядно это различие видно на общем индексе личностного неблагополучия у больных с ремиссией больше 3 лет и у больных с ремиссией до 1 года.

При сопоставлении отдельных показателей опросника можно отметить наибольшее различие по нарциссическому ((7,00 [4,00; 10,00] и 3,00 [2,00; 5,00]), $p < 0,001$), пограничному ((8,00 [4,00; 11,00] и 3,00 [1,00; 6,00]), $p < 0,001$) и антисоциальному ((5,00 [2,00; 8,00] и 1,00 [0,00; 6,00]), $p < 0,001$) типам дисфункциональных черт. Заметно ниже показатели депрессивного (2,00 [0,00; 4,00], $p < 0,001$), параноидного (1,00 [1,00; 4,00], $p < 0,001$) и шизотипического (1,00 [1,00; 3,00], $p < 0,001$) типов у пациентов с длительной ремиссией.

Учет данных особенностей, выявление конкретных дисфункциональных черт с акцентом на таких качествах, как дисгармоничность, аномальный стиль поведения, недостаток самопонимания, позволяют персонифицировать не только реабилитационные программы, но и процесс медикаментозного лечения.

Таблица 5 – Дисфункциональные личностные черты у наркологических пациентов с ремиссией до 1 года и больше 3 лет (SCID-II)

Дисфункциональные черты личности	Группа пациентов с ремиссией < 1 года, N = 59	Группа пациентов с ремиссией > 3 лет, N = 79	p
	М [Q1;Q3]	М [Q1;Q3]	
Избегающие	3,00 [1,00; 5,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,003*
Зависимые	2,00 [1,00; 4,00]	1,00 [0,00; 2,00]	0,001*
Обсессивно-компульсивные	4,00 [3,00; 6,00]	4,00 [3,00; 5,00]	0,101
Пассивно-агрессивные	3,00 [1,00; 5,00]	2,00 [1,00; 4,00]	0,002*
Депрессивные	4,00 [2,00; 6,00]	2,00 [0,00; 4,00]	<0,001**
Параноидные	3,00 [1,00; 5,00]	1,00 [1,00; 4,00]	<0,001**
Шизотипические	3,00 [2,00; 6,00]	1,00 [1,00; 3,00]	<0,001**
Шизоидные	2,00 [1,00; 3,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,055
Гистрионные	4,00 [1,00; 5,00]	2,00 [1,00; 5,00]	0,018*
Нарциссические	7,00 [4,00; 10,00]	3,00 [2,00; 5,00]	<0,001**
Пограничные	8,00 [4,00; 11,00]	3,00 [1,00; 6,00]	<0,001**
Антисоциальные	5,00 [2,00; 8,00]	1,00 [0,00; 4,00]	<0,001**
Индекс личностного неблагополучия	53,00 [33,00; 67,00]	29,00 [17,00; 38,00]	<0,001**

Примечание:

М – медиана;

[Q1; Q3] – процентиля;

*Различия достоверны, $p < 0,05$;

**Различия достоверны, $p < 0,001$.

Обращает на себя внимание статистическая неразличимость таких показателей, как обсессивно-компульсивный и шизоидный типы, что свидетельствует о том, что данные характеристики не меняются в зависимости от срока ремиссии. Неизменность данных черт актуализирует трудноразрешимую проблему преморбидных личностных особенностей,

обращая внимание врача – психиатра-нарколога на сбор анамнестических сведений.

Для пациентов с ремиссией больше 3 лет, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, проведено сравнение с целью выявления значимости процесса медицинской реабилитации у наркологических больных. При этом учитывалось влияние реабилитационного процесса на личностные характеристики и полноценность социальной адаптации наркологических больных, находящихся в длительной ремиссии (таблица 6).

