

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

На правах рукописи

Нобатова Виктория Николаевна

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

14.01.27 – Наркология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Агибалова Татьяна Васильевна

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕМИССИИ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	10
1.1. Факторы, влияющие на формирование ремиссии у наркологических больных	10
1.1.1. Биологические факторы формирования ремиссии	13
1.1.2. Клинические факторы длительности ремиссии	19
1.1.3. Личностные (психологические) факторы формирования ремиссии	22
1.1.4. Социальные факторы формирования ремиссии	27
1.1.5. Влияние лечения и реабилитации на формирование ремиссии	31
1.2. Развитие медицинской реабилитации в наркологии в нашей стране	33
1.3. Анализ подходов к реабилитации для пациентов наркологического профиля в разных странах	39
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	47
2.1. Общая характеристика обследованных больных	47
2.2. Программы медицинской реабилитации, которые проходили обследованные больные	50
2.3. Характеристика методов и организация исследования	52
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	57
3.1. Клинические факторы ремиссии: сравнительный анализ клинико-психопатологических расстройств у наркологических пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии	57
3.2. Личностные факторы ремиссии: сравнительный анализ личностных характеристик у наркологических пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии	74
3.3. Социальные факторы ремиссии: сравнительный анализ социального функционирования у пациентов наркологического профиля, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии	86
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	102
ВЫВОДЫ	113
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	115
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	116
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	148

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	149
ПРИЛОЖЕНИЯ	152
Приложение А. Форма индивидуальной карты исследования больного	152
Приложение В. Форма и обработка теста аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAA)	154
Приложение С. Форма и обработка опросника ВАШ – визуально-аналоговая шкала	157
Приложение D. Форма и обработка теста КОТ – краткий ориентировочный, отборочный тест	158
Приложение Е. Форма и обработка теста смысложизненных ориентаций (СЖО)	165
Приложение F. Форма и обработка опросника SCID-II-Q	167
Приложение G. Форма и обработка опросника SF-36 «Оценка качества жизни».....	175
Приложение H. Форма и обработка анкеты «Жизнь химически зависимого после реабилитации»	180
Приложение I. Клинический пример № 1	181
Приложение J. Клинический пример № 2	194

ВВЕДЕНИЕ

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. Внедрение малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания реабилитационной помощи населению, в том числе амбулаторных форм реабилитации, определено в качестве приоритетной задачи развития наркологии на государственном уровне («Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2030 г.», 2020 г.). 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 трехлетней 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. Важна не только продолжительность ремиссии, но и ее качество, динамика патологических расстройств, свойственных болезням зависимости (Евдокимов В.И., Цветкова Т.Н., 2007; 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 (Соловова Н.А., 2009).

Современное состояние проблемы. На протяжении последних лет многие авторы указывали на 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; Шулькин Л.М. с соавт., 2015; Клименко Т.В., Дудко Т.Н., Целинский Б.П., 2017; Петрунько О.В., Брюханова Е.Н., 2017; Клименко Т.В., Губанов Г.А., Козлов А.А., 2018; 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; Шайдукова Л.К., Халабуда Л.Н., 2011; Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013 и др.). Медицинская реабилитация больного наркологического профиля является одним

из этапов терапевтического воздействия и предполагает необходимость влияния на все четыре сферы био-психо-социо-духовной модели зависимости (Цветкова Т.Н., 2009). Несмотря на сложности реабилитации зависимого, именно наличие комплексного подхода к лечению позволяет достичь устойчивой, многолетней ремиссии.

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.

Также 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 диссертационной работы. Работа изложена на 200 страницах, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (352 наименования), включающего 183 отечественных и 169 иностранных источников, списка сокращений и условных обозначений, списка иллюстративного материала и приложений, где представлены психодиагностические инструменты, использованные в исследовании, и клинические примеры. Работа содержит 36 таблиц и 13 рисунков.

Во **введении** обосновывается актуальность исследования, формулируются

его цель и задачи, демонстрируется 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 в 2017–2021 годах, XII Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России» в 2018 г., 15-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции и 16-й юбилейной Всероссийской общественной психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия, психосоциальная реабилитация и психологическая помощь сегодня» в 2019 г., научно-практическом форуме XVIII Ассамблеи «Здоровая Москва» в 2020 г.

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

Глава 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕМИССИИ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

1.1. Факторы, влияющие на формирование ремиссии у наркологических больных

Под ремиссией синдрома зависимости в отечественной наркологии понимается период полного воздержания от употребления ПАВ достаточной длительности (как правило, не менее трех месяцев) для уменьшения всех проявлений интоксикации (фактически, признаков синдрома отмены ПАВ), а также восстановления неврологического и соматического статуса пациента (Петрунько О.В., Брюханова Е.Н., 2017). Различными авторами подчеркиваются динамический характер, этапность и нелинейность становления ремиссий (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., 1996; Беседина О.Б., Корнилов А.А., 2006; Даренский И.Д., 2008; Гофман А.Г., 2013; Шустов Д.И. с соавт., 2014; Цыганков Б.Д. с соавт., 2016). Метаанализ 21 проспективного исследования течения синдрома зависимости от различных ПАВ с периодом наблюдения пациентов не менее 3 лет показал, что от 35 % до 54,4 % пациентов наркологического профиля добивались ремиссии (отсутствия диагностических критериев пагубного употребления или зависимости) в среднем через 17 лет наблюдения (Fleury M.J. et al., 2016). Эти данные подтверждают хронический характер заболевания и трудности, которые испытывают пациенты на этом пути.

Многие отечественные и зарубежные авторы описывают влияние различных факторов на формирование и срыв ремиссий у пациентов наркологического профиля (Агибалова Т.В., Недобыльский О.В., 2014; Агибалова Т.В. с соавт., 2017; Dawson D.A. et al., 2007; Gilder D.A. et al., 2008; Kalaydjian A. et al., 2009; Trim R.S. et al., 2013; Han S.Y. et al., 2015; McCabe S.E. et al., 2016; Shiraly R., Taghva M., 2018). Например, в метаанализе 122 исследований (331 человек) были выявлены следующие предикторы досрочного прекращения

лечения: нарушения мышления, низкое качество терапевтического альянса между пациентом и врачом, наличие личностного расстройства и более молодой возраст (Brorson H.H. et al., 2013), отражающие совершенно разные категории факторов, потенцирующих срыв и препятствующих формированию ремиссии, а именно биологические, личностные и социальные (Шустов Д.И. с соавт., 2014). Выход из терапевтических программ считается важнейшим предиктором рецидива и более злокачественного течения наркологических расстройств (Bottlender M., Soyka M., 2005; Haug G., Schaub M.P., 2016). Выделяют и биологические предикторы риска рецидива, например, низкую толерантность к ПАВ (Schuckit M.A., Smith T.L., 2011), специфические нарушения функционального состояния головного мозга (Галкин С.А. с соавт., 2021; Kinreich S. et al., 2021). Среди социально-демографических показателей, препятствующих формированию ремиссии, подчеркивается роль более молодого возраста больных и более раннего начала злоупотребления ПАВ (Kalaydjian A. et al., 2009; Poudel A., Gautam S., 2017; Andersson H.W. et al., 2019), отсутствия семьи и наличия развода/расставания в анамнезе (McCabe S.E. et al., 2018), наличия судимости (Shiraly R., Taghva M., 2018), нарушений трудовой дисциплины и безработицы (Henkel D., 2011; Nagelhout G.E. et al., 2017; Sahker E. et al., 2019) и др. К ним же относят и различные патопсихологические проявления – наличие коморбидных расстройств, в том числе употребления других ПАВ, эмоциональных и расстройств личности (Hasin D. et al., 2011; Crum R.M. et al., 2013; Han S.Y. et al., 2015; McCabe S. et al., 2016).

Многообразие всех возможных факторов, обуславливающих формирование ремиссии, стимулирующих или препятствующих ей, привело к различным попыткам их классификации. На основании теоретического анализа и эмпирического исследования Moos R., Moos B. (2007) выделено три группы факторов, связанных с лучшими результатами лечения зависимости от алкоголя и восстановлением психосоциального функционирования. Обследован 461 участник с алкогольной зависимостью (АЗ) в период прохождения лечения, через год, 3 года, 8 и 16 лет спустя. Было выделено три группы протективных в

отношении качества ремиссии факторов. Это ресурсы, связанные с: 1) социальным научением (самоэффективность и совладание со стрессом с помощью установления контакта), 2) поведенческой экономикой (здоровье, финансовые ресурсы и ресурсы, связанные с участием в группах Анонимных алкоголиков) и 3) социальным контролем (поддержание отношений с членами семьи, друзьями и коллегами по работе). Протективные факторы во всех трех группах подкрепляли положительное влияние лечения на становление ремиссии и опосредовали связь между лечением и ремиссией. Хотя данная классификация очень понятна и инструментальна в плане разработки противорецидивных интервенций, ее недостаток заключается в том, что она включает в основном социально-психологические факторы, не учитывая влияния биологических, генетических и патопсихологических параметров.

В работах отечественных авторов данный недостаток преодолевается. Так, проанализировав существующие классификации (Иванец Н.Н. с соавт., 2006; Гофман А.Г., 2013; Шустов Д.И. с соавт., 2014), Петрунько О.В. и Брюханова Е.Н. (2017) выделили три основные категории параметров, влияющих на стойкость ремиссии при синдроме зависимости от алкоголя: «внутренние (биологические), личностные (психологические) и внешние (социальные, средовые)». Близкие результаты получены и Е.А. Брюном с соавторами (Брюн Е.А. с соавт., 2017), по результатам контент-анализа массивного объема литературы предложившими четыре группы прогностических факторов, влияющих на длительность ремиссии у больных наркологического профиля: «факторы течения наркологических заболеваний», «факторы семейного и культурного окружения», «резервные возможности соматических и психологических факторов» (поясним, что сюда относятся возраст пациента, личностные качества пациента, особенности организма, а также влияние сопутствующих патологических заболеваний), «факторы проводимой терапии и реабилитации» (Брюн Е.А. с соавт., 2017). При этом авторы установили наличие взаимосвязи между «факторами течения наркологических заболеваний» и «факторами семейного и культурного окружения». Кроме того, они отмечают наименьшую ценность «факторов

проводимой терапии и реабилитации» в плане прогноза длительности ремиссии.

В настоящем диссертационном исследовании при анализе литературы мы будем следовать логике отечественных классификаций (Гофман А.Г., 2013; Шустов Д.И. с соавт., 2014; Брюн Е.А. с соавт., 2017; Петрунько О.В., Брюханова Е.Н., 2017) и структурируем изложение материала в соответствии со следующими категориями факторов:

- биологические (пол, возраст, генетические параметры, органические поражения головного мозга, неврологический статус и др.);
- клинические (течение заболевания, темп прогрессивности, возраст первой пробы, тип употребления и др.);
- личностные и патопсихологические (черты личности, нейропсихологические, интеллектуально-мнестические нарушения, коморбидные психические заболевания, психологическая травма и др.);
- социальные (трудоустройство, семейная и социальная ситуация, социальная поддержка и др.);
- факторы терапии и реабилитации (терапевтический альянс, комплаенс, длительность и методы лечения и реабилитации и др.).

1.1.1. Биологические факторы формирования ремиссии

Среди биологических факторов формирования ремиссии, прежде всего, необходимо отметить такие параметры, как пол, возраст и этническая принадлежность наркологических пациентов.

Данные о влиянии пола на формирование и качество ремиссий немногочисленны и противоречивы. В целом, большинство авторов отмечают отсутствие существенных различий между мужчинами и женщинами по результатам лечения (Greenfield S.F. et al., 2011; Tucker J.A. et al., 2020). Отмечается, что пол не влияет на частоту рецидивов напрямую, хотя и опосредует интересную связь между фактом вступления в брак и полом: так, брак является протективным фактором в отношении рецидива исключительно для мужчин, но не для женщин, для которых наблюдается обратная связь (Walitzer K.S., Dearing R.L., 2006). В некоторых работах утверждается, что мужчины имеют

более высокий риск развития заболевания и значительно реже формируют ремиссии (Rapsey C.M. et al., 2019). В то же время, несмотря на то, что женщины чуть лучше, чем мужчины, отвечают на терапию наркологических заболеваний, эти результаты, как правило, нивелируются в течение ближайших 3 лет (Agabio R. et al., 2017). В других работах мужской пол, наоборот оказывается протективным фактором срыва и рецидива заболевания (McPherson C. et al., 2017). С другой стороны, сообщается, что, хотя женщины реже обращаются за лечением зависимости в силу ряда уникальных барьеров (стигма, отсутствие поддержки, необходимость заботиться о семье, страх потери детей из-за постановки на учет и т.д.) и делают это на фоне существенно более тяжелого течения заболевания, они достигают более длительных ремиссий, по сравнению с мужчинами (Bravo F. et al., 2013; Grella C.E., Stein J.A., 2013). Это подтверждают и недавние данные крупного эпидемиологического исследования расстройств, связанных с употреблением алкоголя (NESARC), проведенного в США на выборках от 30 000 человек в несколько этапов («волн») (Crum R.M. et al., 2013; Fan A.Z. et al., 2019). В этом исследовании именно женский пол и официальный брак были выявлены как протективные факторы формирования частичной (с бессимптомным употреблением алкоголя) и полной (без употребления алкоголя) типов ремиссий (Fan A.Z. et al., 2019). Интересно, что на более низкую эффективность лечения у женщин влияет наличие высшего образования и работы, а наличие зависимого партнера и детей, наоборот, оказывает значимый благоприятный эффект (Blendberg J.M. et al., 2020).

Поскольку на современном этапе пол рассматривается преимущественно в небинарном контексте как гендер, интересны исследования роли гендерных особенностей в формировании ремиссий. Так, с использованием опросника S.L. Vem (1974), предполагающего наличие 4 гендерных типов – маскулинного (преобладание маскулинных черт), феминного (преобладание феминных черт), андрогинного (высокий уровень обоих типов черт) и недифференцированного (низкий уровень обоих типов черт), В.Н. Кузнецов (2010) продемонстрировал, что гендерная идентичность влияла и на тяжесть течения, и на длительность ремиссий

у пациентов с АЗ. Так, большую психопатологическую и наркологическую отягощенность продемонстрировали женщины, по сравнению с мужчинами, а наиболее сложным в плане подбора тактики лечения был признан недифференцированный тип гендерной идентичности. Недифференцированный тип был также ассоциирован с наиболее короткими ремиссиями. Протективным прогностическим фактором устойчивой ремиссии в данном исследовании оказался феминный тип гендера и у мужчин (53,5 %), и у женщин (38,7 % случаев) и андрогинный тип у мужчин (50 % случаев) (Кузнецов В.Н., 2010).

Как указывалось выше, возраст и этническая принадлежность также рассматриваются в качестве важного фактора при изучении процесса формирования ремиссий. В нескольких крупных исследованиях и метаанализах продемонстрировано, что молодой возраст (ранняя взрослость) обследуемых является предиктором рецидивов и менее стойкой ремиссии (Brorson H.H. et al., 2013; Al Abeiat D.D. et al., 2016; McCabe S. et al., 2018). Более зрелый возраст как фактор достижения устойчивой ремиссии продемонстрирован и в ряде других исследований (Gilder D.A. et al., 2008; Trim R.S. et al., 2013; Abdin E. et al., 2014). В ходе вышеупомянутого эпидемиологического исследования NESARC были установлены возрастные различия в наркологических расстройствах для людей, принадлежащих разным этносам: так, молодые люди европейского происхождения чаще имели диагноз наркологического расстройства, чем люди африканского происхождения и латиноамериканцы, при том что в пожилом возрасте распространенность зависимости росла именно среди лиц африканского происхождения (Vasilenko S.A. et al., 2017). Наркологические расстройства были наименее распространены среди латиноамериканцев. Похожие данные о менее стойких ремиссиях у людей нелатиноамериканского происхождения приводят и другие авторы (Kalaydjian A. et al., 2009). При этом часть исследователей сообщают все же о более злокачественном течении и хронификации зависимости (в случае ее формирования) у людей африканского происхождения и латиноамериканцев (Пешковская А.Г. с соавт., 2015). В сингапурском исследовании (Abdin E. et al., 2014) больший риск перехода от нормативного

употребления ПАВ к зависимости имели малайцы и индусы, хотя лишь принадлежность к малайскому этносу была протективным фактором в плане формирования устойчивой ремиссии.

Вообще генетическим предикторам тяжести течения и исхода наркологических заболеваний на современном этапе уделяется особое внимание. Хотя роль генетической предрасположенности считается довольно высокой в плане развития наркологических заболеваний, ее влияние на становление и поддержание устойчивых ремиссий признается довольно ограниченным (Ducci F., Goldman D., 2012).

Сегодня влияние генетических факторов на формирование ремиссий часто изучается в парадигме персонализированной медицины в рамках исследований эффективности определенных лекарственных средств в терапии наркологических заболеваний (Крупницкий Е.М. с соавт., 2018; 2019). Целями таких исследований, как правило, являются выявление пациентов с высокой резистентностью к определенным видам терапии и разработка персонализированных терапевтических интервенций.

Так, в двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании было установлено (Крупницкий Е.М. с соавт., 2015; Палаткин В.Я. с соавт., 2016), что гены опиатной и дофаминовой систем мозга оказывают влияние на стабилизацию ремиссии у пациентов с синдромом зависимости от опиатов при лечении подкожно имплантируемым препаратом Налтрексона. В то время как некоторые полиморфные варианты увеличивали риск возникновения рецидива (аллель L локуса DRD4120bp, аллель С локуса DRD2NcoI и генотип 9,9 дофаминового транспортера DATVNTR40bp). Пациенты с полиморфизмом (СС+СТ)–(ТТ) по сочетанию генов (OPRK1-DRD2NcoI) с большей вероятностью успешно заканчивали программу лечения. Разнонаправленное влияние полиморфных вариантов генов дофаминовой и опиоидной систем мозга на эффективность становления и поддержания ремиссии у пациентов с зависимостью от опиатов продемонстрировано и в исследовании эффективности Налтрексона в комбинации с Гуанфацином (Кибитов А.О. с соавт., 2016;

Палаткин В.Я. с соавт., 2019). В ходе исследования взаимосвязи исходов лечения синдрома зависимости от алкоголя Прегабалином от полиморфизма генов нескольких систем головного мозга (дофамина, системы ГАМК, норадреналина, опиоидной системы и др.) был установлен ряд генетических маркеров длительного удержания пациентов в программе и стабилизации ремиссии, включающих полиморфные варианты генов в системах нейтрофинов (GG BDNF V66M rs6265), ГАМК-глутамата (CC GRiK-GluR5 rs2832407) и дофамина (CC DRD2-141C rs1799732) (Кибитов А.О. с соавт., 2018). Большая продолжительность ремиссии до рецидива была ассоциирована с вариантом LL DRD4 48 bp (система дофамина), а быстрый рецидив – с маркером GG DRD2 Nco I rs6275.

В группе биологических факторов можно рассматривать и специфические нарушения функционального состояния головного мозга (Галкин С.А. с соавт., 2021; Kinreich S. et al., 2021). В процессе изучения данных о выраженности симптомов тревоги по Шкале Гамильтона (HARS), тяжести заболевания (Шкала общего клинического впечатления, CGI-s) и данных энцефалографического (ЭЭГ) обследования, обнаружено, что достижению устойчивой ремиссии, по-видимому, препятствуют не только высокий уровень тревоги и более тяжелое течение заболевания, но и определенные функциональные нарушения головного мозга, поскольку в группе пациентов с неустойчивой ремиссией наблюдались сниженные значения мощности θ - и α -ритма (Галкин С.А. с соавт., 2021).

Durazzo T.C., Meyerhoff D.J. (2017), используя ROC-анализ (анализ с помощью кривых ошибок) социо-демографических, психодиагностических и нейровизуализационных данных 129 пациентов с АЗ, которых они наблюдали в течение полутора лет, установили, что значимыми предикторами высокого риска рецидива были снижение объема правого каудального и правого рострального отделов передней поясной коры и серого вещества всей правой лобной доли. Данные области отвечают за ряд функций, связанных с процессами когнитивного и эмоционального контроля и саморегуляции.

Авторы приходят к выводу, что указанные органические нарушения могут

быть эндофенотипическим маркером высокого риска рецидива по завершении лечения АЗ. В работе Рыбаковой К.В. (2019) органическое поражение головного мозга было связано с более злокачественным типом течения АЗ. Н.И. Кисель (2011), исследовавшая коморбидные формы алкоголизма у женщин, установила, что экзогенно-органическое поражение мозга, наоборот, оказывается протективным фактором в плане формирования более длительных ремиссий.

Для диагностики пациентов с высоким риском рецидива используют и традиционные биомаркеры – показатели крови. В лонгитюдном исследовании с полугодовым периодом наблюдения в выборке 133 пациентов с АЗ после стационарного детоксикационного лечения (Raabe F.J. et al., 2020) большой риск рецидива демонстрировали пациенты с показателями соотношения АЛТ : АСТ $> 1,00$ и MCV (средний корпускулярный объем эритроцитов) > 90.0 f. Эти участники имели меньше трезвых дней, большую суточную толерантность и более короткие периоды непрерывного воздержания.

В исследовании Ветлугиной Т.П. с соавт. (2020) проводился анализ возможного влияния концентрации гормонов стресс-реализующей системы на длительность терапевтической ремиссии у 74 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Биохимический анализ крови предполагал определение ряда гормонов, включая кортизол, тироксин свободный, тиреотропный гормон тестостерон, трийодтиронин свободный, в начале стационарного наблюдения (3–5-й день) после алкогольной детоксикации и в процессе проведения дальнейшей антиалкогольной терапии (15–17-й день).

По сравнению с контрольной группой здоровых участников, у наркологических пациентов выявлены более высокий уровень кортизола и тестостерона и низкие уровни свободного тироксина и трийодтиронина. Пациенты, не формирующие стойкой терапевтической ремиссии, имели высокую концентрацию тестостерона при первом тестировании (после детоксикации). В связи с этим авторы делают вывод о возможности использования тестостерона в прогностических целях для определения пациентов с высоким риском рецидива после прохождения лечения.

1.1.2. Клинические факторы длительности ремиссии

Данная группа факторов включает параметры, непосредственно связанные с течением наркологического заболевания.

Одним из таких параметров считается возраст начала употребления ПАВ. АЗ редко диагностируется в возрасте до 15 лет (2 %), хотя более ранний возраст первой пробы алкоголя последовательно связывают с большей вероятностью формирования зависимости в возрасте после 21 года: от 2 % при первой пробе в возрасте старше 21 года и до 15 % при первой пробе в возрасте до 14 лет (Delker E. et al., 2016), и более злокачественным течением АЗ (Dawson D.A. et al., 2008). Изучая влияние возраста начала употребления алкоголя на формирование ремиссии, Ф.З. Шакуров пришел к выводу, что стойкие ремиссии в течение одного года сохранялись чаще, если больные начинали употребление алкоголя в возрасте старше 15 лет (Шакуров Ф.З., 2010). Эти данные подтверждаются и другими отечественными и зарубежными исследованиями (Клячин И.А., 2018; Abdin E. et al., 2014). В норвежском исследовании пациентов с АЗ и антисоциальным личностным расстройством более ранний возраст первой пробы алкоголя был значимым прогностическим фактором раннего рецидива и отказа от лечения (Pandey S. et al., 2021). Вместе с тем в нескольких работах зарубежных исследователей более молодой возраст начала употребления ПАВ, наоборот, был связан с более устойчивыми ремиссиями. Такие данные были получены, например, в исследовании популяции коренных североамериканцев с диагностированной зависимостью от алкоголя (N = 254) (Gilder D.A. et al., 2008) и исследовании пациентов с зависимостью от опиоидов в Иране (Shiraly R., Taghva M., 2018).

К факторам, отрицательно влияющим на стабилизацию ремиссии и достижение длительных периодов трезвости, традиционно относят длительность наркологического заболевания до терапевтического вмешательства (Агибалова Т.В., 2007), объем употребления (Wilson J.L. et al., 2018) и тяжесть зависимости (Trim R.S. et al., 2013). Так, в одном из самых известных проспективных исследований (The San Diego Prospective Study) около

400 преимущественно мужчин европейского происхождения в возрасте от 18 до 25 лет, употреблявших алкоголь, но не имевших зависимости, наблюдали в течение 30 лет. К 30 годам зависимость сформировалась у 129 человек (Schuckit M.A. et al., 2011). Предикторами формирования устойчивой ремиссии в долгосрочном периоде у зависимых в этом исследовании оказались более высокая толерантность к алкоголю (шансы формирования ремиссий для этих участников были на 68 % ниже, чем у людей с низкой толерантностью) и более редкое употребление алкоголя (каждый день употребления алкоголя уменьшал шансы на формирование ремиссии на 8 %) (Trim R.S. et al., 2013). Дополнительным фактором формирования первой ремиссии стала меньшая тяжесть симптомов алкогольного расстройства (пагубное употребление и первая, а не последующие стадии). Тем не менее в некоторых исследованиях более длительное употребление ПАВ до момента обращения за лечением связывают с более устойчивыми ремиссиями (Brown S., 1985; Shiraly R., Taghva M., 2018). Вероятно, это происходит из-за того, что пациенты с более тяжелым течением и более негативными последствиями зависимости оказываются более мотивированы к сохранению результатов лечения (по крайней мере, в некоторых выборках). Так, алкогольный психоз в анамнезе часто приводит к формированию спонтанных ремиссий, хотя и препятствует формированию терапевтических (Антипова Л.А., 2008). В шведском когортном исследовании 312 мужчин, историю которых прослеживали на протяжении 50 лет, значимыми факторами формирования ремиссии оказались эпизоды *delirium tremens* и наличие органических расстройств (Mattisson C. et al., 2018). В крупном близнецовом исследовании обнаружено, что вероятность когнитивных и соматических заболеваний стимулировала участников к прекращению употребления (Koenig L. et al., 2020). В исследованиях пожилых популяций установлено, что именно более проблематичное употребление алкоголя в больших количествах в позднем среднем возрасте обуславливало более быстрый переход к формированию устойчивой ремиссии в пожилом (Brennan P.L. et al., 2011). Отечественные авторы отмечают, что на этапе стабилизации ремиссии основными клиническими

факторами, мотивирующими пациента к лечению, являются позднее начало заболевания, положительный опыт предыдущих попыток лечения и умеренная тяжесть симптомов наркологического заболевания (Конищев А.С., 2011; Конищев А.С., Шамов С.А., Старкова И.В., 2011; Шустов Д.И. с соавт., 2014). Низкий темп прогрессивности в сочетании с достаточной установкой на трезвость на начальном этапе лечения и высоким качеством ремиссии достоверно предсказывают длительность ремиссии от года и выше (Рыбакова К.В. с соавт., 2014). В кенийском исследовании пациентов общественного центра детоксикации и реабилитации наркологических расстройств среди факторов, препятствующих устойчивым ремиссиям, также подчеркивалась роль тяжести употребления алкоголя и патологического влечения, возраста начала употребления алкоголя и тяжести алкогольсвязанных проблем со здоровьем, финансами и законом (Kuria M., 2013). Негативная роль актуализации патологического влечения в рецидиве наркологических заболеваний последовательно обнаруживается в различных работах (Nagaich N. et al., 2016). Именно снижение влечения и притупление ожидаемого эйфоризирующего эффекта алкоголя при переходе на третью стадию зависимости может приводить к отказу от продолжения употребления алкоголя и формированию ремиссии (Гофман А.Г., 2013). В упоминавшемся исследовании североамериканских индейцев менее длительные ремиссии демонстрировали участники, продолжавшие употреблять алкоголь, несмотря на имеющиеся проблемы со здоровьем (Gilder D.A. et al., 2008). С другой стороны, авторы этой работы не выявили связи между качеством ремиссии и объемом потребляемого алкоголя, тяжестью зависимости и проблемами с законом.

Клячин И.А. (2018), по результатам сравнительного исследования пациентов с устойчивой и неустойчивой ремиссиями АЗ, установил, что пациенты с устойчивой ремиссией преимущественно имеют периодическую форму злоупотребления, средний темп прогрессивности и утрачивают количественный и ситуационный контроль, как и рвотный рефлекс на более позднем этапе развития заболевания. У них позднее формируется синдром отмены алкоголя (как

правило, по нейровегетативному типу), длительно отмечаются астенические, астено-депрессивные или тревожные невротические нарушения, а актуализация ПВА происходит по аутохтонному и ситуационно-стрессовому типам. Для неустойчивой ремиссии также характерен быстрый темп прогрессивности и не только астено-депрессивные, но и тревожно-депрессивные и дисфорические невротические нарушения с преобладанием вегетативного компонента (Клячин И.А., 2018). Актуализация патологического влечения может происходить и на фоне психотравмирующей ситуации, и вне ее.

1.1.3. Личностные (психологические) факторы формирования ремиссии

Наибольшее значение среди личностных факторов, влияющих на формирование ремиссии, по всей видимости, имеет наличие психопатологии. Чем тяжелее симптомы коморбидных психических заболеваний, тем меньше вероятность достижения ремиссии в долгосрочном (до 20 лет) периоде (Fan A. et al., 2019; Hjemseter A.J. et al., 2019). Например, сообщается, что важными прогностическими факторами дальнейшего исхода на этапе становления ремиссии являются мотивационная установка на трезвость, наличие аффективных нарушений и астенических проявлений (Ерышев О.Ф. с соавт., 2002; Nagaich N. et al., 2016). Влияние аффективных и тревожных расстройств на устойчивость ремиссии и риск рецидива наркологического расстройства описывается рядом авторов (Ерышев О.Ф. с соавт., 2002; Gilder D.A., Lau P., 2008; Boschloo L., Vogelzangs N., 2012; Han S.Y. et al., 2015). Например, в уже упоминавшемся исследовании NESARC самоотчеты пациентов об использовании алкоголя для устранения расстройств настроения были связаны с высоким риском развития АЗ несколько лет спустя при повторном обследовании (отношение скорректированных шансов (AOR) – 3,10, $p = 0,002$) и отсутствием ремиссии зависимости (AOR = 3,45, $p < 0,001$) (Crum R.M. et al., 2013a). Отношение скорректированных шансов для участников, употреблявших алкоголь, чтобы избавиться от тревоги и беспокойства, было еще выше при оценке риска и последующего возникновения (AOR = 5,71, $p < 0,001$) и хронификации зависимости (AOR = 6,25, $p < 0,001$). То есть лица, использовавшие алкоголь для

облегчения симптомов депрессии, дисфории или тревоги, с большей вероятностью становились зависимыми, причем их заболевание принимало злокачественный, персистирующий характер. Это подтверждается и данными десятилетнего лонгитюдного исследования в выборке пожилых потребителей алкоголя, где склонность к употреблению алкоголя для облегчения напряжения и копинг избеганием были связаны с более быстрым становлением ремиссии в пожилом возрасте (Brennan P.L. et al., 2010). Лица, у которых в течение всего периода наблюдения сохранялись аффективная симптоматика, низкая социальная адаптация и субъективно низко оцениваемый уровень качества жизни, были более склонны к рецидиву АЗ в среднесрочной перспективе (Рыбакова К.В. с соавт., 2012). На выборке 1453 ветеранов военных действий (мужчин) продемонстрировано, что низкий уровень симптомов депрессии на этапе начала лечения был связан с достижением устойчивой ремиссии при повторной оценке через 2 года, причем эту связь опосредовали позитивные взаимоотношения с друзьями/партнером (McKee L.G. et al., 2011). При изучении пациентов с АЗ и посттравматическим стрессовым расстройством отмечено, что чем раньше появляется посттравматическое стрессовое расстройство, тем реже отмечается длительная и устойчивая ремиссия у пациентов наркологического профиля (Петросян Т.Р., 2008; Савельев Д.В., 2009).

В близнецовом исследовании (1769 человек) из реестра Vietnam Era Twin Registry, включавшем мужчин-близнецов, родившихся в период с 1939 по 1957 гг. и проходивших службу в вооруженных силах США, фактором риска начала и неустойчивой ремиссии расстройств употребления алкоголя оказался высокий уровень экстернализирующих расстройств (антисоциальное расстройство личности и зависимость от наркотиков) (Koenig L. et al., 2020). При этом интернализирующие расстройства (паническое, генерализованное тревожное, посттравматическое расстройство и большая депрессия), наоборот, выступали в роли протективных факторов, ускоряющих формирование ремиссии. Авторы объясняют это тем, что при возрастании толерантности к алкоголю нивелируется его седативный эффект, и человек сталкивается с нарастанием аффективных

нарушений, которые подталкивают его к более быстрой приостановке злоупотребления. Похожие данные о том, что коморбидность с экстернализирующими расстройствами приводит к ухудшению прогноза исхода наркологического задания и препятствует формированию качественных ремиссий, приводят и другие авторы (Nagaich N. et al., 2016). С другой стороны, при изучении течения АЗ в выборке пациентов с антисоциальным расстройством личности обнаружено, что наличие антисоциального расстройства и коморбидное употребление ПАВ не влияли на параметры ремиссии, в отличие от наличия травмирующего опыта в анамнезе участников, более высокого уровня пролактина и раннего возраста начала алкоголизации (Pandey S. et al., 2021). Gilder D. et al. (2008) также не обнаружили какую-либо связь коморбидных эмоциональных расстройств (связанных и не связанных с употреблением алкоголя), детских расстройств поведения, антисоциального расстройства личности и наркомании с вероятностью наступления ремиссии АЗ, подтвердив ранние эпидемиологические исследования в США и северной Германии. Тем не менее следует учитывать, что данные исследования проводились среди лиц, не обращавшихся за специализированной помощью в лечении зависимости.

Хотя Nguyen L.C. et al. (2020) также не выявили связей между коморбидностью и наличием рецидивов в когорте ветеранов, прошедших антиалкогольное лечение, они отметили предиктивную роль ангедонии и курения. Необходимо отметить, что у пациентов с коморбидной никотиновой зависимостью последовательно отмечается довольно низкий процент ремиссии (Dawson D.A. et al., 2012; Han S.Y. et al., 2015; Durazzo T.C., Meyerhoff D.J., 2017; Koenig L. et al., 2020). Отмечается, что ремиссия коморбидной никотиновой зависимости в течение предыдущего года значительно снижает вероятность хронификации наркологического заболевания и/или его рецидива (McCabe S.E. et al., 2018).

В полугодишном проспективном исследовании в выборке 150 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя или опиоидов с нарушениями сна получены данные о девятикратно более высоком риске срыва, рецидива или выбытия из

исследования для пациентов с низким качеством сна, при том что максимальный риск рецидива был отмечен для участников, засыпавших после 12 часов ночи. Обнаружена связь между показателями ангедонии и низким качеством сна. По результатам исследования, авторы пришли к выводу, что продолжительность, время начала и качество сна (особенно медленного) влияют на становление ремиссии в постабстинентном периоде. Через связь с расстройствами сна ангедония, предположительно, также влияет на рецидив наркологического заболевания (Ветрова М.В. с соавт., 2020).

Также важным фактором, способствующим формированию стойких и длительных ремиссий у пациентов наркологического профиля, являются преморбидные особенности личности. Отмечается благоприятный прогноз у пациентов со стеническими чертами (Белокрылов И.В., Кравченко С.Л., 2011). Такие пациенты имеют активную жизненную позицию, разнообразный круг интересов, целеустремлены, отличаются позитивностью, независимостью суждений, отсутствием повышенной внушаемости, стремятся сохранить или восстановить семейный, социальный и материальный статусы (Игонин А.Л., 1991). Отечественными исследователями показано, что более длительных ремиссий добиваются молодые люди с гармоничным и эргопатическим типами личности (Шакуров Ф.З., 2010), пациенты с психастенией и ипохондрией имели более стойкую и длительную ремиссию (Цыганков Д.Б., 2009). В вышеупомянутом близнецовом исследовании основными протективными факторами были такие черты личности, как конформность и добросовестность (Koenig L. et al., 2020).

Напротив, пациенты, склонные к формированию краткосрочных ремиссий, как правило, импульсивны и демонстрируют эксплозивные реакции (Цыганков Д.Б., 2009). Импульсивность, характерную черту антисоциального и пограничного расстройств личности, которые нередко сопутствуют зависимостям, часто связывают с возникновением рецидива наркологических заболеваний (Blonigen D.M. et al., 2011; Czapla M. et al., 2016; Ramsewak S. et al., 2020). Импульсивный рецидив, при котором возобновление употребления ПАВ

происходит очень быстро и преимущественно без осознаваемой актуализации патологического влечения, становится причиной срыва ремиссии у многих пациентов: 40 % пациентов с зависимостью от ПАВ сообщают о том, что между решением употребить вещество на фоне ремиссии и непосредственным употреблением прошло не более часа, а у 25 % это время не превышало 1 минуты (Adinoff B. et al., 2007). Систематический обзор литературы, включавший 25 исследований различных параметров импульсивности у зависимых пациентов, продемонстрировал ведущую роль нарушений ингибиторного контроля, гиперболического обесценивания и импульсивного принятия решений в способности пациентов к достижению устойчивой трезвости во время и по окончании лечения (Stevens L. et al., 2014). В исследовании пациентов с синдромом зависимости от алкоголя срыв ремиссии и актуализация влечения были ассоциированы с такими личностными чертами, как поиск новизны и импульсивность, связанная с отсутствием планирования, причем влечение опосредовало связь между этими чертами и рецидивом (Evren C. et al., 2012). В исследовании Клячина И.А. (2018) пациенты с неустойчивой ремиссией имели психопатические черты с высокими уровнями пессимистичности, ригидности и импульсивности, в отличие от пациентов с устойчивой ремиссией, для которых были характерны гипостенические черты с повышенными уровнями сверхконтроля, эмоциональной лабильности, тревожности и индивидуалистичности.

Среди патопсихологических факторов рецидива и отсутствия длительных ремиссий также подчеркивают наличие психологической травмы в детском и взрослом возрасте. Odenwald, Semrau (2013) оценивали, как травматический опыт в анамнезе влияет на досрочное прекращение лечения пациентами и их выбытие из программы детоксикации. Выбывшие пациенты (55,4 %) имели большую травматическую отягощенность, хотя группы не различались по социодемографическим показателям и срокам лечения. Также отмечено, что травматический опыт определял влияние мотивации к изменению на завершение лечения: высокая мотивация к лечению препятствовала выбытию пациентов с

высокой травматической отягощенностью, но не оказывала влияния на завершение лечения у пациентов без травмы. В лонгитюдном исследовании с периодом наблюдения 1 год в выборке женщин с наркологическими расстройствами группа пациенток, не переживших насилие в детстве, сумела сформировать более качественные ремиссии и продемонстрировала лучшие результаты лечения по ряду параметров, по сравнению с жертвами насилия (Schückher F. et al., 2019).

Рассматривая другие значимые психологические факторы формирования длительных и стойких ремиссий у пациентов наркологического профиля, необходимо упомянуть личностный инфантилизм (Мищенко Л.В., 2005), воспринимаемое качество жизни (Минько А.И. с соавт., 2004; Рыбакова К.В. с соавт., 2012; Polak K., 2001; Gonzales R. et al., 2009), большее разнообразие позитивных стратегий совладания со стрессом (Nagaich N. et al., 2016), более высокий уровень самоэффективности (Moos R.H., Moos B.S., 2006; Kadden R.M., Litt M.D., 2011) и большую устойчивость к фрустрации (Baars M. et al., 2013), отсутствие увлечений, скуки и анозогнозии (Сквира И.М., 2013), безопасный стиль привязанности (Федотов И.А., Шустов Д.И., 2016) и др.

1.1.4. Социальные факторы формирования ремиссии

Роль социального и семейного статусов как факторов, влияющих на формирование ремиссии, последовательно подчеркивается в отечественных и зарубежных исследованиях (Петрунько О.В., Брюханова Е.Н., 2017; Kalaydjian A. et al., 2009; Trim R.S. et al., 2013).

Низкий социально-экономический статус считается одним из основных предикторов рецидива (Ramsewak S. et al., 2020). Низкий уровень образования в различных работах последовательно ассоциирован с худшим исходом наркологических заболеваний (Trim R.S. et al., 2013; Nagaich N. et al., 2016). В лонгитюдном когортном исследовании каждый год высшего образования повышал вероятность формирования устойчивой ремиссии на 16 % (Trim R.S. et al., 2013). Длительность образования менее 15 лет ассоциирована с рецидивом, большей тяжестью потребления алкоголя (единиц алкоголя в месяц), общим

числом месяцев пагубного употребления (более 100 доз алкоголя (дринков) в месяц) и возрастом начала пагубного употребления (Durazzo T.C., Meyerhoff D.J., 2017). Похожие данные о более высоком уровне образования как протективном факторе рецидива зависимости от алкоголя (но, видимо, не других зависимостей (см. McCabe S.E. et al., 2018)) получены и в исследовании NESARC (Fan A.Z. et al., 2019). Вместе с тем имеются и обратные данные: так, в шведском когортном исследовании лучших ремиссий достигали занятые физическим трудом рабочие («синие воротнички»), а не «белые воротнички», то есть высшее образование не играло протективной роли (Mattisson C. et al., 2018). В исследовании на базе второй «волны» данных NESARC, собранных через три года после первого обследования (McCabe S.E. et al., 2018), препятствиями к формированию ремиссии в течение года, предшествовавшего исследованию, были названы такие социальные параметры, как более высокий уровень образования, более высокий доход, отсутствие факта брачных отношений в течение жизни, наличие развода/расставания/гибели супруга. Авторы отмечают, что эти данные противоречат анализу срезовых данных, полученных в первую «волну» исследования, и предполагают, что это может быть объяснено именно временным фактором и возможностью существования различий в факторах ремиссии и рецидива между наркологическими нозологиями и социально-демографическим статусом обследуемых. Тем не менее в этом же исследовании стрессовые события, связанные с профессиональным статусом (потеря работы, поиск работы в течение более чем 1 месяца, конфликт с начальником/коллегой, смена работы или рабочих обязанностей, финансовый кризис, банкротство, неспособность платить по счетам, проблемы с законом), оказывали ожидаемое негативное влияние на тяжесть употребления ПАВ и устойчивость ремиссии (McCabe S.E. et al., 2018). Среди социальных факторов, потенцирующих рецидив зависимости от ПАВ, помимо безработицы и потери работы, также выделяют длительную и тяжелую работу, необходимость проводить долгое время за рулем, неудовлетворенность профессиональной деятельностью, профессиональные неудачи и доступность опиатов на рабочем месте (Afkar A. et al., 2017).

К факторам социального статуса семьи, влияющим на становление ремиссии, большинство исследователей относят стабильность семейных (брачных) отношений и наличие детей (Гофман А.Г., 2013; Dawson D.A. et al., 2012; Satre D.D. et al., 2012; Han S.Y. et al., 2015; Fan A. et al., 2019). Сообщается об обратной связи между воспринимаемой социальной поддержкой и частотой рецидивов (Atadokht A. et al., 2015). Негативные особенности социальной ситуации, в частности различные индикаторы социального стресса, такие как разводы, отсутствие социального поддерживающего окружения, также называют в числе причин утяжеления течения зависимостей и тенденций к рецидивам (Darke S. et al., 2012; Satre D.D. et al., 2012; Pilowsky D.J. et al., 2013; Glass J.E. et al., 2014; McCabe S.E. et al., 2018). С помощью факторного анализа данных опроса большой выборки наркологических пациентов (N = 1850) Afkar A. с соавт. (2017) выделили группы факторов, потенцирующих рецидив зависимости. В группу семейных факторов вошли следующие переменные: наличие зависимых родственников первого и второго порядка, смерть матери и отца, дискриминация в семье, неграмотность родителей и проживание с большим количеством родственников. Эти данные соотносятся с результатами исследования S.E. McCabe с соавт. (2018), которые обнаружили, что единственным фактором, стабильно предсказывавшим неустойчивую ремиссию по всем наркологическим нозологиям, были стрессовые жизненные события в течение прошлого года, большинство из которых касались семьи или близких людей: смерть или тяжелая болезнь члена семьи/друга, переезд или появление нового члена семьи, развод, расставание или окончание постоянных отношений, конфликт с соседом, родственником или другом, ситуация, в которой респондент или его родственник стал жертвой преступления. При этом число стрессовых событий было ассоциировано с тяжестью злоупотребления ПАВ: участники с полной ремиссией зависимости на протяжении всего года отмечали наличие менее 3 стрессовых событий, а зависимые участники – порядка 5 событий. Участники в частичной ремиссии, или рекреационные потребители, отмечали порядка 4 событий.

Среди социальных (семейных) факторов срыва/рецидива наркологического

заболевания отмечается роль негативного социального окружения. В одной из работ в выборке 180 наркологических больных 92 % рецидивов зависимости были связаны с давлением близкого круга общения (Ramsewak S. et al., 2020). Среди индивидуальных факторов срыва ремиссии в вышеупомянутом факторном анализе было выделено пять факторов, в основном связанных с влиянием окружения: наличие зависимых и проблемных друзей, доступность ПАВ, отвержение друзьями, наличие зависимых коллег, развод или смерть супруга(-и) (Afkar A. et al., 2017). Отказ от неудовлетворительных, созависимых отношений, в том числе с соупотребителями ПАВ, в свою очередь, приводит к более стабильным ремиссиям (Satre D.D. et al., 2012; McCutcheon V.V. et al., 2015). В одном из исследований зависимые партнеры лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, находящихся в ремиссии, со временем уменьшали объем злоупотребления, а те, кто жили с активными потребителями ПАВ, наоборот, наращивали его (McAweeney M.J. et al., 2005). При изучении 685 родственников участников лонгитюдного исследования семей с высоким риском развития АЗ с периодом наблюдения 5 лет установлено, что единственным фактором нормализации употребления алкоголя (употребление «низкого риска», без синдрома зависимости) на протяжении пятилетнего периода было рождение ребенка, причем данный результат был значимым только для женщин (McCutcheon V.V. et al., 2015). Полная ремиссия была характерна для женщин, расставшихся с партнером или разведенных, мужчин и женщин, вступивших в новый брак, людей с низким уровнем семейной и высоким уровнем дружеской поддержки. Люди с пагубным употреблением, но без синдрома зависимости, чаще имели постоянное число детей и недавно теряли работу. Таким образом, потребители алкоголя с низким риском, как и люди со спонтанной ремиссией (Dawson D.A. et al., 2006), изменяли свое поведение в силу важных жизненных обстоятельств, а достигавшие полной ремиссии испытывали позитивное влияние таких факторов, как новый брак, дружеская поддержка и лечение. Важность наличия друзей, поддерживающих выздоровление от наркологических заболеваний, и отсутствия знакомых, продолжающих употребление ПАВ, для

становления и поддержания стойкой ремиссии показана и в других исследованиях (Satre D.D. et al., 2012), хотя наличие семейной поддержки также некоторыми исследователями признается значимым фактором (Shiraly R., Taghva M., 2018).

1.1.5. Влияние лечения и реабилитации на формирование ремиссии

Значимость прохождения терапии и реабилитации наркологических заболеваний для формирования длительных и устойчивых ремиссий наркологических расстройств, особенно у людей с более тяжелым течением ремиссии, подчеркивается большинством лонгитюдных исследований. Более длительные ремиссии наблюдались у тех, кто получал лечение, подтверждает проведенное в Швеции когортное лонгитюдное исследование (Mattisson C. et al., 2018) и когортное лонгитюдное исследование Сан-Диего (Trim R.S. et al., 2013). Доказано, что мужчины с АЗ, проходившие любое антиалкогольное лечение в течение жизни, в 10 раз чаще формировали устойчивые ремиссии, чем не проходившие (Trim R.S. et al., 2013).

С длительностью ремиссии напрямую связаны такие показатели, как частота обращения за терапевтической помощью (McAweeney M.J. et al., 2005), прохождение полного курса стационарного лечения (Andersson H.W. et al., 2019), длительность лечения (Nagaich N. et al., 2016), участие в группах самопомощи (Shiraly R., Taghva M., 2018). Особенно важны длительность и интенсивность лечения для дальнейшей стабилизации и поддержания устойчивой ремиссии при первом обращении наркологических пациентов за наркологической помощью (Moos R.H. et al., 2006).

Пациенты, получившие краткосрочное лечение (2–4 месяца), имеют более высокий риск рецидива, по сравнению с прошедшими долгосрочное (>6 месяцев), независимо от длительности нахождения в программе (Andersson H.W. et al., 2019). С другой стороны, в лонгитюдном исследовании, сравнивавшем частоту рецидивов и формирования ремиссий в контингентах зависимых (Moos R.H., Moos B.S., 2006; 2007), получавших и не получавших лечение, было обнаружено, что лица, получавшие лечение, через 3 года с большей вероятностью находились в ремиссии и реже давали рецидив в еще более отдаленном периоде. При этом на

формирование устойчивой ремиссии в обеих группах влияли такие факторы, как меньший объем употребления алкоголя и уровень алкогольсвязанных проблем, большая самоэффективность и меньшая склонность к избегающему копингу.

В срезовом исследовании устойчивой ремиссии у пациентов с зависимостью от опиатов (552 участника в возрасте от 20 до 60 лет) обнаружено, что основным фактором поддержания устойчивой ремиссии было посещение групп взаимопомощи Анонимных наркоманов (AOR = 3,28, $p < 0,001$). Посещение 12-шаговых программ и других групп взаимопомощи по завершении стационарной реабилитационной программы (в реабилитационном центре) было связано со стойкой ремиссией и в другом исследовании 206 наркологических пациентов (McPherson C. et al., 2017). Кроме того, к протективным факторам авторы данной работы отнесли мониторинг употребления наркотиков в постреабилитационном периоде и завершение полной программы лечения, причем длительность самого лечения, тип потребляемого наркотика и возраст не влияли на устойчивость ремиссии.

Непосредственным лечебным терапевтическим фактором, связанным с длительностью ремиссий пациентов наркологического профиля, является терапевтический альянс, то есть рабочая эмоциональная связь между врачом/консультантом и пациентом. В лонгитюдном британском исследовании уровень терапевтического альянса по восприятию клиента (но не терапевта) выступал в качестве прогностического фактора успешного результата психотерапевтического лечения АЗ в модальности мотивационной психотерапии, а также оказывал влияние на объем употребления алкоголя в период лечения и мотивацию пациента к выздоровлению в постлечебный период (Cook S. et al., 2015). Более сильный альянс предсказывал большую вовлеченность в 12-шаговую программу и большее воздержание от употребления алкоголя трезвого периода (Kelly J.F. et al., 2016). В российском исследовании (Агибалова Т.В., Тучин П.В., 2013; Тучин П.В., 2014) пациенты с опиоидной зависимостью и сильным терапевтическим альянсом чаще завершали полный курс лечения, реже выбывали из него досрочно и формировали более длительные терапевтические ремиссии.

Анализируя факторы, способствующие формированию и срыву ремиссии у пациентов наркологического профиля, описанные в отечественных и зарубежных исследованиях, становится очевидным, что на это оказывают влияние многочисленные параметры, отражающие различные стороны индивидуального и социального функционирования личности, а также факторы, касающиеся организации лечебного и реабилитационного процесса. Учет большинства этих факторов в индивидуальной программе лечения отдельно взятого пациента возможен только в контексте комплексного, биопсихосоциального подхода, который предлагается в рамках среднесрочных и долгосрочных реабилитационных программ.

1.2. Развитие медицинской реабилитации в наркологии в нашей стране

Термин «реабилитация» в отечественной наркологии начали употреблять с 70-х годов XX века. До этого времени в основном использовали понятие «лечение», подразумевая реабилитационный процесс. При этом настойчиво внедрялся принцип комплексности, включавший медикаментозное лечение, психотерапию, физиотерапию, культуротерапию, трудотерапию, работу с семьей, а также принцип многопрофильности, предполагающий лечение наркологического больного врачами и другими специалистами разного профиля (Стрельчук И.В., 1949; Лукомский И.И., 1966; Янушевский И.К., 1966; Бехтель Э.А., Сидоров Ю.Г., 1970; Сударенко Н.А., 1971; Иванец Н.Н., Валентик Ю.В., 1986 и др.). И.В. Стрельчук писал: «Задачи, стоящие перед врачом, ведущим наркологическую работу, должны включать комплекс мероприятий социального и лечебного характера» (Стрельчук И.В., 1949).

В настоящее время медицинская реабилитация больного наркологического профиля в нашей стране базируется на био-психо-социо-духовной концепции развития наркологических заболеваний. Один из важных принципов терапии наркологических расстройств – принцип комплексности (Новиков Е.М. с соавт., 2009). Изолированный подход к лечению пациентов не позволяет сформировать мотивацию к прекращению злоупотребления ПАВ и длительному лечению, а

также не может помочь больному успешно адаптироваться в обществе. Как показано в различных исследованиях и отражено в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.10.2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)», мероприятия, направленные на лечение только синдрома отмены, позволяют добиться эффективности лишь у 3–5 % больных наркоманией (Брюн Е.А., 2007).

Развитие и совершенствование амбулаторной реабилитации, которая является продолжением стационарной, а также более предпочтительной для ряда больных (особенно для социально-сохранных пациентов наркологического профиля), менее затратны и экономически выгодны (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б., 2012). Амбулаторная реабилитация является необходимым этапом после прохождения стационарного лечения и стационарной реабилитации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. N 1034н). В нашей стране амбулаторная реабилитация недостаточно развита (Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельников Л.А., 2001; Брюн Е.А., Москвичев В.Г., Духанина И.В., 2007; Соборникова Е.А., 2012; Дудко Т.Н., 2012; 2013). Накопленный опыт ведения амбулаторной реабилитации у пациентов наркологического профиля в нашей стране недостаточно изучен и проанализирован (Валентик Ю.В., 2001; Дудко Т.Н., 2011; Недобыльский О.В., 2018). Переход пациентов наркологического профиля из стационарной реабилитации в амбулаторную недостаточно продуман. Пациенты после прохождения стационарной реабилитации не всегда доходят до наркологических диспансеров для прохождения амбулаторной реабилитации (Валентик Ю.В., 2001; Пятницкая И.Н., 2008). Не всегда присутствует соблюдение принципа этапности и непрерывности лечебных и реабилитационных мероприятий. Проблема преемственности стационарной и амбулаторной реабилитации остается не решенной. Пациенты наркологического профиля должны плавно переходить из стационарной реабилитации в амбулаторную, только в этом случае можно будет достигать длительных и стойких результатов ремиссии. Стоит отметить, что недостаточно разработана и внедрена система медико-социальной и

психотерапевтической работы с пациентами наркологического профиля (Валентик Ю.В., 2001; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005; Игонин А.Л., 2007; Дудко Т.Н., 2011; 2013).

Существует огромное количество платных негосударственных реабилитационных центров для пациентов наркологического профиля, но не все они придерживаются стандартов оказания помощи пациентам наркологического профиля. От безысходности родственники пациентов, оплачивая крупные суммы денег, направляют их в платные реабилитационные центры в надежде получить квалифицированную медицинскую реабилитационную помощь. Согласно Клиническим рекомендациям, программа медицинской реабилитации для пациентов наркологического профиля должна состоять из трех этапов: восстановительный (предреабилитационный), медицинская реабилитация, профилактический (постреабилитационный) (Брюн Е.А., Агибалова Т.В., Бедина И.А. с соавт., 2019). Медицинская реабилитация также включает в себя три этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный. Не все реабилитационные программы для пациентов наркологического профиля включают в себя необходимые этапы реабилитационного процесса (Дудко Т.Н., 2013; Городнова М.Ю., 2014; Tai V. et al., 2010 и др.). При организации реабилитационных мероприятий рекомендуется соблюдать принцип этапности и непрерывности реабилитационных мероприятий (Дудко Т.Н., 1999; Winters K.C. et al., 2011; Pearson F.S. et al., 2012 и др.). После прохождения стационарного лечения пациентов наркологического профиля необходимо мотивировать нахождение амбулаторной реабилитационной программы для достижения более длительных и устойчивых ремиссий (Дудко Т.Н., 2003; Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А., Иовлев Б.В. с соавт., 2006; Брюн Е.А., 2007 и др.). Преимущество стационарной и амбулаторной помощи пациентам не всегда соблюдается при прохождении медицинской реабилитации, что, в свою очередь, приводит в большинстве случаев к срывам и рецидивам.

Не менее важным этапом ремиссии является мотивирование пациента нахождение реабилитационной программы (Батищев В.В., Негериш Н.В., 2001;

Громько Д.И., 2002; Халабуда Л.Н., Семенов С.В., Домрачева А.Ю., 2003; Новиков Е.М. с соавт., 2009; Новиков С.А., Шустов Д.И., 2013). Этот этап в настоящее время является одним из проблемных. Рекомендуется проводить мотивационное интервью при поступлении пациентов наркологического профиля на реабилитационную программу (Дудко Т.Н., Даренский И.Д., Адамова Т.В., 2010; Zahradnik A. et al., 2009; Gier N.A. et al., 2011; Klimas J. et al., 2014 и др.). Преобладание краткосрочных программ реабилитации не обеспечивает достижения конечных целей реабилитационного процесса (Валентик Ю.В., 2002; Иванец И.Н., 2002; Дудко Т.Н., 2011 и др.).

Также процесс медицинской реабилитации у пациента наркологического профиля усложняется нарушением ряда психологических функций, необходимых для полноценного восстановления личностного и социального статуса (Белокрылов И.В. с соавт., 2010; Hagen E. et al., 2016 и др.). Их восстановление происходит при прохождении лечения в реабилитационных программах, а также за счет развития и формирования новых умений и навыков, приобретаемых при прохождении полного курса реабилитационной программы (Дудко Т.Н., 2000; Худяков А.В., 2003; Валентик Ю.В., Соборникова Е.А., 2009; Власовских Р.В. с соавт., 2013; Бабичева Л.П., 2014). Учитывая это, при построении реабилитационной программы необходимо принимать во внимание не только реабилитационный, но и абилитационный аспекты реабилитации (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002; Катков А.Л. с соавт., 2003; Kopelman M.D. et al., 2009).

Медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля должна осуществляться независимо от продолжительности заболевания и тяжести течения синдрома зависимости, при условии стабильности клинического состояния пациента и принимая во внимание уровень реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н., 2000; Дмитриева Т.Б. с соавт., 2004; Коломейчук А.В. с соавт., 2014).

В клинических рекомендациях отражена необходимость проведения диагностики уровня реабилитационного потенциала у всех пациентов, поступающих на медицинскую реабилитацию (Дудко Т.Н., 2000; 2016).

Медицинская реабилитация должна быть направлена на сохранение положительных результатов, достигнутых в процессе лечения, за счет формирования личностного и социального статуса пациента наркологического профиля благодаря поддержанию трезвого состояния, дальнейшей коррекции и развитию его личностного, интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002; Жарких А.А., 2013; Агибалова Т.В. с соавт., 2015; Дудко Т.Н., 2016 и др.).

В настоящее время в нашей стране медицинская и социальная реабилитация наркологических больных разделены. При этом в медицинской реабилитации осталась социальная составляющая (Валентик Ю.В., 1997; Дудко Т.Н., 2010; Клименко Т.В., Дудко Т.Н., Целинский Б.П., 2017; Брюн Е.А. с соавт., 2019). В части 1 статьи 26 Федерального закона от 23.06.2016 г. № 182-ФЗ Российской Федерации обозначено, что социальная реабилитация представляет собой совокупность мероприятий по восстановлению утраченных социальных связей и функций лицами, находящимися в трудной жизненной ситуации, в том числе потребляющими наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях. Лицам, потребляющим наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, помощь в социальной реабилитации оказывают организации социального обслуживания в порядке, определяемом органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Однако переход из медицинской реабилитации в социальную либо их совместное ведение законодательно не определены (Ефлова М.Ю., 2010). Это представляет значительные затруднения как для самих пациентов и их родственников при расстановке приоритетов в лечении наркологического заболевания, так и для специалистов при оказании медицинской и социальной помощи.

Социальная работа в наркологии основана на взаимодействии двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения (Валентик Ю.В., 1997; Вешнева С.А., 2010; Воронин В.В., 2016; Кийко М.Ю.,

2017). Несмотря на предпринимаемые совместные усилия в помощи пациентам наркологического профиля, у которых имеются не только медицинские, но и социальные проблемы, реальное взаимодействие здравоохранения и социальной защиты населения недостаточно эффективно (Казаковцев Б.А., Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А., 2002; Дудко Т.Н., 2011; 2013; Федоренко Т.А., 2015). Однако медицинская реабилитация включает в себя и социальную реабилитацию, так как помощь пациентам наркологического профиля является комплексной и разделение медицинской и социальной реабилитации в некоторых ситуациях невозможно. Большое содействие в этом направлении оказывают специалисты по социальной работе, а также социальные работники (Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А., 2002; Городнова М.Ю., 2014). В процессе реабилитации специалист по социальной работе является для пациента полноправным партнером, наряду с медицинским персоналом, координирует деятельность нескольких социальных работников или консультантов-волонтеров (Шинкевич В.Е., Куприянчик Т.В., 2018). Таким образом, медицинская и социальная реабилитация имеют огромное значение, взаимосвязь между ними играет важную роль в формировании ремиссии у пациента наркологического профиля (Ефлова М.Ю., 2010; Федоренко Т.А., 2015; Воронин В.В., 2016).

Несмотря на все трудности, за последние двадцать лет медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля в нашей стране существенно изменилась. Это обусловлено накоплением опыта различными специалистами (психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи), работающими в этой области (Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013; Gray E., McCambridge J., Strang J., 2005 и др.). Появились научные разработки, которые позволяют отнести к реабилитации пациентов наркологического профиля как к интегративному медико-социальному процессу, представлены концептуальные модели реабилитации (Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., 2001; Букреева Н.Д., 2002; Валентик Ю.В. с соавт., 2002; Казаковцев Б.А., Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А., 2002; Вешнева С.А., Бисалиев Р.В., 2008; Шайдукова Л.К., 2013 и др.). Возрастает численность пациентов с многолетней ремиссией, работающих волонтерами,

консультантами, социальными работниками, специалистами по социальной работе, на собственном примере доказывающих эффективность программ реабилитации, возможность воздержания от употребления ПАВ.

1.3. Анализ подходов к реабилитации

для пациентов наркологического профиля в разных странах

Проводя анализ подходов к реабилитации пациентов наркологического профиля за рубежом, стоит отметить, что реабилитация осуществляется как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Существует также полустационарная реабилитация (Ермякина Н.А. с соавт., 2018; Dutra L. et al., 2008; Glasner-Edwards S., Rawson R., 2010; Klimas J., Tobin H., Field C.A., 2014). Из многочисленных реабилитационных программ, существующих за рубежом, можно выделить наиболее распространенную и востребованную «Программу 12 шагов» (Шинкевич В.Е., Куприянчик Т.В., 2018; Bean M., 1975; Annis H.M., 1986; Keso L., Salaspuro M., 1994; Donovan D.M., Wells E.A., 2007). На сегодняшний день эта программа реабилитации для пациентов наркологического профиля является самой распространенной (Айзенбах-Штангль И., 1996; Alford G.S., Koehler R.A., Leonard J., 1991; Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., 2004; Donovan D.M., Wells E.A., 2007; Bøg M. et al., 2017). Основными пунктами программы являются признание своей проблемы и бессилия, также переоценка и принятие своего жизненного опыта, признание своих заблуждений и покаяние, сознательная подготовка к изменению и готовность действием исправить свои негативные поступки (возмещение причиненного другим людям ущерба, углубление самоанализа, помощь другим зависимым и нуждающимся людям) (Барцалкина В.В., 1994; Батищев В.В., 1998; 2002; Флорес Ф.Дж., 2014; Crewe Ch.W., 1980; Cook C.C.H., 1994; McElrath D., 1997; Guydish J. et al., 2014). «Программа 12 шагов» проводится во многих странах (Ермякина Н.А. с соавт., 2018; Maxweli M.A., 1984; Gossop M., Stewart D., Marsden J., 2008).

За рубежом терапевтическое сообщество остается одним из самых распространенных подходов к реабилитации пациентов наркологического

профиля (Валентик Ю.В., 2001; 2002; Соборникова Е.А., 2012; Бабичева Л.П., 2014; 2015; Шинкевич В.Е., Куприянчик Т.В., 2018; De Leon G. et al., 2000; Higgins S., Sigmon S.C., Wong C.J., 2003; Carr W.A., Ball S.A., 2014). Терапевтические сообщества (SMART Recovery, SOS (Save Our Selves), Women for Sobriety or Lifelong Secular Recovery, Monar) появились еще в 50–60-е годы прошлого века в США (Therapeutic Communities / NIDA Research Report Series). Такая модель представляет собой структурированное и организованное сообщество, в которое входят пациенты, имеющие проблемы с зависимостью (Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E., 2014). Это модель социального обучения пациента наркологического профиля здоровому образу жизни. В ней предусмотрено совместное проживание пациентов наркологического профиля по 15–25 человек в среде, исключающей доступ к ПАВ. Сроки пребывания в терапевтических сообществах обычно составляет от 6 до 12 месяцев, что обусловлено возможностью формирования у пациентов наркологического профиля ремиссии, а также уверенности в жизни без наркотиков (Гузикив Б.М. с соавт., 2000; Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E., 2014 и др.).

В некоторых государствах распространена конфессиональная модель реабилитации (Дудко Т.Н., 2012; Ермякина Н.А. с соавт., 2018). Она реализуется священнослужителями и предполагает, что пациенты наркологического профиля разделяют их веру. Такая модель реабилитационной программы включает в себя трудотерапию, изучение и обсуждение религиозных текстов, участие в религиозных ритуалах, молитвах, собраниях. Конфессиональная модель предполагает, что у пациентов, участвующих в этой модели реабилитации, формирование ремиссии происходит на основе религиозно-ценностной мотивации, которая в повседневной жизни помогает найти морально-нравственную опору и психологические «инструменты» для выздоровления в рамках церковной общины (Townes Ch.H., 2000; Higgins S., Sigmon S.C., Wong C.J., 2003; Surratt H.L., 2005).

Широко распространена когнитивно-поведенческая модель реабилитации. Она представляет собой психотерапевтическую модель реабилитации (Ellis A.,

1985; Marlatt G.A., 1998; Sobell M.B., Sobell I.C., 2003; Vedel E., Emmelkamp P.M., Schippers G.M., 2008; Magill M., Ray L.A., 2009; Westra H.A., Arkowitz H., Dozois D.J., 2009). Основной составляющей этой модели является психотерапевтическая помощь пациентам с зависимостью от ПАВ (Федоров А.П., 2002; Гребнев С.А., 2016). Психотерапевтическая помощь пациенту оказывается на основе понимания самим пациентом причин злоупотребления ПАВ, решения проблем, прежде казавшихся ему непреодолимыми, переосмысления своих взглядов (Miller W.R., Rollnick S., 2002; Merlo L.J. et al., 2009). Многие программы этой модели психотерапевтической помощи предполагают регулярные индивидуальные или групповые консультации (Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д., 2015). Они могут проводиться как отдельно, так и в комплексе, помогают пациентам осознать последствия употребления ПАВ и научиться справляться с ситуациями влечения к ПАВ (Федоров А.П., 2002; Гребнев С.А., 2016; Вальчук Д.С. с соавт., 2017; Zimberg N.E., 1982; Westra H.A., Arkowitz H., Dozois D.J., 2009).

Особую ценность представляют различные национальные программы реабилитации наркологических больных, которые разработаны и внедрены в практику (Федоренко Т.А., 2015; Шинкевич В.Е., Куприянчик Т.В., 2018; Kalaydjian A. et al., 2009; Tai B. et al., 2010; Pearson F.S. et al., 2012). Так, например, в Ирландии необходимым компонентом реабилитационных мероприятий является социальная реинтеграция пациентов наркологического профиля (Cox G., McVerry P., 2006; Maeyer J., Vanderplasschen W., Broekaert E., 2010; Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E., 2014). Основными задачами этой программы являются обеспечение пациентов временным жильем, содействие в получении профессионального образования с последующим трудоустройством. При разработке реабилитационных программ в Ирландии учитываются гендерные, возрастные, социальные характеристики пациентов. Наличие временного жилья, после прохождения курса стационарного лечения и медицинской реабилитации, помогает предотвратить случаи рецидива у пациентов с зависимостью от ПАВ (Lawless M., Cox G., 2000; Cox G., McVerry P.,

2006). Временное жилье в Ирландии предоставляется организациями при финансовой поддержке органов, на которые возложены данные обязательства законом (Long J., Lynn E., Kelly F., 2005). Например, организация Merchants Quay Ireland (MQI) предоставляет временное жилье пациентам наркологического профиля сроком не более 24 недель. Женщины, имеющие зависимость от ПАВ, могут воспользоваться национальной программой для женщин The Renewal House («Новый дом»). Условием включения в программу является прохождение стационарного лечения и медицинской реабилитации в условиях стационара. В таком центре женщины могут проживать не более трех месяцев. Пациенток мотивируют на трудоустройство. Приветствуется частичное участие семьи на первых этапах реабилитации. Находясь в центре, пациентки обязаны посещать занятия в рамках реабилитационной программы, в том числе групповые занятия и индивидуальные консультирования. Внутри данной программы разработан проект «Схема трудоустройства на уровне общин» (Community Employment Scheme), который дает возможность женщинам пройти обучение и получить опыт работы (Keane M., 2007). Стоит отметить, что не все реабилитационные программы, действующие на территории Ирландии, являются одинаково эффективными, это связано с возможностями финансирования (Randall N., 2000). Оно осуществляется за счет национального правительства, региональных (местных) органов, властей местного сообщества, частных фондов и неправительственных организаций. Тем самым поставленные задачи не всегда выполнимы. Это связано с невозможностью решения таких задач, как: трудоустройство, наличие жилищного фонда, квалификации специалистов и пр. (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2016). В настоящее время разрабатываются проекты в сфере реабилитации и реинтеграции пациентов наркологического профиля для повышения роли семьи и создания дополнительных условий социальной защиты и социального обеспечения детей пациентов (National Drugs Strategy (Interim) 2009–2016).

Не менее интересный опыт в сфере реабилитации пациентов наркологического профиля накоплен в Италии (Клименко Т.В., Козлов А.А.,

Дудко Т.Н., 2013; EMCDDA Annual Report, 2012). Оказание мер для лечения пациентов с зависимостью от ПАВ осуществляется на региональном уровне, основная роль отводится главам местных отделов по борьбе с наркотиками или соответствующим службам (Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E., 2014). Деятельность в сфере лечения и реабилитации осуществляет региональное правительство. Оно предоставляет услуги по лечению и реабилитации, а также проводит аккредитацию частных центров, оказывающих эти услуги (Клименко Т.В., Козлов А.А., Дудко Т.Н., 2013). Финансирование предоставляется Региональным медицинским Фондом, финансовая поддержка деятельности которого осуществляется правительством ежегодно (Italy Country Overview, 2016). Итальянский подход к лечению и реабилитации пациентов наркологического профиля реализуется в два этапа. Первый этап проводится общественными отделениями по работе с пациентами наркологического профиля. Такие отделения оказывают амбулаторное лечение и являются частью национальной системы здравоохранения. Второй этап включает в себя большинство частных реабилитационных центров. Такие центры проводят как стационарное, так и амбулаторное лечение пациентов с зависимостью от ПАВ. Пациенты получают направление в такие центры в отделениях по работе с пациентами наркологического профиля (этап первый), которые преимущественно финансируются национальной службой здравоохранения. В основном реабилитационные центры в Италии располагаются на севере страны (Ермякина Н.А. с соавт., 2018). Это связано с плотностью населения и большим количеством пациентов с зависимостью от ПАВ. Пациентам организована психологическая поддержка, проводится психотерапия, предоставляются социальные услуги, осуществляется профессиональное обучение с последующим трудоустройством, а также детоксикация в стационарных условиях. Детоксикация также может проводиться в больницах общего профиля. Однако количество пациентов наркологического профиля, проходящих курс стационарного лечения, небольшое. Реабилитационные программы ориентированы на пациентов, употребляющих кокаин, на подростков, употребляющих ПАВ, а также пациентов

с сочетанным употреблением ПАВ. В некоторых регионах доступны реабилитационные программы для этнических меньшинств (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2016).

Израиль представляет пример комплексного подхода к системе реабилитации лиц, страдающих аддиктивными расстройствами (Крупнов Б.В., Новикова Т.А., 2014; Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E., 2014). Программы, осуществляющие лечение и реабилитацию пациентов с зависимостью от ПАВ, реализуются Министерством здравоохранения, Министерством социальных дел и социального обеспечения. Существуют также программы лечения и реабилитации для пациентов наркологического профиля, находящихся в тюрьмах, они реализуются при помощи Министерства внутренней безопасности (Крупнов Б.В., Новикова Т.А., 2014; Гольденберг Б., 2015). В Израиле оказание услуги наркологических клиник и реабилитационных центров оплачивается страховыми компаниями. Оказание наркологической помощи (детоксикация и долечивание в течение 21 дня) входят в базовую медицинскую страховку. Также выделяются субсидии для прохождения лечения и реабилитации сроком на 1,5 лет в амбулаторных условиях по месту жительства, либо в реабилитационных центрах в сельской местности. Пациентам предоставляется возможность выбора программ лечения и реабилитации (Шинкевич В.Е., Куприянчик Т.В., 2018). В процессе лечения и реабилитации с пациентом работают три социальных работника: в наркологической клинике, в реабилитационном центре и по месту жительства, так называемый социальный патронаж. В каждой программе в обязательном порядке работают, помимо социальных работников, врачи – психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи, а также консультанты по химической зависимости (консультанты из числа выздоравливающих пациентов с зависимостью от ПАВ). Консультанты по химической зависимости в обязательном порядке проходят обучение не менее 9 месяцев и имеют длительные сроки ремиссии – не менее двух лет (Гольденберг Б., 2015). В Израиле организация лечения и реабилитации, а также ресоциализации осуществляется системой вовлечения пациентов в

реабилитационные программы и специализированные программы реабилитации под разные категории пациентов наркологического профиля (Крупнов Б.В. с соавт., 2013). Существуют такие программы, как центр реабилитации «Малькишуа» для подростков на ранних стадиях злоупотребления ПАВ, программа для женщин – терапевтическая община «Путь», реабилитация опийных зависимых, семейный центр реабилитации, центры для лиц, не имеющих определенного места жительства, а также специализированные программы для пациентов наркологического профиля с тяжелыми соматическими патологиями. Эти программы являются как амбулаторными, так и стационарными. Существующие стационарные программы могут быть краткосрочными (до 4 месяцев) и долгосрочными (от 9 месяцев до 1,5 лет). Также программы делятся на медицинские, социально-психологические и смешанные (Крупнов Б.В., Новикова Т.А., 2014; Гольденберг Б., 2015). Медицинские включают в себя проведение детоксикации, социально-психологические – это терапевтические общины, а смешанные программы сочетают медицинский и социальный компоненты (Israel Anti-Drug Authority, 2016). Принципами государственной антинаркотической политики Израиля являются системность и индивидуальный подход в организации помощи наркозависимым и другим гражданам, пострадавшим от наркотиков, использование механизмов правового понуждения к освобождению от зависимости, включающего уголовную ответственность за употребление наркотиков. В качестве альтернативы наказанию – лечение и реабилитация для лиц, страдающих наркотической зависимостью, обеспечение доступной помощи в освобождении от зависимости, социальной и профессиональной интеграции граждан, отказавшихся от употребления ПАВ, приоритет социальной помощи гражданам, пострадавшим от наркотиков, использование механизмов социального патронажа (кейс-менеджмента), социального страхования и государственных субсидий на реабилитацию (Ермякина Н.А. с соавт., 2018). В Израиле осуществляют свою деятельность 57 муниципальных центров для пациентов наркологического профиля со сроком лечения до 1,5 лет, 18 амбулаторных реабилитационных центров с длительностью

реабилитации 6–12 месяцев и 15 реабилитационных центров «общинного типа». Отдельно выделяют центры специализированных программ реабилитации. Их количество составляет 94. Также существуют 10 центров оказания помощи, лечения и реабилитации пациентов наркологического профиля, находящихся в заключении. Многие центры переполнены, и поэтому существует лист ожидания пациентов, желающих пройти реабилитацию добровольно либо по решению суда (Крупнов Б.В., Новикова Т.А., 2014; Гольденберг Б., 2015). Специалисты, которые хотят начать работу в различных программах лечения и реабилитации пациентов наркологического профиля, в обязательном порядке проходят обучение в течение 300 часов и получают диплом, который дает право работать с зависимыми людьми. В результате совместных усилий государства и общества Израиль смог создать эффективный подход помощи гражданам, пострадавшим от употребления наркотиков, включающий раннее выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем и ПАВ, организацию лечения, реабилитацию, ресоциализацию и обеспечение социальной защищенности. Использование термина «граждане, пострадавшие от наркотиков» снижает уровень стигматизации общества в отношении пациентов наркологического профиля (Гольденберг Б., 2015).

Многие авторы описывают и рекомендуют применять мультидисциплинарный подход в реабилитации, который предполагает воздействие на различные сферы функционирования пациентов наркологического профиля, в том числе психологическую, профессиональную, семейную, общественную и сферу досуга (Grenard J.L. et al., 2006; Pearson F.S. et al., 2012; Soyka M., 2017 и др.).

Глава 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных больных

Настоящее исследование выполнено на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Общая численность обследованных наркологических пациентов составила 142 человека. Четыре человека были исключены из исследования. 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). Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от 9 ноября 2017 года, протокол № 9.

Все больные, вошедшие в исследование, подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Гарантирована конфиденциальность тех сведений, которые были получены от пациентов в ходе психологического тестирования, при взаимодействии со специалистами.

Критериями включения в исследование являлись:

1. Мужской пол.
2. Женский пол.
3. Возраст от 21 года до 55 лет.
4. Наличие диагноза «Синдром зависимости от ПАВ», «Синдром зависимости от алкоголя», выставленного в соответствии с критериями МКБ-10.
5. Наличие ремиссии от 3 до 10 лет и более (основная группа).
6. Наличие ремиссии от 6 месяцев до 1 года (контрольная группа).
7. Пациенты, прошедшие и не прошедшие реабилитационные программы.
8. Способность понять и предоставить информированное добровольное согласие на участие в научном исследовании с соответствующим оформлением документации.

Критериями невключения в исследование являлись:

1. Наличие экзогенных психических заболеваний.

2. Наличие эндогенных психических заболеваний.
3. Возраст до 21 года и после 55 лет.
4. Соматические заболевания в стадии обострения.
5. Отказ пациента от участия в исследовании.
6. Отзыв информированного согласия.
7. ВИЧ-инфекция.

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.



Рисунок 1 – Схематическое распределение наркологических больных по группам

В дальнейшем проводился сравнительный анализ выделенных групп факторов в выделенных группах. Также учитывалась длительность ремиссии, которая в указанной выборке была от 6 месяцев до 10 лет. Оценка ремиссии алкогольной или наркотической зависимости проводилась на основании диспансерного динамического наблюдения и объективных сведений от родственников, а также включала биохимический анализ крови на АЛТ, АСТ, ГГТ, тест на определение фракции трансферрина (CDT), тест мочи на ПАВ. Характеристика длительности ремиссий представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика длительности ремиссий

	Прошли реабилитацию (N = 86)	Не прошли реабилитацию (N = 52)
<i>Длительность ремиссии (месяцы)</i>		
Общая группа (N = 138)	6 – 174	6 – 228
Зависимые от алкоголя (F 10.2)	6 – 174	6 – 132
Зависимые от ПАВ (F 11.2; F 12.2; F 15.2; F 19.2)	6 – 96	6 – 228
<i>Средняя длительность ремиссии (месяцы) (Среднее значение ± Стандартное отклонение)</i>		
Общая группа	40,59 ± 9,73	44,47 ± 14,85
Зависимые от алкоголя (F 10.2)	43,10 ± 21,23	46,62 ± 21,87
Зависимые от ПАВ (F 11.2; F 12.2; F 15.2; F 19.2)	23,69 ± 6,95	69,22 ± 20,87

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 2).

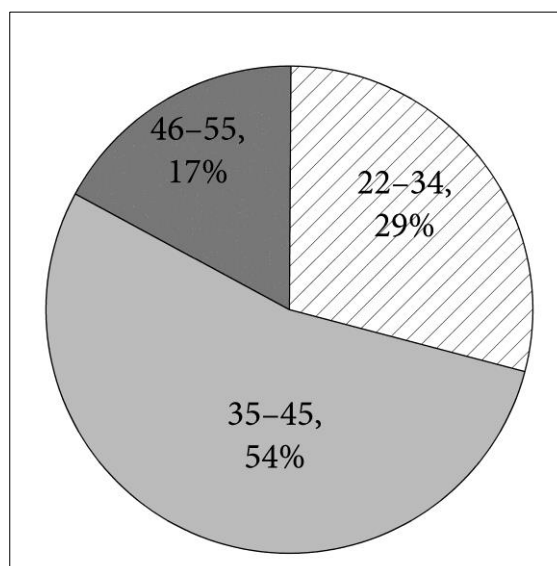


Рисунок 2 – Распределение пациентов обследованных групп по возрасту

Распределение обследованных больных по диагнозу приведено в таблице 2. 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 2 – 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 %)

2.2. Программы медицинской реабилитации, которые проходили обследованные больные

Обследованные пациенты проходили программы стационарной медицинской реабилитации в реабилитационных отделениях и реабилитационном центре Ступино МНПЦ наркологии и амбулаторной медицинской реабилитации на базе филиалов МНПЦ наркологии.

Анализируя программы реабилитации, которые прошли обследованные пациенты, можно выделить следующие общие закономерности: все программы соответствовали медицинской реабилитации, включали в себя блоки: медицинский, психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный. Медицинский блок состоял из диагностики и проведения по показаниям медикаментозной терапии. Поскольку обследованные пациенты поступали на реабилитацию после купирования синдрома отмены, проводимая дальнейшая медикаментозная терапия была минимальна и включала в себя по показаниям: Гидроксизин – 25–50 мг на ночь 3–10 дней, Тофизолам – до 150 мг в сутки до 14 дней, Мексидол – до 750 мг в сутки до 14 дней, витамины: Аскорбиновая кислота – до 1000 мг в/м в сутки 10 дней, Тиамин – до 250 мг в/м в

сутки 10 дней, Пиридоксин – до 300 мг в/м в сутки 10 дней, Цианокобаламин – до 300 мкг в/м в сутки 10 дней. Психологический блок включал патопсихологическую диагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию, психообразовательную работу с пациентами и их родственниками. Психотерапевтический блок включал групповые и индивидуальные формы психотерапевтической работы. Психологическое и психотерапевтическое воздействия были направлены на мотивационную, эмоциональную, когнитивную, поведенческую сферы пациентов. Психологическое и психотерапевтическое воздействия влияли на преодоление непонимания и принятие факта наличия болезни, формирование личностной установки на воздержание от алкоголя и ПАВ, формирование навыков преодоления ПАА и ПАВ, осознание психологических защит, распознавание предвестников обострения болезни. Методы и продолжительность психотерапевтических методик и методов психологической поддержки определялись особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Во всех программах использовались следующие методы психотерапии: когнитивная, поведенческая, гуманистическая, системная, семейная. Социальный блок включал работу с социальной (семейной) системой пациента, в том числе психологические и психотерапевтические методы и оказание реабилитационных социальных услуг. Специалист по социальной работе и социальный работник исследовали социальный маршрут лиц, зависимых от ПАВ, включая уровень образования, степень трудовой подготовки, конкретные профессиональные знания, также собиралась информация о семейном статусе, качестве интерперсональных отношений с членами семьи. Блок данных был использован для коррекции социального маршрута, создания семейной реабилитационной среды, психокоррекции взаимоотношений в семье.

Все пациенты, прошедшие стационарные программы, в дальнейшем проходили амбулаторные программы реабилитации с динамическим диспансерным наблюдением в течение 3–5 лет. Амбулаторные программы медицинской реабилитации также включали в себя те же блоки: медицинский,

психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный. Большой акцент был на психотерапевтическом и социальном блоках. Также пациенты проходили 12-шаговую программу амбулаторно.

Длительность программ реабилитации, которые проходили пациенты: стационарная программа в реабилитационных отделениях – от 1 месяца до 3 месяцев; в реабилитационном центре Ступино – от 3 до 6 месяцев, амбулаторные реабилитационные программы – от 3 месяцев до 1 года. Все пациенты, прошедшие программы реабилитации, в последующем стали членами терапевтических сообществ.

2.3. Характеристика методов и организация исследования

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

1. Индивидуальная карта исследования больного. Индивидуальная карта составлена для выявления трех групп факторов, влияющих на формирование ремиссии: клинических, личностных и социальных. Она включала в себя: паспортную часть, анамнез жизни 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 содержал анамнестические данные начала употребления ПАВ и динамики формирования заболевания. Также отмечались проводимые виды лечения и медицинской реабилитации. Заполнялась индивидуальная карта исследователем лично (см. Приложение А).

2. Тест аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAA) (МакМаллин Р., 2001) используется для оценки степени выраженности аддиктивных установок у больных наркологическими заболеваниями. Тест состоит из 42 утверждений, непосредственно касающихся мотивов, состояний,

ответственности за употребление ПАВ (алкоголя), отношения к себе, имеющимся проблемам, возможности преодолеть зависимость от ПАВ (алкоголя). Больному предлагается оценить степень согласия с предложенным утверждением, выбрав один из пяти квантификаторов – от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен». Каждому ответу приписывается определенное число баллов. Суммарный тестовый балл является арифметической суммой численных значений квантификаторов, выбранных и отмеченных больным. Тест использовался для определения качества установок наркологического больного в отношении имеющейся зависимости путем сравнения индивидуального результата со среднестатистическим на различных стадиях болезни. Чем выше результат, тем более разрушительны убеждения больного и тем дальше он находится от стадии выздоровления. В исследовании тест аддиктивных установок использовался для изучения клинических факторов ремиссии (см. Приложение В).

3. Визуально-аналоговая шкала (опросник ВАШ). Визуально-аналоговая шкала (англ. Visual Analogue Scale, сокр. VAS) (Huskisson E.S., 1974) изначально была разработана для оценки интенсивности боли у пациентов с хроническим панкреатитом. В наркологии шкала используется для измерения субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику (Крупницкий Е.М., Звартау Э.Э., 2003). 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 (алкоголю) 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 (см. Приложение С).

4. Краткий ориентировочный, отборочный тест (тест КОТ). Тест КОТ (Бузин В.Н., Вандерлик Э.Ф., 1989) предназначен для диагностики общего уровня интеллектуальных способностей. Несмотря на краткость теста, следует отметить его достаточную надежность, что представляется важным в исследовании

наркологических больных. КОТ предназначен для определения интегрального показателя «Общие способности» и предусматривает диагностику следующих «критических точек» интеллекта: способность обобщения и анализа материала; гибкость мышления; инертность мышления, переключаемость; эмоциональные компоненты мышления, отвлекаемость; скорость и точность восприятия, распределение и концентрация внимания; употребление языка, грамотность; выбор оптимальной стратегии, ориентировка; пространственное воображение. Обработка теста заключается в подсчете числа правильно решенных задач в отведенное время (15 минут) и производится путем суммирования баллов, полученных за совпадение с ключом. В исследовании КОТ использовался для изучения клинических факторов ремиссии (см. Приложение D).