Половина данных (а именно 6 типов дисфункциональных черт: обсессивно-компульсивный, пассивно-агрессивный, депрессивный, параноидный, шизоидный и антисоциальный) у больных с ремиссией более 3 лет, прошедших реабилитацию и не прошедших реабилитацию, не претерпела заметных изменений. В свою очередь, другая половина дисфункциональных черт (избегающий, зависимый, шизотипический, гистрионный, нарциссический, пограничный типы) и общий индекс личностного неблагополучия у больных с ремиссией более 3 лет, прошедших и не прошедших реабилитацию, напротив – изменились в сторону увеличения.

При сравнении групп больных, прошедших реабилитацию и имеющих разные сроки ремиссии – больше 3 лет и до 1 года, видно, что больные с ремиссией до 1 года имеют более высокие показатели, особенно в отношении нарциссического, пограничного и антисоциального типов дисфункциональных черт, что возможно связать с плохим физическим и измененным психическим состоянием больных с алкогольной и особенно наркотической зависимостями, несмотря на проведенный курс реабилитации.

Результаты по тесту аддиктивных установок (MGAA) показали статистически значимое различие групп с разным сроком ремиссии. Больные со сроком ремиссии больше 3 лет имеют меньшую выраженность аддиктивных установок, по сравнению с больными со сроком ремиссии до 1 года.

Таблица 6 – Дисфункциональные черты личности у пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, с ремиссией более 3 лет

Дисфункциональные черты личности	Пациенты, не прошедшие реабилитационные программы, ремиссия > 3 лет, N = 45	Пациенты, прошедшие реабилитационные программы, ремиссия > 3 лет, N = 34	p
	М [Q1;Q3]	М [Q1;Q3]	
Избегающие	2,00 [1,00; 3,00]	3,00 [2,00; 4,00]	0,001*
Зависимые	1,00 [0,00; 2,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,034**
Обсессивно-компульсивные	4,00 [3,00; 5,00]	4,00 [2,00; 5,00]	0,550
Пассивно-агрессивные	2,00 [0,00; 3,00]	2,50 [1,00; 4,00]	0,184
Депрессивные	1,00 [0,00; 3,00]	2,00 [0,75; 5,00]	0,158
Параноидные	1,00 [0,00; 3,00]	1,50 [1,00; 5,00]	0,274
Шизотипические	1,00 [1,00; 2,00]	2,50 [1,00; 4,25]	<0,001***
Шизоидные	2,00 [1,00; 2,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,053
Гистрионные	1,00 [0,00; 3,00]	3,00 [1,00; 5,25]	0,004*
Нарциссические	2,00 [1,00; 4,00]	4,00 [2,00; 6,25]	0,026**
Пограничные	2,00 [1,00; 4,00]	4,50 [3,00; 8,25]	<0,001***
Антисоциальные	1,00 [0,00; 3,00]	1,50 [0,00; 5,25]	0,129
Индекс личностного неблагополучия	23,00 [15,00; 33,00]	37,00 [22,25; 56,00]	0,002*

Примечание:

М – медиана;

[Q1; Q3] – процентиля;

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

**Различия достоверны, $p < 0,05$;

***Различия достоверны, $p < 0,001$.

Низкий показатель теста MGAA у больных, прошедших реабилитацию с ремиссией больше 3 лет, в сравнении с пациентами, прошедшими реабилитационные программы с ремиссией до 1 года, свидетельствует о

наличии положительной динамики выздоровления, поскольку структура теста устроена таким образом, что чем выше результат, тем более разрушительны убеждения больного и тем дальше он от выздоровления. Это отражает положение о трансформации и последующем нивелировании аддиктивных установок наркологических больных в процессе реабилитации, способствующих восстановлению утраченной социализации и общей адаптации.

Социальные факторы ремиссии.

В исследованной выборке выявлено преобладание мужчин среди больных наркологическими заболеваниями, соотношение больных мужчин к больным женщинам составляет 1:3,2, то есть на одного мужчину приходится 3,2 больных наркологическими заболеваниями женщин. При оценке социального статуса больных учитывались их уровень образования, профессиональный статус, семейное положение и наличие судимости. Половина испытуемых имели среднее образование (69/138, 50 %); остальные – высшее (40/138, 29 %), неполное высшее (19/138, 13,7 %) и неполное среднее (10/138, 7,3 %) образование. Невозможность завершить образование, по полученным данным, была связана с началом становления синдрома зависимости.