5. Тест смысловых ориентаций (СЖО) (Леонтьев Д.А., 2000). Тест адаптирован Д.А. Леонтьевым и представляет собой адаптированную версию теста «Цель жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика разработана на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла. С помощью этого теста исследовалось представление пациентов о своем будущем по таким характеристикам, как наличие или отсутствие целей в будущем, осмысленность жизненной перспективы, интерес к жизни, удовлетворенность жизнью, представления о себе как об активной и сильной личности, самостоятельно принимающей решения и контролирующей свою жизнь. В исследовании тест СЖО использовался для изучения клинических факторов ремиссии (см. Приложение E).

6. Опросник SCID-II-Q. Для оценки дисфункциональных личностных черт в исследовании был использован метод структурированного клинического диагностического интервью – SCID-II (Гаранян Н.Г., 2010; First M.B. et al., 1995; 2002). Опросник SCID-II ориентирован на определение личностных расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением ПАВ и т.д.). По результатам ответов определялось наличие дисфункциональных личностных черт по таким типам, как избегающий, зависимый, обсессивно-компульсивный, пассивно-агрессивный, депрессивный,

параноидный, шизотипический, шизоидный, гистрионный, нарциссический, пограничный и антисоциальный. 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; First M.B., et al., 2002; Germans S. et al., 2010). В исследовании опросник SCID-II использовался для изучения личностных факторов ремиссии (см. Приложение F).

7. Опросник SF-36 «Оценка качества жизни» (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Ware J.E., 1993). Опросник SF-36 «Оценка качества жизни» («SF-36 Health Status Survey») относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Опросник SF-36 представляет собой интегрированную структуру, включающую в себя ряд вопросов и утверждений. Вопросы касаются разных сторон физического и психологического функционирования, каждому из которых соответствует определенная количественная оценка, которую должен выбрать пациент. Утверждения опросника содержат различные оценочные шкалы, также связанные с особенностями физического и психологического состояния, между которыми возможны разные градации предпочтения. Пациенту предлагается выбрать наиболее подходящую ему градацию путем отметки соответствующей цифры. Все 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал таким образом, что каждой шкале соответствуют определенные пункты: физическое функционирование; ролевая деятельность; телесная боль; общее здоровье; жизнеспособность, жизненная активность; социальное функционирование; эмоциональное состояние; психическое здоровье. Обработка опросника включает в себя количественную оценку каждой шкалы, которая оценивается дважды. Количественно выраженные показатели всех 8 шкал в дальнейшем группируются в два общих показателя: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья. Полученные две общие количественные оценки позволяют отдельно оценить физический и психологический компоненты здоровья. Чем

больше число набранных баллов, тем выше качество жизни. В исследовании опросник SF-36 использовался для изучения социальных факторов ремиссии (см. Приложение G).

8. Анкета «Жизнь химически зависимого после реабилитации» разработана автором настоящего исследования совместно с научным руководителем специально для изучения социальных факторов ремиссии. Анкета содержит 7 вопросов, на которые пациенты отвечали самостоятельно. Вопросы были направлены на изучение отношения пациентов к пройденной ими реабилитационной программе. Также в опроснике пациенты вписывали собственное мнение и свои предложения по улучшению реабилитационной программы (см. Приложение H).

Методология исследования включала анализ параметров и характеристик наркологических больных, представленных на рисунке 3.

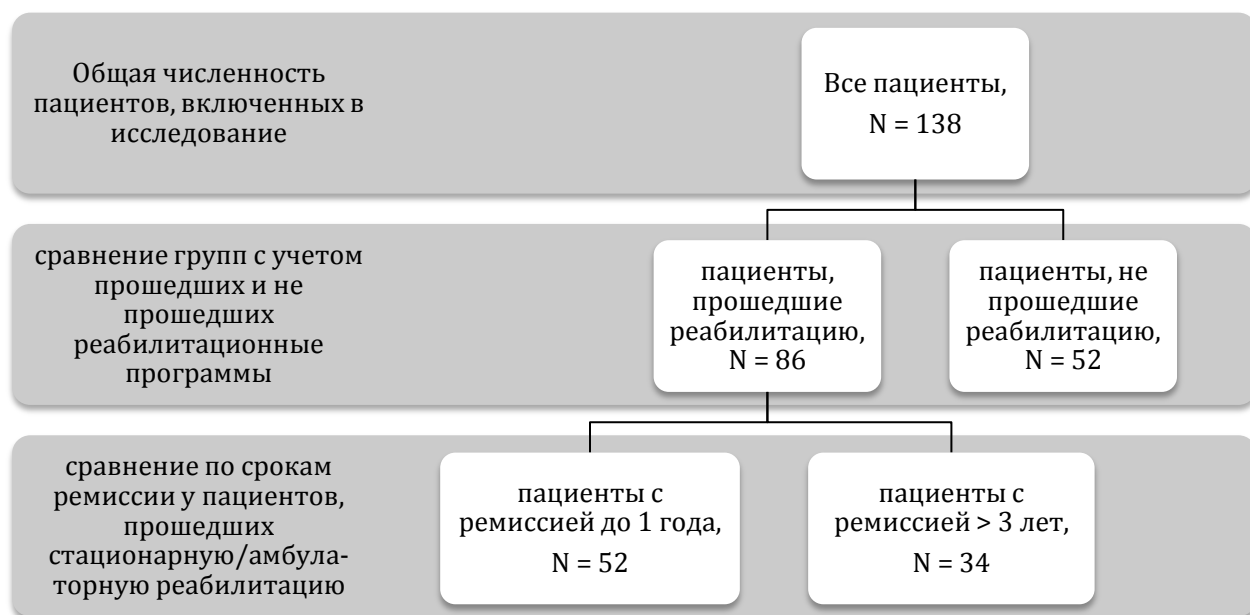


Рисунок 3 – Дизайн исследования

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, также был использован непараметрический однофакторный дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса (Kruskal – Wallis ANOVA).

Глава 3

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Клинические факторы ремиссии: сравнительный анализ клинико-психопатологических расстройств у наркологических пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии

Согласно данным, приведенным в таблице 3, более половины наркологических больных (85/138, 61,60 %), включенных в исследование, имеют отягощенную наследственность психическими и наркологическими расстройствами. С целью исследования имеющихся различий между сравниваемыми группами использовался точный критерий Фишера. 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 3).

Таблица 3 – 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**

*Различия достоверны, $p < 0,001$;

**Различия достоверны, $p < 0,01$.

Как показано в таблице 4, у пациентов с наркологическими заболеваниями наследственность отягощена по линии отца (53/85, 62,35 %) в 4,4 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 %).

Таблица 4 – Распределение больных
по показателю наследственной отягощенности

Показатель, N = 85	Зависимость от алкоголя	Зависимость от ПАВ	Зависимость от азартных игр	Психические заболевания, учет в психоневрологическом диспансере
Отец	53 (62,35 %)	4 (4,70 %)	1 (1,17 %)	1 (1,17 %)
Мать	12 (14,12 %)	0	2 (2,35 %)	2 (2,35 %)
Иные родственники	9 (10,58 %)	1 (1,17 %)	0	0

Анализируя данные 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 %, $p < 0,001$) (таблица 5).

Таблица 5 – Сравнение в группах прошедших и не прошедших
реабилитационную программу по показателю
наследственной отягощенности больных

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 %)	0,01*
Отягощенная наследственность по линии отца	53 (38,41 %)	37 (26,81 %)	16 (11,59 %)	0,206
Отягощенная наследственность по линии матери	12 (8,70 %)	11 (8,0 %)	1 (0,72 %)	0,031**
Отягощенная наследственность у сиблингов	5 (3,62 %)	4 (2,90 %)	1 (0,72 %)	0,650
Отягощенная наследственность по линии иных родственников	10 (7,25 %)	7 (5,07 %)	3 (2,17 %)	0,743

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

**Различия достоверны, $p < 0,05$;

Примечание: итоговая частота встречаемости в таблице 5 превышает 100 %, поскольку у одного человека могла определяться наследственная отягощенность по нескольким линиям.

Статистически значимые различия между сравниваемыми группами наблюдаются по признаку отягощенной наследственности по линии матери ($p = 0,031$; точный критерий Фишера).

Схематическое распределение наследственной отягощенности наркологических больных показано на рисунке 4.

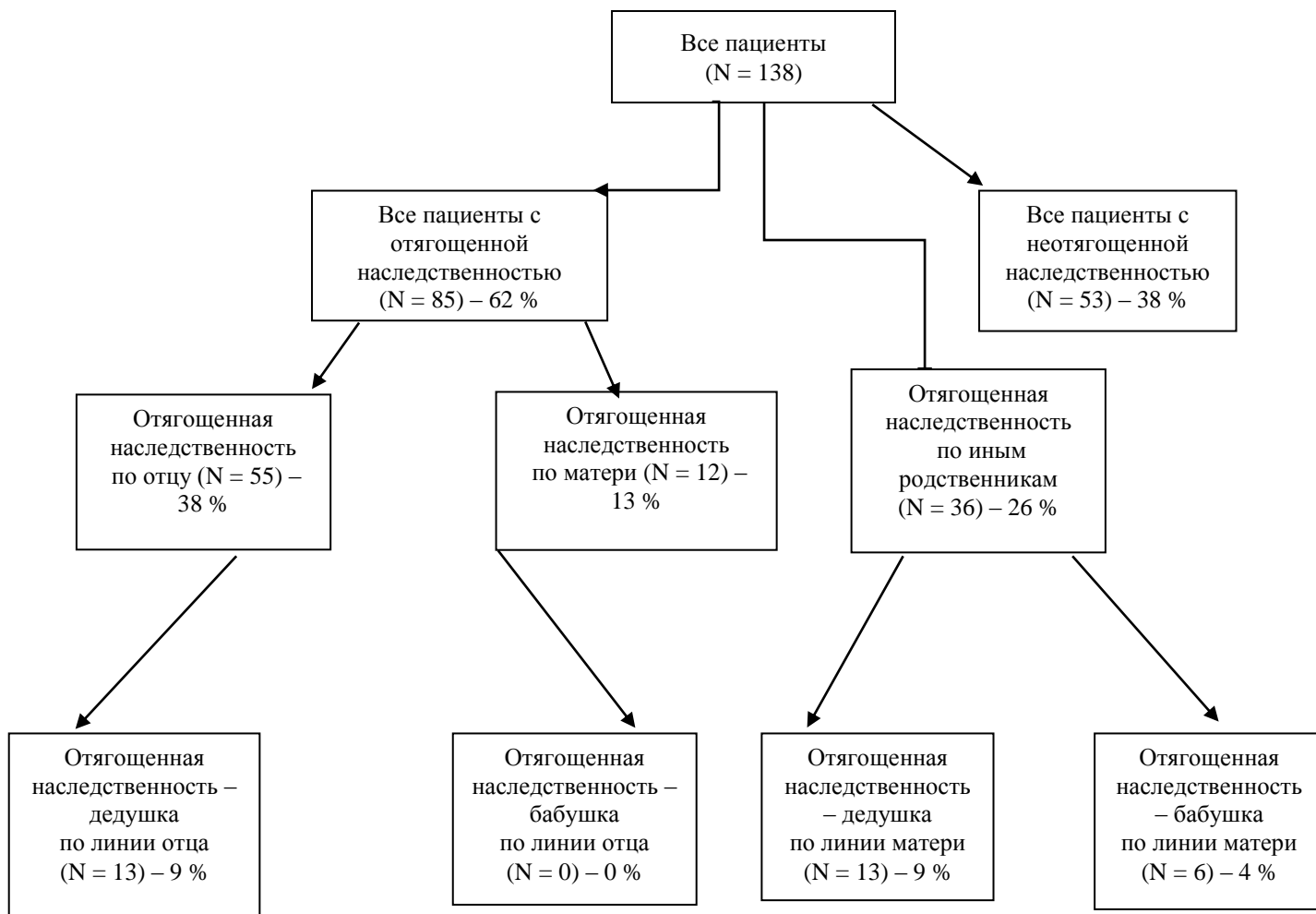


Рисунок 4 – Схематическое распределение наркологических больных по наследственной отягощенности

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. Такой же процент больных (65/138, 46,38 %) указал только одну причину, затруднились с ответом 7,97 % (10/138) больных, что свидетельствует о сложности вопросов мотивационной направленности и необходимости дополнительных исследований.

На первом месте располагаются мотивы, выражающиеся в стремлении к эффективной коммуникации, улучшающие качество общения – «поддержание общения, за компанию», 45,65 % (63/138). Второе место занимают мотивы эмоционально-личностного характера в виде тенденции изменения своего состояния, изменения состояния сознания, изменения себя (стимуляция) – 36,23 % (50/138). Третье место занимают мотивы эмоционально-личностной направленности в виде избавления от страха и решения проблем – 35,51 % (49/138). На последнем месте находятся мотивы, обозначаемые пациентами как «новый тренд», «следование моде», «другой культуре, музыке», дающие чувство свободы – 29,71 % (41/138) (таблица 6).

Такое соотношение наблюдается и в выделенных группах прошедших и не прошедших реабилитацию, за небольшим исключением. Большая часть пациентов, прошедших реабилитацию (39/86, 45,35 %), 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.

Таблица 6 – Мотивы начала употребления ПАВ

Мотивы употребления ПАВ и алкоголя	Общая группа, N = 138 (100 %)	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52	p
Стремление к эффективной коммуникации, улучшение качества общения	63 (45,65 %)	38 (44,19 %)	25 (48,08 %)	0,658
Изменение состояния, изменение состояния сознания, изменение себя (стимуляция)	50 (36,23 %)	35 (40,70 %)	15 (28,85 %)	0,162
Избавление от страха, решение проблем	49 (35,51 %)	39 (45,35 %)	10 (19,23 %)	0,068
Мода, свобода, подражание, новый тренд	41 (29,71 %)	23 (26,74 %)	18 (34,62 %)	0,329

Примечание: итоговая частота встречаемости в таблице 6 превышает 100 %, поскольку у одного человека могли определяться несколько мотивов.

У пациентов с зависимостью от алкоголя первая проба алкоголя происходила в диапазоне от 10 до 20 лет, в одном случае возраст 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 %). Данные представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Сравнение в группах прошедших и не прошедших реабилитационную программу по показателю первой пробы ПАВ/алкоголя

N = 138 (100 %)	Общая группа	Прошли реабилитацию	Не прошли реабилитацию	p
Зависимые от алкоголя	41/138 (29,71 %)	25/86	16/52	<0,001*
Первая проба алкоголя (возраст)	14,83 ± 0,89	13,84 ± 0,99	16,38 ± 1,5	0,007
Зависимые от ПАВ	97/138 (70,29 %)	61/86	36/52	<0,001*
Первая проба ПАВ (возраст)	16,08 ± 0,82	14,64 ± 0,74	18,53 ± 1,58	0,057

*Различия достоверны, p < 0,001.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что первая проба алкоголя происходила на 2 года раньше первой пробы ПАВ – 10 лет (алкоголь), 12 лет (ПАВ). И заканчивалась на 9 лет раньше – 20 лет (алкоголь), 29 лет (ПАВ).

В группе больных, зависимых от алкоголя (41/138, 29,71 %), 10,14 % (14/41) первая проба спиртного не понравилась, 13,77 % (19/41) больных ее просто не помнят, 5,8 % (8/41) испытали положительные эмоции. Таким образом, в качестве ведущей тенденции первичное отношение к алкоголю у большей части больных с АЗ можно определить как отрицательное. Данные представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Отношение к первой пробе алкоголя у пациентов с зависимостью от алкоголя, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

N = 138 (100 %)	Общая группа	Прошли реабилитацию	Не прошли реабилитацию	p
Зависимые от алкоголя	41/138 (29,71 %)	25/86 (18,12 %)	16/52 (11,59 %)	<0,001*
Первая проба алкоголя понравилась	8/41 (5,8 %)	7/25 (5,07 %)	1/16 (0,72 %)	0,125
Первая проба алкоголя не понравилась	14/41 (10,14 %)	7/25 (5,07 %)	7/16 (5,07 %)	0,001*
Не помнят первую пробу алкоголя	19/41 (13,77 %)	11/25 (7,97 %)	8/16 (5,8 %)	<0,001*

*Различия достоверны, $p < 0,01$.

У пациентов с зависимостью от ПАВ (97/138, 70,29 %) большого различия в ощущениях, связанных с первой пробой ПАВ, не наблюдается. 23,19 % (32/97) больных первая проба ПАВ понравилась, 19,57 % (27/138) – не понравилась. В качестве ведущей тенденции первичное отношение к ПАВ у больных с зависимостью от ПАВ можно определить как амбивалентное, особенно заметное у пациентов, не проходивших реабилитационную программу (7/36, 5,07 % – понравилось; 12/36, 8,70 % – не понравилось). Почти 30 % (38/97, 27,64 %) пациентов с зависимостью от ПАВ свою первую пробу не помнят (таблица 9). У больных АЗ это число в 2 раза меньше, только 13,77 % (19/41) не помнят свою первую пробу.

Таблица 9 – Отношение к первой пробе ПАВ у пациентов с зависимостью от ПАВ, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

N = 138 (100 %)	Общая группа	Прошли реабилитацию	Не прошли реабилитацию	p
Зависимые от ПАВ	97/138 (70,29 %)	61/86 (44,20 %)	36/52 (26,09 %)	<0,001*
Первая проба ПАВ понравилась	32/97 (23,19 %)	25/61 (18,12 %)	7/36 (5,07 %)	<0,001*
Первая проба ПАВ не понравилась	27/97 (19,57 %)	15/61 (10,87 %)	12/36 (8,70 %)	<0,001*
Не помнят первую пробу ПАВ	38/97 (27,64 %)	21/61 (15,22 %)	17/36 (12,32 %)	<0,001*

*Различия достоверны, $p < 0,01$.

Возраст приобщения к алкоголю в среднем у пациентов с зависимостью от алкоголя составляет 19 лет ($19,02 \pm 1,36$), систематическое употребление алкоголя сформировалось через 4,5 года ($23,46 \pm 1,87$), в возрасте 23–24 лет. В группах больных, прошедших и не прошедших реабилитационную программу, данные показатели практически одинаковы (таблица 10).

Таблица 10 – Возраст формирования систематического употребления алкоголя

N = 138 (100 %)	Общая группа	Прошли реабилитацию	Не прошли реабилитацию	p
Зависимые от алкоголя	41/138	25/86	16/52	<0,001*
Возраст начала употребления алкоголя	$19,02 \pm 1,36$	$18,28 \pm 1,53$	$20,25 \pm 2,67$	0,046**
Систематическое употребление алкоголя	$23,46 \pm 1,87$	$22,6 \pm 2,47$	$24,81 \pm 3,08$	0,007

*Различия достоверны, $p < 0,001$;

**Различия достоверны, $p < 0,05$.

Возраст начала употребления ПАВ в группе пациентов с зависимостью от ПАВ практически не отличается от возраста пациентов с зависимостью от алкоголя и составляет 18,25 лет ($18,25 \pm 0,81$). Систематическое употребление ПАВ у пациентов с зависимостью от ПАВ сформировалось через 3 года ($21,53 \pm 0,96$), в возрасте 21 года (таблица 11). С началом систематического

употребления у пациентов отмечались рост толерантности, утрата защитного рвотного рефлекса.

Таблица 11 – Возраст формирования систематического употребления ПАВ

N = 138 (100 %)	Общая группа	Прошли реабилитацию	Не прошли реабилитацию	p
Зависимые от ПАВ	97/138	61/86	36/52	<0,001*
Возраст начала употребления ПАВ	18,25 ± 0,81	16,98 ± 0,82	20,39 ± 1,48	<0,001*
Систематическое употребление ПАВ	21,53 ± 0,96	19,97 ± 1,07	24,17 ± 1,55	<0,001*

*Различия достоверны, $p < 0,001$.

При анализе патологического влечения к алкоголю и психоактивным веществам сравнивали данные результатов ВАШ у пациентов с разными сроками ремиссии. Наркологические пациенты, находившиеся в ремиссии более 3 лет, имеют в 2 раза меньший показатель ВАШ ((0,00 [0,00; 20,00] и 20,00 [0,00; 40,00]), $p < 0,001$), в сравнении с наркологическими пациентами с ремиссией до 1 года. Отмечается заметное снижение субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику по достижении длительной ремиссии (таблица 12).

Таблица 12 – 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]	

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Для сравнения двух выборок количественных данных, полученных при анализе теста ВАШ, использовался непараметрический аналог t-теста Стьюдента – U-тест Манна – Уитни (Mann – Whitney U-test).

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 ((7,50 [0,00; 20,00] и 20,00 [2,50; 40,00]), $p = 0,016$), в сравнении с группой пациентов, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года. Данные результаты представлены в таблице 13.

Таблица 13 – 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]	

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Ввиду того, что характер распределения данных не соответствует закону нормального, использовался U-тест Манна – Уитни. По его результатам было получено значение $p\text{-value} < 0,006$, что означает наличие статистически значимой разницы по изучаемому показателю ПВА/ПВН в сравниваемых группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы (рисунок 5).

Результаты по тесту MGAA представлены в таблице 14. Можно отметить статистически значимое различие групп с разным сроком ремиссии ((85,80 [71,63; 98,00] и 94,50 [81,25; 103,50]), $p < 0,01$).

Наркологические больные с большим сроком ремиссии (больше 3 лет) имеют меньшую выраженность аддиктивных установок ((85,80 [71,63; 98,00] и 94,50 [81,25; 103,50]), $p < 0,01$), по сравнению с больными с меньшим сроком ремиссии (до 1 года).

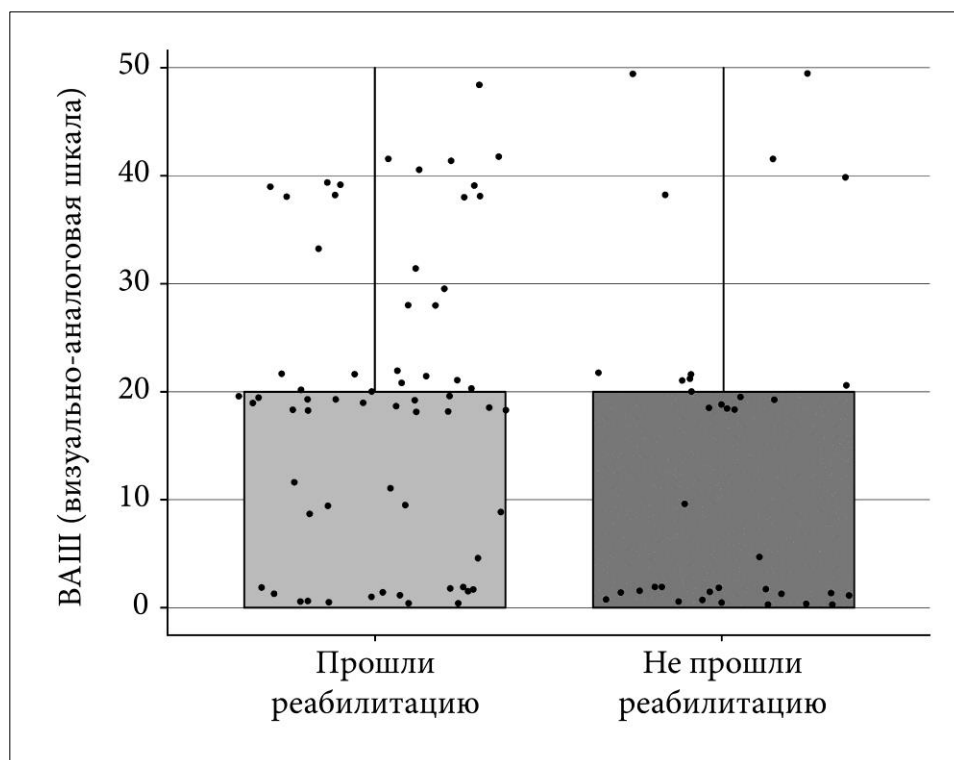


Рисунок 5 – Сравнение ПВА/ПВН в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

Таблица 14 – Аддиктивные установки у пациентов с разными сроками ремиссии

Показатель	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Аддиктивные установки – MGAA	85,80 [71,63; 98,00]	94,50 [81,25; 103,50]	0,01*

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

В группе пациентов, прошедших реабилитационные программы, можно отметить самый минимальный показатель теста MGAA у больных, прошедших реабилитацию с ремиссией больше 3 лет ((80,00 [64,00; 92,00] и 93,50 [79,00; 103,50]), $p < 0,004$), в сравнении с пациентами, прошедшими реабилитационные программы с ремиссией до 1 года ((80,00 [64,00; 92,00] и 93,50 [79,00; 103,50]), $p < 0,004$), что свидетельствует о наличии явной 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.

В процессе прохождения реабилитационных программ больной, последовательно избавляясь от ряда негативных аддиктивных установок, усваивает положительные ценностные ориентации и начинает уже осмысленно восстанавливать свою жизнь в контексте новых мировоззренческих координат (таблица 15).

Таблица 15 – Аддиктивные установки у пациентов, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии

Показатель	Прошли реабилитацию, ремиссия > 3 лет, N = 34	Прошли реабилитацию, ремиссия до 1 года, N = 52	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Аддиктивные установки – MGAA	80,00 [64,00; 92,00]	93,50 [79,00; 103,50]	0,004*

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Отмечается низкий показатель краткого отборочного 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 личностного, интеллектуального потенциала выздоравливающих больных и о положительном влиянии проводимых реабилитационных программ. Также в связи с этим можно отметить то, что пациенты с более высоким интеллектом чаще проходят реабилитационные программы (таблица 16). При этом статистически значимых различий не выявлено.

Таблица 16 – Сравнение групп пациентов, прошедших и не прошедших реабилитацию, по показателю теста КОТ

Краткий отборочный тест (КОТ)	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
		20,00 [15,75; 24,25]	18,00 [14,25; 21,75]

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Следующим моментом в исследовании интеллектуальной сферы наркологических больных, обращающим на себя внимание, является довольно низкий показатель теста КОТ у больных с ремиссией больше 3 лет (18,62 [15,35; 22,31], $p = 0,111$). На фоне положительной динамики выздоровления в качестве негативного момента выступают признаки интеллектуального снижения. Интеллектуальный показатель больных с ремиссией более 3 лет (18,62 [15,35; 22,31], $p = 0,111$) меньше, в сравнении с больными с ремиссией до 1 года (20,50 [14,94; 26,67], $p = 0,111$), что свидетельствует о тяжести приобретенных расстройств и более высоких возрастных характеристиках больных с ремиссией больше 3 лет. Но эти показатели статистически значимо не различаются (таблица 17).

Таблица 17 – Сравнение групп пациентов с разными сроками ремиссии по показателю теста КОТ

Краткий отборочный тест (КОТ)	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
		18,62 [15,35; 22,31]	20,50 [14,94; 26,67]

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Анализ полученных данных интеллектуальных возможностей больных с зависимостью от ПАВ и алкоголя свидетельствует об отсутствии различий, по сравнению с показателями в группе наркологических больных, прошедших реабилитационную программу с разными сроками ремиссии.

Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева представляет собой адаптированную версию теста «Цель жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. С его помощью исследуются представления человека о своем будущем по таким характеристикам, как наличие или отсутствие целей в будущем, осмысленность жизненной перспективы, интерес к жизни, удовлетворенность жизнью, представления о себе как об активной и сильной личности, самостоятельно принимающей решения и контролирующей свою жизнь.

Для сравнения количественных данных 6 групп данных теста СЖО был использован непараметрический однофакторный дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса (Kruskal – Wallis ANOVA).

Данные по тесту СЖО (смысложизненные ориентации) 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 в жизни человека целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Больной, не употреблявший ПАВ более 3 лет (32,78 [29,00; 37,50], $p < 0,001$), прошедший реабилитационную программу, живет иначе, ставит перед собой иные цели, в сравнении с больным, недавно прекратившим употребление ПАВ с ремиссией до 1 года (27,00 [22,00; 33,00], $p < 0,001$).

Самые низкие баллы получены у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года (26,50 [21,00; 32,75], $p < 0,001$). 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 (таблицы 18, 19).

Таблица 18 – Тест СЖО в группах у пациентов
с ремиссией больше 3 лет и ремиссией до 1 года

Показатели, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Цели	34,00 [30,75; 38,00]	27,00 [22,00; 33,00]	<0,001*
Процесс	31,50 [27,00; 35,00]	28,00 [23,00; 32,00]	<0,001*
Результат	28,00 [25,00; 31,00]	21,00 [18,00; 25,00]	<0,001*
Локус контроля – Я	22,00 [18,00; 24,00]	17,00 [15,00; 21,00]	<0,001*
Локус контроля – жизнь	30,00 [25,00; 33,25]	24,00 [21,00; 28,00]	<0,001*
Общий показатель осмысленности жизни	107,00 [94,50; 119,25]	88,00 [75,00; 101,00]	<0,001*

*Различия достоверны, $p < 0,001$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Таблица 19 – Тест СЖО в группе пациентов,
прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии

Показатели, N = 86	Прошли реабилитацию с ремиссией > 3 лет, N = 34	Прошли реабилитацию с ремиссией до 1 года, N = 52	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Цели	32,78 [29,00; 37,50]	26,50 [21,00; 32,75]	<0,001*
Процесс	30,86 [27,00; 35,20]	28,50 [23,00; 32,00]	0,007**
Результат	27,00 [23,50; 29,50]	20,00 [17,00; 25,00]	<0,001*
Локус контроля – Я	20,00 [16,50; 24,60]	17,00 [15,00; 21,00]	0,005**
Локус контроля – жизнь	29,78 [25,50; 33,50]	24,00 [20,25; 28,00]	<0,001*
Общий показатель осмысленности жизни	102,00 [89,67; 119,50]	86,50 [74,25; 101,75]	<0,001*

*Различия достоверны, $p < 0,001$;

**Различия достоверны, $p < 0,001$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Показатель «Процесс» («процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни») говорит о том, воспринимает ли человек сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом.

Высокие баллы по данному показателю имеют больные с ремиссией больше 3 лет (31,50 [27,00; 35,00], $p < 0,001$), а также больные, прошедшие реабилитационные программы с ремиссией больше 3 лет (30,86 [27,00; 35,20], $p = 0,007$), что свидетельствует о том, что больные указанных групп в целом довольны своей жизнью, испытывают чувство удовлетворения от процесса жизни, воспринимают ее как наполненную смыслом.

Низкие баллы у больных с ремиссией до 1 года (28,00 [23,00; 32,00], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года (28,50 [23,00; 32,00], $p = 0,007$). Это можно связать с восстановлением социальной позиции больного, появлением традиционных требований социальной среды, которые провоцируют у недавнего зависимого от ПАВ и алкоголя чувство глубокой несостоятельности, неспособности в данный момент времени соответствовать требованиям социума (см. таблицы 18, 19).

Показатель теста СЖО «Результат» («результат – результативность жизни или удовлетворенность самореализацией») отражает оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожита ее часть.

Наиболее высокие показатели, по-прежнему, наблюдаются у больных с ремиссией больше 3 лет (28,00 [25,00; 31,00], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией больше 3 лет (27,00 [23,50; 29,50], $p < 0,001$). Данные показатели свидетельствуют о том, что больные указанных групп не только довольны своей жизнью, воспринимают ее как интересную, эмоционально насыщенную, но и оценивают ее как продуктивную, осмысленную.

Низкие показатели у больных с ремиссией до 1 года (21,00 [18,00; 25,00], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года (20,00 [17,00; 25,00], $p < 0,001$). Отмеченные низкие показатели

свидетельствуют о неудовлетворенности больных прожитой частью жизни, отсутствии чувства осмысленности и продуктивности, что можно связать с небольшим сроком ремиссии (до 1 года), пониманием в процессе прохождения реабилитационных программ необходимости менять свою жизнь, кардинально ее перестраивать, что провоцирует нежелание что-либо делать, сопровождающееся чувством глубокой неудовлетворенности. Возникающая протестная реакция, вызванная недавней зависимостью от ПАВ, немедленно обесмысливает начавшийся процесс выздоровления (см. таблицы 18, 19).

Показатель теста СЖО «Локус контроля – Я» – это представления о себе как о личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.

Высокие показатели у больных с ремиссией больше 3 лет (22,00 [18,00; 24,00], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией больше 3 лет (20,00 [16,50; 24,60], $p = 0,005$), свидетельствующие о вере в собственные возможности распоряжаться жизнью по своему усмотрению.

Самые низкие показатели наблюдаются у больных с ремиссией до 1 года (17,00 [15,00; 21,00], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года (17,00 [15,00; 21,00], $p = 0,005$). Полученные низкие показатели являются свидетельством неуверенности в себе, в своих силах, в возможности контролировать события собственной жизни, что связано с недавней наркотизацией, проблемами со здоровьем, нарушенными микросоциальными отношениями (см. таблицы 18, 19).

Показатель теста СЖО «Локус контроля – жизнь» (управляемость жизнью) отражает наличие убеждения в том, что человек имеет возможность контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

По-прежнему самые высокие показатели, свидетельствующие о позитивном жизненном настроении, наблюдаются у больных с ремиссией больше 3 лет (30,00 [25,00; 33,25], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией больше 3 лет (29,78 [25,50; 33,50], $p < 0,001$).

Низкие баллы у больных с ремиссией до 1 года (24,00 [21,00; 28,00], $p < 0,001$) и у больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года (24,00 [20,25; 28,00], $p < 0,001$), являются признаком фатализма, наличия убеждения, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода иллюзорна и планирование жизни бессмысленно (см. таблицы 18, 19).

«Общий показатель осмысленности жизни» («ОЖ») складывается из суммы всех предыдущих показателей и свидетельствует о наличии уверенности в принципиальной возможности самостоятельно управлять своей жизнью, осуществлять жизненный выбор.

Анализируя общий показатель «ОЖ», можно говорить об удовлетворенности своей жизнью в настоящем, наличии или отсутствии уверенности в том, что человек может сам контролировать свою жизнь.

Самый высокий показатель «ОЖ» в группе больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией больше 3 лет (102,00 [89,67; 119,50], $p < 0,001$), самый низкий показатель «ОЖ» 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 (см. таблицы 18, 19).

Ввиду того что характер распределения данных не соответствует закону нормального, использовался t-тест Стьюдента для независимых выборок (с поправкой Уэлча на равенство дисперсий).

По результатам теста было получено значение $p\text{-value} < 0,001$, что означает наличие статистически значимой разницы по изучаемому показателю «ОЖ» в сравниваемых группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы (рисунок 6).

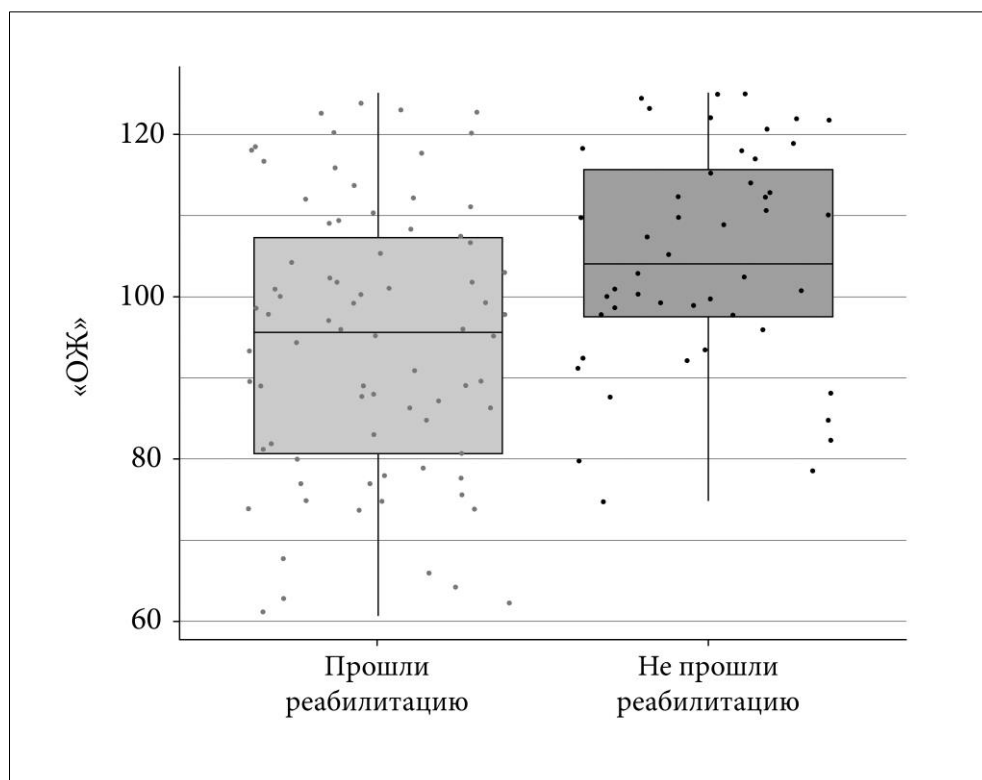


Рисунок 6 – Сравнение в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, по показателю «ОЖ»

3.2. Личностные факторы ремиссии: сравнительный анализ личностных характеристик у наркологических пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в 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 (таблица 20). 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 (53,00 [33,00; 67,00], $p < 0,001$). По количественным показателям, представленным в таблице 20, видно, что данные наркологических больных с ремиссией больше 3 лет достоверно отличаются от данных больных с ремиссией до 1 года по всем дисфункциональным чертам, за исключением obsesивно-компульсивных и шизоидных черт. Больные с большим сроком ремиссии (больше 3 лет) имеют показатели с меньшим количественным выражением, в сравнении с

больными с ремиссией до 1 года. Особенно наглядно это различие видно на общем индексе личностного неблагополучия у больных с ремиссией больше 3 лет (29,00 [17,00; 38,00], $p < 0,001$) и у больных с ремиссией до 1 года (53,00 [33,00; 67,00], $p < 0,001$).

Таблица 20 – Дисфункциональные личностные черты у наркологических пациентов с ремиссией меньше 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**

*Различия достоверны, $p < 0,05$;

**Различия достоверны, $p < 0,001$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

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 наркологических пациентов с длительной ремиссией.

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

Обращает на себя внимание статистическая незначимость таких показателей, как обсессивно-компульсивный и шизоидный типы, что свидетельствует о том, что данные характеристики не меняются в зависимости от срока ремиссии. Согласно проведенному анализу, обсессивно-компульсивные и шизоидные черты обладают определенной стабильностью и сохраняют свою выраженность вне зависимости от сроков ремиссии. Неизменность данных черт актуализирует трудноразрешимую проблему преморбидных личностных особенностей, обращая внимание врача-нарколога на сбор анамнестических сведений.

Для пациентов с ремиссией больше 3 лет, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, проведено сравнение с целью значимости процесса медицинской реабилитации для наркологических больных.

При сравнении учитывалось влияние реабилитационного процесса на личностные характеристики и полноценность социальной адаптации наркологических больных, находящихся в длительной ремиссии. Результаты исследования представлены в таблице 21.

Таблица 21 – 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*

*Различия достоверны, $p < 0,01$;

**Различия достоверны, $p < 0,05$;

***Различия достоверны, $p < 0,001$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Полученные показатели, находящиеся в таблице 22, можно приблизительно разделить поровну. Половина данных, конкретно 6 типов дисфункциональных черт: обсессивно-компульсивный ((4,00 [3,00; 5,00] и 4,00 [2,00; 5,00]), $p = 0,55$),

пассивно-агрессивный ((2,00 [0,00; 3,00] и 2,50 [1,00; 4,00]), $p = 0,184$), депрессивный ((1,00 [0,00; 3,00] и 2,00 [0,75; 5,00]), $p = 0,158$), параноидный ((1,00 [0,00; 3,00] и 1,50 [1,00; 5,00]), $p = 0,274$), шизоидный ((2,00 [1,00; 2,00] и 2,00 [1,00; 3,00]), $p = 0,053$), антисоциальный ((1,00 [0,00; 3,00] и 1,50 [0,00; 5,25]), $p = 0,129$), присущих наркологическим больным с ремиссией более 3 лет, прошедших реабилитацию и не прошедших реабилитацию, не претерпела заметных изменений, что в статистическом анализе с использованием критерия Манна – Уитни определяется принятием нулевой гипотезы, когда количественная выраженность анализируемых показателей является одинаковой. Этот факт свидетельствует об отсутствии каких-либо личностных изменений и невысокой значимости в данном случае процесса реабилитации. Это относится к следующим типам дисфункциональных черт: обсессивно-компульсивный, пассивно-агрессивный, депрессивный, параноидный, шизоидный, антисоциальный, свидетельствуя об их неизменности и стабильности проявлений (см. таблицу 22).

В свою очередь, другая половина дисфункциональных черт больных с ремиссией более 3 лет, прошедших и не прошедших реабилитацию, напротив – изменилась в сторону увеличения. Это относится к следующим типам дисфункциональных черт: избегающий ((2,00 [1,00; 3,00] и 3,0 [2,00; 4,00]), $p = 0,001$), зависимый ((1,00 [0,00; 2,00] и 2,00 [1,00; 3,00]), $p = 0,034$), шизотипический ((1,00 [1,00; 2,00] и 2,50 [1,00; 4,25]), $p < 0,001$), гистрионный ((1,00 [0,00; 3,00] и 3,00 [1,00; 5,25]), $p = 0,004$), нарциссический ((2,00 [1,00; 4,00] и 4,00 [2,00; 6,25]), $p = 0,026$), пограничный ((2,00 [1,00; 4,00] и 4,50 [3,00; 8,25]), $p < 0,001$) и общий индекс личностного неблагополучия ((23,00 [15,00; 33,00] и 37,00 [22,25; 56,00]), $p = 0,002$). Эта часть черт (избегающий, зависимый, шизотипический, гистрионный, нарциссический и пограничный типы дисфункциональных черт), присущих наркологическим больным с ремиссией более 3 лет и прошедшим реабилитацию, сохраняет ранее отмеченную несколько парадоксальную тенденцию наличия более высоких показателей, по сравнению с показателями таких же больных, не прошедших реабилитацию. Полученные показатели личностных расстройств отражают общую тенденцию, присущую

группам, прошедшим и не прошедшим реабилитацию – тенденцию увеличения количественной выраженности дисфункциональных черт (см. таблицу 22).

Таблица 22 – Сравнение групп больных, прошедших реабилитацию и имеющих разные сроки ремиссии – больше 3 лет и до 1 года

Дисфункциональные черты личности	Пациенты, прошедшие реабилитацию, ремиссия до 1 года, N = 52	Пациенты, прошедшие реабилитацию, ремиссия > 3 лет, N = 34	p
	М [Q1–Q3]	М [Q1–Q3]	
Избегающие	3,00 [1,25; 5,00]	3,00 [2,00; 4,00]	0,361
Зависимые	3,00 [2,00; 4,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,014*
Обсессивно-компульсивные	4,00 [3,00; 6,00]	4,00 [2,00; 5,00]	0,226
Пассивно-агрессивные	4,00 [2,00; 5,00]	2,50 [1,00; 4,00]	0,222
Депрессивные	4,00 [2,00; 6,00]	2,00 [0,75; 5,00]	0,008**
Параноидные	4,00 [2,00; 5,00]	1,50 [1,00; 5,00]	0,018*
Шизотипические	4,00 [2,00; 6,00]	2,50 [1,00; 4,25]	0,027*
Шизоидные	2,00 [1,00; 3,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,603
Гистрионные	4,00 [1,00; 5,00]	3,00 [1,00; 5,25]	0,929
Нарциссические	8,00 [5,00; 10,00]	4,00 [2,00; 6,25]	<0,001***
Пограничные	8,50 [5,00; 11,00]	4,50 [3,00; 8,25]	0,010*
Антисоциальные	6,00 [3,00; 9,75]	1,50 [0,00; 5,25]	<0,001***
Индекс личностного неблагополучия	57,00 [40,25; 69,00]	37,00 [22,25; 56,00]	0,001**

*Различия достоверны, $p < 0,05$;

**Различия достоверны, $p < 0,01$;

***Различия достоверны, $p < 0,001$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

В таблице 22 наглядно представлены результаты сравнения групп наркологических больных, прошедших реабилитацию и имеющих разные сроки ремиссии – больше 3 лет и до 1 года. Видно, что больные с меньшим сроком

ремиссии (до 1 года) имеют более высокие показатели, особенно в отношении нарциссического (8,00 [5,00; 10,00], $p < 0,001$), пограничного (8,50 [5,00; 11,00], $p = 0,01$) и антисоциального (6,00 [3,00; 9,75], $p < 0,001$) типов дисфункциональных расстройств, что возможно связать с плохим физическим и измененным психическим состоянием больных с алкогольной и особенно наркотической зависимостями, несмотря на проведенный курс медицинской реабилитации. Также можно отметить высокие количественные показатели депрессивного типа расстройств у больных со сроком ремиссии до 1 года (4,00 [2,00; 6,00], $p = 0,008$), что определяет особенности терапии.

Исходя из вышесказанного можно сделать вывод о значимости реабилитационных программ в сочетании со сроком ремиссии. Чем больше ремиссия, тем менее выражены дисфункциональные черты личности. Прохождение реабилитационной программы и формирование длительной ремиссии способствуют уменьшению выраженности дисфункциональных черт личности и улучшению общего личностного благополучия у наркологических больных. На этом фоне обращают на себя внимание равные показатели шизоидного типа ((2,00 [1,00; 2,00] и 2,00 [1,00; 3,00]), $p = 0,012$), что возможно связать с конкретными психологическими характеристиками данного типа. Согласно МКБ-10, это расстройство личности характеризуется слабостью привязанностей, социальных и других контактов, склонностью к фантазиям, отшельничеству и самоанализу. Ограничена способность выражать свои чувства и испытывать удовольствие. Можно высказать предположение, что люди с подобными чертами особенно часто прибегают к алкоголю, препаратам стимулирующего действия с целью получить постоянно ускользающее в повседневной жизни удовольствие, оптимизировать социальное взаимодействие.

Следует отметить, что проведенное сравнение свидетельствует о статистически достоверном различии групп, проходивших и не проходивших реабилитацию. Полученные показатели имеют достаточно неожиданный характер. Все пациенты, прошедшие реабилитацию, имеют более высокую выраженность дисфункциональных черт, за исключением неизменяемого

показателя обсессивно-компульсивного типа ((4,00 [2,25; 5,00] и 4,00 [3,00; 5,25]), $p = 0,059$). Подобное увеличение численных показателей дисфункциональных черт у наркологических больных, прошедших реабилитацию, можно связать с повышением уровня контроля, появлением более сознательного поведения, появлением ощущения своей несостоятельности, особенно в области социальных достижений, с реакцией на потерянное здоровье, страхом будущего, разрушенными семейными связями, профессиональной дезадаптацией, а часто и профессиональной деградацией. В отношении неизменяемого обсессивно-компульсивного ((4,00 [2,25; 5,00] и 4,00 [3,00; 5,25]), $p = 0,059$) типа дисфункциональных расстройств можно предположить наличие скрытой латентной связи обсессивно-компульсивного типа с актуализацией патологического влечения к употреблению ПАВ, что обуславливает частые рецидивы заболевания. Поэтому пациенты с выявленными чертами обсессивно-компульсивного типа дисфункциональных расстройств нуждаются в более пристальном внимании со стороны лечащего врача (таблица 23).

Результаты нашего исследования различий личностных особенностей достигнутых ремиссий позволяют увидеть вполне определенные закономерности. В группе с ремиссией до 1 года показатели выраженности дисфункциональных черт различных типов личности выше, по сравнению с аналогичными показателями в группе с ремиссией больше 3 лет. Это подтверждается уменьшением выраженности 11 личностных расстройств, достоверным снижением общего индекса личностного неблагополучия ((53,00 [33,00; 67,00] и 29,00 [17,00; 38,00]), $p < 0,001$). Наибольшее различие отмечается в отношении антисоциального типа. Количественная выраженность антисоциального типа личности больных с 3-летней ремиссией выше и снижается в 5 раз ((5,00 [2,00; 8,00] и 1,00 [0,00; 4,00]), $p < 0,001$), что свидетельствует о восстановлении способности следовать социальным нормам, уменьшении лживости, агрессивности, импульсивности, восстановлении способности планировать собственное будущее, восстановлении адекватности социальной адаптации. Чуть в меньшей степени снижаются показатели нарциссического ((7,00 [4,00; 10,00] и

3,00 [2,00; 5,00]), $p < 0,001$), пограничного ((8,00 [4,00; 11,00] и 3,00 [1,00; 6,00]), $p < 0,001$) и депрессивного ((4,00 [2,00; 6,00] и 2,00 [0,00; 4,00]), $p < 0,001$) типов дисфункциональных черт.

Таблица 23 – Сравнение групп наркологических больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

Дисфункциональные черты личности	Пациенты, не прошедшие реабилитацию, N = 52	Пациенты, прошедшие реабилитацию, N = 86	P
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Избегающие	2,00 [1,00; 3,00]	3,00 [2,00; 5,00]	<0,001*
Зависимые	1,00 [0,00; 2,00]	2,00 [1,00; 4,00]	<0,001*
Обсессивно-компульсивные	4,00 [2,25; 5,00]	4,00 [3,00; 5,25]	0,059
Пассивно-агрессивные	2,00 [0,00; 3,00]	3,00 [1,00; 5,00]	0,001**
Депрессивные	1,50 [0,00; 3,00]	3,00 [1,00; 5,00]	<0,001*
Параноидные	1,00 [0,25; 3,00]	3,00 [1,00; 5,00]	0,001**
Шизотипические	1,00 [1,00; 2,00]	3,00 [2,00; 5,00]	<0,001*
Шизоидные	2,00 [1,00; 2,00]	2,00 [1,00; 3,00]	0,012***
Гистрионные	1,50 [0,00; 3,75]	4,00 [1,00; 5,00]	<0,001*
Нарциссические	2,50 [1,25; 4,00]	6,00 [3,00; 10,00]	<0,001*
Пограничные	2,00 [1,00; 4,00]	7,00 [4,00; 10,00]	<0,001*
Антисоциальные	1,00 [0,00; 2,75]	5,00 [1,00; 8,00]	<0,001*
Индекс личностного неблагополучия	26,00 [15,00; 33,00]	48,00 [32,00; 62,00]	<0,001*

*Различия достоверны, $p < 0,001$;

**Различия достоверны, $p < 0,01$;

***Различия достоверны, $p < 0,05$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Учет данных особенностей, выявление конкретных дисфункциональных черт личности у больных с ремиссией до 1 года, акцент на таких качествах, как

дисгармоничность, аномальный стиль поведения, недостаток самопонимания, позволяют персонифицировать не только реабилитационные программы, но и процесс медикаментозного лечения. На этом фоне обращает на себя внимание статистическая неразличимость показателей обсессивно-компульсивного типа ((4,00 [3,00; 6,00] и 4,00 [3,00; 5,00]), $p = 0,101$). Эти характеристики не меняются, обладают определенной стабильностью и сохраняют свою выраженность вне зависимости не только от сроков ремиссии, но и от прохождения реабилитационных программ. Неизменность данных черт актуализирует трудноразрешимую проблему преморбидных личностных особенностей, обращая внимание врача – психиатра-нарколога на сбор анамнестических сведений.

Ввиду того что характер распределения данных не соответствует закону нормального, использовался U-тест Манна – Уитни. По его результатам было получено значение $p\text{-value} < 0,001$, что означает наличие статистически значимой разницы по изучаемому показателю индекса личностного неблагополучия в сравниваемых группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы (рисунок 7).

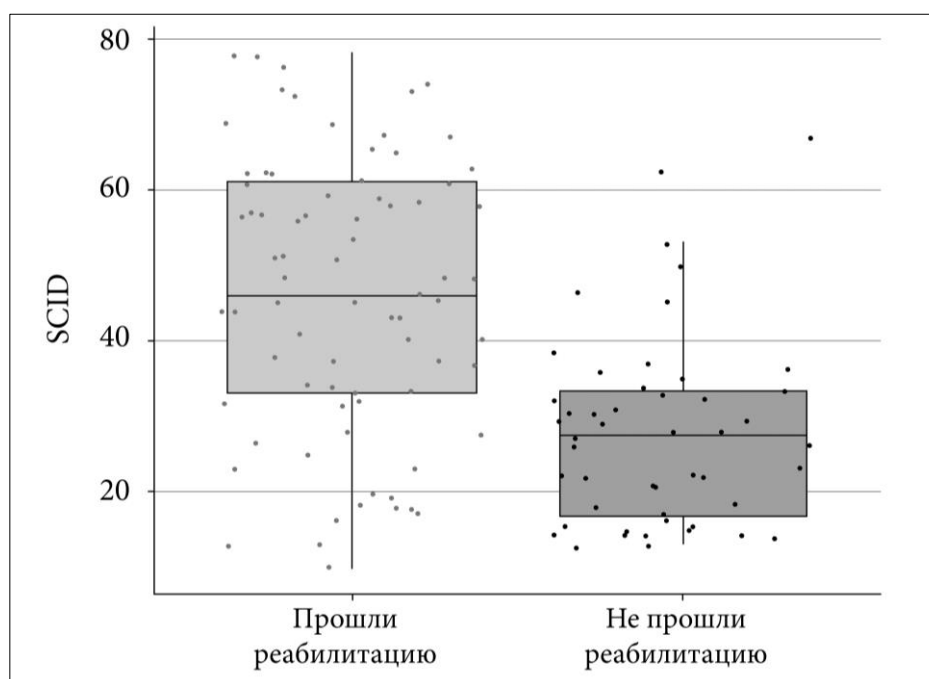


Рисунок 7 – Сравнение в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, по показателю индекса личностного неблагополучия

При сравнении групп пациентов с ремиссией более 3 лет, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, были получены данные, что половина дисфункциональных черт (избегающий ((2,00 [1,00; 3,00] и 3,0 [2,00; 4,00]), $p = 0,001$), зависимый ((1,00 [0,00; 2,00] и 2,00 [1,00; 3,00]), $p = 0,034$), шизотипический ((1,00 [1,00; 2,00] и 2,50 [1,00; 4,25]), $p < 0,001$), гистрионный ((1,00 [0,00; 3,00] и 3,00 [1,00; 5,25]), $p = 0,004$), нарциссический ((2,00 [1,00; 4,00] и 4,00 [2,00; 6,25]), $p = 0,026$), пограничный ((2,00 [1,00; 4,00] и 4,50 [3,00; 8,25]), $p < 0,001$) типы дисфункциональных черт личности и общий индекс личностного неблагополучия ((23,00 [15,00; 33,00] и 37,00 [22,25; 56,00]), $p = 0,002$) у больных с ремиссией более 3 лет, прошедших реабилитацию, по сравнению с такими же больными, не прошедшими реабилитацию, изменилась в сторону увеличения. Особенно заметно это увеличение при сравнении отдельных показателей опросника. Численное выражение гистрионного типа у наркологического больного увеличивается в 3 раза, с 1 балла до 3 ((1,00 [0,00; 3,00] и 3,00 [1,00; 5,25]), $p = 0,004$) по достижении ремиссии более 3 лет и прохождении курса реабилитации. Отмеченный факт можно связать с наличием в структуре личности с диагностированной алкогольной или наркотической зависимостью не только истерических черт (аналог гистрионного типа), но и их дальнейшим развитием. Увеличение выраженности черт гистрионного типа, невзирая на длительность ремиссии и проведенные реабилитационные мероприятия, повышает риск неадекватности восстановленной социализации вследствие повышенной внушаемости и гиперсензитивности. Интенсивность истерических проявлений может не только снизить адаптивность больного, но и вызвать рецидив болезни. Учет подобных дисфункциональных особенностей, акцент на таких качествах, как внушаемость и самовнушаемость, позволяют персонализировать не только реабилитационные программы, но и сам лечебно-реабилитационный процесс с целью достижения длительных и стойких ремиссий.

Очевидно, что срок ремиссии и характер реабилитации (у больных с ремиссией больше 3 лет и прошедших реабилитацию) не играют роль решающего фактора. Несмотря на соблюдение режима трезвости и реабилитационные

мероприятия, личностные характеристики больных с зависимостями содержательно определяются наличием более отчетливых дисфункциональных проявлений, что, возможно, связано с реакцией на возвращение их в социум в качестве «условно здоровых людей». Вероятно, что социальное окружение, микросоциум, создающие конкретные социальные условия, предъявляют высокие для больного требования соблюдения определенных норм, на что зависимый человек реагирует увеличением интенсивности отмеченных расстройств. Таким образом, своевременный учет актуальных дисфункциональных проявлений определяет направление, возможные «мишени» будущих психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Многими авторами описано, что важным звеном в формировании длительных ремиссий у наркологических больных является реабилитация (Дудко Т.Н., 2012; Брюн Е.А., с соавт., 2013; Клименко Т.В., с соавт., 2017). Исследуя этот вопрос, было проведено сравнение группы пациентов с ремиссией больше 3 лет, прошедших реабилитацию, с группой пациентов и ремиссией до 1 года, прошедших реабилитацию. Достоверно различается 61 % тестовых показателей. Можно вновь увидеть сохранение отмеченной выше закономерности – наличие более высоких количественных показателей дисфункциональных черт типов личности в группе с ремиссией до 1 года. Делая вывод о значимости прохождения больными реабилитационных программ, можно отметить их влияние на продолжительность ремиссии. Формирование длительной ремиссии способствует уменьшению выраженности дисфункциональных черт и улучшению общего личностного благополучия наркологических больных. На фоне осуществляемого реабилитационного процесса степень уменьшения дисфункциональных черт снижается. Например, группа с ремиссией больше 3 лет имеет 85 % положительных показателей, а группа с сочетанием ремиссии больше 3 лет с реабилитацией имеет только 62 % положительных показателей. Антисоциальные черты уменьшаются в 5 раз ((1,00 [0,00; 2,75] и 5,00 [1,00; 8,00]), $p < 0,001$), шизотипические – в 3 раза ((1,00 [1,00; 2,00] и 3,00 [2,00; 5,00]),

$p < 0,001$), пограничные – в 2,7 раза ((2,00 [1,00; 4,00] и 7,00 [4,00; 10,00]), $p < 0,001$).

По результатам всех проведенных сравнений можно выделить две основные неизменные личностные характеристики – обсессивно-компульсивный и шизоидный типы, которые не связаны с временными показателями ремиссии и на которые практически не могут оказать влияние используемые в настоящее время реабилитационные программы. Отдельно выделяется часть дисфункциональных характеристик, резистентных к психотерапевтическим воздействиям (и, соответственно, реабилитационным), в отношении которых наиболее трудно добиться положительной динамики. Помимо упомянутых обсессивно-компульсивного и шизоидного типов, выделяются пассивно-агрессивный тип, а также избегающий, депрессивный, параноидный, гистрионный и антисоциальный типы. Полученные характеристики связи резистентности к проводимым реабилитационным программам с определенными дисфункциональными чертами могут помочь в разработке более действенных, научно обоснованных методов реабилитации, в создании четких критериев ее эффективности и индивидуального подхода к подбору необходимой реабилитационной программы для наркологического пациента.

3.3. Социальные факторы ремиссии: сравнительный анализ социального функционирования у пациентов наркологического профиля, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии

Представленная диаграмма (рисунок 8) наглядно демонстрирует преобладание мужчин исследуемой выборки. Соотношение составляет 1:3,2, то есть на одного мужчину приходится 3,2 больных наркологическими заболеваниями женщин. Если обратиться к данным литературы, то, описывая особенности женского алкоголизма, профессор В.Б. Альтшулер 2010 году отмечал: «Если раньше эта пропорция была 1:12 в нашей стране, затем 1:7, то теперь она приближается к 1:5». Исходя из наших данных, эта пропорция становится еще меньше (1:3,2) и лишний раз свидетельствует об актуальности проблемы.



Рисунок 8 – Распределение наркологических больных по полу

Учитывая факт более позднего начала развития болезней зависимости у женщин (в основном это касается АЗ), нами были рассмотрены сравнительные показатели количества больных, страдающих наркологическими заболеваниями среди различных возрастных групп (рисунок 9).

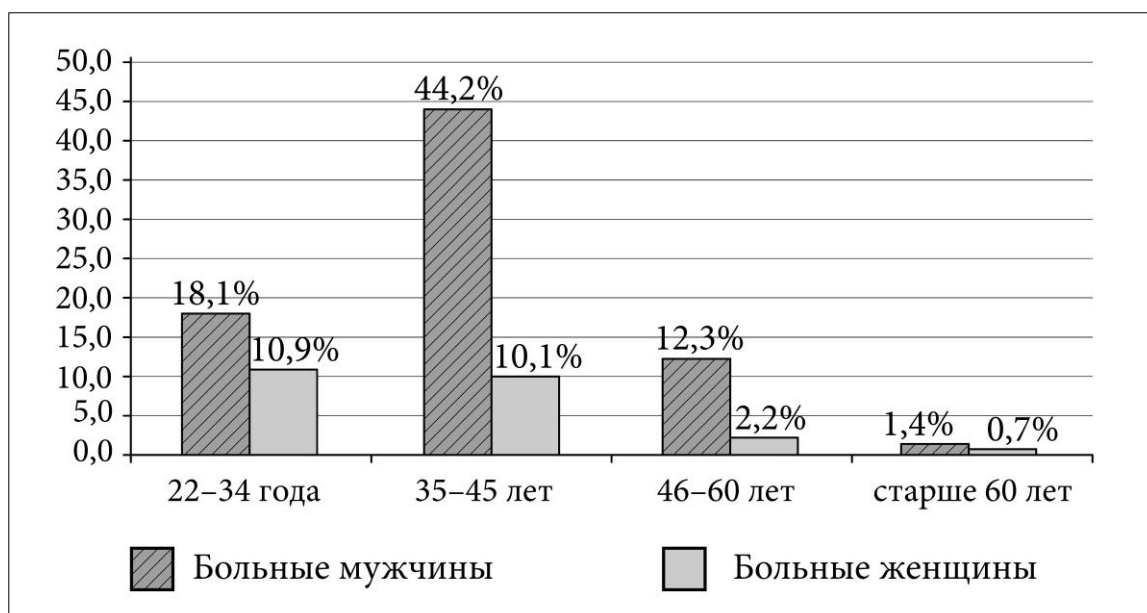


Рисунок 9 – Распределение наркологических больных по полу с учетом разных возрастных периодов

Если рассматривать людей среднего возраста в первый возрастной период от юности (22 года) до периода относительной зрелости (34 года), отмеченное соотношение больных наркологическими заболеваниями мужчин к женщинам составляет 1:1,7.

Анализируя полученные экспериментальные данные гендерных особенностей, наряду с возрастными характеристиками, видно, что отмеченная пропорция меняется, причем неоднородным образом. В период молодости (от 22 лет до 34 лет) она уменьшается до 1:1,7, свидетельствуя о злокачественности женского алкоголизма, ухудшении здоровья женщин в репродуктивный период. В первый период зрелости (от 35 лет до 45 лет) эта пропорция увеличивается в 2,5 раза, по сравнению с периодом молодости, и составляет 1:4,4. Во второй период полной социальной зрелости (от 46 лет до 60 лет) отмеченная тенденция возрастает, женщин, страдающих наркологическими заболеваниями в ремиссии, становится еще меньше. Рассматриваемая пропорция возрастает от 1:4,4 до 1:5,6, что наблюдалось больше 20 лет назад, в 2000 году.

Любопытно, что в изученной выборке в более старший возрастной период, обозначаемый как пожилой возраст, выделенная тенденция начинает уменьшаться и составляет цифры 1 к 2, приближаясь к данным молодых людей в возрасте от 22 лет до 34 лет (1:1,7).

В общей выборке больные распределялись по возрасту следующим образом: в возрастной категории до 30 лет находилось 15 % пациентов, в категории 31–40 лет – 46 % пациентов, в категории 41–50 лет – 31 % и в категории 51–60 лет – 8 % пациентов (рисунок 10).

На нем видно, что основной контингент больных (46 %) находится в самом трудоспособном и зрелом возрасте от 31 года до 40 лет. К ним можно присоединить группу пациентов в возрасте до 50 лет (41–50 лет), которые также относятся к основной трудоспособной группе. К наименьшей по численности возрастной группе (8 %) относятся пациенты в возрасте от 51 года до 60 лет. 15 % составляют пациенты в возрасте менее 30 лет.

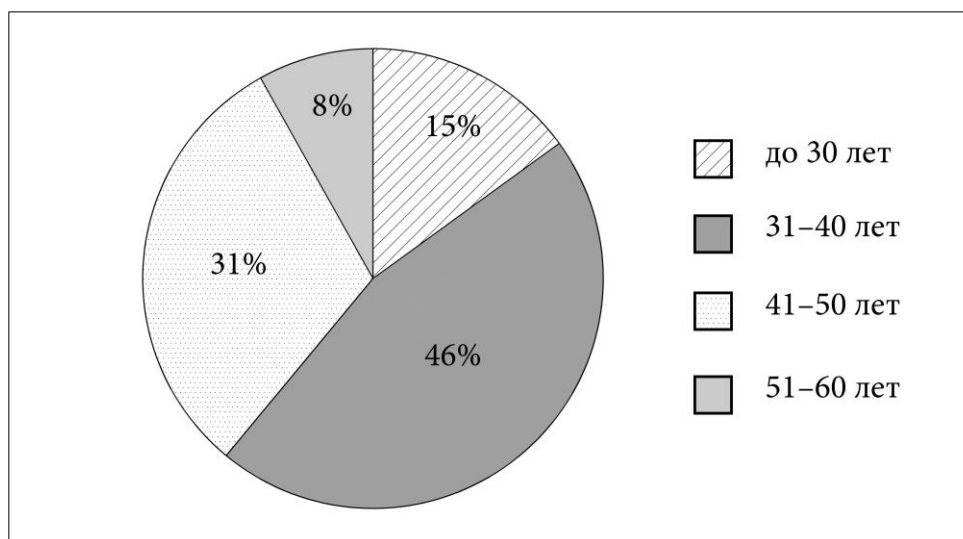


Рисунок 10 – Распределение по возрасту

Если сравнивать возрастные характеристики группы больных, разделенных на группы по длительности ремиссии – больше 3 лет (79/138) и до 1 года (59/138), то можно отметить явные различия, очевидно, связанные с особенностями течения болезни и отношением больного к возможной трезвости.

Количество больных в возрасте до 30 лет с ремиссией больше 3 лет в 3,3 раза меньше (6/138, 7,59 %), по сравнению с такой же группой больных с ремиссией меньше 1 года (15/138, 25,42 %). Отмеченный факт позволяет определить возможные аспекты будущей реабилитационной и профилактической работы. Группа в возрасте 31–40 лет с разными сроками ремиссии практически не различается – 40,51 % (32/138) и 52,54 % (31/138) соответственно. Далее можно отметить следующие различия – возрастная группа 41–50 лет со сроком ремиссии меньше 1 года в два раза меньше по численности (11/138, 18,64 %), по сравнению с такой же группой, но с ремиссией больше 3 лет (32/138, 40,51 %). Видимо, пациенты среднего возраста перестраивают модели поведения с аддиктивного на социально приемлемое, следствием чего является трезвый образ жизни. Наибольшее выражение эта тенденция принимает в еще более старшей возрастной группе 51–60 лет, где указанное различие возрастает в 3,4 раза. Группа с ремиссией до 1 года (2/138, 3,39 %) в возрасте 51–60 лет заметно меньше по численности группы больных с ремиссией больше 3 лет (9/138, 11,39 %) (таблица 24).

Таблица 24 – Распределение больных по возрасту (количество человек)

Возраст, N = 138 (100 %)	Общая группа, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59
Не более 30 лет	21 (15,22 %)	6 (7,59 %)	15 (25,42 %)
31–40 лет	63 (45,65 %)	32 (40,51 %)	31 (52,54 %)
41–50 лет	43 (31,16 %)	32 (40,51 %)	11 (18,64 %)
51–60 лет	11 (7,97 %)	9 (11,39 %)	2 (3,39 %)

Средний возраст обследованных больных составляет 38,7 лет. Средний возраст больных разных групп ремиссий статистически не различается, но все же группа больных с ремиссией больше 3 лет постарше (41,4 лет), по сравнению с больными с ремиссией до 1 года (35,1 лет).

При оценке социального статуса больных учитывались уровень образования, профессиональный статус, семейное положение и наличие судимости. Половина испытуемых имели среднее (69/138, 50 %) образование; остальные – высшее (40/138, 29 %), неполное высшее (19/138, 13,7 %) и неполное среднее (10/138, 7,3 %) образование (таблица 25). Невозможность завершить образование, по полученным данным, была связана с началом становления синдрома зависимости.

Таблица 25 – Распределение по образованию

Образование	Общая группа, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59
Неполное среднее (8–9 классов)	10 (7,3 %)	4 (2,9 %)	6 (4,4 %)
Среднее	69 (50 %)	43 (31,2 %)	26 (18,8 %)
Неполное высшее	19 (13,7 %)	10 (7,2 %)	9 (6,5 %)
Высшее	40 (29 %)	22 (16 %)	18 (13 %)

На рисунке 11 показано, что образовательный уровень больных наркологическими заболеваниями 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 % (26/138) 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). Отдельный анализ количества больных с неполным средним образованием подтверждает отмеченную тенденцию. 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.

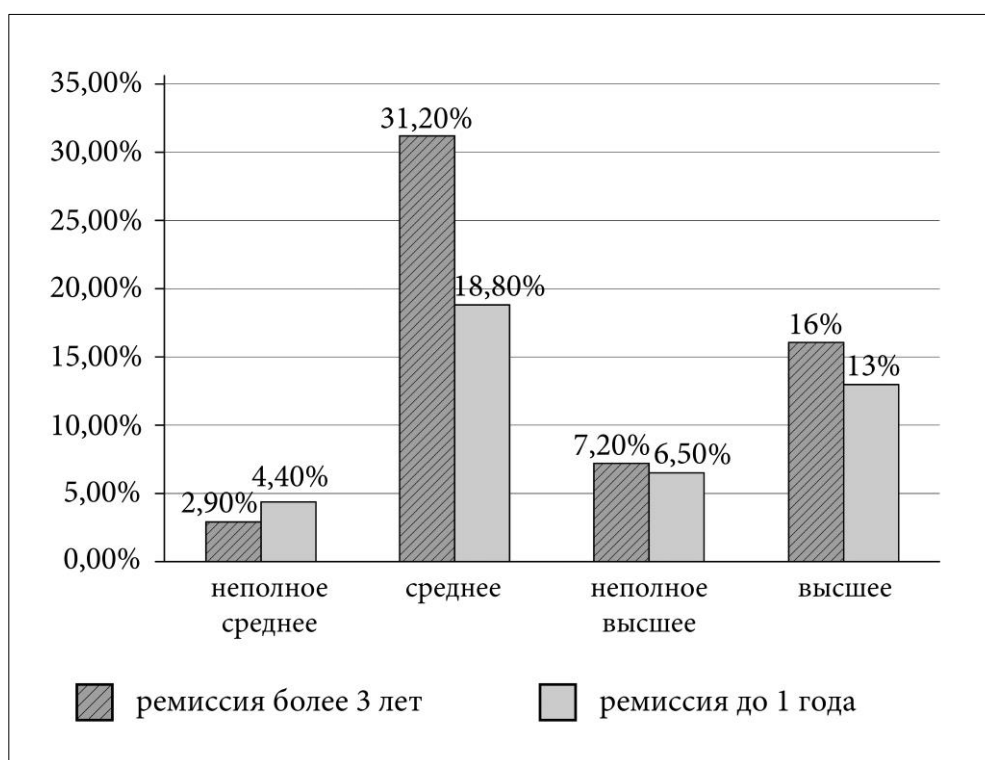


Рисунок 11 – Распределение по образованию

Данные по группам больных, разделенных на основании прохождения реабилитации, сохраняют отмеченную тенденцию, но в меньшей степени (таблица 26).

Число пациентов, прошедших реабилитационные программы, имеют более высокие показатели по всем уровням образования, в сравнении с пациентами, не прошедшими реабилитационные программы.

Таблица 26 – Распределение по образованию в группах больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

Образование	Общая группа, N = 138	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52
Неполное среднее (8–9 классов)	10 (7,25 %)	6 (4,35 %)	4 (2,90 %)
Среднее	69 (50,00 %)	41 (29,71 %)	28 (20,29 %)
Неполное высшее	19 (13,77 %)	11 (7,97 %)	8 (5,8 %)
Высшее	40 (28,99 %)	28 (20,29 %)	12 (8,70 %)

На рисунке 12 особенно заметно различие в процентном соотношении больных, имеющих высшее образование, которых в 2,3 раза больше среди больных, прошедших реабилитационные программы. Можно сделать вывод о том, что пациенты с более высоким образовательным цензом гораздо в большей степени склонны к прохождению реабилитационных программ, тем самым намного быстрее приближаясь к адекватному уровню социальной адаптации.

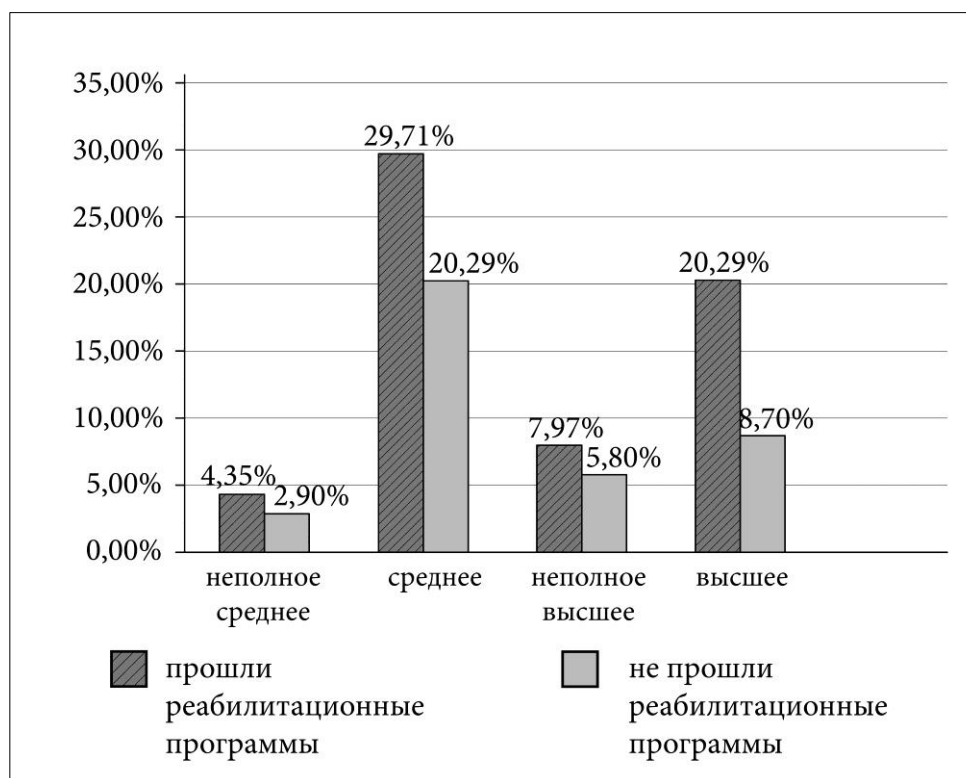


Рисунок 12 – Распределение по образованию в группах больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

Анализируя профессиональную занятость наркологических больных, можно отметить, что в общей группе больных более половины (74/138, 53,62 %) профессионально заняты, имеют постоянное место работы. Однако довольно большое число (64/138, 46,38 %) не трудоустроены (таблица 27).

Таблица 27 – Распределение по трудоустройству

Трудоустройство	Общая группа, N = 138	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52
Работает	74 (53,62 %)	37 (26,81 %)	37 (26,81 %)
Не работает	64 (46,38 %)	49 (35,51 %)	15 (10,87 %)

Неоднозначная тенденция наблюдается в отношении групп, прошедших и не прошедших реабилитацию, в которых количество работающих больных одинаково (26,81 %). Количество неработающих 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, необходимыми для прохождения реабилитационного процесса в полном объеме с целью последующего достижения адекватной социальной адаптации (таблица 28).

Таблица 28 – Распределение по трудоустройству
у пациентов с разными сроками ремиссии

Трудоустройство	Общая группа, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59
Работает	74 (53,62 %)	62 (44,93 %)	12 (8,70 %)
Не работает	64 (46,38 %)	17 (12,32 %)	47 (34,06 %)

Анализируя профессиональную занятость больных, имеющих различную длительность ремиссии – больше 3 лет и до 1 года, можно отметить, что число работающих больных со сроком ремиссии до 1 года (12/138, 8,7 %) в 5,2 раза

меньше числа работающих больных со сроком ремиссии больше 3 лет (62/138, 44,93 %).

Следует заметить, что описанная ситуация является типичной для больных, страдающих болезнями зависимости от ПАВ и алкоголя, и определяет место значимых социальных потерь. Несоответствие между уровнем полученного образования и профессиональным статусом, скорее всего, свидетельствует о тяжести наркологического заболевания.

Большинство пациентов (94/138, 68 %) на момент исследования не состояли в официальном браке: 25,36 % (35/138) никогда не были женаты/замужем, 42,75 % (59/138) разведены, 10,87 % (15/138) характеризовали свой брак как «гражданский», 1,45 % (2/138) были вдовцами. Всего 19,57 % (27/138) пациентов состояло в официально зарегистрированном браке (таблица 29).

Таблица 29 – Распределение по семейному статусу

Семейный статус	Общая группа, N = 138	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52
Не женаты	35 (25,36 %)	30 (21,74 %)	5 (3,62 %)
«Гражданский брак»	15 (10,87 %)	6 (4,35 %)	9 (6,52 %)
Состоят в браке	27 (19,57 %)	17 (12,32 %)	10 (7,25 %)
Разведены	59 (42,75 %)	31 (22,46 %)	28 (20,29 %)
Вдовцы	2 (1,45 %)	2 (1,45 %)	–

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 благоприятной тенденции у больных с ремиссией больше 3 лет можно отметить преобладание пациентов, состоящих в браке (20/138, 14,49 %), их больше, по сравнению группой больных с ремиссией до 1 года (7/138, 5,07 %), в 3 раза (таблица 30).

Таблица 30 – Распределение по семейному статусу
у пациентов с разными сроками ремиссии

Семейный статус	Общая группа, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59
Не женаты	35 (25,36 %)	13 (9,42 %)	22 (15,94 %)
«Гражданский брак»	15 (10,87 %)	13 (9,42 %)	2 (1,45 %)
Состоят в браке	27 (19,57 %)	20 (14,49 %)	7 (5,07 %)
Разведены	59 (42,75 %)	32 (23,19 %)	27 (19,57 %)
Вдовцы	2 (1,45 %)	1 (0,72 %)	1 (0,72 %)

Наличие семейной поддержки, семейных связей является важным фактором восстановления социального статуса больного. Большинство больных (77/138, 55,8 %) имеют своих и усыновленных детей. Их общее количество составляет 60 % (таблица 31).

Таблица 31 – Наличие детей

Наличие детей	Общая группа, N = 138	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52
Есть дети	77 (55,80 %)	46 (33,33 %)	31 (22,46 %)
Нет детей	55 (39,86 %)	39 (28,26 %)	16 (11,59 %)
Усыновленные дети	6 (4,35 %)	1 (0,72 %)	5 (3,62 %)

Внутригрупповые характеристики по выделенным параметрам сильно не различаются, за исключением позиции «усыновленные дети», по которой больные со сроком ремиссии больше 3 лет в 4 раза чаще усыновляют детей, по сравнению с группой больных с ремиссией до 1 года (таблица 32).

Таблица 32 – Распределение по наличию детей
у пациентов с разными сроками ремиссии

Наличие детей	Общая группа, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59
Есть дети	77 (55,80 %)	46 (33,33 %)	31 (22,46 %)
Нет детей	55 (39,86 %)	27 (19,57 %)	28 (20,29 %)
Усыновленные дети	6 (4,35 %)	6 (4,35 %)	–

В общей группе количество наркологических пациентов, служивших и не служивших в армии, практически не различается – 36,23 % (50/138) служили, 38,41 % (53/138) – не служили.

Если рассматривать отдельно группы по сроку ремиссии, то можно отметить, что число больных со сроком ремиссии больше 3 лет и служивших в армии в 2 раза больше (34/138, 24,64 %) числа больных с ремиссией до 1 года (16/138, 11,59 %) (таблица 33).

Таблица 33 – Служба в армии

Служба в армии	Общая группа, N = 138	Ремиссия > 3 лет, N = 79	Ремиссия до 1 года, N = 59
Служил в армии	50 (36,23 %)	34 (24,64 %)	16 (11,59 %)
Не служил в армии	53 (38,41 %)	28 (20,29 %)	25 (18,12 %)
Женщины	35 (25,36 %)	17 (12,32 %)	18 (13,04 %)

Одной из самых значимых 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 %) привлекались к уголовной ответственности, в основном по 228 статье Уголовного кодекса РФ («Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества»).

Незначительная часть больных привлекалась к ответственности по другим статьям УК РФ, в основном по 158 статье («Кража») УК РФ. Большая часть больных имела однократную судимость, хотя встречались дважды и многократно судимые (таблица 34).

Таблица 34 – Наличие/отсутствие судимости

Наличие/отсутствие судимости	Общая группа, N = 138	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52
Есть судимость	63 (45,65 %)	37 (43,02 %)	26 (50 %)
Нет судимости	75 (54,35 %)	49 (56,98 %)	26 (50 %)

Анализ результатов анкетирования пациентов, прошедших реабилитацию (86 человек), показал, что 83 % (71/86) больных согласны с первым утверждением – «Жизнь химически зависимого после реабилитации во многом определяется тем, какую и где он проходил реабилитацию», 17 % (15/86) больных указали на значимость круга общения/семьи. На вопрос о длительности реабилитационной программы (как стационарной, так и амбулаторной) все 100 % (86 человек) опрошенных пациентов отметили, что длительность программ должна быть не менее 6 месяцев и до 3 лет. На вопрос «Научила ли реабилитационная программа продолжать жить в этом мире и справляться с трудностями?» 97 % (82/86) больных, прошедших реабилитационные программы, ответили «да», только 3 % (4/86) ответили, что «недостаточно помогла программа». На вопрос об удовлетворенности своим состоянием и самочувствием на данный момент 88 % (75/86) пациентов ответили «удовлетворяет», 12 % (11/86) высказали мнение «хотелось бы лучше». Пациенты отмечали, что недостаточно владеют навыками трезвой жизни, что им сложно социализироваться. Пациентам было предложено внести свои предложения по улучшению реабилитационных программ. Однако 71 % (60/86) пациентов не стали вносить свои предложения, аргументируя тем, что «меня все устраивает». Однако 11 % (10/86) высказались за увеличение сроков реабилитации, 10 % (9/86) – за то, чтобы улучшить отношение персонала к пациентам, 8 % (7/86) – другое.

Анализируя ответы на предложенную анкету, можно говорить о том, что пациенты в целом субъективно положительно оценивают процесс прохождения реабилитации и считают, что она должна быть длительной: от 6 месяцев до 3 лет.

При сравнении КЖ по опроснику SF-36 у пациентов, прошедших и не

прошедших реабилитационные программы, можно увидеть определенные закономерности. Статистически значимые различия получены по 8 анализируемым показателям КЖ: «Физическое функционирование» ((100,00 [95,00; 100,00]) и (95,00 [85,00; 100,00]), $p = 0,029$), «Интенсивность боли» ((100,00 [100,00; 100,00]) и (74,00 [59,00; 100,00]), $p < 0,001$), «Общее состояние здоровья» ((77,00 [69,00; 82,00]) и (66,00 [52,00; 77,00]), $p < 0,001$), «Жизненная активность» ((80,00 [71,00; 85,00]) и (65,00 [50,00; 75,00]), $p < 0,001$), «Социальное функционирование» ((100,00 [100,00; 100,00]) и (75,00 [63,00; 88,00]), $p < 0,001$), «Функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ((100,00 [100,00; 100,00]) и (67,00 [33,00; 100,00]), $p < 0,001$), «Психическое здоровье» ((80,00 [72,00; 88,00]) и (60,00 [48,00; 72,00]), $p < 0,001$) и «Психологический компонент здоровья» ((42,53 [38,96; 45,74]) и (32,91 [26,09; 40,43]), $p < 0,001$). 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, когда проблемы 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. Пациенты, прошедшие реабилитационные программы, имеют более низкие показатели, что можно связать с восстановлением социальной адаптации, появлением личностной реакции на требования социума, повышением поведенческого контроля, преодолением личностной дезинтеграции, имеющим своим следствием возрастание эмоционального напряжения, истощение внутренних ресурсов и, соответственно, снижение полученных показателей (таблица 35).

Таблица 35 – Сравнение КЖ групп больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы

Показатели	Прошли реабилитацию, N = 86	Не прошли реабилитацию, N = 52	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Физическое функционирование	95,00 [85,00; 100,00]	100,00 [95,00; 100,00]	0,029*
Функционирование, обусловленное физическим состоянием	100,00 [75,00; 100,00]	100,00 [75,00; 100,00]	0,268
Интенсивность боли	74,00 [59,00; 100,00]	100,00 [100,00; 100,00]	<0,001**
Общее состояние здоровья	66,00 [52,00; 77,00]	77,00 [69,00; 82,00]	<0,001**
Жизненная активность	65,00 [50,00; 75,00]	80,00 [71,00; 85,00]	<0,001**
Социальное функционирование	75,00 [63,00; 88,00]	100,00 [100,00; 100,00]	<0,001**
Функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	67,00 [33,00; 100,00]	100,00 [100,00; 100,00]	0,001**
Психическое здоровье	60,00 [48,00; 72,00]	80,00 [72,00; 88,00]	<0,001**
Физический компонент здоровья	53,30 [49,34; 57,11]	55,21 [52,33; 57,29]	0,239
Психологический компонент здоровья	32,91 [26,09; 40,43]	42,53 [38,96; 45,74]	<0,001**

*Различия достоверны, $p < 0,05$;

**Различия достоверны, $p < 0,01$;

Примечание: М – медиана; [Q1; Q3] – процентиля.

Ввиду того что характер распределения данных не соответствует закону нормального, использовался U-тест Манна – Уитни. По его результатам было получено значение $p\text{-value} < 0,001$, что означает наличие статистически значимой разницы по изучаемому показателю «Психологический компонент здоровья» в сравниваемых группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы (рисунок 13).