Образовательный уровень больных с ремиссией более 3 лет заметно выше, чем у больных с ремиссией до 1 года. Наибольшее различие наблюдается по уровню среднего образования. Только 18,8 % (28/138) больных с ремиссией до 1 года сумели получить среднее образование, тогда как у больных с ремиссией более 3 лет этот уровень достигает 31,2 % (43/138). Число больных с ремиссией до 1 года и неполным средним образованием в 1,5 раза превышает число таких же больных, но с ремиссией больше 3 лет. Очевидно, что процесс употребления ПАВ прерывает построение адекватной социальной адаптации больного, препятствуя достижению даже среднего образовательного уровня. Пациенты, прошедшие реабилитационные программы, имеют более высокие показатели по всем уровням образования, в сравнении с пациентами, не прошедшими реабилитационные программы. Можно сделать вывод о том, что пациенты с более высоким образовательным цензом в большей степени

склонны к прохождению реабилитационных программ, тем самым намного быстрее приближаясь к адекватному уровню социальной адаптации.

Анализируя профессиональную занятость больных, можно отметить, что в общей группе больных более половины (74/138, 53,62 %) имеют постоянное место работы. Количество нетрудоустроенных больных в 3,2 раза больше в группе прошедших реабилитационные программы (49/138, 35,51 %), по сравнению с группой пациентов, не прошедших реабилитационные программы (15/138, 10,87 %), что можно связать с большими временными затратами, требующимися для прохождения реабилитационного процесса в полном объеме с целью последующего достижения адекватной социальной адаптации.

Большинство пациентов 68 % (94/138) на момент исследования не состояли в официальном браке: 25,36 % (35/138) никогда не были женаты/замужем, 42,75 % (59/138) разведены. Всего 19,57 % (27/138) пациентов состоят в официально зарегистрированном браке. Преобладание не состоящих в браке наркологических больных наблюдается и в группе больных с ремиссией до 1 года (22/138, 15,94 %), которых больше в 1,7 раза, по сравнению с больными с ремиссией больше 3 лет (13/138, 9,42 %). В качестве положительного момента у больных с ремиссией больше 3 лет можно отметить преобладание пациентов, состоящих в браке (20/138, 14,49 %), по сравнению с группой больных с ремиссией до 1 года (7/138, 5,07 %), в 3 раза. Наличие семейной поддержки, семейных связей является важным фактором восстановления социального статуса больного. Большинство больных (55,8 %) имеют детей, вместе с усыновленными детьми общее количество таких больных составляет 60 %.

В общей группе количество пациентов, служивших и не служивших в армии, практически не различается – 36,23 % служили, 38,41 % – не служили.

Одной из существенных характеристик социального статуса обследованных больных является тяжесть проявления паттернов антисоциального поведения, объективным показателем которого служит история взаимоотношений с правовой системой. Значительная часть пациентов

(63/138, 45,65 %) привлекалась к уголовной ответственности, в основном по статье 228 Уголовного кодекса Российской Федерации.

При сравнении данных опросника SF-36 «Оценка качества жизни» у пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, можно увидеть определенные закономерности. Статистически достоверно значимые различия получены по 8 анализируемым показателям. Исключения выявлены по показателям «Функционирование, обусловленное физическим состоянием» ((100,00 [75,00; 100,00]) и (100,00 [75,00; 100,00]), $p = 0,268$) и «Физический компонент здоровья» ((55,21 [52,33; 57,29]) и (53,30 [49,34; 57,11]), $p = 0,239$), которые статистически значимо не различаются, что можно объяснить отсутствием различий в состоянии физического здоровья пациентов, прошедших и не прошедших реабилитацию. Следует отметить, что пациенты отмеченных групп находятся в достаточно длительной ремиссии, при этом проблемы, касающиеся физического здоровья, вследствие ранее проведенной терапии по большей части уже решены. Отсутствие проблем физического здоровья у данных пациентов с большими сроками ремиссии свидетельствует о соматическом благополучии и находит свое отражение в отсутствии статистически значимых показателей.