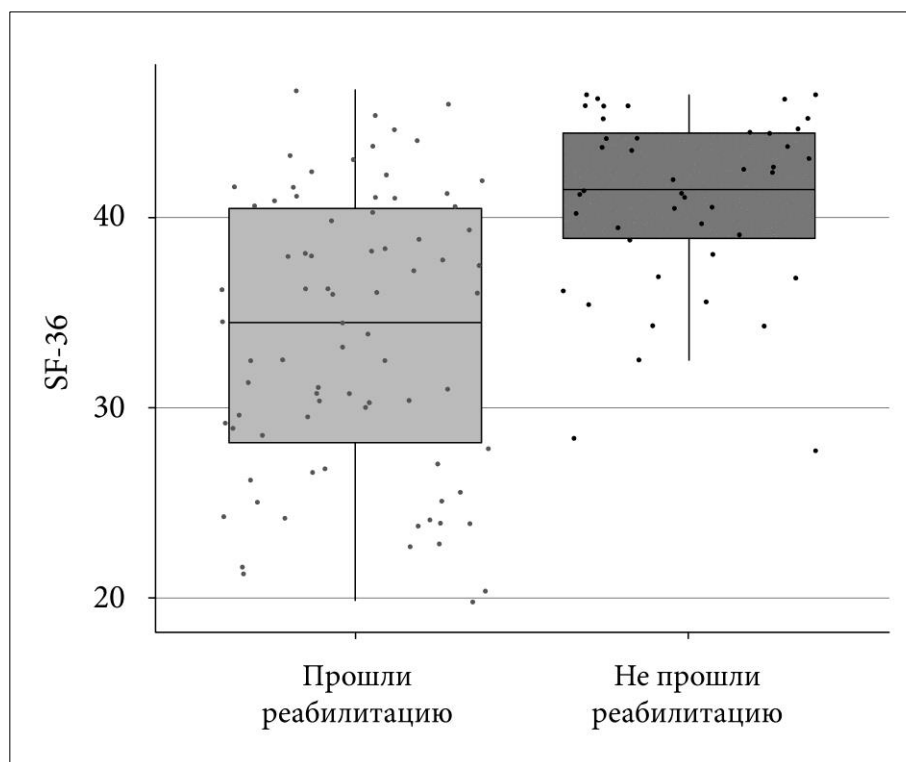


Рисунок 13 – Сравнение в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, по показателю «Психологический компонент здоровья»

Проведенный анализ групп пациентов, прошедших реабилитацию с разными сроками ремиссии (до 1 года, больше 3 лет), по тесту «Качество жизни» показывает, что статистически значимые различия в данном случае получены по трем показателям: «Функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ((83,00 [33,33; 100,00]) и (100,00 [100,00; 100,00]), $p = 0,029$), «Психическое здоровье» ((68,00 [60,00; 76,00]) и (78,00 [72,00; 88,00]), $p < 0,001$) и по общему показателю «Психологический компонент здоровья» ((37,78 [30,91; 41,22]) и (42,53 [38,96; 45,74]), $p = 0,002$). Полученные данные вновь имеют достаточно неожиданный характер, поскольку вместо прогнозируемого повышения качества жизни больных, прошедших реабилитацию и имеющих ремиссию больше 3 лет, качество жизни их остается на том же уровне, что и у больных, прошедших реабилитацию и имеющих ремиссию до 1 года, к тому же по трем отмеченным показателям наблюдается определенное снижение. Следует отметить, что перечисленные показатели относятся к категории «Психического

здоровья», невысокие значения которого свидетельствуют о необходимости психотерапевтической (наркологической) поддержки наркологических больных, уже принадлежащих открытому социуму и не наблюдающихся в лечебных учреждениях (наркологических диспансерах). Исходя из полученных данных, можно обсуждать вопрос о желательности сроков наблюдения наркологических пациентов до 5 лет, поскольку состояние их психического здоровья неустойчиво и отражается на качестве их жизни (таблица 36).

Таблица 36 – Сравнение КЖ больных, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии

Показатели	Прошли реабилитацию с ремиссией > 3 лет, N = 34	Прошли реабилитацию с ремиссией до 1 года, N = 52	p
	М [Q1; Q3]	М [Q1; Q3]	
Физическое функционирование	95,00 [85,00; 100,00]	97,50 [91,25; 100,00]	0,816
Функционирование, обусловленное физическим состоянием	100,00 [75,00; 100,00]	100,00 [75,00; 100,00]	0,850
Интенсивность боли	100,00 [84,00; 100,00]	84,00 [62,00; 100,00]	0,390
Общее состояние здоровья	67,00 [60,75; 77,00]	77,00 [67,00; 82,00]	0,225
Жизненная активность	65,00 [55,00; 75,00]	78,00 [70,00; 85,00]	0,127
Социальное функционирование	81,25 [71,88; 87,50]	100,00 [88,00; 100,00]	0,096
Функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	83,00 [33,33; 100,00]	100,00 [100,00; 100,00]	0,029*
Психическое здоровье	68,00 [60,00; 76,00]	78,00 [72,00; 88,00]	<0,001**
Физический компонент здоровья	52,80 [48,74; 56,45]	55,21 [52,33; 57,29]	0,336
Психологический компонент здоровья	37,78 [30,91; 41,22]	42,53 [38,96; 45,74]	0,002**

*Различия достоверны, $p < 0,05$;

**Различия достоверны, $p < 0,01$;

Примечание: М – Медиана; [Q1;Q3] – процентиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность изучения факторов, влияющих на формирование длительных и стойких ремиссий у наркологических пациентов, обусловлена тем, что, зная какие факторы влияют на устойчивость и длительность ремиссии, можно определить эффективность проводимого реабилитационного процесса. Многие зарубежные и отечественные авторы описывают разнообразные факторы влияния на формирование стойких и длительных ремиссий у пациентов с зависимостью от ПАВ. Из всего разнообразия факторов можно выделить биологические, личностные, социальные, терапевтические и организационные. Такое многообразие влияния факторов на формирование длительных ремиссий для каждого пациента нужно рассматривать комплексно. Исходя из этого, подход к составлению лечебных и реабилитационных программ должен быть индивидуальным и дифференцированным для каждого наркологического пациента, это позволит повысить эффективность проводимой терапии с формированием длительных ремиссий.

Анализируя данные статистики, можно сделать выводы, что процент от общего количества наркологических пациентов, направленных на реабилитационные программы, низкий, а процент пациентов, успешно завершивших реабилитационные программы, высокий (Киржанова В.В. с соавт., 2017; 2019). Более 50 % от общего количества наркологических пациентов, направленных на прохождение реабилитационной программы, успешно завершили ее (Киржанова В.В. с соавт., 2019). Таким образом, можно сразу увидеть такой важный фактор, как прохождение программ реабилитации, то есть те пациенты, которые были направлены на реабилитацию, ее в большинстве случаев успешно завершают и, следовательно, поддерживают свою трезвость. Зарубежные и отечественные исследования показывают, что те пациенты с зависимостью от ПАВ, которые проходят полностью программы реабилитации, дают длительные ремиссии как по показателю более 1 года полной трезвости, так и по показателю полной трезвости более 3 лет. Следовательно, необходимо

увеличить число пациентов, направляемых на реабилитационные программы, что, в свою очередь, приведет к высоким показателям ремиссии. Однако увеличение количества пациентов, направленных на прохождение реабилитации, возможно при условии, что доступность и этапность реабилитационных программ не будут нарушены. Особое внимание заслуживает индивидуальный подход в выборе проводимых амбулаторных реабилитационных программ, влияющих на формирование длительных и стойких ремиссий у пациентов с зависимостью от ПАВ.

Таким образом, проводимый анализ стимулировал нас к исследованию факторов, которые преимущественно влияют на формирование ремиссии у наркологических пациентов при прохождении программ медицинской реабилитации. Мы выделили три группы факторов, влияющих на формирование ремиссии: клинические, личностные и социальные.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении факторов, влияющих на длительность ремиссии у пациентов, зависимых от ПАВ, прошедших реабилитационные программы и находящихся в длительной ремиссии; на этой основе предполагалось разработать практические рекомендации, улучшающие качество оказания лечебно-реабилитационной помощи.

В соответствии с поставленной целью, на первом этапе исследования изучались работы, посвященные факторам влияния на формирование длительных и стойких ремиссий у наркологических больных. Также были изучены работы, акцент в которых ставился на подходы к построению процесса реабилитации в разных странах.

Во второй главе описана выборка пациентов, включенных в исследование. Общее число обследованных наркологических пациентов составило 138 человек. Из них 43 пациента с синдромом зависимости от алкоголя, средней стадии (F 10.2) и 95 пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, средней стадии (F 11.2; F 12.2; F 15.2; F 19.2), установленными в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. На начальном этапе исследования все наркологические

пациенты (N = 138) были разделены на группы: прошедшие реабилитационные программы (N = 86) и не прошедшие реабилитационные программы (N = 52). Также во второй главе описаны программы медицинской реабилитации, которые проходили обследованные пациенты. Данные программы соответствовали медицинской реабилитации, которая включала в себя такие блоки, как медицинский, психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный.

Оценка состояния наркологических пациентов, включенных в исследование, проводилась с использованием «Индивидуальной карты исследования больного» и ряда психологических тестов, которые хорошо себя зарекомендовали для использования в наркологии. Тест аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAA) использовался для оценки степени выраженности аддиктивных установок у больных наркологическими заболеваниями. Для оценки дисфункциональных личностных черт пациентов был использован метод структурированного клинического диагностического интервью – SCID-II. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) использовалась для определения тяжести и динамики патологического влечения к ПАВ (алкоголю) в процессе лечения. Использовался опросник SF-36 «Оценка качества жизни». Для диагностики общего уровня интеллектуальных способностей использовался тест КОТ (краткий ориентировочный, отборочный тест). С помощью теста смысловых ориентаций (СЖО) исследовались представления наркологических пациентов о своем будущем, наличие или отсутствие целей в будущем, осмысленность жизненной перспективы, интерес к жизни, удовлетворенность жизнью. Также использовался разработанный автором настоящего исследования совместно с научным руководителем опросник «Жизнь химически зависимого после реабилитации», который состоит из 7 вопросов. Пациентам также было предложено внести свои предложения по улучшению реабилитационной программы. 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.

В третьей главе содержатся результаты изучения сравнительного анализа клинико-психопатологических расстройств у наркологических пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии. Более половины наркологических пациентов (85/138, 61,60 %), включенных в исследование, имеют отягощенную наследственность психическими и наркологическими заболеваниями. У пациентов наследственная отягощенность по линии отца наблюдалась в 4,8 раза чаще (57/85, 67,05 %), чем по линии матери (12/85, 14,12 %). Полученные при сравнительном анализе данные клинико-психопатологических расстройств у пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, имеют разную степень выраженности наследственной отягощенности. Пациенты, прошедшие реабилитационную программу, имеют наследственную отягощенность в 3,6 раза чаще (63/86, 42,6 %), по сравнению с пациентами, не прошедшими реабилитационную программу ((22/52, 15,9 %), $p = 0,01$).

Полученные данные позволяют выделить основные мотивы начала употребления ПАВ (алкоголя), такие как группа социально-психологических мотивов (поддержание общения в компании, за компанию), мотивы эмоционально-личностного характера в виде тенденции изменения своего состояния, изменения состояния сознания, избавления от страха, решения проблем и мотивы социо-культурного характера, обозначаемые пациентами как «новый тренд», «следование моде», «другой культуре, музыке», дающей чувство свободы. Обращает на себя внимание полимотивация имеющегося поведения, 45,65 % (63/138) больных, отвечая на вопрос о причинах своего аддиктивного поведения, они указали несколько причин. Такой же процент больных – 46,38 % (65/138) указал только одну причину, 7,97 % (10/138) затруднились с ответом. Большая часть пациентов, прошедших реабилитацию (39/86, 28,2 %), ставят на первое место мотивы «решение проблем» и «избавление от страха», свидетельствующие о содержательной значимости проходимых

реабилитационных программ, побуждающих пациентов к решению своих личных жизненных проблем и новому осмыслению своего положения в социуме.

В исследованной выборке наркологических больных первая проба употребления алкоголя происходила на 2 года раньше первой пробы употребления ПАВ – 10 лет (алкоголь), 12 лет (ПАВ). И заканчивалась на 9 раньше – 20 лет (алкоголь), 29 лет (ПАВ). Большею частью больных с зависимостью от алкоголя первая проба употребления алкоголя не понравилась (19/41, 24 %). У больных с зависимостью от ПАВ первая проба вызывала амбивалентное отношение – 23,19 % (32/97) больным первая проба употребления ПАВ понравилась, а 19,57 % (27/97) – не понравилась. Количество больных с зависимостью от ПАВ (38/97, 27,64 %), не помнящих свою первую пробу, в 2 раза больше, в сравнении с больными с зависимостью от алкоголя (19/41, 13,77 %). Возраст приобщения к алкоголю в среднем у пациентов с зависимостью от алкоголя составляет 19 лет ($19,02 \pm 1,36$), систематическое употребление алкоголя сформировалось через 4,5 года ($23,46 \pm 1,87$), в возрасте 23–24 лет. То же соотношение наблюдается и в группах больных, прошедших и не прошедших реабилитационную программу. Возраст начала употребления ПАВ в группе пациентов с зависимостью от ПАВ практически не отличается от возраста у пациентов с зависимостью от алкоголя и составляет 18,25 лет ($18,25 \pm 0,81$). Систематическое употребление ПАВ у пациентов с зависимостью от ПАВ сформировалось через 3 года ($21,53 \pm 0,96$) в возрасте 21 года.

Особенно важным оказался результат ослабления патологического влечения к алкоголю и психоактивным веществам (ПВА, ПВН). При анализе мы сравнили данные результатов ВАШ у пациентов с разными сроками ремиссии. Пациенты в ремиссии более 3 лет имеют в 2 раза меньший показатель ВАШ ($(0,00 [0,00; 20,00]$ и $20,00 [0,00; 40,00]$), $p < 0,001$), то есть можно отметить заметное снижение субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику по достижении длительной ремиссии. Сравнение группы пациентов, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии, показало, что у пациентов с ремиссией более 3 лет ПВА и ПВН, по результатам

ВАШ, в 3 раза меньше ((7,50 [0,00; 20,00] и 20,00 [2,50; 40,00]), $p = 0,016$), в сравнении с группой пациентов, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года.

Оценивая уровень интеллектуальных способностей, был выявлен низкий показатель краткого отборочного теста (КОТ) в группе больных, не прошедших реабилитационные программы (18,00 [14,25; 21,75], $p = 0,089$), тогда как в группе больных, прошедших реабилитационные программы, данный показатель оказался 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. Возможно, те пациенты, которые имеют более высокий интеллектуальный уровень, чаще мотивируются на реабилитацию, но важно отметить, что данные показатели на уровне тенденции, статистически значимых различий выявлено не было.

Полученные данные теста СЖО позволяют оценить представление наркологического больного о своем будущем. Общий показатель теста СЖО «Осмысленность жизни» свидетельствует о наличии уверенности в принципиальной возможности самостоятельно управлять своей жизнью, осуществлять жизненный выбор, об удовлетворенности своей жизнью в настоящем.

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 «осмысленности жизни» – у больных с ремиссией до 1 года (88,00 [75,00; 101,00], $p < 0,001$). Эти данные подтверждают значимость длительности ремиссии, прохождения медицинской реабилитации и их сочетания в процессе выздоровления и личностного восстановления у наркологических больных.

Эти результаты согласуются с исследованием Т.А. Кожинской, в котором было показано, по результатам теста «СЖО», что в шкале общей интернальности больные АЗ (активная зависимость) с различными акцентуациями характера

демонстрируют экстернальный локус-контроль и низкий уровень субъективного контроля (Кожина Т.Н., 2018).

Сравнительный анализ личностных характеристик, по результатам исследования у наркологических пациентов с ремиссией до 1 года, показал выраженность дисфункциональных черт различных типов личности выше, по сравнению с аналогичными показателями у наркологических пациентов с ремиссией больше 3 лет. Наркологические больные с ремиссией больше 3 лет личностно более благополучны. Это подтверждается уменьшением выраженности 11 личностных расстройств (85 % тестовых результатов), достоверным снижением общего индекса личностного неблагополучия с 53,00 баллов до 29,00 баллов ((53,00 [33,00; 67,00] и 29,00 [17,00; 38,00]), $p < 0,001$). По результатам сравнения групп наркологических больных, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии (больше 3 лет и до 1 года), показано, что больные со сроком ремиссии до 1 года имеют более высокие показатели, особенно в отношении нарциссического (8,00 [5,00; 10,00], $p < 0,001$), пограничного (8,50 [5,00; 11,00], $p = 0,01$) и антисоциального (6,00 [3,00; 9,75], $p < 0,001$) типов дисфункциональных расстройств. Также отмечаются высокие количественные показатели депрессивного типа расстройств у больных со сроком ремиссии до 1 года (4,00 [2,00; 6,00], $p = 0,008$). Исходя из этого можно сделать вывод о значимости реабилитационных программ в сочетании с длительным сроком ремиссии. Чем продолжительнее ремиссия, тем менее выражены дисфункциональные черты личности. Таким образом, в исследовании были показаны значимость прохождения больными реабилитационных программ, их влияние на продолжительность ремиссии, что способствует уменьшению выраженности дисфункциональных черт и улучшению общего личностного благополучия наркологических больных. Полученные характеристики связи резистентности к проводимым реабилитационным программам с определенными дисфункциональными чертами могут помочь в разработке более действенных, научно обоснованных методов реабилитации, в создании четких критериев их эффективности и индивидуального подхода к подбору необходимой

реабилитационной программы для наркологического пациента. Полученные данные не противоречат современным отечественным и зарубежным исследованиям личности наркологических больных. В настоящее время исследователи отошли от концепции «преаддиктивной личности», так как в подавляющем большинстве они сходятся во мнении, что таковую невозможно точно верифицировать (Завьялов В.Ю., 1988; Москаленко В.Д., 1992; Дереча В.А., Дереча Г.И., Карпец В.В., 2004). Аддиктивная личность, согласно современным исследованиям, формируется в процессе наркологического заболевания, проявляясь в виде заострения различных личностных черт (Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1983; Бобров А.Е., 1986; 1988; Дереча Г.И., 2005; Мищенко Л.В., 2005; Гиленко М.В., 2016; Brown R.A. et al., 1997; Bravo de Medina R., Echeburúa E., Aizpiri J., 2007).

По результатам теста MGAA отмечается, что больные со сроком ремиссии более 3 лет имеют меньшую выраженность аддиктивных установок ((85,80 [71,63; 98,00] и 94,50 [81,25; 103,50]), $p = 0,01$), по сравнению с больными со сроком ремиссии до 1 года. Также нужно отметить самый минимальный показатель теста MGAA у больных, прошедших реабилитацию с ремиссией больше 3 лет ((80,00 [64,00; 92,00] и 93,50 [79,00; 103,50]), $p = 0,004$), что свидетельствует о наличии положительной динамики выздоровления. Таким образом, вновь визуализируется положительный аспект влияния реабилитационных программ. В процессе прохождения реабилитационных программ больной, последовательно избавляясь от ряда негативных аддиктивных установок, усваивает положительные ценностные ориентации и начинает уже осмысленно восстанавливать свою жизнь в контексте новых мировоззренческих координат.

Сравнительный анализ социально-демографических показателей пациентов наркологического профиля, прошедших и не прошедших реабилитационные программы и находящихся в ремиссии, приводит к следующим заключениям: распределение наркологических больных по полу свидетельствует о преобладании среди больных с наркологическими заболеваниями мужчин, пропорциональное соотношение пациентов мужчин и больных женщин зависит

от возрастного периода – уменьшается в молодом возрасте (22–34 года), возрастает в периоды зрелости (35–45 лет, 46–60 лет) и вновь уменьшается в пожилом возрасте (старше 60 лет), что объясняется увеличением интенсивности аффективной и иной психопатологии, нарастанием личностных изменений и общей деградацией личности, вызванных наркологическими заболеваниями.

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. Пациенты, прошедшие реабилитационные программы, имеют более высокий образовательный уровень по всем категориям образования, в сравнении с пациентами, не прошедшими реабилитационные программы.

Анализируя профессиональную занятость больных, можно отметить, что в общей группе больных более половины (74/138, 53,62 %) имеют постоянное место работы. Количество неработающих больных в 3,2 раза больше в группе прошедших реабилитационные программы (49/138, 35,51 %), по сравнению с группой 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 холостых/незамужних 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.

Одной из существенных характеристик социального статуса обследованных больных является уровень 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 228 статье Уголовного кодекса РФ.

Анализ результатов анкетирования пациентов, прошедших реабилитацию, показал (86/138), что 83 % (76/86) больных согласны с первым утверждением – «Жизнь химически зависимого после реабилитации во многом определяется тем, какую и где он проходил реабилитацию», 17 % (15/86) больных указали на значимость круга общения/семьи. Анализируя ответы на предложенную анкету, можно говорить о том, что пациенты в целом субъективно положительно оценивают прохождение реабилитации и считают, что она должна быть длительной: от 6 месяцев до 3 лет.

Полученные данные по показателям КЖ выявили достаточно неожиданный результат: при ожидаемом повышении показателей качества жизни наркологических больных, прошедших реабилитационные программы и имеющих ремиссию больше 3 лет, данные показатели остаются на том же уровне, что и у наркологических больных, прошедших реабилитационные программы с ремиссией до 1 года. Также отмечается снижение трех показателей КЖ: «Функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ((83,00 [33,33; 100,00]) и (100,00 [100,00; 100,00]), $p = 0,029$), «Психическое здоровье» ((68,00 [60,00; 76,00]) и (78,00 [72,00; 88,00]), $p < 0,001$) и «Психологический компонент здоровья» ((37,78 [30,91; 41,22]) и (42,53 [38,96; 45,74]), $p = 0,002$). Низкие показатели свидетельствуют о необходимости психотерапевтической поддержки наркологических больных.

Настоящее исследование оригинально, нам не удалось найти полностью аналогичных работ. В Приложениях I и J приведены клинические примеры,

иллюстрирующие проведенное исследование. В целом, полученные результаты в большинстве случаев статистически достоверны и соответствуют представлениям отечественных авторов, занимавшихся исследованиями в области особенностей ремиссий при алкогольной и наркотической зависимостях (Александрова Н.В., 1985; Гофман А.Г. с соавт., 1991; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994; Яшкина И.В., 1995; Альтшулер В.Б., 2010; Альтшулер В.Б., Кашин А.В., Кравченко С.Л., 2010; Гофман А.Г., 2013; Шустов Д.И., Федотов И.А., Юрченко Л.Н., 2014; Шустов Д.И., Тучина О.Д., 2016).

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 психоактивным веществам 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.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для формирования длительной и устойчивой ремиссии у наркологических больных, при проведении лечения и реабилитации, необходимо учитывать наличие и типы дисфункциональных личностных черт с целью формирования личностных мишеней психотерапевтического воздействия.

Рекомендуется учитывать, что пациенты со сроком ремиссии менее 1 года, даже при прохождении стационарной реабилитации, нуждаются в дальнейшем наблюдении, и их необходимо направлять на дальнейшую амбулаторную реабилитацию, так как сохраняются высокие аддиктивные установки, патологическое влечение и личностное неблагополучие с низким уровнем социального и семейного благополучия.

Рекомендуется проводить мотивационную работу с наркологическими больными для направления их на стационарные и амбулаторные реабилитационные программы, так как проведенное исследование показывает высочайшую значимость прохождения реабилитации по таким параметрам, как уменьшение психопатологических расстройств, снижение патологического влечения к алкоголю и наркотикам, уменьшение личностного неблагополучия, улучшение социального и семейного функционирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агибалова, Т.В. Анализ отдаленных результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации с применением пролонгированного инъекционного Налтрексона для больных алкогольной зависимостью в Краснодарском крае / Т.В. Агибалова, Д.А. Любченко, О.В. Недобыльский [и др.] // Наркология. – 2017. – № 5. – С. 37–48.
2. Агибалова, Т.В. Анализ эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью, получавших пролонгированный инъекционный Налтрексон / Т.В. Агибалова, О.В. Недобыльский // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (14–17 мая 2014 г.). – СПб., 2014. – С. 523.
3. Агибалова, Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Агибалова Татьяна Васильевна. – М.: ФГУ «Национальный научный центр наркологии», 2007. – 212 с.
4. 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.
5. Агибалова, Т.В. Комплаенс в наркологии: старая проблема и новый подход / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, О.В. Рычкова [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2008. – № 1. – С. 112–117.
6. Агибалова, Т.В. Оценка эффективности применения альянс-центрированной психотерапии в процессе стационарного лечения больных опиоидной наркоманией / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин // Вопросы наркологии. – 2013. – № 6. – С. 161–175.
7. Айзенбах-Штангль, И. Движение Анонимные алкоголики / И. Айзенбах-Штангль // Политика в отношении алкоголя и наркотиков: материалы ВОЗ и ООН // Вопросы наркологии. – 1996. – Внеочередной номер. – С. 47.
8. Актуальные проблемы возрастной наркологии. Материалы Всесоюзной междисциплинарной научно-практической конференции / Под ред. Е.Н. Кривулина, Н.А. Бохана. – Челябинск, 2012. – 164 с.
9. Александрова, Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Александрова Нина Викторовна. – М., 1985. – 220 с.

10. Альтшулер, В.Б. Алкоголизм: учебное пособие / В.Б. Альтшулер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.
11. Альтшулер, В.Б. Клинические особенности алкоголизма у бездомных больных / В.Б. Альтшулер, А.В. Кашин, С.Л. Кравченко // Тезисы материалов XV Съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 235–236.
12. Анонимные алкоголики. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, inc., 1989. – С. 22–181.
13. Антипова, Л.А. Клиника алкоголизма, осложненного делириями (сравнительное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Антипова Людмила Алексеевна. – М.: Нац. науч. центр наркологии Росздрава, 2008. – 24 с.
14. Бабичева, Л.П. Изучение факторов, влияющих на мотивацию к прохождению комплексной медико-социальной реабилитации в наркологии / Л.П. Бабичева // Совершенствование правовых основ наркологической помощи: тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции, 23–24 октября 2014 г. – М., 2014. – С. 7–8.
15. Бабичева, Л.П. Интеграционная модель комплексной лечебно-реабилитационной помощи больным наркологического профиля в условиях модернизации здравоохранения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Бабичева Людмила Павловна. – М.: Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, 2015. – 24 с.
16. Бабичева, Л.П. Роль терапевтических сообществ в биопсихосоциальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ / Л.П. Бабичева // Наркология. – 2014. – № 5. – С. 62–69.
17. Барцалкина, В.В. Программа духовного развития «12 шагов» в практике лечения алкоголизма / В.В. Барцалкина // Мир психологии и психология в мире. – 1994. – N 5. – С. 86–92.
18. Батищев, В.В. 12-шаговые групповые программы в клинике алкоголизма / В.В. Батищев // Вопросы наркологии. – 1998. – № 2. – С. 62–82.
19. Батищев, В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика / В.В. Батищев, Н.В. Негериш. – М.: РБФ «НАН», 2001. – 182 с.
20. 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., 2002. – 24 с.

21. Белокрылов, И.В. Алкоголизм и личность / И.В. Белокрылов, С.Л. Кравченко // Алкоголизм: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – С. 268–287.
22. Белокрылов, И.В. Больные наркоманией с низкой мотивацией на лечение: критерии обособления, клинические и личностные характеристики / И.В. Белокрылов, А.Г. Кузнецов, Н.А. Грюнталь [и др.] // Вопросы наркологии. – 2010. – № 1. – С. 32–40.
23. Беседина, О.Б. Формирование ремиссий при алкогольной зависимости в условиях пенитенциарных учреждений / О.Б. Беседина, А.А. Корнилов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 49–51.
24. Бехтель, Э.Е. К вопросу об изменении реактивности организма к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом в процессе протекания ремиссии / Э.Е. Бехтель, Ю.Г. Сидоров // Вопросы психиатрии. – 1970. – № 2. – С. 96–101.
25. Бобров, А.Е. Азартное расстройство (патологическая склонность к азартным играм): клинические, лечебно-профилактические и психосоциальные аспекты (при участии О.С. Антиповой) / А.Е. Бобров. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2008. – С. 268.
26. Бобров, А.Е. Личностные особенности больных патологической склонностью к азартным играм, расстройствами приема пищи и алкоголизмом / А.Е. Бобров, О.Ю. Гурова, Е.А. Кузнецова-Морева [и др.] // Сб. науч. тр. Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. – М., 2007. – С. 46–47.
27. Бобров, А.Е. Патологическое развитие личности при хроническом алкоголизме: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Бобров Алексей Евгеньевич. – М., 1988. – 43 с.
28. Бобров, А.Е. Психофизиологические и медицинские аспекты проблемы изменения личности при алкоголизме / А.Е. Бобров // Психологический журнал. – 1986. – Т. 7. – № 2. – С. 89–95.
29. Бохан, Н.А. Обзор современных методов исследования и реабилитации больных наркоманиями / Н.А. Бохан, Н.И. Глазырина, А.И. Мандель // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 4. – С. 52–65.
30. Бохан, Н.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опийной наркоманией / Н.А. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. – Павлодар, 2005. – 287 с.
31. Брюн, Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами / Е.А. Брюн, Л.М. Савченко, Е.А. Соборникова // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 45–49.

32. Брюн, Е.А. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ. Клинические рекомендации / Е.А. Брюн, Т.В. Агибалова, И.А. Бедина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2019. – № 2. – С. 3–59.
33. 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.
34. Брюн, Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Брюн Евгений Алексеевич. – М.: Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны РФ, 2007. – 273 с.
35. Брюн, Е.А. Факторы, влияющие на длительность ремиссии у больных наркологического профиля, по результатам контент-анализа научных работ за период 2002–2011 годов / Е.А. Брюн, В.В. Аршинова, О.И. Гусева [и др.] // Наркология. – 2017. – № 11. – С. 41–62.
36. Бузин, В.Н. Краткий ориентировочный тест. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / В.Н. Бузин, Э.Ф. Вандерлик. – М.: МГУ, 1989. – С. 112–126.
37. Букреева, Н.Д. Организационные и экономические аспекты реабилитации больных наркоманией / Н.Д. Букреева // Проф. и реабилит. в наркол. – 2002. – № 1. – С. 87–90.
38. Быков, М.П. Лечение зависимостей: полный справочник / М.П. Быков [и др.]. – М.: Эксмо, 2008. – 635 с.
39. Валентик, Ю.В. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Ю.В. Валентик, Н.В. Вострокнутов, А.А. Гериш [и др.] // Наркология. – 2002. – С. 43–47.
40. Валентик, Ю.В. Медико-социальная работа в наркологии / Ю.В. Валентик. – Архангельск: АГМА, 1997. – 126 с.
41. Валентик, Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы) / Ю.В. Валентик. – М., 2001. – 105 с.
42. Валентик, Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота. – М., 2002. – 256 с.
43. Валентик, Ю.В. Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманией / Ю.В. Валентик // Профилактика и реабилитация в наркологии. – 2002. – С. 80–86.

44. 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.
45. Вальчук, Д.С. Психотерапия, направленная на патологическое влечение к алкоголю / Д.С. Вальчук, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик [и др.] // Вопросы наркологии. – 2017. – № 8(156). – С. 96–98.
46. Ветлугина, Т.П. Гормоны стресс-реализующей системы при алкогольной зависимости: возможность прогнозирования длительности ремиссии / Т.П. Ветлугина, О.А. Лобачева, В.Б. Никитина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 120(5). – С. 73–78.
47. Ветрова, М.В. Взаимосвязь между нарушениями сна, ангедонией и трезвостью у больных с синдромом зависимости от алкоголя или опиатов в раннем периоде ремиссии / М.В. Ветрова, Е.П. Скурат, К.В. Рыбакова [и др.] // Наркология. – 2020. – № 19(12). – С. 17–33.
48. Вешнева, С.А. Динамика клинических, личностных и социальных проявлений больных опиатной наркоманией в процессе реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27, 14.01.06 / Вешнева Светлана Александровна. – М.: Национальный научный центр наркологии Росздрава, 2010. – 24 с.
49. Вешнева, С.А. Современные модели реабилитации наркозависимых / С.А. Вешнева, Р.В. Бисалиев // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 45–52.
50. Винникова, М.А. Ремиссии при синдроме зависимости / М.А. Винникова // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 11. – С. 815–821.
51. 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.
52. Воронин, В.В. Формирование и совершенствование законодательства Российской Федерации в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей / В.В. Воронин // Инновационная экономика и право. – 2016. – № 1. – С. 32–48.
53. Воронович, Б. Терапевтическая программа отделения отвыкания от алкогольной зависимости и роль в ней бывших больных алкоголизмом / Б. Воронович // В сб.: Вопросы психиатрии и наркологии. – Кустанай, 1991. – С. 127–131.
54. Галкин, С.А. Возможные клинико-электроэнцефалографические факторы прогноза длительности ремиссии пациентов с алкогольной зависимостью /

- С.А. Галкин, А.Г. Пешковская, Н.А. Бохан // Российский психиатрический журнал. – 2021. – № 1. – С. 47–52.
55. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 / Гаранян Наталья Георгиевна. – М.: Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 2010. – 42 с.
56. Гиленко, М.В. Органические психические расстройства, коморбидные с зависимостью от алкоголя: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Гиленко Мария Владимировна. – М., 2016. – 278 с.
57. Гольденберг, Б. Стратегия и тактика реализации антинаркотического законодательства в Израиле / Б. Гольденберг // Юридическая техника. – 2015. – № 9. – С. 197–199.
58. Гольдштейн, С.Л. Системная концептуальная модель реабилитации [Электронный ресурс] / С.Л. Гольдштейн, А.В. Мусиенко, Т.Я. Ткаченко [и др.] // Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении». – 2009. – № 1(3). – С. 23–29. – Режим доступа: https://sys-int.ru/sites/default/files/goldstein_1_3_2009_0.pdf
59. Городнова, М.Ю. Проблемы приверженности на стационарном этапе оказания помощи пациентам с опиоидной зависимостью / М.Ю. Городнова // Неврологический вестник. – 2014. – № 56(1). – С. 44–50.
60. Городнова, М.Ю. Эффективность наркологического лечения глазами пациента и специалиста / М.Ю. Городнова // Наркология. – 2014. – № 149(5). – С. 75–78.
61. Гофман, А.Г. Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма / А.Г. Гофман, А.Ю. Магалиф, Е.Н. Крылов [и др.] // Методическое пособие МНИИП МЗ РСФСР. – М., 1991. – 28 с.
62. Гофман, А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом / А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 110–111.
63. Гребнев, С.А. Когнитивная психотерапия в наркологии. Ключевые моменты / С.А. Гребнев // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – № 4(15). – Т. 4. – С. 34–37.
64. Гребнев, С.А. Наркотическая зависимость. Психотерапия или структурирование мышления? / С.А. Гребнев. – Екатеринбург, 2013. – 168 с.
65. Гребнев, С.А. Психология и психотерапия алкогольной зависимости / С.А. Гребнев. – Екатеринбург, 1998. – 64 с.
66. Громыко, Д.И. Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинико-психологических характеристик больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Громыко Дмитрий Иванович. – Санкт-Петербург:

- Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт, 2002. – 22 с.
67. Гузиков, Б.М. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: пособие для врачей / Б.М. Гузиков, В.М. Зобнев, В.Л. Ревзин. – СПб.: Питер, 2000. – 27 с.
 68. Гурович, И.Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, Б.Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 22(1). – С. 5–19.
 69. Даренский, И.Д. Аддиктивный цикл / И.Д. Даренский. – М.: Изд-во «Логос», 2008. – 250 с.
 70. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, ins., 1989. – 213 с.
 71. Дереча, В.А. Дифференцированный подход к оценке и лечению расстройств личности у больных алкоголизмом: пособие для врачей МЗ РФ / В.А. Дереча, Г.И. Дереча, В.В. Карпец. – М.–Оренбург, 2004. – 27 с.
 72. Дереча, Г.И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом (клинико-системное исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Дереча Галина Ильинична. – Оренбург, 2005. – 160 с.
 73. Дмитриева, Т.Б. Реабилитационные мероприятия, проводимые в условиях наркологических стационаров / Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко [и др.] // Наркология. – № 8. – 2004. – С. 33–37.
 74. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельников. – М., 2001. – 38 с.
 75. Дудко, Т.Н. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи / Т.Н. Дудко // В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Наркология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 774–787.
 76. Дудко, Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Дудко Тарас Николаевич. – М.: Национальный научный центр наркологии МЗ России, 2003. – 253 с.
 77. Дудко, Т.Н. Мотивационная ригидность – одна из причин рецидивов героиновой зависимости / Т.Н. Дудко, И.Д. Даренский, Т.В. Адамова // Материалы XV Съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 248.
 78. Дудко, Т.Н. Проблемы медико-социальной реабилитации в Российской Федерации / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 2011. – № 4. – С. 54–55.
 79. Дудко, Т.Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с

- конфессиональными реабилитационными центрами / Т.Н. Дудко // Наркология. – 2012. – № 4. – С. 70–75.
80. Дудко, Т.Н. Пути повышения эффективности лечебно-реабилитационных программ / Т.Н. Дудко // Организация медико-социальной реабилитации наркологических больных в России на современном этапе: материалы научно-практической конференции. – М., 2013.
81. Дудко, Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 1999. – № 2. – С. 28–34.
82. Дудко, Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 2000. – № 3. – С. 13–21.
83. Евдокимов, В.И. Феноменология ремиссии и ее особенности у больных патологическими зависимостями (обзор) / В.И. Евдокимов, Т.Н. Цветкова // Вестник психотерапии. – 2007. – № 20. – С. 72–81.
84. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости: годовой доклад за 2012 год [Электронный ресурс] // EMCDDA Annual Report 2012. – Режим доступа: emcdda.europa.eu
85. Ермякина, Н.А. Модели реабилитации наркозависимых (по материалам зарубежных источников) / Н.А. Ермякина, Т.В. Куприянич, М.А. Арская [и др.] // Вестник Сибирского юридического института МВД России. – 2018. – № 1. – С. 48–55.
86. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 192 с.
87. Ерышев, О.Ф. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. – СПб., 1996. – 190 с.
88. Ерышев, О.Ф. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: методические рекомендации / О.Ф. Ерышев, Л.А. Дубинина, Б.В. Иовлев [и др.]. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2006. – 20 с.
89. Ефлова, М.Ю. Социальная реабилитация наркозависимых / М.Ю. Ефлова // Власть. – 2010. – № 11. – С. 103.
90. Жарких, А.А. Психологические особенности мотивационной сферы наркозависимых осужденных: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06 / Жарких Александра Анатольевна. – Рязань: Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, 2013. – 25 с.

91. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / Ю.В. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
92. Иванец, Н.Н. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами / Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Т. 83. – № 8. – С. 1222–1227.
93. Иванец, Н.Н. Место ситуационно-психологического тренинга в системе реабилитации больных алкоголизмом / Н.Н. Иванец, Ю.В. Валентик // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Л., 1986. – С. 366–368.
94. Иванец, Н.Н. Психиатрия и наркология / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
95. Иванец, И.Н. Современные проблемы наркологии / И.Н. Иванец // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 2–7.
96. Игонин, А.Л. Общество анонимных алкоголиков и перспективы его деятельности в России (обзорное сообщение) / А.Л. Игонин // Наркология. – 2007. – № 1. – С. 54–58.
97. Игонин, А.Л. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями / А.Л. Игонин // Вопросы наркологии. – 1991. – № 3. – С. 13–16.
98. Илюк, Д. Изучение мнений врачей-наркологов об эффективности наркологической службы по оказанию помощи пациентам с наркотической зависимостью / Д. Илюк, М.Н. Торбан, Р. Хаймер [и др.] // Неврологический вестник. – 2013. – № 55(2). – С. 30–38.
99. Казаковцев, Б.А. Психосоциальная реабилитация пациентов с синдромом зависимости, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре / Б.А. Казаковцев, В.Д. Стяжкин, Л.А. Тарасевич // Наркология. – 2002. – № 11. – С. 12–18.
100. Катков, А.Л. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ / А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ю.А. Россинский // Психотерапия. – 2003. – № 12. – С. 15–24.
101. Кибитов, А.О. Фармакогенетические маркеры эффективности терапии алкогольной зависимости прегабалином – модулятором систем ГАМК и глутамата / А.О. Кибитов, В.М. Бродянский, К.В. Рыбакова [и др.] // Вопросы наркологии. – 2018. – № 10–11. – С. 101–150.
102. Кибитов, А.О. Фармакогенетический анализ влияния генов дофаминовой и опиоидной систем на эффективность комбинированной терапии Налтрексоном и Гуанфацином больных опиоидной зависимостью /

- А.О. Кибитов, Е.М. Крупицкий, Е.А. Блохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 11–2. – С. 36–48.
103. Кийко, М.Ю. Противодействие наркобизнесу как стратегическое направление обеспечения экономической безопасности России: автореф. дис. ... д-ра экон. наук: 08.00.05 / Кийко Михаил Юрьевич. – М.: Институт проблем рынка РАН, 2017. – 42 с.
104. Киржанова, В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014–2015 годах: статистический сборник / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов [и др.]. – М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – 177 с.
105. Киржанова, В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015–2016 годах: статистический сборник / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов [и др.]. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 183 с.
106. Киржанова, В.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017 году: аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов [и др.]. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 196 с.
107. Кисель, Н.И. Ассоциированные формы алкоголизма у женщин: психиатрическая коморбидность, клиническая динамика, реабилитация: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Кисель Наталья Игоревна. – Томск: ГУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН», 2011. – 19 с.
108. Клименко, Т.В. Организация реабилитации лиц с патологическими формами зависимости в Италии / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Т.Н. Дудко // Наркология. – 2013. – № 12. – С. 70–76.
109. Клименко, Т.В. Оценка деятельности по медицинской и социальной/комплексной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ: методические рекомендации / Т.В. Клименко, Т.Н. Дудко, Б.П. Целинский. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 32 с.
110. Клименко, Т.В. Проблемные аспекты организации деятельности по социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами в негосударственных реабилитационных организациях и перспективы их преодоления / Т.В. Клименко, Г.А. Губанов, А.А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2018. – № 7(167). – С. 5–16.
111. Клинические рекомендации 2018 г. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов) [Электронный ресурс] //

- Сайт ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». – Режим доступа: <https://narcologos.ru/>
112. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (МКБ-10 F10–F19). Одобрены профессиональным сообществом врачей-наркологов «Ассоциация наркологов России», 2015 [Электронный ресурс] // Сайт ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». – Режим доступа: <https://narcologos.ru/>
 113. Клячин, И.А. Клинико-психологические особенности больных алкоголизмом с устойчивой и неустойчивой ремиссиями: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 14.01.27 / Клячин Иван Александрович. – М.: Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, 2018. – 141 с.
 114. Кожина, Т.А. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с различными характерологическими акцентуациями и личностными расстройствами / Т.А. Кожина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. – № 3. – С. 46–55.
 115. Коломейчук, А.В. Современные подходы к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости / А.В. Коломейчук, Ю.Б. Барыльник, Т.Ю. Ледванова [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – № 8. – С. 51–57.
 116. Конищев, А.С. Клинические особенности ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 14.01.27 / Конищев Алексей Сергеевич. – М.: Московский государственный медико-стоматологический университет, 2011. – 26 с.
 117. Конищев, А.С. Клинические типы ремиссий хронического алкоголизма / А.С. Конищев, С.А. Шамов, И.В. Старкова // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник научных трудов конференции с международным участием. – СПб., 2011. – С. 86–87.
 118. Копытов, А.В. Мотивы употребления алкоголя подростками и молодыми людьми с проблемами алкогольной зависимости / А.В. Копытов // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 10. – № 4. – С. 105–110.
 119. Крупицкий, Е.М. Доказательная медицина в наркологии / Е.М. Крупицкий, Э.Э. Звартау // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2003. – Т. X. – № 2. – С. 1–68.
 120. Крупицкий, Е.М. Стабилизация ремиссий у больных опийной наркоманией имплантатом Налтрексона: фармакогенетический аспект / Е.М. Крупицкий,

- А.О. Кибитов, Е.А. Блохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115. – № 4-2. – С. 14–23.
121. Крупицкий, Е.М. Фармакогенетика терапии синдрома зависимости от опиатов пролонгом Налтрексона / Е.М. Крупицкий, А.О. Кибитов, Е.А. Блохина [и др.] // Психическое здоровье. – 2018. – № 4. – С. 34–38.
122. Крупицкий, Е.М. Фармакогенетика химических зависимостей / Е.М. Крупицкий, Э.А. Ахметова, А.Р. Асадуллин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – № 4-1. – С. 12–20.
123. Крупнов, Б.В. Антинаркотическая политика в государстве Израиль: снижение спроса на психоактивные вещества / Б.В. Крупнов, И.П. Кутянова, М.И. Драмбян [и др.]. – М.: НИЦ ФСКН России, 2013. – 78 с.
124. Крупнов, Б.В. О Государственной межведомственной программе «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» / Б.В. Крупнов, Т.А. Новикова // Аналитический вестник. – 2014. – № 2(520). – С. 8–23.
125. Кузнецов, В.Н. Гендерные особенности алкоголизма в Томской области (клинические и терапевтические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Кузнецов Владимир Николаевич. – М.: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ, 2010. – 21 с.
126. Леонтьев, Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). – 2-е изд. / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
127. Лукомский, И.И. Хронический алкоголизм и производство. Медицинские аспекты вовлечения находящихся в наркологических стационарах пациентов в производственную деятельность / И.И. Лукомский // Советская медицина. – 1966. – Т. 39. – № 2. – С. 218–231.
128. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
129. Минько, А.И. Показатель качества жизни и поддерживающая терапия больных с алкогольной зависимостью / А.И. Минько, И.В. Линский, А.В. Бараненко [и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4. – С. 169–175.
130. Михайлов, В.И. Современные проблемы реабилитации в наркологии / В.И. Михайлов, Б.А. Казаковцев, А.А. Чуркин // Наркология. – 2002. – № 1. – С. 40–42.
131. 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.: Национальный научный центр наркологии Росздрава, 2005. – 22 с.

132. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). – ВОЗ – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с.
133. Москаленко, В.Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом / В.Д. Москаленко. – М.: Наука, 1992. – 18 с.
134. Наркология: национальное руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 926 с.
135. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 декабря 2005 г. № 532-ст) с Изменением № 1, утвержденным приказом Росстандарта от 17 октября 2013 г. № 1184-ст.46.
136. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 54990-2012 «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 сентября 2012 г. № 327-ст).
137. 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.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ России, 2018. – 22 с.
138. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов / А.А. Новик, Т.И. Ионова / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: Гэотар-Медиа, 2004. – 304 с.
139. Новик, А.А. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А.А. Новик // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.
140. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
141. Новиков, Е.М. Комплексная оценка статуса и уровни мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ / Е.М. Новиков, Ю.В. Валентик, А.А. Дрейзин [и др.] // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 60–68.

142. Новиков, С.А. Психотерапия алкогольной зависимости у пациентов с различными типами личности и проявлениями аутоагрессивного поведения / С.А. Новиков, Д.И. Шустов // Наркология. – 2013. – № 11. – С. 61–65.
143. Палаткин, В.Я. Вариабельность ответа на фармакотерапию Налтрексоном и Гуанфацином у пациентов с синдромом зависимости от опиоидов: фармакогенетический аспект / В.Я. Палаткин, А.О. Кибитов, Е.М. Крупицкий [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – № 4-1. – С. 118–121.
144. Палаткин, В.Я. Стабилизация ремиссии при зависимости от опиоидов: фармакологические и фармакогенетические аспекты [Электронный ресурс] / В.Я. Палаткин, А.О. Кибитов, Е.А. Блохина [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2016. – № 4. – С. 6–12. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/stabilizatsiya-remissii-pri-zavisimosti-ot-opioidov-farmakologicheskie-i-farmakogeneticheskie-aspekty>
145. Петросян, Т.Р. Зависимость от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Петросян Тигран Робертович. – М.: Национальный научный центр наркологии Росздрава, 2008. – 21 с.
146. Петрунько, О.В. Факторы формирования длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью / О.В. Петрунько, Е.Н. Брюханова // Acta Biomedica Scientifica. – 2017. – № 2(5(2)). – С. 125–132.
147. Пешковская, А.Г. Этнический фактор и проблема алкоголизма (аналитический обзор) / А.Г. Пешковская, А.И. Мандель, И.О. Бадырғы // Вестник ТГПУ. – 2015. – № 3(156). – С. 49–57.
148. Постановление Правительства РФ от 15 августа 2015 г. № 846 «О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям, осуществляющим деятельность в области комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, осуществляющих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ».
149. Приказ МЗ РФ от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)».
150. Проценко, Е.Н. 12-шаговые программы в Москве. М:Ж / Е.Н. Проценко // Вопросы наркологии. – 1993. – № 1. – С. 6.
151. Пятницкая, И.Н. Общая и частная наркология: руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М.: Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
152. Рыбакова, К.В. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социальнопсихологических критериев реадaptации к трезвости / К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина,

- Н.Г. Незнанов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 63–72.
153. Рыбакова, К.В. Предикторы длительности ремиссии алкогольной зависимости у больных с различным качеством ремиссии / К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина, Т.Г. Рыбакова [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 31–37.
154. Рыбакова, К.В. Феноменология алкогольной зависимости, неосложненной и осложненной психическими расстройствами, пути стабилизации ремиссии / К.В. Рыбакова. – М., 2019. – С. 48.
155. Савельев, Д.В. Особенности основных клинических проявлений алкоголизма в различных временных периодах: 1965, 1985, 2005 гг.: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Савельев Дмитрий Вадимович. – М.: Национальный научный центр наркологии Росздрава, 2009. – 22 с.
156. Сквиря, И.М. Влияние психологических рецидивоопасных факторов на устойчивость ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью / И.М. Сквиря // Медична психологія = Медицинская психология: науковий журнал. – 2013. – Т. 8. – № 2. – С. 73–77.
157. Соборникова, Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Соборникова Екатерина Анатольевна. – М.: Национальный научный центр наркологии Росздрава, 2012. – 23 с.
158. Соловова, Н.А. Динамика личностных особенностей наркозависимых в процессе реабилитации: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Соловова Надежда Анатольевна. – М.: Институт психологии РАН, 2009. – 24 с.
159. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утверждена Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690.
160. Стрельчук, И.В. Клиника и лечение наркоманий. Изд. 2-е, перераб. и доп. / И.В. Стрельчук. – М., 1949. – 224 с.
161. Сударенко, Н.А. Трудовая и медикаментозная терапия алкогольной наркомании / Н.А. Сударенко // Тезисы докладов Тамбовской областной конференции невропатологов и психиатров по борьбе с алкоголизмом. – Тамбов, 1971. – С. 148–150.
162. Тучин, П.В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Тучин Павел Викторович. – М.: ФГУ «Национальный научный центр наркологии», 2014. – 19 с.

163. Федеральный закон от 23 июня 2016 года № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации», статья 26.
164. Федоренко, Т.А. Практика организации работы по формированию и развитию региональных сегментов национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей (на примере дальневосточного федерального округа) / Т.А. Федоренко // Вестник сибирского юридического института ФСКН России. – 2015. – № 4. – С. 23–28.
165. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия: краткое руководство / А.П. Федоров. – СПб.: Питер, 2002. – 334 с.
166. Федотов, И.А. Феномен привязанности к родителям, длительность терапевтических ремиссий и аутоагрессивное поведение у пациентов с алкогольной зависимостью / И.А. Федотов, А.И. Шустов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 1. – С. 90–93.
167. Флорес, Ф.Дж. Групповая психотерапия зависимостей. Интеграция двенадцати шагов и психодинамической теории / Ф.Дж. Флорес – М.: ИОИ, 2014. – 736 с.
168. Халабуда, Л.Н. Мотивационные стратегии и их использование в психотерапевтических программах раннего этапа реабилитации наркоманов / Л.Н. Халабуда, С.В. Семенов, А.Ю. Домрачева // Наркозависимость и медико-социальные последствия стратегии профилактики и терапии. – Казань, 2003. – С. 207–209.
169. Худяков, А.В. Клинико-социальный анализ формирования и профилактика зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Худяков Алексей Валерьевич. – М.: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ, 2003. – 48 с.
170. Цветкова, Т.Н. Психологические механизмы духовно ориентированной психотерапии и ее эффективность в системе кризисно-реабилитационной помощи при алкогольной зависимости: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 05.26.02, 19.00.04 / Цветкова Таисия Николаевна. – СПб.: Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2009. – 22 с.
171. Цыганков, Д.Б. Клинико-психологические особенности больных с паническими расстройствами в структуре алкогольной болезни и дифференцированные стратегии их терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04, 14.00.18 / Цыганков Дмитрий Борисович. – М.: Московский государственный медико-стоматологический университет, 2009. – 47 с.

172. Цыганков, Б.Д. Характеристика ремиссий алкоголизма в отечественной и зарубежной литературе / Б.Д. Цыганков, И.А. Клячин, С.А. Шамов // Наркология. – 2016. – Т. 15. – № 8(176). – С. 74–79.
173. Шайдукова, Л.К. Модель реабилитации наркозависимых в современном реабилитационном центре / Л.К. Шайдукова, Л.Н. Халабуда // Психическое здоровье. – 2011. – № 9. – С. 25–29.
174. Шайдукова, Л.К. Современные подходы к реабилитации наркозависимых / Л.К. Шайдукова // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94. – № 3. – С. 402–405.
175. Шакуров, Ф.З. Оценка эффективности комплексного лечения алкоголизма в условиях анонимной амбулаторной медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Шакуров Фаат Закирович. – Томск: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН, 2010. – 28 с.
176. Шинкевич, В.Е. Организация реабилитации и ресоциализации наркозависимых в контексте обеспечения наркобезопасности современного общества: отечественный и зарубежный опыт / В.Е. Шинкевич, Т.В. Куприянич // Вестник Сибирского юридического института МВД России. – 2018. – № 3. – С. 172–185.
177. Шулькин, Л.М. Клинический обзор ремиссии алкогольной зависимости / Л.М. Шулькин, Н.А. Косенко, В.Г. Косенко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 2(151). – С. 153–159.
178. Шустов, Д.И. Клинико-психологическая статика и динамика терапевтических ремиссий при алкогольной зависимости / Д.И. Шустов, И.А. Федотов, Л.Н. Юрченко // Наркология. – 2014. – Т. 13. – № 9(153). – С. 57–61.
179. Шустов, Д.И. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии / Д.И. Шустов, Т.В. Агибалова, И.А. Федотов // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 147–161.
180. Шустов, Д.И. Психотерапия алкогольной зависимости / Д.И. Шустов, О.Д. Тучина. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 416 с.
181. Энтин, Г.М. Клиника и терапия алкогольных заболеваний: Т. 1 / Под ред. А.Г. Гофмана / Г.М. Энтин, Е.Н. Крылов. – М., 1994. – 231 с.
182. Энтин, Г.М. Клиника и терапия алкогольных заболеваний: Т. 2 / Под ред. А.Г. Гофмана / Г.М. Энтин, Е.Н. Крылов. – М., 1994. – 170 с.
183. Яшкина, И.В. Клиника алкоголизма у лиц с высоким уровнем социальной адаптации: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18, 14.00.45 / Яшкина Ирина Владимировна. – М.: Московский НИИ психиатрии, 1995. – 229 с.

184. 12-Step Facilitation Therapy (Alcohol, Stimulants, Opiates) // Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition).
185. Abdin, E. The Role of Sociodemographic Factors in the Risk of Transition from Alcohol Use to Disorders and Remission in Singapore / E. Abdin, M. Subramaniam, J.A. Vaingankar [et al.] // Alcohol Alcohol. – 2014. – Vol. 49(1). – P. 103–108.
186. Adinoff, B. Impulsivity, Neural Deficits, and the Addictions: The «Oops» Factor in Relapse / B. Adinoff, L.M. Rilling, M.J. Williams [et al.] // J. Addict. Dis. – 2007. – Vol. 26(1(01)). – P. 25–39.
187. Afkar, A. Measurement of Factors Influencing the Relapse of Addiction: A Factor Analysis / A. Afkar, S.M. Rezvani, A.E. Sigaroudi // Int. J. High Risk Behav. Addict. – 2017. – Vol. 6(3):e32141.
188. Agabio, R. Sex Differences in Alcohol Use Disorder / R. Agabio, C. Pisanu, G.L. Gessa [et al.] // Current Medicinal Chemistry. – 2017. – Vol. 24(24). P. 2661–2670.
189. Al Abeiat, D.D. Psychosocial Predictors of Relapse among Patients with Alcohol Problems / D.D. Al Abeiat, A.M. Hamdan-Mansour, S.I. Hanouneh [et al.] // Curr. Drug Abuse Rev. – 2016. – Vol. 9(1). – P. 19–25.
190. Alford, G.S. Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous Model Inpatient Treatment of Chemically Dependent Adolescents: A II-Year Outcome Study / G.S. Alford, R.A. Koehler, J. Leonard. – New York: Pergamon Press, 1991. – P. 13–27.
191. Andersson, H.W. Relapse after Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study among Users of Illicit Substances / H.W. Andersson, M. Wenaas, T. Nordfjærn // Addict. Behav. – 2019. – Vol. 90. – P. 222–228.
192. Annis, H.M. A Relapse Prevention Model for Treatment of Alcoholics / H.M. Annis. – New York: Plenum, 1986. – 8 p.
193. Atadokht, A. The Role of Family Expressed Emotion and Perceived Social Support in Predicting Addiction Relapse / A. Atadokht, N. Hajloo, M. Karimi [et al.] // Int. J. High Risk. Behav. Addict. – 2015. – Vol. 4(1):ee21250.
194. Baars, M.Y. Relapse (Number of Detoxifications) in Abstinent Male Alcohol-Dependent Patients as Related to Personality Traits and Types of Tolerance to Frustration / M.Y. Baars, M.J. Müller, B. Gallhofer [et al.] // Neuropsychobiology. – 2013. – Vol. 67(4). – P. 241–248.
195. Bean, M. Alcoholics Anonymous I / M. Bean // Psychiatric Annals. – New York, 1975. – P. 12–23.
196. Bean, M. Alcoholics Anonymous II / M. Bean // Psychiatric Annals. – New York, 1975. – P. 9–28.

197. Bem, S.L. The Measurement of Psychological Androgyny / S.L. Bem // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 1974. – Vol. 42(2). – P. 155–162.
198. Bernstein, E. Screening and Brief Intervention to Reduce Marijuana Use Among Youth and Young Adults in a Pediatric Emergency Department / E. Bernstein, E. Edwards, D. Dorfman [et al.] // *Society for Academic Emergency Medicine*. – 2009. – Vol. 16(11). – P. 1174–1185.
199. Blendberg, J.M. Gender Differences in Alcohol Treatment / J.M. Blendberg, S. Àrnadóttir, K. Tarp [et al.] // *Alcohol Alcohol*. – 2020. – Vol. 29:agaa071.
200. Blonigen, D.M. Alcoholics Anonymous Attendance, Decreases in Impulsivity and Drinking and Psychosocial Outcomes over 16 Years: Moderated-Mediation from a Developmental Perspective / D.M. Blonigen, C. Timko, J.W. Finney [et al.] // *Addiction*. – 2011. – Vol. 106(12). – P. 2167–2177.
201. Bøg, M. 12-Step Programs for Reducing Illicit Drug Use: A Systematic Review / M. Bøg, T. Filges, L. Brännström [et al.] // *Campbell Systematic Reviews*. – 2017. – Vol. 13(2).
202. Boschloo, L. Predictors of the 2-Year Recurrence and Persistence of Alcohol Dependence / L. Boschloo, N. Vogelzangs, W. van den Brink [et al.] // *Addiction*. – 2012. – Vol. 107(9). – P. 1639–1640.
203. Bottlender, M. Outpatient Alcoholism Treatment: Predictors of Outcome after 3 Years / M. Bottlender, M. Soyka // *Drug Alcohol Depend.* – 2005. – Vol. 80(1). – P. 83–89.
204. Bravo, F. Gender Differences in the Long-Term Outcome of Alcohol Dependence Treatments: An Analysis of Twenty-Year Prospective Follow Up / F. Bravo, A. Gual, A. Lligona [et al.] // *Drug Alcohol Rev.* – 2013. – Vol. 32(4). – P. 381–388.
205. Bravo de Medina, R. Características Psicopatológicas y Dimensiones de Personalidad en los Pacientes Dependientes del Alcohol: Un Estudio Comparativo / R. Bravo de Medina, E. Echeburúa, J. Aizpiri // *Adicciones*. – 2007. – Vol. 19(4). – P. 373–380.
206. Brennan, P.L. Patterns and Predictors of Late-Life Drinking Trajectories: A 10-Year Longitudinal Study / P.L. Brennan, K.K. Schutte, R.H. Moos // *Psychol. Addict. Behav.* – 2010. – Vol. 24(2). – P. 254–264.
207. Brennan, P.L. Twenty-Year Alcohol-Consumption and Drinking-Problem Trajectories of Older Men and Women / P.L. Brennan, K.K. Schutte, B.S. Moos [et al.] // *J. Stud. Alcohol Drugs*. – 2011. – Vol. 72(2). – P. 308–321.
208. Brorson, H.H. Drop-Out from Addiction Treatment: A Systematic Review of Risk Factors / H.H. Brorson, E.A. Arnevik, K. Rand-Hendriksen [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33. – P. 1010–1024.

209. Brown, R.A. Cognitive-Behavioral Psychotherapy of Depression at the Alcoholics / R.A. Brown, D.M. Evans, I.W. Miller [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1997. – Vol. 65. – P. 715–726.
210. Brown, S. *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery* / S. Brown. – New York: Guilford Press, 1985. – P. 3–14.
211. Bujarski, S. The Effects of Drinking Goal on Treatment Outcome for Alcoholism / S. Bujarski, S.S. O'Malley, K. Lunny [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2013. – Vol. 81(1). – P. 13–22.
212. Burke, B.L. The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials / B.L. Burke, H. Arkowitz, M. Menchola // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2003. – Vol. 71. – P. 843–861.
213. Carr, W.A. Predictors and Treatment Outcomes of Perceived Ward Atmosphere among Therapeutic Community Residents / W.A. Carr, S.A. Ball // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2014. – Vol. 46(5). – P. 567–573.
214. Carroll, K.M. Behavioral Therapies for Co-Occurring Substance Use and Mood Disorders / K.M. Carroll // *Biol. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 56(10). – P. 778–784.
215. Carroll, K.M. Motivational Substance Abuse: A Multisite Effectiveness Study / K.M. Carroll, S.A. Ball, C. Nich [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2006. – Vol. 81(3). – P. 301–312.
216. Carroll, K.M. One-Year Follow-Up of Psychotherapy and Pharmacotherapy for Cocaine Dependence. Delayed Emergence of Psychotherapy Effects / K.M. Carroll, B.J. Rounsaville, C. Nich [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 51. – P. 989–997.
217. Cook, C.C.H. The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: Miracle, Method or Myth? Part II: Evidence and Conclusions / C.C.H. Cook // *Congress on Alcohol and Health.* – Rockville, Maryland, 1994. – P. 7–25.
218. Cook, S. United Kingdom Alcohol Treatment Trial Research Team. The Role of the Working Alliance in Treatment for Alcohol Problems / S. Cook, N. Heather, J. McCambridge // *Psychol. Addict. Behav.* – 2015. – Vol. 29(2). – P. 371–381.
219. Cox, G. *Social Care and Drug Users in Ireland. Policy Paper 2* / G. Cox, P. McVerry. – Dublin: Drug Policy Action Group, 2006.
220. Crewe, Ch.W. *A Look at Relapse* / Ch.W. Crewe. – Minnesota: Center City, 1980. – P. 1–15.
221. Cross, G.M. *Alcoholism Treatment: A Ten-Year Follow-Up Study* / G.M. Cross, C.W. Morgan, A.J. Mooney 3rd [et al.] // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 1990. – Vol. 14(2). – P. 169–173.
222. Crum, R.M. A Prospective Assessment of Reports of Drinking to Self-Medicate Mood Symptoms with the Incidence and Persistence of Alcohol Dependence /

- R.M. Crum, R. Mojtabai, S. Lazareck [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70(7). – P. 718–726.
223. Crum, R.M. Reports of Drinking to Self-Medicate Anxiety Symptoms: Longitudinal Assessment for Subgroups of Individuals with Alcohol Dependence / R.M. Crum, L. La Flair, C.L. Storr [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2013. – Vol. 30(2). – P. 174–183.
224. Czapla, M. The Impact of Cognitive Impairment and Impulsivity on Relapse of Alcohol-Dependent Patients: Implications for Psychotherapeutic Treatment / M. Czapla, J.J. Simon, B. Richter [et al.] // *Addict. Biol.* – 2016. – Vol. 21(4). – P. 873–884.
225. Darke, S. Retention, Early Dropout and Treatment Completion among Therapeutic Community Admissions / S. Darke, G. Campbell, G. Popple // *Drug Alcohol Rev.* – 2012. – Vol. 31(1). – P. 64–71.
226. Dawson, D.A. Age at First Drink and the First Incidence of Adult-Onset DSM-IV Alcohol Use Disorders / D.A. Dawson, R.B. Goldstein, P.S. Chou [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2008. – Vol. 32. – P. 2149–2160.
227. Dawson, D.A. Correlates of Recovery from Alcohol Dependence: A Prospective Study over a 3-Year Follow-Up Interval / D.A. Dawson, R.B. Goldstein, W.J. Ruan [et al.] // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2012. – Vol. 36(7). – P. 1268–1277.
228. Dawson, D.A. Maturing out of Alcohol Dependence: The Impact of Transitional Life Events / D.A. Dawson, B.F. Grant, F.S. Stinson [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol*. – 2006. – Vol. 67(2). – P. 195–203.
229. Dawson, D.A. Rates and Correlates of Relapse among Individuals in Remission from DSM-IV Alcohol Dependence: A 3-Year Follow-Up / D.A. Dawson, R.B. Goldstein, B.F. Grant // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2007. – Vol. 31(12). – P. 2036–2045.
230. De Leon, G. Therapeutic Community for Homeless Mentally Ill Chemical Abusers: Treatment Outcomes / G. De Leon, S. Sacks, G. Staines [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2000. – Vol. 26. – P. 461–480.
231. De Maeyer, J. Quality of Life among Opiate-Dependent Individuals: A Review of the Literature / J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, E. Broekaert // *International Journal of Drug Policy*. – 2010. – Vol. 21(5). – P. 364–380.
232. Delker, E. Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview / E. Delker, Q. Brown, D.S. Hasin // *Alcohol Res.* – 2016. – Vol. 38(1). – P. 7–15.

233. Donovan, D.M. «Tweaking 12-Step»: The Potential Role of 12-Step Self-Help Group Involvement in Methamphetamine Recovery / D.M. Donovan, E.A. Wells // *Addiction*. – 2007. – Vol. 102(1). – P. 121–129.
234. Ducci, F. The Genetic Basis of Addictive Disorders / F. Ducci, D. Goldman // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2012. – Vol. 35(2). – 495–519.
235. Durazzo, T.C. Psychiatric, Demographic, and Brain Morphological Predictors of Relapse after Treatment for an Alcohol Use Disorder / T.C. Durazzo, D.J. Meyerhoff // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2017. – Vol. 41(1). – P. 107–116.
236. Dutra, L. A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders / L. Dutra, G. Stathopoulou, S.L. Basden [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 179–187.
237. Ellis, A. *Overcoming Resistance: Rational-Emotive Therapy with Difficult Clients* / Ellis A. – N.Y., 1985.
238. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2016.
239. Evren, C. Relationship of Relapse with Impulsivity, Novelty Seeking and Craving in Male Alcohol-Dependent Inpatients / C. Evren, M. Durkaya, B. Evren [et al.] // *Drug Alcohol Rev.* – 2012. – Vol. 31(1). – P. 81–90.
240. Fan, A.Z. Prevalence and Correlates of Past-Year Recovery From DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III / A.Z. Fan, S.P. Chou, H. Zhang [et al.] // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2019. – Vol. 43(11). – P. 2406–2420.
241. First, M.B. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)* / M.B. First, M. Gibbon, R.L. Spitzer [et al.]. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
242. First, M.B. *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II): Part I: Description* / M.B. First, R.L. Spitzer, M. Gibbon [et al.] // *Journal of Personality Disorders*. – 1995. – Vol. 9. – P. 92–104.
243. Fleury, M.J. Remission from Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis / M.J. Fleury, A. Djouini, C. Huynh [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2016. – Vol. 1;168. – P. 293–306.
244. Germans, S. Diagnostic Efficiency Among Psychiatric Outpatients of a Self-Report Version of a Subset of Screen Items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SCID-II) / S. Germans, D.M. Erik, L.V. Guus [et al.] // *Psychol. Assess.* – 2010. – Vol. 22(4). – P. 945–952.
245. Gier, N.A. Discontinuation of Long-Term Benzodiazepine Use: 10-Year Follow-Up / N.A. Gier, W.J. Gorgels, P.L. Lucassen [et al.] // *Fam. Pract.* – 2011. – Vol. 28. – P. 253–259.
246. Gilbert, F.S. *Development of a «Steps Questionnaire»* / F.S. Gilbert. – New York: The Free Press, 1991. – 24 p.

247. Gilder, D.A. Factors Associated with Remission from Alcohol Dependence in an American Indian Community Group / D.A. Gilder, P. Lau, L. Corey [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165(9). – P. 1172–1178.
248. Glaser-Edwards, S. Evidence-Based Practices in Addiction Treatment: Review and Recommendations for Public Policy / S. Glaser-Edwards, R. Rawson // *Health Policy*. – 2010. – Vol. 9(2–3). – P. 93–104.
249. Glass, J.E. Psychiatric Comorbidity and Perceived Alcohol Stigma in a Nationally Representative Sample of Individuals with DSM-5 Alcohol Use Disorder / J.E. Glass, E.C. Williams, K.K. Bucholz // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2014. – Vol. 38(6). – P. 1697–1705.
250. Gonzales, R. Health-Related Quality of Life Trajectories of Methamphetamine-Dependent Individuals as a Function of Treatment Completion and Continued Care over a 1-Year Period / R. Gonzales, A. Ang, P. Marinelli-Casey [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2009. – Vol. 37(4). – P. 353–361.
251. Gossop, M. Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous Meetings, Frequency of Attendance and Substance Use Outcomes after Residential Treatment for Drug Dependence: A 5-Year Follow-Up Study / M. Gossop, D. Stewart, J. Marsden // *Addiction*. – 2008. – Vol. 103(1). – P. 119–125.
252. Gray, E. The Effectiveness of Motivational Interviewing Delivered by Youth Workers in Reducing Drinking, Cigarette, and Cannabis Smoking among Young People: Quasi-Experimental Pilot Study / E. Gray, J. Mc Cambridge, J. Strang // *Alcohol & Alcoholism*. – 2005. – Vol. 40. – P. 535–539.
253. Greenfield, S.F. Gender Research in the National Institute on Drug Abuse National Treatment Clinical Trials Network: a Summary of Findings / S.F. Greenfield, C. Rosa, S.I. Putnins [et al.] // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. – 2011. – Vol. 37(5). – P. 301–312.
254. Grella, C.E. Remission from Substance Dependence: Differences between Individuals in a General Population Longitudinal Survey Who Do and Do Not Seek Help / C.E. Grella, J.A. Stein // *Drug Alcohol Depend.* – 2013. – Vol. 1;133(1). – P. 146–153.
255. Grenard, J.L. Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults for Drug Related Problems / J.L. Grenard, S.L. Ames, M.A. Pentz [et al.] // *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. – 2006. – Vol. 18(1). – P. 53–67.
256. Guydish, J. Does Treatment Delity Predict Client Outcomes in 12-Step Facilitation for Stimulant Abuse? / J. Guydish, B.K. Campbell, J.K. Manuel [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2014. – Vol. 134. – P. 330–336.

257. Hagen, E. Assessment of Executive Function in Patients with Substance Use Disorder: A Comparison of Inventory- and Performance-Based Assessment / E. Hagen, A.H. Erga, K.P. Hagen [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2016. – Vol. 66. – P. 1–8.
258. Han, S.Y. Sociodemographic Factors and Comorbidities Associated with Remission from Alcohol Dependence: Results from a Nationwide General Population Survey in Korea / S.Y. Han, M.J. Cho, S. Won [et al.] // *Psychiatry Investig.* – 2015. – Vol. 12(3). – P. 316–23.
259. Hasin, D. Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders / D. Hasin, M.C. Fenton, A. Skodol [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68(11). – P. 1158–1167.
260. Hasin, D.S. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and Summary of Findings / D.S. Hasin, B.F. Grant // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2015. – Vol. 50(11). – P. 1609–1640.
261. Haug, S. Treatment Outcome, Treatment Retention, and Their Predictors Among Clients of Five Outpatient Alcohol Treatment Centres in Switzerland / S. Haug, M.P. Schaub // *BMC Public Health.* – 2016. – Vol. 16. – P. 581.
262. Hayes, S.C. A Preliminary Report of Twelve Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with Polysubstance Abusing Methadone Maintained Opiate Addicts / S.C. Hayes, K.G. Wilson, E.V. Gifford [et al.] // *Behav. Ther.* – 2004. – Vol. 35. – P. 667–688.
263. Henkel, D. Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990–2010) / D. Henkel // *Curr. Drug Abuse Rev.* – 2011. – Vol. 4(1). – P. 4–27.
264. Higgins, S. Community Reinforcement for Cocaine-Dependent Outpatients / S. Higgins, S.C. Sigmon, C.J. Wong // *Archives of General Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 1043–1052.
265. Hjemsæter, A.J. Predictors of Problematic Substance Use 18 Years after Treatment: A Longitudinal Cohort Study of Persons with Substance Use Disorders / A.J. Hjemsæter, J.G. Bramness, R. Drake [et al.] // *Cogent Psychology.* – 2019. – Vol. 6:1634325.
266. Huskisson, E.S. Measurement of Pain / E.S. Huskisson // *Lancet.* – 1974. – Vol. 2. – P. 1127–1131.
267. Israel Anti-Drug Authority (IADA) About Treatment and Rehabilitation, 2016.
268. Italy Country Overview // European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/italy>

269. Kadden, R.M. The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders / R.M. Kadden, M.D. Litt // *Addict. Behav.* – 2011. – Vol. 36(12). – P. 1120–1126.
270. Kalaydjian, A. Sociodemographic Predictors of Transitions across Stages of Alcohol Use, Disorders, and Remission in the National Comorbidity Survey Replication / A. Kalaydjian, J. Swendsen, W.T. Chiu [et al.] // *Compr. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 50(4). – P. 299–306.
271. Keane, M. Social Reintegration as a Response to Drug Use in Ireland. Overview 5. Health Research Board / M. Keane. – Dublin, 2007.
272. Kelly, J.F. Recovery Benefits of the «Therapeutic Alliance» among 12-Step Mutual-Help Organization Attendees and Their Sponsors / J.F. Kelly, M.C. Greene, B.G. Bergman // *Drug Alcohol Depend.* – 2016. – Vol. 162. – P. 64–71.
273. Keso, L. Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type and Traditional Treatment / L. Keso, M. Salaspuro // *Congress on Alcohol and Health.* – Rockville, Maryland, 1994. – P. 14–21.
274. Kinreich, S. Predicting Alcohol Use Disorder Remission: A Longitudinal Multimodal Multi-Featured Machine Learning Approach / S. Kinreich, V.V. McCutcheon, F. Aliev [et al.] // *Transl. Psychiatry.* – 2021. – Vol. 11(1). – P. 166.
275. Klimas, J. Psychosocial Interventions to Reduce Alcohol Consumption in Concurrent Problem Alcohol and Illicit Drug Users / J. Klimas, H. Tobin, C.A. Field [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2014. – Issue 12. – Art. No.: CD009269.
276. Koenig, L. Transitions in Alcohol Use over Time: A Survival Analysis / L. Koenig, J. Haber, T. Jacob // *BMC Psychology.* – 2020. – Vol. 8(1). – P. 115.
277. Kopelman, M.D. The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment / M.D. Kopelman, A. Thomson, I. Guerrini [et al.] // *Alcohol & Alcoholism.* – 2009. – Vol. 44. – P. 148–154.
278. Kuria, M. Factors Associated with Relapse and Remission of Alcohol Dependent Persons after Community Based Treatment / M. Kuria // *Open Journal of Psychiatry.* – 2013. – Vol. 3. – P. 264–272.
279. Lawless, M. From Residential Drug Treatment to Employment: Final Report / M. Lawless, G. Cox. – Dublin: Merchants Quay Ireland, 2000.
280. Long, J. Trends in Treated Problem Drug Use in Ireland, 1998 to 2002. Occasional Paper No. 17 / J. Long, E. Lynn, F. Kelly. – Dublin: Health Research Board, 2005.

281. Magill, M. Cognitive-Behavioral Treatment with Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials / M. Magill, L.A. Ray // *J. Stud. Alcohol Drugs.* – 2009. – Vol. 70. – P. 516–527.
282. Marlatt, G.A. Cognitive Factors in the Relapse Process / G.A. Marlatt // Washington Press. – 1998. – N 5. – P. 48–53.
283. Mattisson, C. Remission from Alcohol Use Disorder among Males in the Lundby Cohort during 1947–1997 / C. Mattisson, M. Bogren, V. Horstmann [et al.] // *Psychiatry J.* – 2018. – Vol. 2018:4829389.
284. Maxwell, M.A. The AA Experience / M.A. Maxwell. – New York: McGraw-Hill Book Co, 1984. – P. 11–16.
285. McAweeney, M.J. Individual and Partner Predictors of Recovery from Alcohol-Use Disorder over a Nine-Year Interval: Findings from a Community Sample of Alcoholic Married Men / M.J. McAweeney, R.A. Zucker, H.E. Fitzgerald [et al.] // *J. Stud. Alcohol.* – 2005. – Vol. 66(2). – P. 220–228.
286. McCabe, S.E. Persistence/Recurrence of and Remission from DSM-5 Substance Use Disorders in the United States: Substance-Specific and Substance-Aggregated Correlates / S.E. McCabe, B.T. West, S. Strobbe [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2018. – Vol. 93. – P. 38–48.
287. McCabe, S.E. Stressful Events and Other Predictors of Remission from Drug Dependence in the United States: Longitudinal Results from a National Survey / S.E. McCabe, J.A. Cranford, C.J. Boyd // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2016. – Vol. 71. – P. 41–47.
288. McCrady, B.S. American Psychiatric Association Practice Guideline for Substance Use Disorders / B.S. McCrady, D. Ziedonis // *Behavioral Medicine.* – 2001. – Vol. 32. – P. 309–336.
289. McCutcheon, V.V. Social Contexts of Remission from DSM-5 Alcohol Use Disorder in a High-Risk Sample / V.V. McCutcheon, J.R. Kramer, H.J. Edenberg [et al.] // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2014. – Vol. 38(7). – P. 2015–2023.
290. McElrath, D. The Minnesota Model / D. McElrath // *Journal of Psychoactive Drugs.* – 1997. – April – June N 2. – 141–144.
291. McKee, L.G. Depressive Symptoms, Friend and Partner Relationship Quality, and Posttreatment Abstinence / L.G. McKee, M.O. Bonn-Miller, R.H. Moos // *J. Stud. Alcohol Drugs.* – 2011. – Vol. 72(1). – P. 141–150.
292. McLatchie, B.H. An Experimental Investigation of the Influence of Aftercare on Alcoholic Relapse / B.H. McLatchie, K.G. Lomp // *Br. J. Addict.* – 1988. – Vol. 9. – P. 1045–1054.
293. McPherson, C. Understanding the Factors that Impact Relapse Post-Residential Addiction Treatment, a Six Month Follow-Up from a Canadian Treatment

- Centre / C. McPherson, H. Boyne, R. Waseem // *Journal of Alcoholism and Drug Dependence*. – 2017. – Vol. 5. – P. 1–10.
294. 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). – 24–27.
295. Miller, W.R. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd Edition / W.R. Miller, S. Rollnick. – New York: Guilford Press, 2002. – 428 p.
296. Moos, R.H. Gender, Treatment and Self-Help in Remission from Alcohol Use Disorders / R.H. Moos, B.S. Moos, C. Timko // *Clin. Med. Res.* – 2006. – Vol. 4(3). – P. 163–236.
297. Moos, R.H. Protective Resources and Long-Term Recovery from Alcohol Use Disorders / R.H. Moos, B.S. Moos // *Drug Alcohol Depend.* – 2007. – Vol. 86. – P. 46–54.
298. Moos, R.H. Rates and Predictors of Relapse after Natural and Treated Remission from Alcohol Use Disorders / R.H. Moos, B.S. Moos // *Addiction*. – 2006. – Vol. 101(2). – P. 212–222.
299. Moos, R.H. Risk Factors for Nonremission among Initially Untreated Individuals with Alcohol Use Disorders / R.H. Moos, B.S. Moos // *J. Stud. Alcohol*. – 2003. – Vol. 64(4). – P. 555–563.
300. Moos, R.H. Theory-Based Active Ingredients of Effective Treatments for Substance Use Disorders / R.H. Moos // *Drug Alcohol Depend.* – 2007. – Vol. 88(2–3). – P. 109–121.
301. Moos, R.H. Theory-Based Processes that Promote the Remission of Substance Use Disorders / R.H. Moos // *Clin. Psychol. Rev.* – 2007. – Vol. 27. – P. 537–551.
302. Nagaich, N. Factors Affecting Remission and Relapse in Alcohol Dependence Can They Really Predict? / N. Nagaich, S. Radha, G. Neeraj [et al.] // *J. Liver Res. Disord. Ther.* – 2016. – Vol. 2(3). – P. 78–81.
303. Nagelhout, G.E. How Economic Recessions and Unemployment Affect Illegal Drug Use: A Systematic Realist Literature Review / G.E. Nagelhout, K. Hummel, M.C.M. de Goeij [et al.] // *Int. J. Drug Policy*. – 2017. – Vol. 44. – P. 69–83.
304. National Drugs Strategy (Interim) 2009–2016, Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs an Roinn Gnóthaí Pobail, Tuaithe Agus Gaeltachta, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.emcdda.europa.eu>
305. National Institute on Drug Abuse. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. – NIH, 2012. – 176 p.
306. Nguyen, L.C. Predicting Relapse after Alcohol Use Disorder Treatment in a High-Risk Cohort: The Roles of Anhedonia and Smoking / L.C. Nguyen, T.C. Durazzo, C.L. Dwyer [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2020. – Vol. 126. – P. 1–7.

307. Odenwald, M. Dropout among Patients in Qualified Alcohol Detoxification Treatment: The Effect of Treatment Motivation Is Moderated by Trauma Load / M. Odenwald, P. Semrau // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. – 2013. – Vol. 8. – Article 14.
308. Otto, M.W. Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Mood and Anxiety Disorders in Adults: Review and Analysis / M.W. Otto, J.A.J. Smits, H.E. Reese // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2005. – Vol. 12. – P. 72–86.
309. Pandey, S. Antisocial Personality Disorder Among Patients in Treatment for Alcohol Use Disorder (AUD): Characteristics and Predictors of Early Relapse or Drop-Out / S. Pandey, I. Bolstad, L. Lien [et al.] // Subst. Abuse Rehabil. – 2021. – Vol. 12. – P. 11–22.
310. Pearson, F.S. Meta-Analyses of Seven of the National Institute on Drug Abuse's Principles of Drug Addiction Treatment / F.S. Pearson, M.L. Prendergast, D. Podus [et al.] // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2012. – Vol. 43(1). – P. 1–11.
311. Pilowsky, D.J. Stressful Life Events and Relapse among Formerly Alcohol Dependent Adults / D.J. Pilowsky, K.M. Keyes, T.J. Geier [et al.] // Soc. Work. Ment. Health. – 2013. – Vol. 11(2). – P. 10.1080.
312. Polak, K. The Evaluation of the Quality of Life among Professional Soldiers with Diagnosed Alcohol Addiction Syndrome / K. Polak // Psychiatr. Pol. – 2001. – Vol. 35(6). – P. 1057–1070.
313. Poudel, A. Age of Onset of Substance Use and Psychosocial Problems among Individuals with Substance Use Disorders / A. Poudel, S. Gautam // BMC Psychiatry. – 2017. – Vol. 17(1). – P. 10.
314. Raabe, F.J. Classical Blood Biomarkers Identify Patients with Higher Risk for Relapse 6 Months after Alcohol Withdrawal Treatment / F.J. Raabe, E. Wagner, J. Weiser [et al.] // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 2020. – Vol. 271(5). – P. 891–902.
315. Ramsewak, S. Exploring Substance Use Disorders and Relapse in Mauritian Male Addicts / S. Ramsewak, M. Putteeraj, J. Somanah // Heliyon. – 2020. – Vol. 6(8):e04731.
316. Randall, N. Mapping a Route from Exclusion to Integration / N. Randall. – Dublin: Merchants Quay Ireland, 2000.
317. Rapsey, C.M. Transitions Through Stages of Alcohol Use, Use Disorder and Remission: Findings from Te Rau Hinengaro, The New Zealand Mental Health Survey / C.M. Rapsey, J.E. Wells, M.C. Bharat [et al.] // Alcohol Alcohol. – 2019. – Vol. 54(1). – P. 87–96.