ВЫВОДЫ

1. В результате проведенного исследования выделены три группы факторов, влияющих на формирование терапевтической ремиссии: клинические, личностные и социальные.

2. Выявлены достоверные различия между группами пациентов, прошедших и не прошедших реабилитацию, по клиническим и динамическим характеристикам наркологического заболевания: пациенты, прошедшие реабилитационную программу, имеют наследственную отягощенность в 3,6 раза больше, по сравнению с пациентами, не прошедшими реабилитационную программу; у пациентов, прошедших реабилитационные программы, зависимость от алкоголя или ПАВ сформировалась достоверно раньше; патологическое влечение к алкоголю и ПАВ у пациентов, прошедших реабилитационные программы с ремиссией более 3 лет, достоверно ниже, в

сравнении с пациентами с ремиссией до 1 года.

3. Результаты исследования личностно-динамических характеристик показывают, что у пациентов с ремиссией до 1 года показатели выраженности дисфункциональных черт различных типов личности выше, по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с ремиссией больше 3 лет. Сравнение групп пациентов с ремиссией больше 3 лет, прошедших реабилитацию, с группой пациентов с ремиссией до 1 года, прошедших реабилитацию, показывает, что при прохождении реабилитационной программы с формированием длительной ремиссии меньше выраженность дисфункциональных черт и выше индекс общего личностного благополучия.

4. В период ремиссии необходимо учитывать весь спектр социальных параметров: образование, служба в армии, судимости, семейные и социальные аспекты, качество жизни. Уровень образования больных с ремиссией более 3 лет достоверно выше, чем у больных с ремиссией до 1 года; количество работающих больных с ремиссией до 1 года в 5,2 раза достоверно меньше числа работающих больных с ремиссией больше 3 лет. Больные с ремиссией больше 3 лет достоверно чаще состоят в браке, по сравнению с больными с ремиссией до 1 года.

5. Терапевтическое воздействие на все группы представленных факторов в практической работе врача – психиатра-нарколога позволит увеличить продолжительность и стойкость ремиссии, улучшить качество жизни пациентов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Нобатова, В.Н. История одной ремиссии (клиническое эссе) / Т.В. Агибалова, Р.В. Власовских, С.В. Долгий, Е.Г. Медрина, А.В. Новаков // Наркология. – 2019. – Т. 18. – № 2. – С. 87–96.

2. Нобатова, В.Н. История одной ремиссии пациентки с полинаркоманией (психотерапевтическое эссе)//В сб.: Амбулаторная и больничная психотерапевтическая и психосоциальная помощь на современном этапе. Материалы 15-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской

психотерапевтической конференции и 16-й юбилейной Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции (Москва, 28 декабря 2017 г.; Москва, 28 февраля 2019 г.). Том 14 / Отв. ред. Н.Л. Зуйкова, А.И. Аппенянский, Ю.П. Бойко, Ю.С. Шевченко. – М., 2019. – С. 163–167.

3. Нобатова, В.Н. Анализ факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических больных / Т.В. Агибалова // Наркология. – 2020. – Т. 19. – № 12. – С. 89–94.

4. Нобатова, В.Н. Медицинская реабилитация как фактор, влияющий на формирование ремиссии у наркологических пациентов (обзор литературы) // Сборник материалов Международной научно-практической конференции, (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / Отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 184–194.

5. Нобатова, В.Н. Анализ факторов, направленных на оптимизацию реабилитационного процесса в формировании стойких и длительных ремиссий у пациентов наркологического профиля [Электронный ресурс] // В сб.: XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению». Сборник материалов (Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 г.) / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 1018–1019. – <https://psychiatr.ru/events/833>