318. Rawson, R.A. A Comparison of Contingency Management and Cognitive-Behavioral Approaches During Methadone Maintenance Treatment for Cocaine Dependence / R.A. Rawson, A. Huber, M. McCann [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2002. – Vol. 59. – P. 817–824.
319. Sahker, E. Employment Recovery Capital in the Treatment of Substance Use Disorders: Six-Month Follow-Up Observations / E. Sahker, S.R. Ali, S. Arndt // Drug and Alcohol Dependence. – 2019. – Vol. 205:107624.
320. Satre, D.D. Effects of Age and Life Transitions on Alcohol and Drug Treatment Outcome over Nine Years / D.D. Satre, F.W. Chi, J.R. Mertens [et al.] // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2012. – Vol. 73(3). – P. 459–468.
321. Schückher, F. History of Childhood Abuse Is Associated with Less Positive Treatment Outcomes in Socially Stable Women with Alcohol Use Disorder / F. Schückher, T. Sellin, I. Engström [et al.] // BMC Women's Health. – 2019. – Vol. 12(1). – P. 159.
322. Schuckit, M.A. A 22-Year Follow-Up (Range 16 to 23) of Original Subjects with Baseline Alcohol Use Disorders from the Collaborative Study on Genetics of Alcoholism / M.A. Schuckit, T.L. Smith, G. Danko [et al.] // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2018. – Vol. 42. – P. 1704–1714.
323. Schuckit, M.A. A Prospective Evaluation of How a Low Level of Response to Alcohol Predicts Later Heavy Drinking and Alcohol Problems / M.A. Schuckit, T.L. Smith, R.S. Trim [et al.] // Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 2011. – Vol. 37(6). – P. 479–486.
324. Schuckit, M.A. Onset and Course of Alcoholism over 25 Years in Middle Class Men / M.A. Schuckit, T.L. Smith // Drug and Alcohol Dependence. – 2011. – Vol. 113(1). – P. 21–28.
325. Shiraly, R. Factors Associated with Sustained Remission among Chronic Opioid Users / R. Shiraly, M. Taghva // Addict Health. – 2018. – Vol. 10(2). – P. 86–94.
326. Simpson, H.B. Adding Motivational Interviewing to Exposure and Ritual Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Pilot Trial / H.B. Simpson, A. Zuckoff, J.R. Page [et al.] // Cogn. Behav. Ther. – 2008. – Vol. 37. – P. 38–49.
327. Sobell, M.B. Using Motivational Interviewing Techniques to Talk with Clients About Their Alcohol Use / M.B. Sobell, I.C. Sobell // Cogn. and Behav. Practice. – 2003. – Vol. 10. – P. 214–221.
328. Soyka, M. Treatment of Opioid Dependence with Buprenorphine: Current Update / M. Soyka // Dialogues Clin. Neurosci. – 2017. – Vol. 19(3). – P. 299–308.
329. Stevens, L. Impulsivity as a Vulnerability Factor for Poor Addiction Treatment Outcomes: A Review of Neurocognitive Findings among Individuals with

- Substance Use Disorders / L. Stevens, A. Verdejo-García, A.E. Goudriaan [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2014. – Vol. 47(1). – P. 58–72.
330. Surratt, H.L. Constructing the Self as Addict: Narratives of Recovery and Resistance among Women in Drug Abuse Treatment / H.L. Surratt // *City University of New York, Psychology, Developmental.* – 2005. – Vol. 6. – P. 69–84.
331. Tai, B. The First Decade of the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network: Bridging the Gap between Research and Practice to Improve Drug Abuse Treatment / B. Tai, M.M. Straus, S.D. Liu [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment.* – 2010. – Vol. 38(1). – P. 4–13.
332. Therapeutic Communities [Электронный ресурс] // NIDA Research Report Series. – Режим доступа: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/therapeuticcomm_rrs_0723.pdf
333. Townes, Ch.H. «Logic and Uncertainties in Science and Religion» in Science and the Future of Mankind: Science for Man and Man for Science / Ch.H. Townes // *The Proceedings of the Preparatory Session 12–14 November 1999 and the Jubilee Plenary Session 10–13 November 2000. Part II, 2000.* – P. 296–309.
334. Treatment for Substance Use Disorders (Not Drug-Specific) [Электронный ресурс] / Best Practice Portal // EMCDDA. – Режим доступа: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice#view-answer23>
335. Trim, R.S. Predictors of Initial and Sustained Remission from Alcohol Use Disorders: Findings from the 30-Year Follow-Up of the San Diego Prospective Study / R.S. Trim, M.A. Schuckit, T.L. Smith // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2013. – Vol. 37(8). – P. 1424–1431.
336. Tucker, J.A. Epidemiology of Recovery from Alcohol Use Disorder / J.A. Tucker, S.D. Chandler, K. Witkiewitz // *Alcohol Res.* – 2020. – Vol. 40(3). – P. 2.
337. United Nations. Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide. – Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2003. – 143 p.
338. Valle, S.K. Interpersonal Functioning of Alcoholism Counselors and Treatment Outcome / S.K. Valle // *J. of Studio Alcohol.* – 1981. – Vol. 10. – P. 783–790.
339. Vanderplasschen, W. Therapeutic Communities for Treating Addictions in Europe: Evidence, Current Practices and Future Challenges [Электронный ресурс] / W. Vanderplasschen, S. Vandeveld, E. Broekaert. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014. – Режим доступа: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_226003_EN_TDXD14015EN_N_final.pdf

340. Vasilenko, S.A. Age Trends in Rates of Substance Use Disorders across Ages 18–90: Differences by Gender and Race/Ethnicity / S.A. Vasilenko, R.J. Evans-Polce, S.T. Lanza // *Drug Alcohol Depend.* – 2017. – Vol. 180. – P. 260–264.
341. Vedel, E. Individual Cognitive-Behavioral Therapy and Behavioral Couples Therapy in Alcohol Use Disorder: A Comparative Evaluation in Community-Based Addiction Treatment Centers / E. Vedel, P.M. Emmelkamp, G.M. Schippers // *Psychother. Psychosom.* – 2008. – Vol. 77. – P. 280–288.
342. Walitzer, K.S. Gender Differences in Alcohol and Substance Use Relapse / K.S. Walitzer, R.L. Dearing // *Clin. Psychol. Rev.* – 2006. – Vol. 26(2). – P. 128–148.
343. Walsh, D.C. A Randomized Trial of Treatment Options for Alcohol-Abusing Workers / D.C. Walsh, R.W. Hingson, D.M. Merrigan [et al.] // *New English Journal of Medicine.* – 1991. – Vol. 325(11). – P. 775–782.
344. Ware, J.E. Measuring Patients' Views: The Optimum Outcome Measure. SF-36: A Valid, Reliable Assessment of Health from the Patient's Point of View / J.E. Ware // *BMJ.* – 1993. – Vol. 306. – P. 1429–1430.
345. Watson, C.G. A Comparative Outcome Study of Frequent, Moderate, Occasional, and Nonattenders of Alcoholics Anonymous / C.G. Watson, M. Hancock, L.P. Gearhart [et al.] // *J. Clin. Psychol.* – 1997. – Vol. 3. – P. 209–214.
346. 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.
347. Wilson, J.L. Identifying Predictors of Substance Use and Recidivism Outcome Trajectories among Drug Treatment Court Clients / J.L. Wilson, S. Bandyopadhyay, H. Yang [et al.] // *Criminal Justice and Behavior.* – 2018. – Vol. 45(4). – P. 447–467.
348. Winters, K.C. Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment / K.C. Winters, A. Botzet, T. Fahnhorst // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2011. – Vol. 13(5). – P. 416–421.
349. World Health Organization. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. – Geneva: WHO, 2009. – 110 p.
350. Zahradnik, A. Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Problematic Prescription Drug Use in Non-Treatment-Seeking Patients / A. Zahradnik, C. Otto, B. Crackau [et al.] // *Addiction.* – 2009. – Vol. 104(1). – P. 109–117.

351. Zaridze, D. Alcohol and Cause-Specific Mortality in Russia: A Retrospective Case-Control Study of 48557 Adult Deaths / D. Zaridze, P. Brennan, J. Boreham [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373(9682). – P. 2201–2214.
352. Zimberg, N.E. *Psychotherapy in the Treatment of Alcoholism* / N.E. Zimberg. – New York: Gardner Press, 1982. – P. 23–41.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АА	Анонимные алкоголики
АЗ	Алкогольная зависимость
АН	Анонимные наркоманы
ВАШ	Визуально-аналоговая шкала (англ. Visual Analogue Scale, сокр. VAS)
ВГВ	Вирус гепатита В
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБУЗ	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
КЖ	Качество жизни
КОТ	Краткий ориентировочный (отборочный) тест
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го созыва
МНПЦ наркологии	Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы
ДЗМ	
ПАВ	Психоактивные вещества
ПАА	Патологическое влечение к алкоголю
ПВН	Патологическое влечение к наркотику
СЖО	Смысложизненные ориентации
DSM-IV	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)
MGAA	Тест аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар
SCID-II-Q	Опросник для определения характерологических особенностей пациентов, ориентированный на квалификацию личностных расстройств в соответствии с критериями DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders Questionnaire)
SF-36	Опросник SF-36 «Оценка качества жизни» («SF-36 Health Status Survey»)

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Рисунок 1	Схематическое распределение наркологических больных по группам	48
Таблица 1	Характеристика длительности ремиссий	49
Рисунок 2	Распределение пациентов обследованных групп по возрасту	49
Таблица 2	Распределение обследованных больных по диагнозу.....	50
Рисунок 3	Дизайн исследования	56
Таблица 3	Характер наследственности больных наркологическими заболеваниями	57
Таблица 4	Распределение больных по показателю наследственной отягощенности	58
Таблица 5	Сравнение в группах прошедших и не прошедших реабилитационную программу по показателю наследственной отягощенности больных	58
Рисунок 4	Схематическое распределение наркологических больных по наследственной отягощенности	59
Таблица 6	Мотивы начала употребления ПАВ	61
Таблица 7	Сравнение в группах прошедших и не прошедших реабилитационную программу по показателю первой пробы ПАВ/алкоголя	61
Таблица 8	Отношение к первой пробе алкоголя у пациентов с зависимостью от алкоголя, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	62
Таблица 9	Отношение к первой пробе ПАВ у пациентов с зависимостью от ПАВ, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	63
Таблица 10	Возраст формирования систематического употребления алкоголя	63
Таблица 11	Возраст формирования систематического употребления ПАВ	64
Таблица 12	Сравнение групп больных с разными сроками ремиссии по динамике ПВА/ПВН	64
Таблица 13	Сравнение групп больных, прошедших реабилитацию с разными сроками ремиссии, по динамике ПВА/ПВН	65
Рисунок 5	Сравнение ПВА/ПВН в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	66

Таблица 14	Аддиктивные установки у пациентов с разными сроками ремиссии	66
Таблица 15	Аддиктивные установки у пациентов, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии	67
Таблица 16	Сравнение групп пациентов, прошедших и не прошедших реабилитацию, по показателю теста КОТ	68
Таблица 17	Сравнение групп пациентов с разными сроками ремиссии по показателю теста КОТ	68
Таблица 18	Тест СЖО в группах у пациентов с ремиссией больше 3 лет и ремиссией до 1 года	70
Таблица 19	Тест СЖО в группе пациентов, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии	70
Рисунок 6	Сравнение в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, по показателю «ОЖ»	74
Таблица 20	Дисфункциональные личностные черты у наркологических пациентов с ремиссией меньше 1 года и больше 3 лет (SCID-II)	75
Таблица 21	Дисфункциональные черты личности у пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы с ремиссией более 3 лет	77
Таблица 22	Сравнение групп больных, прошедших реабилитацию и имеющих разные сроки ремиссии – больше 3 лет и до 1 года	79
Таблица 23	Сравнение групп наркологических больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	82
Рисунок 7	Сравнение в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, по показателю индекса личностного неблагополучия	83
Рисунок 8	Распределение наркологических больных по полу	87
Рисунок 9	Распределение наркологических больных по полу с учетом разных возрастных периодов	87
Рисунок 10	Распределение по возрасту	89
Таблица 24	Распределение больных по возрасту (количество человек)..	90
Таблица 25	Распределение по образованию	90
Рисунок 11	Распределение по образованию	91

Таблица 26	Распределение по образованию в группах больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	92
Рисунок 12	Распределение по образованию в группах больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	92
Таблица 27	Распределение по трудоустройству	93
Таблица 28	Распределение по трудоустройству у пациентов с разными сроками ремиссии	93
Таблица 29	Распределение по семейному статусу	94
Таблица 30	Распределение по семейному статусу у пациентов с разными сроками ремиссии	95
Таблица 31	Наличие детей	95
Таблица 32	Распределение по наличию детей у пациентов с разными сроками ремиссии	95
Таблица 33	Служба в армии	96
Таблица 34	Наличие/отсутствие судимости	97
Таблица 35	Сравнение КЖ групп больных, прошедших и не прошедших реабилитационные программы	99
Рисунок 13	Сравнение в группах пациентов, прошедших и не прошедших реабилитационные программы, по показателю «Психологический компонент здоровья»	100
Таблица 36	Сравнение КЖ больных, прошедших реабилитационные программы с разными сроками ремиссии	101

Форма индивидуальной карты исследования больного

Паспортная часть:

- № инд. карты: _____
- Ф.И.О. _____
- Пол: _____
- Дата рождения, полных лет: _____
- Адрес (прописка, проживание): _____
- Телефон (дом., моб.): _____
- Образование: _____
- Место работы, занимаемая должность: _____
- Семейное положение: _____ Количество детей: _____
- С кем проживает: _____
- Наличие инвалидности (по какому заболеванию): _____
- Судимость: _____

Анамнез жизни (vitaе):

- Наследственность:
 - отягощена (психическими, наркологическими) заболеваниями: _____
 - не отягощена.
 - Где родился: _____
 - Каким по счету ребенком: _____
 - Воспитывался в полной (неполной) семье: _____
 - В детстве рос и развивался:
 - нормально.
 - отставал в развитии от сверстников (поздно начал ходить, говорить, заикался, страдал энурезом, снохождением, судорожными приступами): _____
 - Помнит себя с _____ лет.
 - В детстве по характеру был: _____
 - В школу пошел с _____ лет.
 - Учился (отлично, хорошо, посредственно, плохо, дублировал классы): _____
 - Увлечения в детстве (любимые предметы в школе, спортивные достижения): _____
 - В _____ году окончил _____ классов.
- Поступил учиться: _____
- Начал работать: _____
- Трудовая деятельность с _____ года.
 - Служба в армии с _____ по _____ гг. Нет (причина): _____

Анамнез развития заболевания:

- Впервые ПАВ (алкоголь) попробовал в _____ лет.
- Вид ПАВ, путь введения: _____
- Эпизодически начал употреблять _____ с _____ года.
- Приобщение к _____ произошло (мотивы): _____
- Систематическое употребление с _____ года.
- Первое обращение к врачу по поводу заболевания: _____
- Лечение (проходил/не проходил): _____
- Стационарное лечение: _____
- Амбулаторное лечение: _____
- Диспансерное наблюдение: _____
- Первая группа: _____
- Вторая группа: _____
- Третья группа: _____
- Снят с диспансерного наблюдения: _____
- Ремиссии в анамнезе (количество): _____
- Терапевтические: _____
- Спонтанные: _____
- Вынужденные (причина): _____
- Настоящая ремиссия (дата): _____
- Срок ремиссии: _____
- Наличие срывов в анамнезе: _____
- Прохождение реабилитации: _____
- Медицинская реабилитация: _____
- Реабилитационный центр Ступино: _____
- Амбулаторная реабилитация: _____
- Вивитрол и программа «Точка трезвости»: _____
- Духовно-религиозная реабилитация: _____
- Группы АН и АА: _____
- Название реабилитационной программы: _____
- Срок прохождения реабилитационной программы: _____
- Сопутствующие заболевания: _____
- Диагноз: _____

Форма и обработка теста аддиктивных установок**МакМаллина – Гейлхар (MGAA)**

Тест аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAA) используется для оценки степени выраженности аддиктивных установок у больных наркологическими заболеваниями. Тест состоит из 42 утверждений, непосредственно касающихся мотивов, состояний, ответственности за употребление ПАВ (алкоголя), отношения к себе, имеющимся проблемам, возможности преодолеть зависимость от наркотика (алкоголя). Больному предлагается оценить степень согласия с предложенным утверждением, выбрав один из пяти квантификаторов – от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен». Каждому ответу приписывается определенное число баллов. Ответу «совершенно согласен» – 5 баллов, далее по нисходящей шкале до ответа «совершенно не согласен» – 1 балл. Неотмеченные вопросы оцениваются как «нейтрален» – три балла. Суммарный тестовый балл является арифметической суммой численных значений квантификаторов, выбранных и отмеченных больным. Средние значения для лечащихся от алкогольной и наркотической зависимости больных составляют 110,5 баллов. Выздоровливающие больные показывают различные результаты в зависимости от временного периода, прошедшего после лечения. Методику можно использовать для определения качества установок больного в отношении имеющейся зависимости, сравнивая индивидуальный результат со среднестатистическим на различных стадиях болезни. Чем выше результат, тем более разрушительны убеждения больного и тем дальше он находится от стадии выздоровления.

Тест аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAA)

Ф.И.О. _____

1. Я не несу ответственность за употребление наркотика.
2. Я могу остановиться при помощи одной только силы воли.
3. Парочка доз мне только на пользу.
4. Если я не могу остановиться, зачем тогда беспокоиться?
5. Чуть-чуть «принять» мне не повредит.
6. «Допинг» мне необходим для того, чтобы повеселиться.
7. Вполне нормально употреблять столько, сколько я принимал в прошлом.
8. К злоупотреблению меня привели отрицательные эмоции (гнев, страх, печаль и т.д.).
9. Чтобы не чувствовать себя плохо, лучший способ – немного «принять».
10. Ощущать действие «допинга» приятно.
11. Я могу справиться с зависимостью лучше, чем другие.
12. «Допинг» нужен мне, чтобы чувствовать себя более уверенно.
13. «Принять» – хороший способ развеять скуку.
14. Немного самодисциплины – и я смогу избавиться от проблем с зависимостью.
15. Если я достаточно хорошо постараюсь, я смогу себя контролировать.
16. Моя вина в том, что я зависим от наркотика.
17. Что-то внутри берет надо мной верх и заставляет меня принимать наркотик.
18. Зависимость от какого-либо вещества – это просто плохая привычка.
19. Внешние катастрофы (потеря работы, уход супруги, госпитализация) заставляют людей использовать наркотики.
20. Я могу лучше справляться с жизнью при помощи «допинга».
21. Употребление наркотика – хороший способ кого-то наказать.
22. Я должен удовлетворять свои желания.
23. От зависимости можно излечиться.
24. Лучший способ избавиться от «ломки» – немного «принять».
25. Проблемы с наркотиком у меня не настолько серьезные.
26. Я всегда могу предсказать, что не потеряю над собой контроль, «приняв допинг».
27. Я лучше как любовник, когда «приму».
28. Давление окружающих вынуждает меня прибегать к приему наркотика.
29. Мне нужен «допинг», чтобы чувства не овладевали мной.
30. Я смогу бросить принимать наркотик без посторонней помощи, если буду очень стараться.
31. Мне нужно «принять», чтобы чувствовать себя лучше.
32. Тот, кто много работает, заслуживает немного «допинга».
33. Принятие подходящего и привычного вещества – хороший способ спастись от жизненных стрессов.
34. Я должен быть все время счастливым.
35. Я не настолько наркоман, как другие.
36. Никто не может мне сказать о моей зависимости ничего такого, чего бы я не знал.
37. Человек должен получать от жизни все, что ему хочется.
38. Состояние наркотического опьянения открывает настоящую сущность человека.
39. Зависимость от наркотика вызвана психологическими проблемами.
40. Лучший способ справиться с проблемами – это не думать о них.
41. Когда я «приму», я более творческий и вдохновенный.
42. В жизни есть более важные проблемы, над которыми надо работать, чем моя зависимость от препарата.

Бланк для теста аддиктивных установок МакМаллина – Гейлхар (MGAА)

№№ пунктов	Совершенно согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совершенно не согласен
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					

Форма и обработка опросника ВАШ – визуально-аналоговая шкала

Визуальная аналоговая шкала в наркологии используется для измерения субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику. Пациент самостоятельно отмечает на 10-сантиметровом отрезке степень желая выпить или употребить наркотик: 0 мм – отсутствие желая, 100 мм – максимальное желая.

Использование визуально-аналоговой шкалы позволяет определять тяжесть и динамику патологического влечения к ПАВ (алкоголю) как в процессе лечения, так и на этапах становления ремиссии и в соответствии с полученными результатами корректировать терапевтический процесс.

Визуально-аналоговая шкала ПАВ:

0**100**

Форма и обработка теста КОТ – краткий ориентировочный, отборочный тест

Тест КОТ (краткий ориентировочный, отборочный тест, Бузин В.Н., Вандерлик Э.Ф) предназначен для диагностики общего уровня интеллектуальных способностей (IQ). Тест включает в себя 50 задач вербального и невербального характера, на выполнение которых отводилось 15 минут. Использовалась форма А. Тест представляет собой серию заданий, подобранных таким образом, чтобы было обеспечено исследование всех важнейших интеллектуальных функций:

1. Значение слов и фраз (20 заданий, возможно выделение заданий со словами и с фразами) – вербальный фактор;
2. Математические последовательности (4 задания) – числовой фактор, низкий уровень сложности;
3. Математические задачи (13 заданий) – числовой фактор, средний и высокий уровни сложности;
4. Логические задачи (4 задания) ближе всего к общему интеллекту (по Спирмену), причем представлены задания относительно высокого уровня сложности;
5. Пространственные задачи (4 задания) – пространственно-символический фактор;
6. Осведомленность (3 задания);
7. Внимание (2 задания).

Структура адаптированного теста КОТ соответствует структуре общих способностей и позволяет исследовать те способности, которые «выражают познавательную активность субъекта и его возможности к усвоению новых знаний, действий, сложных форм деятельности».

Обработка теста заключается в подсчете числа правильно решенных задач в отведенное время (15 минут) и производится путем суммирования баллов, полученных за совпадение с ключом.

Инструкция: «Тест, который Вам будет предложен сейчас, содержит 50 вопросов. На выполнение теста Вам дается 15 минут. Ответьте на столько вопросов, на сколько сможете, и не тратьте много времени на один вопрос.

На специальном бланке зачеркивайте квадратик, соответствующий варианту Вашего ответа.

Если для выбора правильного ответа Вам необходимо указать двухзначное число, например, 84, зачеркивайте два квадратика независимо от последовательности цифр, то есть – цифры 4 и 8.

Если для выбора правильного ответа Вам необходимо указать число, в котором имеются повторяющиеся цифры, например, 599, зачеркивайте один квадратик, соответствующий повторяющимся цифрам, то есть – 5 и 9.

Все вопросы задавайте сейчас. Во время выполнения теста на Ваши вопросы отвечать не будут.

После команды переверните страницу и начинайте работать. Через 15 минут, по команде, сразу же прекратите выполнение заданий, переверните страницу и отложите ручку».

1. Одиннадцатый месяц года – это:

- 1 – октябрь;
- 2 – май;
- 3 – ноябрь;
- 4 – февраль.

2. СУРОВЫЙ является противоположным по значению слову:

- 1 – резкий;
- 2 – строгий;
- 3 – мягкий;
- 4 – жесткий;
- 5 – неподатливый.

3. Какое из приведенных слов отлично от других?

- 1 – определенный;
- 2 – сомнительный;
- 3 – уверенный;
- 4 – доверие;
- 5 – верный.

4. Верно ли то, что сокращение «н.э.» означает «нашей эры»?

- 1 – да;
- 2 – нет.

5. Какое из следующих слов отлично от других?

- 1 – петь;
- 2 – звонить;
- 3 – болтать;
- 4 – слушать;
- 5 – говорить.

6. Слово БЕЗУКОРИЗНЕННЫЙ является противоположным по своему значению слову:

- 1 – незапятнанный;
- 2 – непристойный;
- 3 – неподкупный;
- 4 – невинный;
- 5 – классический.

7. Какое из приведенных ниже слов относится к слову ЖЕВАТЬ как ОБОНЯНИЕ к НОС?

- 1 – сладкий;
- 2 – язык;
- 3 – запах;
- 4 – зубы;
- 5 – чистый.

8. Сколько из приведенных ниже пар слов являются идентичными?

Sharp, M.G.	Sharp, M.G.
Filder, E.H.	Fielder, E.H.
Conner, M.G.	Connor, M.G.
Woerner, O.W.	Woesner, O.W.
Soberquist, B.R.	Soberquist, P.R.

9. ЯСНЫЙ является противоположным по смыслу слову:

- 1 – очевидный;
- 2 – явный;
- 3 – недвусмысленный;
- 4 – отчетливый;
- 5 – тусклый.

10. Предприниматель купил несколько подержанных автомобилей за 3500 тысячи долларов, а продал их за 5500, заработав на этом 50 долларов за автомобиль. Сколько автомобилей он перепродал?

11. Слова СТУК и СТОК имеют:

- 1 – сходное значение;
- 2 – противоположное;
- 3 – ни сходное, ни противоположное.

12. Три ананаса стоят 360 рублей. Сколько стоит 1,5 дюжины?

13. Сколько из этих шести пар чисел являются одинаковыми?

5296	5296
69686	66986
834426	834426
7354256	7354256
61197172	61197172
83238234	83238324

14. БЛИЗКИЙ является противоположным слову:

- 1 – дружеский;
- 2 – приятельский;
- 3 – чужой;
- 4 – родной;
- 5 – иной.

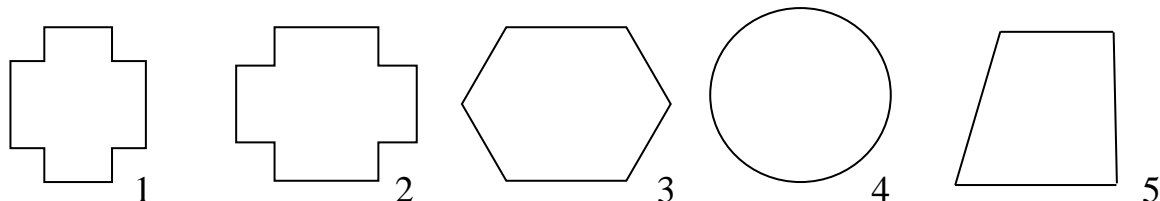
15. Какое число является наименьшим?

- 1 – 6;
- 2 – 0,7;
- 3 – 9;
- 4 – 36;
- 5 – 0,31;
- 6 – 5.

16. Расставьте предлагаемые ниже слова в таком порядке, чтобы получилось правильное предложение. В качестве ответа укажите номер последнего слова.

есть	соль	любовь	жизни
1	2	3	4

17. Какой из приведенных ниже пяти рисунков наиболее отличен от других?



18. Два рыбака поймали 36 рыб. Первый поймал в 8 раз больше, чем второй. Сколько поймал второй?

19. Слова ВОСХОДИТЬ и ВОЗРОДИТЬ имеют:

- 1 – сходное значение;
- 2 – противоположное значение;
- 3 – ни сходное, ни противоположное значение.

20. Расставьте предлагаемые ниже слова в таком порядке, чтобы получилось утверждение. Если оно правильно, то ответом будет 1, если неправильно – 2.

мохом обороты камень набирает заросший

21. Какие две из приведенных ниже фраз имеют одинаковый смысл?

- 1 – Держать нос по ветру;
- 2 – Пустой мешок не стоит;
- 3 – Трое докторов не лучше одного;
- 4 – Не все то золото, что блестит;
- 5 – У семи нянек дитя без глаза.

22. Какое число должно стоять вместо знака «?»:»

73 66 59 52 45 38 «?»

23. Длительность дня и ночи в СЕНТЯБРЕ почти такая же, как и в:

- 1 – июне;
- 2 – марте;
- 3 – мае;
- 4 – ноябре.

24. Предположим, что первые два утверждения верны. Тогда заключительное будет:

- 1 – верно, 2 – неверно, 3 – неопределенно.

Все передовые люди – члены демократической партии.

Все передовые люди занимают крупные посты.

Некоторые члены демократической партии занимают крупные посты.

25. Поезд проходит 75 см за $\frac{1}{4}$ с. Если он будет ехать с той же скоростью, то какое расстояние он пройдет за 5 с?

26. Если предположить, что два первых утверждения верны, то последнее:

- 1 – верно, 2 – неверно, 3 – неопределенно.

Боре столько же лет, сколько Маше.

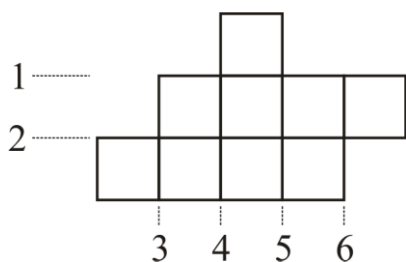
Маша моложе Жени.

Боря моложе Жени.

27. Пять полукилограммовых банок икры стоят 2000 рублей. Сколько килограммов икры можно купить за 800 рублей?

28. Слова РАССТИЛАТЬ и РАСТЯНУТЬ имеют:

- 1 – сходное значение;
- 2 – противоположное значение;
- 3 – ни сходное, ни противоположное значение.



29. Разделите эту геометрическую фигуру прямой линией на две части так, чтобы, сложив их вместе, можно было бы получить квадрат.

В качестве ответа укажите номер линии, по которой будете проводить деление.

30. Предположим, что первые два утверждения верны. Тогда последнее будет:

- 1 – верно, 2 – неверно, 3 – неопределенно.

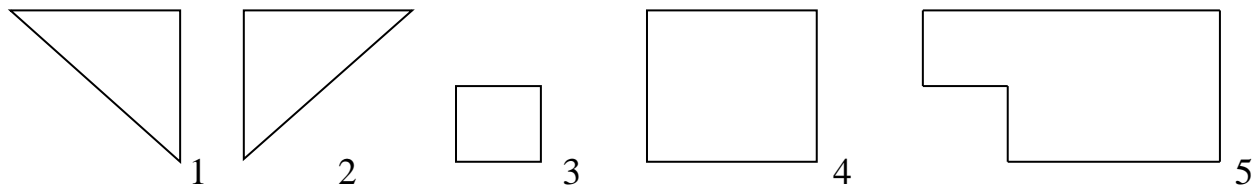
Саша поздоровался с Машей.

Маша поздоровалась с Дашей.

Саша не поздоровался с Дашей.

31. Телевизор стоимостью 240 долларов был уценен во время сезонной распродажи на $33\frac{1}{3}\%$. Сколько стоил телевизор во время распродажи?

32. Три из пяти фигур нужно соединить таким образом, чтобы получилась равнобедренная трапеция.



33. На платье требуется 2,33 м ткани. Сколько платьев можно сшить из 42 м ткани?

34. Значения следующих двух предложений:

1 – подобны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

Трое докторов не лучше одного.

Чем больше докторов, тем больше болезней.

35. Слова УВЕЛИЧИВАТЬ и РАСШИРЯТЬ имеют:

1 – сходное значение;

2 – противоположное значение;

3 – ни сходное, ни противоположное значение.

36. Смысл двух английских пословиц:

1 – схож, 2 – противоположен, 3 – ни схож, ни противоположен.

Швартоваться лучше двумя якорями.

Не клади все яйца в одну корзину.

37. Бакалейщик купил ящик с грушами за 36 долларов. В ящике их было 12 дюжин. Он знает, что две дюжины испортятся еще до того, как он продаст все груши. По какой цене ему нужно продавать груши, чтобы получить прибыль в $\frac{1}{3}$ закупочной цены?

38. Слова ПРЕТЕНЗИЯ и ПРЕТЕНЦИОЗНЫЙ имеют:

1 – сходное значение;

2 – противоположное значение;

3 – ни сходное, ни противоположное значение.

39. Если бы полкило опилок стоило 0,0125 рублей, сколько килограмм можно было бы купить за 50 копеек?

40. Один из членов ряда не подходит к другим. Каким бы числом Вы его заменили?

4 8 8 4 8 8 4 8 6

41. Слова ОТРАЖАЕМЫЙ и ВООБРАЖАЕМЫЙ имеют:

1 – сходное значение;

2 – противоположное;

3 – ни сходное, ни противоположное значение.

42. Сколько соток составляет участок 70 м на 20 м?

43. Следующие две фразы по значению:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

Хорошие вещи дешевы, плохие дороги.

Хорошее качество обеспечивается простотой, плохое сложностью.

44. Солдат, стреляя в цель, поразил ее в 12,5 % случаев. Сколько раз должен выстрелить солдат, чтобы поразить ее 10 раз?

45. Один из членов ряда не подходит другим. Какое число Вы бы поставили на его место?

0,4 0,6 0,8 0,9 1,2 1,4

46. Три партнера по акционерному обществу решили поделить прибыль поровну. Т. вложил в дело 450 долларов, К. – 350 долларов, П. – 200 долларов. Если прибыль составит 240 долларов, то на сколько меньше прибыли получит Т., по сравнению с тем, как если бы прибыль была разделена пропорционально вкладам?

47. Какие две из приведенных ниже пословиц имеют сходный смысл?

1 – Куй железо, пока горячо;

2 – Один в поле не воин;

3 – Лес рубят, щепки летят;

4 – Не все то золото, что блестит;

5 – Не по виду суди, а по делам гляди.

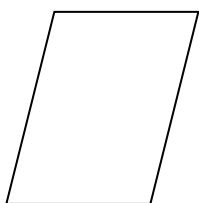
48. Значения следующих фраз:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

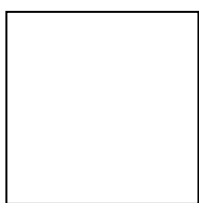
Лес рубят, щепки летят.

Большое дело не бывает без потерь.

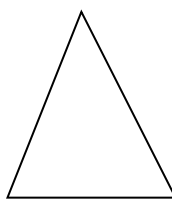
49. Какая из этих фигур наиболее отлична от других?



1



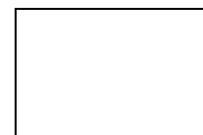
2



3



4



5

50. В печатающейся статье 24 000 слов. Редактор решил использовать шрифт двух размеров. При использовании шрифта большего размера на странице умещается 900 слов, меньшего – 1200. Статья должна занять 21 полную страницу в журнале. Сколько страниц должно быть напечатано меньшим шрифтом?

Форма и обработка теста смысложизненных ориентаций (СЖО)

Тест адаптирован Д.А. Леонтьевым в 1992 году и представляет собой адаптированную версию теста «Цель жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика разработана на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла.

С помощью этого теста исследуются представления человека о своем будущем по таким характеристикам, как наличие или отсутствие целей в будущем, осмысленность жизненной перспективы, интерес к жизни, удовлетворенность жизнью, представления о себе как об активной и сильной личности, самостоятельно принимающей решения и контролирующей свою жизнь.

Инструкция. Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача – выбрать одно из двух утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр (1, 2, 3) в зависимости от того, насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения, на Ваш взгляд, одинаково верны).

Ф.И.О. _____ Пол _____

1. Обычно мне очень скучно.	3	2	1	0	1	2	3	Обычно я полон энергии.
2. Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей.	3	2	1	0	1	2	3	Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной.
3. В жизни я не имею определенных целей и намерений.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я имею очень ясные цели и намерения.
4. Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
5. Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие.	3	2	1	0	1	2	3	Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.
6. Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться	3	2	1	0	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.

7. Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.
8. Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.	3	2	1	0	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.
9. Моя жизнь пуста и неинтересна.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь наполнена интересными делами.
10. Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.
11. Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас.
12. Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.
13. Я человек очень обязательный.	3	2	1	0	1	2	3	Я человек совсем не обязательный.
14. Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.	3	2	1	0	1	2	3	Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.
15. Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.	3	2	1	0	1	2	3	Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.
16. В жизни я еще не нашел своего призвания и ясных целей.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я нашел свое призвание и цели.
17. Мои жизненные взгляды еще не определились.	3	2	1	0	1	2	3	Мои жизненные взгляды вполне определились.
18. Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни.	3	2	1	0	1	2	3	Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.
19. Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь не подвластна мне, и она управляется внешними событиями.
20. Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение.	3	2	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.

Форма и обработка опросника SCID-II-Q

Для оценки дисфункциональных личностных черт использовался метод структурированного клинического диагностического интервью – SCID-II. Опросник SCID-II ориентирован на определение личностных расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением ПАВ и т.д.). Содержит 119 вопросов, каждый из которых соответствует диагностическим критериям какого-либо личностного расстройства: избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного, депрессивного, параноидного, шизотипического, шизоидного, гистрионного, нарциссического, пограничного и антисоциального. Пациент выражает согласие или несогласие с каждым вопросом в форме «да» или «нет». При обработке подсчитывается количество положительных ответов по каждому кластеру вопросов. Подсчитывается также суммарный показатель опросника, называемый «общим индексом личностного неблагополучия». Он отражает общее количество положительных ответов на пункты опросника.

Англоязычная версия опросника демонстрирует достаточно высокие показатели тест-ретестовой надежности (карра-коэффициент варьирует от 0,70 до 0,85; оценка с интервалом в 3 дня).

Русскоязычный вариант опросника создан в лаборатории клинической психологии и психотерапии ФБГУ «Московский НИИ психиатрии». Оставлены варианты перевода каждого пункта, где эксперты достигли согласия. Апробирован в группах пациентов с депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых. Использовался в когортных исследованиях, направленных на сопоставление групп пациентов и здоровых испытуемых.

Обработка протокола обследования:

Личностное расстройство	Номера вопросов
Избегающее	1–7
Зависимое	8–15
Обсессивно-компульсивное	16–24
Пассивно-агрессивное	25–32
Депрессивное	33–40
Параноидное	41–48
Шизотипическое	49–57
Шизоидное	58–65
Гистрионное	66–72
Нарциссическое	73–89
Пограничное	90–104
Антисоциальное	105–119

По результатам ответов определялось наличие дисфункциональных личностных черт по таким типам, как избегающий, зависимый, обсессивно-компульсивный, пассивно-агрессивный, депрессивный, параноидный, шизотипический, шизоидный, гистрионный, нарциссический, пограничный и антисоциальный. Ранее отечественные и зарубежные исследователи при помощи опросника SCID-II анализировали выраженность и частоту встречаемых дисфункциональных личностных черт у наркологических больных.

ОПРОСНИК SCID-II

1. Избегаете ли Вы видов деятельности (работы, определенных занятий), в которых Вам пришлось бы взаимодействовать с большим количеством людей?	Да	Нет
2. Свойственно ли Вам избегать сближения с людьми до тех пор, пока Вы не убедитесь, что они относятся к Вам хорошо?	Да	Нет
3. Трудно ли для Вас быть «открытым(-ой)» с людьми, даже с близкими?	Да	Нет
4. Часто ли Вы испытываете страх критики или испытать отвержение в ситуациях общения?	Да	Нет
5. Сохраняете ли Вы обычное спокойствие при встрече с людьми?	Да	Нет
6. Считаете ли Вы, что не так умны, хороши и привлекательны, как другие?	Да	Нет
7. Бойтесь ли Вы браться за новые начинания?	Да	Нет
8. Требуются ли Вам советы и убеждения других людей при принятии обычных повседневных решений типа «что надеть?» или «какую еду заказать в ресторане?»	Да	Нет
9. Вы зависите от других людей в таких важных сферах Вашей жизни, как ее материальное обеспечение, воспитание детей или различные организационные вопросы?	Да	Нет
10. Вам трудно выразить несогласие людям, даже если Вы считаете, что они неправы?	Да	Нет
11. Трудно ли Вам приступить к работе или какой-либо задаче без посторонней помощи?	Да	Нет
12. Вы часто добровольно беретесь за дела, которые Вам неприятны?	Да	Нет
13. Испытываете ли Вы дискомфорт, когда предоставлены самому(-ой) себе?	Да	Нет

14. Когда в Ваших отношениях с кем-то близким происходит разрыв, стремитесь ли Вы сразу же найти другого человека, который стал бы о Вас заботиться?	Да	Нет
15. Вызывает ли у Вас значительное беспокойство возможность одиночества и необходимость самостоятельной заботы о себе?	Да	Нет
16. Принадлежите ли Вы к типу людей, для которых очень важны детали, порядок и организованность (например, в форме составления различных списков и расписаний)?	Да	Нет
17. Бывает ли Вам трудно завершить работу, потому что Вы потратили много времени на ее максимально правильное выполнение?	Да	Нет
18. Считаете ли Вы сами или другие, знающие Вас люди, что Вы настолько поглощены работой (или учебой), что у Вас не остается времени ни на что другое, в том числе на удовольствия и развлечения?	Да	Нет
19. У Вас очень высокие стандарты «правильного» или «неправильного»?	Да	Нет
20. Вам бывает трудно что-либо выбросить, потому что эта вещь, как Вам кажется, может когда-нибудь понадобиться?	Да	Нет
21. Трудно ли для Вас позволить другим людям помогать Вам, если они не согласны делать все в точности так, как Вы считаете нужным?	Да	Нет
22. Для Вас трудно потратить деньги на себя или других людей, даже если их у Вас достаточно?	Да	Нет
23. Часто ли Вы бываете настолько убеждены в собственной правоте, что мнение других людей не имеет для Вас значения?	Да	Нет
24. Приходилось ли Вам слышать от других людей, что Вы упрямы и негибки в поведении?	Да	Нет
25. Когда Вас просят сделать что-то нежелательное для Вас, Вы обычно говорите «да», но затем работаете медленно или плохо?	Да	Нет
26. Бывает ли так, что когда Вам не хочется что-то делать, Вы просто «забываете» об этом?	Да	Нет
27. Часто ли Вы ощущаете, что другие люди не понимают Вас или не ценят того, как много Вы делаете?	Да	Нет
28. Часто ли Вы ворчите или вступаете в споры?	Да	Нет

29. Считаете ли Вы, что большинство Ваших начальников, преподавателей, руководителей, врачей – всех тех, от кого ожидаешь, что они знают, что делают, на самом деле этого не знают?	Да	Нет
30. Часто ли к Вам приходит мысль о несправедливости того, что другие имеют больше, чем Вы?	Да	Нет
31. Часто ли Вы сетуете, что на Вашу долю пришлось больше несчастий, чем у других?	Да	Нет
32. Часто ли Вы с раздражением отказываетесь выполнить пожелания других, а потом плохо себя чувствуете и переживаете?	Да	Нет
33. Вам свойственно ощущать себя несчастливым(-ой) и безрадостным?	Да	Нет
34. Можно ли сказать, что Вы считаете себя по существу неполноценным человеком и часто не слишком хорошо о себе думаете?	Да	Нет
35. Часто ли Вы принижаете себя?	Да	Нет
36. Вы часто думаете о неприятных событиях прошлого или беспокоитесь о возможных неприятностях в будущем?	Да	Нет
37. Вы часто бываете строги в суждениях о других людях и с легкостью обнаруживаете их неправоту?	Да	Нет
38. Полагаете ли Вы, что большинство людей по природе не хороши?	Да	Нет
39. Вы часто ожидаете неблагоприятного исхода событий?	Да	Нет
40. Вы часто испытываете чувство вины по поводу того, что Вы сделали или не сделали?	Да	Нет
41. Вам часто приходится быть начеку, чтобы не позволять людям использовать или обижать Вас?	Да	Нет
42. Вы подолгу размышляете о том, можно ли доверять друзьям или сослуживцам?	Да	Нет
43. Полагаете ли Вы, что людям лучше не давать возможности знать о Вас много, так как они могут употребить эту информацию Вам во зло?	Да	Нет
44. Вы часто обнаруживаете скрытые угрозы или оскорбления в высказываниях или действиях других людей?	Да	Нет
45. Принадлежите ли Вы к типу людей, которому свойственно накапливать недобрые чувства и подолгу не прощать обид или пренебрежительного отношения?	Да	Нет

46. Многим ли Вы не можете простить что-то давно уже сказанное или сделанное?	Да	Нет
47. Вы часто сердитесь или ругаетесь, когда другие критикуют или как-то задевают Вас?	Да	Нет
48. Часто ли Вы подозреваете в неверности своего супруга или партнера?	Да	Нет
49. Находясь в общественных местах и видя разговаривающих людей, Вы часто ощущаете, что они говорят о Вас?	Да	Нет
50. Вы часто ощущаете, что явления, ничего не значащие для большинства людей, передают Вам особый смысл?	Да	Нет
51. Когда Вы находитесь в обществе других людей, у Вас часто возникает ощущение, что за Вами наблюдают или на Вас уставились?	Да	Нет
52. Возникло ли у Вас ощущение, что силой своих мыслей или желаний Вы можете вызвать определенные события?	Да	Нет
53. Был ли у Вас личный опыт взаимодействия со сверхъестественными силами?	Да	Нет
54. Верите ли Вы в то, что обладаете «шестым чувством», позволяющим Вам знать и предсказывать явления так, как это не могут делать другие люди?	Да	Нет
55. Часто ли у Вас возникает ощущение, что предметы и тени – это люди и животные, а различные шумы – это на самом деле голоса людей?	Да	Нет
56. У вас возникало ощущение, что рядом с Вами присутствует некий человек или какая-то сила, даже если Вы никого не видите?	Да	Нет
57. Вы часто видите ауру или энергетические поля вокруг людей?	Да	Нет
58. Вы по-настоящему близки с очень небольшим количеством людей (не родственников)?	Да	Нет
59. Вы часто нервничаете, когда Вы на людях?	Да	Нет
60. Наличие близких отношений с кем-либо не имеет для Вас значения?	Да	Нет
61. Вы, как правило, предпочитаете выполнять дела в одиночку, чем совместно с другими людьми?	Да	Нет
62. Вы можете быть вполне довольны жизнью, не имея ни с кем сексуальных отношений?	Да	Нет
63. Вам доставляют удовольствие лишь очень немногие вещи?	Да	Нет
64. Имеет ли для Вас значение то, что другие люди думают о Вас?	Да	Нет

65. Вы полагаете, что ничто не способно очень обрадовать или опечалить Вас?	Да	Нет
66. Вам нравится быть в центре внимания?	Да	Нет
67. Вы много флиртуете?	Да	Нет
68. Вы часто ловите себя на том, что стараетесь произвести впечатление на людей?	Да	Нет
69. Стараетесь ли Вы привлечь внимание других людей с помощью внешнего вида, в частности одежды?	Да	Нет
70. Вы часто стараетесь быть ярким(-ой) и заметным(-ой)?	Да	Нет
71. Вы часто меняете свое мнение в зависимости от мнения окружающих, а также увиденного по телевизору или прочитанного?	Да	Нет
72. У Вас много друзей, с которыми Вы близки?	Да	Нет
73. Люди часто недооценивают Ваши особые таланты и достижения?	Да	Нет
74. Приходилось ли Вам слышать от других людей, что у Вас слишком высокое мнение о себе?	Да	Нет
75. Вы много думаете о власти, славе или признании, которые к Вам когда-нибудь придут?	Да	Нет
76. Вы много думаете об идеальной любви, которая когда-нибудь будет у Вас?	Да	Нет
77. Когда у Вас возникает проблема, Вы почти всегда стремитесь обратиться к самому высоко стоящему лицу?	Да	Нет
78. Вы полагаете, что время нужно проводить с выдающимися или особо влиятельными людьми?	Да	Нет
79. Важны ли для Вас проявления внимания или восхищения со стороны других людей?	Да	Нет
80. Полагаете ли Вы, что соблюдение определенных правил или социальных условностей для Вас не обязательно?	Да	Нет
81. Считаете ли Вы себя личностью, заслуживающей особого обращения?	Да	Нет
82. Считаете ли Вы возможным выполнить собственные желания, доставляя при этом неудобство другим?	Да	Нет
83. Вы часто ставите свои нужды выше нужд других людей?	Да	Нет
84. Вы часто ожидаете, что другие люди будут безоговорочно выполнять Ваши желания только потому, что Вы – это Вы?	Да	Нет
85. Вас мало интересуют чувства и проблемы других людей?	Да	Нет

86. Приходилось ли Вам слышать упреки от других людей в том, что Вы не прислушиваетесь к ним и пренебрегаете их чувствами?	Да	Нет
87. Вы часто завидуете другим?	Да	Нет
88. Вы часто ощущаете, что другие люди завидуют Вам?	Да	Нет
89. Полагаете ли Вы, что лишь очень немногие люди заслуживают Вашего внимания и времени?	Да	Нет
90. Вы приходите в отчаяние при мысли о том, что кто-то, о ком Вы по-настоящему заботились, может покинуть Вас?	Да	Нет
91. В Ваших взаимоотношениях с близкими светлые моменты чередуются с бурными конфликтами?	Да	Нет
92. Приходилось ли Вам переживать резкую смену в представлении о том, кто Вы и каковы Ваши цели?	Да	Нет
93. Ваше представление о самом(-ой) себе подвержено резким изменениям?	Да	Нет
94. Вы бываете настолько разным(-ой) с разными людьми или в разных ситуациях, что подчас сами не знаете каковы Вы на самом деле?	Да	Нет
95. Ваши жизненные цели, профессиональные планы, религиозные убеждения подвергались внезапным изменениям?	Да	Нет
96. Часто ли Вы действуете импульсивно?	Да	Нет
97. Вы предпринимали попытки (или высказывали намерения) совершить самоубийство или поранить себя?	Да	Нет
98. Вы когда-либо наносили себе порезы, царапины, ожоги?	Да	Нет
99. У Вас часто отмечаются внезапные смены настроения?	Да	Нет
100. Вы часто испытываете ощущение внутренней пустоты?	Да	Нет
101. Вы часто переживаете вспышки гнева с утратой контроля за собственным поведением?	Да	Нет
102. Когда Вы испытываете гнев, Вам свойственно набрасываться на людей или швырять предметы?	Да	Нет
103. Можете ли Вы сильно разозлиться из-за мелочей?	Да	Нет
104. Когда Вы в состоянии сильного стресса, становитесь ли Вы подозрительным(-ой) в отношении других людей?	Да	Нет

105. В возрасте до 15 лет Вы были задирой и часто угрожали другим ребятам?	Да	Нет
106. В возрасте до 15 лет Вы часто бывали инициатором драк?	Да	Нет
107. До 15 лет у Вас бывали случаи, когда Вы угрожали кому-либо оружием (дубинкой, кирпичом, бутылкой с отбитыми краями, ножом или ружьем) или наносили этим оружием ранения?	Да	Нет
108. До 15 лет у Вас бывали случаи, когда Вы умышленно мучили кого-нибудь, причиняя физическую боль и страдание?	Да	Нет
109. В возрасте до 15 лет у вас были случаи, когда Вы мучили или били животных?	Да	Нет
110. В возрасте до 15 лет Вам случалось кого-нибудь ограбить или отнять что-то с помощью угроз?	Да	Нет
111. В возрасте до 15 лет Вы принуждали кого-нибудь силой к половым контактам, раздеванию, сексуальным прикосновениям?	Да	Нет
112. В возрасте до 15 лет Вы совершали поджоги?	Да	Нет
113. В возрасте до 15 лет у Вас бывали случаи, когда Вы преднамеренно портили не принадлежащие Вам чужие вещи?	Да	Нет
114. В возрасте до 15 лет вам случалось взламывать чужие дома, другие здания или автомобили?	Да	Нет
115. До 15-летнего возраста Вы часто лгали другим людям?	Да	Нет
116. До 15-летнего возраста Вы совершали кражи или подделки чужих подписей?	Да	Нет
117. До 15-летнего возраста у Вас бывали случаи, когда Вы удирали из дома и ночевали в другом месте?	Да	Нет
118. До 13 лет Вы часто приходили домой намного позже условленного времени?	Да	Нет
119. В возрасте до 13 лет Вы часто прогуливали школу?	Да	Нет

Форма и обработка опросника SF-36 «Оценка качества жизни»

Опросник SF-36 «Оценка качества жизни» («SF-36 Health Status Survey») относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ). Широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований КЖ. Перевод на русский язык и апробация методики были проведены «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту).

Опросник SF-36 представляет собой интегрированную структуру, включающую в себя ряд вопросов и утверждений. Вопросы касаются разных сторон физического и психологического функционирования, каждому из которых соответствует определенная количественная оценка, которую должен выбрать пациент (пункты опросника 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10). Утверждения опросника содержат различные оценочные шкалы, также связанные с особенностями физического и психологического состояния, между которыми возможны разные градации предпочтения. Пациенту предлагается выбрать наиболее подходящую ему градацию путем отметки соответствующей цифры (пункты опросника 3, 4, 5, 9, 11).

Все 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал таким образом, что каждой шкале соответствуют определенные пункты:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning, PF);
2. Ролевая деятельность (Role-Physical Functioning, RP);
3. Телесная боль (Bodily Pain, BP);
4. Общее здоровье (General Health, GH);
5. Жизнеспособность, жизненная активность (Vitality, VT);
6. Социальное функционирование (Social Functioning, SF);
7. Эмоциональное состояние (Role-Emotional, RE);
8. Психическое здоровье (Mental Health, MH).

Обработка опросника включает в себя количественную оценку каждой шкалы, которая оценивается дважды. Сначала больным, который, характеризуя свое состояние, выбирает соответствующую оценку, затем экспериментатором, который переводит полученные баллы в условные единицы с помощью соответствующих ключей перекодирования и далее вычисляет нужные значения шкал также по соответствующим ключам.

SF-36. Анкета оценки качества жизни

Инструкция. Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как... (*обведите одну цифру*):

Отличное.....1
 Очень хорошее.....2
 Хорошее.....3
 Посредственное.....4
 Плохое.....5

2. Как бы Вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (*обведите одну цифру*)

Значительно лучше, чем год назад.....1
 Несколько лучше, чем год назад.....2
 Примерно так же, как год назад.....3
 Несколько хуже, чем год назад.....4
 Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (*обведите одну цифру в каждой строке*)

Вид физической активности:

Да, значительно ограничивает (1)

Да, немного ограничивает (2)

Нет, совсем не ограничивает (3)

А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта. 1 2 3

Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды. 1 2 3

В. Поднять или нести сумку с продуктами. 1 2 3

Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов. 1 2 3

Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет. 1 2 3

Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки. 1 2 3

Ж. Пройти расстояние более одного километра. 1 2 3

З. Пройти расстояние в несколько кварталов. 1 2 3

И. Пройти расстояние в один квартал. 1 2 3

К. Самостоятельно вымыться, одеться. 1 2 3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего... *(обведите одну цифру в каждой строке)*

Да (1)

Нет (2)

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела. 1 2

Б. Вы выполнили меньше, чем хотели. 1 2

В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности. 1 2

Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий). 1 2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего... *(обведите одну цифру в каждой строке)*

Да (1)

Нет (2)

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела. 1 2

Б. Вы выполнили меньше, чем хотели. 1 2

В. Вы выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно. 1 2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? *(обведите одну цифру)*

Совсем не мешало.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? *(обведите одну цифру)*

Совсем не испытывал(-а).....1
 Очень слабую.....2
 Слабую.....3
 Умеренную.....4
 Сильную.....5
 Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? *(обведите одну цифру)*

Совсем не мешала.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течение последних 4 недель... *(обведите одну цифру в каждой строке)*

Все время (1)

Большую часть времени (2)

Часто (3)

Иногда (4)

Редко (5)

Ни разу (6)

A. Вы чувствовали себя бодрым(-ой)? 1 2 3 4 5 6

Б. Вы сильно нервничали? 1 2 3 4 5 6

В. Вы чувствовали себя таким(-ой) подавленным(-ой), что ничто не могло Вас взбодрить? 1 2 3 4 5 6

Г. Вы чувствовали себя спокойным(-ой) и умиротворенным(-ой)? 1 2 3 4 5 6

Д. Вы чувствовали себя полным(-ой) сил и энергии? 1 2 3 4 5 6

Е. Вы чувствовали себя упавшим(-ей) духом и печальным(-ой)? 1 2 3 4 5 6

Ж. Вы чувствовали себя измученным(-ой)? 1 2 3 4 5 6

З. Вы чувствовали себя счастливым(-ой)? 1 2 3 4 5 6

И. Вы чувствовали себя уставшим(-ей)? 1 2 3 4 5 6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (*обведите одну цифру*)

Все время.....1

Большую часть времени.....2

Иногда.....3

Редко.....4

Ни разу.....5

11. Насколько верным или неверным представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (*обведите одну цифру в каждой строке*)

Определенно верно (1)

В основном верно (2)

Не знаю (3)

В основном неверно (4)

Определенно неверно (5)

А. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие. 1 2 3 4 5

Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых. 1 2 3 4 5

В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится. 1 2 3 4 5

Г. У меня отличное здоровье. 1 2 3 4 5

Форма и обработка анкеты**«Жизнь химически зависимого после реабилитации»**

1. Жизнь химически зависимого после реабилитации во многом определяется тем, какую и где он проходил реабилитацию. Вы согласны?

2. Как Вы считаете, сколько должна длиться стационарная реабилитация для химически зависимого?

3. Как Вы считаете, сколько должна длиться амбулаторная реабилитация для химически зависимого?

4. Научила ли Вас программа жить в этом мире, справляться с трудностями, есть ли у Вас навыки, необходимые для жизни?

5. Удовлетворяет ли Вас то состояние и самочувствие, в котором Вы находитесь на настоящий момент?

6. Если нет, то знаете ли Вы, как улучшить свое положение дел на данный момент?

7. Что бы Вы хотели поменять в Вашей реабилитационной программе, или каким образом улучшить ее? Ваши предложения.

Клинический пример № 1

Данный клинический пример позволяет проиллюстрировать факторы успешности выздоровления (формирования ремиссии) наркологического больного, те ресурсы, которые помогли пациентке вернуться к трезвому образу жизни и поддерживать стабильную ремиссию. Отказавшись от употребления наркотиков, больная стоит не только перед проблемой совладания с патологическим влечением к наркотику, но и перед проблемой реинтеграции в общество, взятия на себя ответственности по отношению к своей семье. Данный процесс является длительным и динамическим. Выявление факторов формирования стойких и длительных ремиссий позволит не только оптимизировать реабилитационные программы, но и проанализировать изменения личностных характеристик, коморбидных заболеваний наркологических больных после отказа от употребления наркотиков.

Пациентка Е., 1977 г.р., 41 год, находится на диспансерном наблюдении в филиале № 2 (наркологический диспансер № 2) ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ с 2000 г. по настоящее время с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением наркотиков и других ПАВ. Синдром зависимости от нескольких ПАВ, средняя стадия. Ремиссия 2 года 1 месяц. F 19.20.2. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип. F 60.3. Хронический вирусный гепатит С (В 18.2).

Жалобы. Жалоб на момент обследования не предъявляет.

Анамнез со слов больного. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в Санкт-Петербурге, старший ребенок в семье из двух детей. Имеет младшего на 10 лет брата. Брат ПАВ не злоупотребляет. Из-за употребления наркотиков пациенткой отношения с ним не сложились. Мать по характеру спокойная, добрая, по специальности врач. Отец по характеру вспыльчивый, агрессивный, по специальности военный. С пяти месяцев до семи лет воспитывалась у бабушек и прабабушки, так как мама уезжала к отцу по месту службы в другой город. По шесть-восемь месяцев в году родители не видели дочь. Помнит себя приблизительно с 1,5 лет, вспоминает свою коляску, описывает ее колеса. По характеру была общительная, «гиперактивная». Помнит, как переживала, что не видит своих родителей, скучала по ним. После рождения брата стала себя чувствовать лишним ребенком («мама всегда занималась только братом, говорила, что он маленький, я всегда ощущала себя лишним ребенком»).

В школу пошла с семи лет. В школе хорошо училась. Из любимых предметов называет литературу, иностранные языки – английский, испанский,

эстонский. Рассказывает, что родители со стороны матери были эстонцами. На каникулы пациентка ездила к ним и поэтому «естественно, знала язык». Очень часто меняла школы, так как приходилось переезжать из-за службы отца, «сложно было постоянно привыкать к разным детям и учителям, я не любила переезды». Постоянные смены школ расстраивали пациентку, ей было сложно адаптироваться. Родители могли поставить в известность об отъезде внезапно, вне зависимости от учебного процесса, даже в середине учебного года. Всегда переживала из-за этого. «Самое ужасное началось после приезда в Москву». На тот момент пациентке было четырнадцать лет. В школе ее постоянно избивали одноклассницы. К родителям не обращалась, «они все равно не помогут». «Родители постоянно говорили, что я должна быть лучше. Когда я хотела заниматься музыкой, мама отдала меня в художественную школу. Они всегда решали, что для меня лучше». На фоне сильных эмоциональных переживаний возникли суицидальные мысли. Чтобы показать и доказать родителям, что ей плохо, вскрыла вены на обеих руках. Родители, узнав о попытке суицида, сказали «ты от жира бесишься, свои проблемы в школе решай сама». В 1994 году окончила 11 классов, поступила в 1-й медицинский институт, лечебно-профилактический факультет. Проучилась 2 года и больше учиться в институте не смогла из-за употребления наркотиков. Первая проба ПАВ (героин) в 17 лет. По протекции друзей матери перевелась в медицинский колледж, который окончила и получила диплом медсестры. С 1998 года, после окончания училища, пошла работать в железнодорожную поликлинику, в терапию. Подрабатывала в хирургии. Из-за низкой зарплаты бросила медицинскую профессию и устроилась в сферу продаж. Работала в «Сток-центре», потом ушла в оптовую торговлю. «Росла» по карьерной лестнице, стала старшим менеджером, достигла уровня регионального менеджера, при этом продолжала употреблять наркотики. В 1998 году была задержана во время покупки наркотиков (героин), получила год условно. Рассказывает о ряде мелких неприятностей, обманах, воровстве. После того, как была осуждена, пришлось уйти с работы, «кто будет держать человека с судимостью?» Потом еще дважды была задержана – в 1999 г. и в 2014 г., осуждена по ст. 228, ч. 1, получила 3,5 года условно. Неоднократно задерживалась «еще и за употребление алкоголя в общественных местах». Замужем была дважды, в настоящее время в бракоразводном процессе. Первый муж употреблял ПАВ (героин) внутривенно, «сейчас уже умер». Со вторым мужем разводится, «зачем мне второй наркоман?» Муж отбывает срок в местах лишения свободы по ст. 228, ч. 2. Имеет двоих дочерей (18 лет и 8 лет). Лишена родительских прав. Старшая дочь проживает со свекровью, находится на ее воспитании. Младшая дочь воспитывается родителями пациентки. Мать пациентки оформила опеку. В настоящее время поддерживает связь с

обеими дочерьми. В случае постоянного трудоустройства планирует восстановить родительские права и жить с детьми. Проживает одна в комнате в коммунальной квартире, состоит на учете на бирже труда, где ей предоставлена возможность обучения на курсах с получением сертификата медицинской сестры по физиотерапии. В настоящий момент проходит обучение. Временно подрабатывает курьером, мечтает о том, когда сможет полноценно зарабатывать.

Рассказывает, что алкоголь первый раз попробовала в 14 лет, «не понравилось». Наркотики (героин, амфетамин) начала употреблять сразу внутривенно с 17 лет. В качестве мотива употребления наркотиков называет стремление заглушить неприятные эмоциональные переживания – боль, обиду, отчаяние. Вспоминает, что после окончания школы родители настаивали на поступлении в МГУ на факультет журналистики: «Если не поступишь, не приходи домой. Меня это страшно выбесило. У меня в это время был знакомый парень – наркоман, я пришла к нему и говорю – давай». Первое употребление наркотика не понравилось. Испытала жжение в месте инъекции, тошноту, рвоту. Спустя месяц в кругу друзей снова употребила героин внутривенным путем. Испытала эйфорию, течение мыслей, спокойствие, расслабленность. В течение года амфетамин чередовала с героином эпизодически, сказать точно, когда сформировался синдром отмены, не может. Но к концу года употребления были сформированы средние стадии зависимости от героина и амфетамина. Суточная толерантность на тот момент составляла до 1 грамма героина и до 1–1,5 граммов амфетамина в сутки. Проявления синдрома отмены через год употребления ПАВ полностью сформировались, стали выражены вегетативные, соматические и психопатологические расстройства: слезотечение, зевота, ринорея с частым чиханьем, «гусиная кожа», озноб, повышенная потливость, тревога, раздражительность, дисфория, нарушения сна, бессонница, общее недомогание и слабость, а также боли «выкручивающего» характера в мышцах спины и конечностях, иногда во всем теле. После употребления амфетаминов испытывала приступы «депрессии» со сниженным настроением, нежеланием жить, тревогой. Через два года употребления в 19 лет вышла замуж. Муж также употреблял ПАВ. Сразу забеременела, при беременности продолжала употребление ПАВ, в пять месяцев беременность закончилась преждевременными родами. Ребенок умер. Через год забеременела во второй раз, муж в этот период был осужден по статье 228, ч 1, и отправлен в тюрьму. Употребление ПАВ продолжала до семи месяцев беременности. После родов также быстро возобновила употребление наркотиков. С 2002 года стала жить с другим мужчиной и вышла замуж во второй раз. Вторым муж тоже употреблял ПАВ: «Мы употребляли и думали это нормально, ведь это никому не мешает». Дочь от первого брака отдала свекрови в шесть лет: «Родители первого мужа очень просили отдать внучку, после смерти

сына (умер от передозировки) никого роднее нет». С дочерью связь поддерживала: «Ей у них лучше, есть своя комната». В 2004 году вновь возникли суицидальные мысли. Связывает это с увольнением с работы и отказом от употребления ПАВ. Решила самостоятельно отказаться от употребления ПАВ, через месяц после отказа от ПАВ и увольнения с работы совершила вторую попытку суицида. Выпила большое количество таблеток Азалептина с пивом, была доставлена в больницу. Через какое-то время после выписки из больницы возобновила употребление ПАВ. В 2010 году родила вторую дочь. В 2012 году второй муж был осужден по статье 228 и отправлен в тюрьму. После этого начала злоупотреблять алкоголем. Употребление наркотиков не прекращала. После того, как посадили второго мужа, стала жить с другим мужчиной (третий гражданский муж), трехлетнего ребенка оставила с матерью. Вместе с гражданским мужем продолжала употреблять ПАВ, через некоторое время он также был осужден по статье 228, ч. 2.

Когда в 2014 году была осуждена Бутырским районным судом г. Москвы, где была признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2, ст. 228 УК РФ, суд возложил на пациентку пройти курс лечения от наркомании. По приговору суда пациентка обязана была пройти лечение, но она продолжала систематическое употребление ПАВ и игнорировала постановление приговора суда. В течение года пациентка не обращалась в наркологический диспансер, только очередное выданное направление инспектором УФСИНа и угроза в виде отбывания срока наказания в местах лишения свободы («могли посадить в тюрьму, я там не выживу») сыграли основную роль в ее решении прекратить употребление ПАВ и пойти на лечение. В феврале 2015 года по направлению филиала № 25 ФКУ УИИ УФСИН России по г. Москве обратилась в наркологический диспансер по месту жительства. В наркологическом диспансере пациентка была направлена в клинический филиал для прохождения стационарного лечения от наркомании. В клиническом филиале прошла полный курс лечения в линейном отделении, где были купированы проявления синдрома отмены опиоидов и амфетаминов. После стационарного лечения через месяц в кругу друзей возобновила употребление наркотиков. Употребляла преимущественно героин внутримышечно. Суточная толерантность на тот момент составляла до 3 грамм героина в сутки на 2–3 приема. В июле 2015 года после четырех месяцев систематического употребления героина пациентка самостоятельно обратилась в ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ для прохождения стационарного лечения. Прошла полный курс лечения купирования синдрома отмены. После выписки на следующий день выпила 20 капель Корвалола, со слов: «Не могла уснуть». Почувствовала скованность, неусидчивость, беспокойство. Со слов: «Я испугалась срыва, что я не смогу удержаться и пойду опять колоться». В

течение трех дней пациентка самостоятельно пыталась бороться с влечением к ПАВ. Из-за страха срыва обратилась в больницу, понимая, что сама не справится. Поступила с жалобами на слабость, внутренний дискомфорт, сниженное настроение, скованность, слюнотечение. Прошла курс лечения в линейном отделении.

В течение 2015 года пациентка трижды проходила стационарное лечение в ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ. Каждый раз проходила полный курс стационарного лечения. Отказов от прохождения лечения не было. В каждом случае по окончании курса стационарного лечения была введена инъекция препарата пролонгированного инъекционного Налтрексона, но пациентка не продолжала курс лечения (с ее слов: «сама справлюсь без лекарств»). От прохождения реабилитации отказывалась.

После выписки из больницы в сентябре 2015 года пациентка прекратила употребление наркотиков, начала злоупотреблять алкоголем, выпивая каждую неделю пиво. В течение года с сентября 2015 года по сентябрь 2016 года, со слов пациентки, при актуализации влечения к наркотикам прибегала к употреблению алкоголя. Суточная толерантность – до 2–3 литра пива в сутки. Стала выпивать чаще, практически ежедневно. Быстро, в течение 2–3 месяцев, сформировался синдром отмены алкоголя, со слов пациентки: «От алкоголя чувствовала себя хуже, чем от наркотиков»: были плохое самочувствие, раздражительность, сниженное настроение, отсутствие сна, тремор всего тела, головная боль. Самостоятельно не смогла прекратить употребление алкоголя и обратилась в ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ. Прошла полный курс лечения, был купирован синдром отмены алкоголя. По окончании курса лечения снова была введена инъекция препарата пролонгированного инъекционного Налтрексона. Пациентка также не продолжила терапию. После стационарного лечения на следующий день возобновила употребление алкоголя (2,5 литра пива) и 150 мг Прегабалина на фоне актуализации патологического влечения к употреблению ПАВ. Связывает этот срыв с ссорой с соседями, так как живет в коммунальной квартире. Побоялась очередного срыва и на следующий день в сопровождении старшей дочери обратилась в наркологический диспансер по месту жительства. Врач – психиатр-нарколог выдал направление нахождение стационарного лечения. При прохождении стационарного лечения пациентке было предложено пройти курс реабилитации в реабилитационном центре. Пациентка согласилась на курс медицинской реабилитации в условиях реабилитационного центра «Ступино». Со слов пациентки: «Я подумала, что только стационарный реабилитационный центр поможет мне остановиться и не начать все заново».

Медицинская реабилитация. С 18.10.2016 г. по 16.03.2017 г. пациентка прошла реабилитационную программу полностью. В реабилитационном центре

сразу включилась во все реабилитационные мероприятия. Психокоррекционные занятия посещала в полном объеме. Охотно общалась с другими пациентами. Пребыванием в центре не тяготилась. На фоне психокоррекционных занятий психоэмоциональное состояние стабилизировалось, нормализовался сон, влечение к алкоголю и наркотикам редуцировалось, научилась контролировать его актуализацию, сформировались осознание болезни и ответственность за свое поведение. Были проработаны механизмы трезвеннического поведения в открытой социальной среде. На момент выписки из реабилитационного центра 16.03.2017 г. пациентка хорошо себя чувствовала, в беседе была корректна, сдержанна, дистанцию соблюдала. Жалобы не предъявляла. Тягу на момент выписки к ПАВ отрицала. С критикой относилась к своему заболеванию. Настроена на полный отказ от употребления ПАВ и на продолжение реабилитационной программы в амбулаторных условиях. Выписана была (16.03.2017 г.) по окончании полного курса стационарной медицинской реабилитации. Было рекомендовано наблюдение у врача – психиатра-нарколога в наркологическом диспансере по месту жительства и посещение амбулаторной реабилитационной программы «Возвращение».

Диспансерное наблюдение. Амбулаторная реабилитация. В день выписки по приезду в Москву обратилась в наркологический диспансер. Пациентка поступила по направлению реабилитационного центра «Ступино» в отделение медицинской реабилитации для прохождения постлечебной программы «Возвращение». На момент поступления в отделение медицинской реабилитации срок ремиссии составлял 6 месяцев. С 16.03.2017 г. по 16.06.2017 г. пациентка успешно прошла первый этап постлечебной программы «Возвращение». За этот период на занятиях была активной, выполняла домашнее задание, посещала тренинги, давала обратную связь. Занималась волонтерством. Принимала участие в досуговых мероприятиях: посещала театры, музеи. Посетила 90 групп Анонимных алкоголиков и Анонимных наркоманов (АА и АН). В большей степени себя идентифицирует с группой АН. Высказывала желание для закрепления результата продолжить работу во втором этапе постлечебной программы «Возвращение». Со слов пациентки: «Я не хочу останавливаться, мне нравится учиться, помогать другим, со мной советуются другие пациенты, и мне это нравится». На тот момент (16.06.2017 г.) ремиссия – 8 месяцев.

С 19.06.2017 г. по 19.09.2017 г. успешно прошла второй этап постлечебной программы «Возвращение». За период прохождения второго этапа программы социализировалась – устроилась на работу консультантом по химической зависимости в частный реабилитационный центр. Активно посещала групповые занятия, занималась волонтерством, посещала досуговые мероприятия. Согласно динамике экспериментально-психологического обследования, улучшились

показатели памяти и внимания, углубилось понимание существующей проблемы. Сформировалась установка на дальнейшее формирование устойчивой трезвости и стабильной социализации. Для закрепления положительной динамики высказывала желание продолжить реабилитационную программу в третьем этапе постлечебной программы. На тот момент (19.09.2017 г.) ремиссия – 11 месяцев.

С 21.09.2017 г. по 13.10.2017 г. успешно прошла третий этап программы «Возвращение» и завершила полный курс постлечебной программы. За реабилитационный период произошла выраженная положительная динамика – появилось осознанное отношение к факту зависимости, способность выделять значимые элементы для формирования ремиссии. Социализировалась – трудоустроилась консультантом по химической зависимости. Вовлечена в работу группы самопомощи АА и АН. Принимает участие в волонтерстве, досуговых мероприятиях. Принимала активное участие в проведении групповых занятий. Реально планирует будущее и осуществляет планы. В дальнейшем надеется самостоятельно справиться с проблемами зависимости.

В течение всего периода (с 16.03.2017 г. по 13.10.2017 г.) прохождения постлечебной программы «Возвращение» также регулярно посещала врача – психиатра-нарколога в наркологическом диспансере и инспектора УФСИН филиала № 25 по приговору суда (2014 г., ст. 228, ч. 2). В наркологическом диспансере наблюдается у врача – психиатра-нарколога, психолога и психотерапевта по индивидуальному плану наблюдения.

В настоящее время подтвержденная ремиссия у пациентки – 2 года 1 месяц. На данный момент наблюдается в третьей группе диспансерного наблюдения. При прохождении наблюдения в первой группе диспансерного наблюдения пациентка регулярно посещала наркологический диспансер в назначенное время. В дни явки к психиатру-наркологу в течение этого времени жалобы не предъявляла, состояние пациентки было удовлетворительным. Влечение и употребление наркотиков и алкоголя отрицала. В словесный контакт вступала охотно. В беседе оставалась вежливой. Отвечала на заданные вопросы по существу, после небольшой паузы. Зрительный контакт поддерживала. Речь нормального темпа. Пациентка охотно и подробно сообщала анамнестические данные. Однако в беседе постепенно истощается. Настрой на лечение обусловлен желанием «обеспечить нормальную жизнь детям». Фон настроения умеренно снижен. Мышление последовательное. Память сохранена. Критика к своей зависимости от ПАВ на этапе формирования. По результатам лабораторных анализов (27.04.2017 г.): биохимический анализ крови – холестерин повышен (5,86 ммоль/л), мочевины понижена (2,25 ммоль/л), остальные показатели в пределах нормы. Анализ крови на инфекции: антитела к ВИЧ не обнаружены, реакция Вассермана и др. не обнаружены, антитела к ВГВ не обнаружены,

антитела к ВГС обнаружены. Анализ CDT в пределах физиологической нормы. Тест мочи (14.04.2017 г.; 15.05.2017 г.; 12.07.2017 г.; 12.08.2017 г.) на выявление 10 наркотических соединений в моче – не обнаружены.

Во второй группе диспансерного наблюдения пациентка регулярно посещала наркологический диспансер в рекомендованное время. Врачу – психиатру-наркологу на тот момент жалобы не высказывала. Со слов пациентки, на данный момент активно посещает группы АА и АН, также регулярно посещает инспектора филиала № 25 УФСИН: «Очень хочу сняться с учета по приговору суда, надеюсь, это скоро произойдет». Влечение и употребление ПАВ отрицала. Контакту доступна. На вопросы отвечала полно, информацию не утаивает. Мимика живая. Память в пределах нормы. Фон настроения ровный. Мышление обстоятельное, логичное. Бреда, обманов восприятия не было выявлено. Суицидальных мыслей не высказывала. Критика к своему заболеванию формируется. По результатам лабораторных анализов, за период наблюдения во второй группе диспансерного наблюдения (25.01.2018 г.): биохимический анализ крови – глюкоза понижена (3,74 ммоль/л), остальные показатели в пределах нормы. Анализ крови на инфекции: антитела к ВИЧ не обнаружены, реакция Вассермана и др. не обнаружены, антитела к ВГВ не обнаружены, антитела к ВГС обнаружены. Анализ CDT в пределах физиологической нормы. Тест мочи (25.01.2018 г.; 06.03.2018 г.; 31.05.2018 г.; 21.08.2018 г.; 11.10.2018 г.) на выявление 10 наркотических соединений в моче – не обнаружены. Также предоставила справку 31.05.2018 г. с уголовно-исполнительной инспекции о том, что пациентка Е. 10.04.2018 г. снята с учета филиала № 25 ФКУ УИИ УФСИН России по г. Москве в связи с истечением испытательного срока и освобождена от наказания в виде лишения свободы условно на 3 года.

В настоящее время пациентка переведена в третью группу диспансерного наблюдения. Она продолжает активно участвовать в группах АА и АН, регулярно посещает наркологический диспансер, где наблюдается у врача – психиатра-нарколога, психотерапевта и психолога.

Соматический и неврологический статус на момент обследования без патологии.

Психический статус на момент обследования. Вежлива. В ясном сознании, в месте, времени и собственной личности ориентирована всесторонне правильно. В словесный контакт вступает охотно. В беседе остается вежлива. Отвечает на заданные вопросы по существу, после небольшой паузы. Зрительный контакт поддерживает. Речь нормального темпа. Пациентка охотно и подробно сообщает анамнестические данные. Однако в беседе постепенно истощается. Настрой на лечение обусловлен желанием «обеспечить нормальную жизнь детям». Фон настроения в норме. Мышление последовательное. Память

сохранена. Мимика живая. На момент осмотра бредовых идей и обманов восприятия не обнаруживает. Критика к заболеванию присутствует. Влечение к ПАВ отрицает. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Настроена на полный отказ от употребления ПАВ и на продолжение реабилитационной программы в амбулаторных условиях.

Патопсихологическое заключение на момент обследования. В ситуации исследования спокойна, доброжелательна. Иногда в поведении просматривались признаки внутреннего напряжения. Открыто отвечала на поставленные вопросы. Предложенные задания послушно выполняла, своими достижениями не интересовалась. Явных нарушений психической деятельности не обнаружено. Можно отметить невыраженные изменения психической деятельности органического генеза.

Возможности непосредственной памяти достаточны, соответствуют границам «нижней» нормы – 5.8.8.9.10. Отсроченное воспроизведение 7 слов из 10. Темп воспроизведения замедлен. В воспроизводимый набор вербальных стимулов включены посторонние слова, что свидетельствует о наличии органически неполноценного фона. Гомогенная интерференция снижает продуктивность запоминания.

Сужен объем активного внимания. Темп сенсомоторных реакций в пределах нормы, однако можно отметить его выраженную неравномерность вследствие запоздалой вработываемости. Выполнение арифметических операций – в пределах нормы, с тенденцией к замедлению.

Исследование ассоциативного процесса выявляет соответствие используемых образов и понятий стимульному материалу. Используемые образы адекватны, атрибутивны, содержательны, при этом эмоционально маловыразительны и немного формальны. В единичных случаях имеет место попытка использования чувственно-отдаленных образов (например, понятие «печаль» запоминается при помощи рисунка одного глаза с выкатывающейся слезой, ресницами и ярко прорисованным зрачком; дается короткое пояснение: «глаз со слезой, типа печаль») и символических конструкций.

Ассоциативный эксперимент свидетельствует об инертности психических процессов, склонности к застреванию, обеднении словарного запаса, единичных затруднениях в поисках нужного слова (например, слова-раздражители «красота», «жестокость», «совесть» вызывают одну и ту же повторяющуюся ассоциативную словесную реакцию в виде слова – «качество»). Обращает на себя внимание частое использование жаргонных выражений, особенно в ситуации затруднения, что может быть признаком некоторого личностного снижения.

Процесс мышления – без грубых нарушений, операции анализа-синтеза легко выполнялись с учетом существенных признаков, суждения

последовательны, логичны. Предложенная инструкция запоминалась с первого предъявления. Доступны обобщения сложных понятий, адекватно понимание сложных логико-грамматических конструкций. На этом фоне обращает на себя внимание неравномерность процесса обобщения – наличие единичных конкретно-ситуационных решений с оттенком примитивности, а также решений с использованием несущественных, латентных связей. Допущенные ошибки самостоятельно не замечаются и не всегда доступны коррекции, несмотря на предложенную подсказку, что может являться показателем снижения уровня критичности.

Недоступно понимание переносного смысла сюжетного материала (юмористические рисунки). Восприятие сюжета выстраивается на основе собственных субъективных представлений с игнорированием существенных признаков ситуации.

Данные графической продукции свидетельствуют о неустойчивости самооценки, склонности к тревожному паттерну реагирования, импульсивности, возможно – снижении адекватности восприятия образа мужчины.

Исследование самооценки выявляет депрессивные тенденции, некоторое повышение уровня притязаний, излишне эйфоричное восприятие состояния своего здоровья (отметка располагается у верхнего полюса с комментарием: «За исключением зависимости и зубов, все нормально по здоровью, не жалею»).

Феномен упорядоченности пиктограммы, проявляющийся в соответствии рисунков размерам листа, соблюдении их приблизительно одинаковых размеров и расстояний, может свидетельствовать о субдепрессивном состоянии, что соотносится с данными самооценки. Отметка по шкале «Счастье» – самая низкая, находится в нижней трети шкалы, сопровождается следующим комментарием: «Я не особо счастлива, пока что так». Для того чтобы поставить отметку повыше, много что нужно: «Нужна работа...»

При исследовании по шкале клинической рейтинговой оценки пограничного расстройства личности суммарный балл – 11, что соответствует диагнозу «Пограничное расстройство личности».

В беседе обследуемая упоминает об эпизодическом появлении «суицидальных мыслей», к которым она пытается относиться «критически», часто прибегая к помощи наставника из АН, другим членам терапевтического сообщества.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно выделить следующие особенности:

1. Невыраженные изменения психической деятельности органического генеза (ослабление процесса активного внимания, неравномерность темпа сенсомоторных реакций, тенденция к замедлению темпа работы, инертность

психических процессов, склонность к застреванию, трудности вработываемости);

2. Скрытую неравномерность мышления (когда на фоне сохранности адекватных операций анализа-синтеза присутствуют единичные конкретно-ситуационные решения с оттенком примитивности, а также единичные некорректируемые решения на основе несущественных, латентных связей);

3. Признаки частичной некритичности и некоторого личного снижения;

4. Вероятное субдепрессивное состояние с эпизодическим появлением «суицидальных мыслей»;

5. Выявлено пограничное расстройство личности.

Заключение. Из анамнеза известно, что у пациентки отсутствует наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями. С раннего детства пациентка росла с бабушками, долгое время не видя своих родителей. Возможно, именно это привело к возникновению детской травмы, когда она тяжело переживала разлуку с родителями, формируя прерывистый тип привязанности. На протяжении всей своей жизни она ощущает последствия этой травмы в виде тяжело переносимого одиночества, ощущения пустоты, из-за чего повторно выходит замуж за употребляющих наркотики мужчин. Первоначальная травма сделала ее чрезвычайно ранимым, незащищенным и предрасположенным к реактивным реакциям человеком.

С взрослением пациентка все больше стала ощущать, что с ней что-то не так. Постоянные смены школ и переезды из города в город, новые знакомства вызывали у пациентки ощущение безысходности и уверенность, что она ничего не может поменять. Она понимала, что родители не станут ее слушать и сделают все как им удобно. Это приводило ее в ужас. В 14 лет снова смена школы и переезд в Москву. В новой школе отношения с одноклассниками не сложились, ее неоднократно избивали. К родителям не обращалась. Практически все пациенты с пограничным расстройством личности в детстве подвергаются насилию – психологическому, физическому или сексуальному, но многие этого даже не осознают. Неоднократные избиения в школе и непонимание со стороны родителей привели к возникновению суицидальных мыслей. Безвыходность, ощущение пустоты и непонимания привели ее к самоповреждениям и попыткам суицида.

Употребление наркотиков пациентка связывает со стремлением заглушить неприятные эмоциональные переживания – боль, обиду, отчаяние. Круг общения стал состоять из людей, которые употребляли ПАВ. Ей было комфортно общаться с этими людьми, так как они ее понимали. Мужья были также из этого круга общения. Пациентка не понимала, как можно жить без употребления ПАВ, и мужья ее поддерживали в этом. Но каждый раз, когда у мужей возникали проблемы с законом и они попадали в тюрьму, она пыталась бросить

употребление ПАВ, но самостоятельно это не получалось. Пациентка трижды была судима, наказания были в виде условного срока. Когда была осуждена в третий раз, испугалась «реального срока». В связи с этим начала проходить лечение от наркомании. Вероятно, такое жесткое выстраивание границ для нашей пациентки было важным в отношении ее мотивации на лечение и реабилитацию. Пациентка в течение двух лет пять раз проходила полный курс лечения в линейном отделении, по окончании стационарного лечения каждый раз вводился препарат пролонгированного инъекционного Налтрексона. Из примера можно сделать вывод, что в данном случае фармакотерапия была не достаточной для формирования отказа от употребления ПАВ и установления ремиссии. Пациентка отказывалась от продолжения получения противорецидивной терапии. Для нее было сложным продолжить лечение в амбулаторных условиях, так как сохранялись влечение к ПАВ, психопатологические расстройства в виде депрессивных нарушений, а также отсутствовали личностный ресурс и возможность амбулаторного лечения. После стационарного лечения возобновляла употребление ПАВ.

Во время последней госпитализации в сентябре 2016 года в отделении пациентке предложили пройти лечение в реабилитационном центре. Пациентке на тот момент грозил реальный срок, так как она уклонялась от обязательств по приговору суда, не проходила наблюдения у врача – психиатра-нарколога в наркологическом диспансере по месту жительства. Угроза в виде отбывания срока наказания в местах лишения свободы сыграла основную роль в ее решении прекратить употребление ПАВ и продолжить лечение в реабилитационном центре.

В реабилитационном центре прошла полный курс лечения. Программа реабилитации соответствовала потребностям пациентки и тем психопатологическим нарушениям, которыми она страдала. Особенно это касалось выстраивания четкого порядка с формированием отсутствующих и нарушенных границ личности. После реабилитационного центра прошла все этапы реабилитационной программы «Возвращение». Продолжает наблюдение у врача – психиатра-нарколога в наркологическом диспансере.

Согласно мировой медицинской статистике, пограничным расстройством страдают 2–3 процента населения Земли, а среди наркологических больных пограничное расстройство личности встречается в 20–40 процентах (Шустов Д.И., Федотов И.А., Юрченко Л.Н., 2014). Также приводятся данные о том, что распространенность коморбидных личностных расстройств у больных может достигать уровня 58–78 % (Bravo de Medina R. et al., 2007). Наркологические пациенты с пограничным расстройством личности имеют достаточно высокий суицидальный риск. История жизни и ремиссии нашей пациентки показывают,

что она относится к тяжелым малокурабельным больным. У нее, кроме зависимости от нескольких наркотиков и алкоголя, имеются характерные трудности в самовосприятии, нарушения в системе привязанности, негативный детский травматический опыт, нарушения в понимании своих целей и внутренних устремлений, хроническое ощущение пустоты, напряженные и нестабильные межличностные отношения и тенденция к саморазрушающему поведению, включая суицидальные попытки. Имея так сложно сплетенные коморбидные нарушения в виде расстройства личности и зависимого поведения, пациентка продолжает лечиться, поддерживать свою трезвость и преодолевать жизненные трудности.

История этой ремиссии показывает, как комплексный подход к ведению пациентки с пограничным расстройством личности с зависимостью от нескольких ПАВ приводит к формированию стойкой ремиссии у тяжелого наркологического больного.

Клинический пример № 2

Больной Я., 1979 г.р., состоял на диспансерном наблюдении в филиале № 2 (наркологический диспансер № 2) ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ с 17.02.2015 г. по 11.07.2019 г. с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. Синдром зависимости от нескольких ПАВ. Средняя стадия. Снят с диспансерного наблюдения по подтвержденной ремиссии 3 года.

Жалобы. Жалоб на момент осмотра больной не предъявляет.

Анамнез со слов больного. Наследственность отягощена алкогольной зависимостью отца. Родился в Москве. Роды в срок, о родах и беременности матери не сообщает. Воспитывался и жил в полной семье рабочих. Родился вторым ребенком в семье. Старший брат ПАВ и алкоголь не употребляет. Отношения с братом не поддерживает, они сложные по причине употребления ПАВ.

Отец по профессии рабочий, работал на заводе. Злоупотреблял спиртными напитками, курил. По характеру был мягким, добрым, вне зависимости от того пьяный или трезвый. Много работал. Вид пьяного отца и общение вызывали у больного раздражение. Маму характеризует как женщину мягкую, добрую, любящую и заботливую. Алкоголь мать не употребляла. На почве употребления алкоголя отцом в семье были частые конфликты. Отец умер в возрасте 65 лет.

Рос и развивался нормально. Физическое развитие соответственно возрасту, своевременно начал сидеть, ходить, говорить. Посещал детский сад с 3 лет. Себя помнит с 5 лет. По характеру был импульсивным, капризным. Говорит о том, что подобные качества сохраняются и до сих пор. Связывает эти качества и неровность своего поведения с пьянством отца, его внезапным появлением дома в пьяном виде. Но при этом считает себя добрым и заботливым. В школу пошел с 7 лет. В коллективе легко адаптировался, хорошо учился первые три класса, потом стало «неинтересно». Гораздо интереснее было на улице со старшими ребятами. Из школьных предметов больше всего нравилась история. В свободное время занимался спортом – борьбой, плаванием, футболом. Отдавал предпочтение футболу. В 8-м классе дважды оставался на второй год в связи с плохим поведением и невыполнением программы обучения. После окончания 8-го класса поступил в профессионально-техническое училище (ПТУ) строительного профиля по специальности «Монтажник» и стал хорошо учиться. Трудовую деятельность начал с 16 лет, будучи учащимся ПТУ, работал на стройках. С 1997 г. по 1999 г. служил в рядах российской армии. Служба прошла нормально. В настоящее время проживает в семье с женой и двумя детьми.

Первая проба алкоголя – в 12 лет в компании друзей. После чего сразу ощутил головокружение, слабость, тошноту, тяжесть в голове, сонливость, отвращение к подобному состоянию. С 14 лет начал эпизодически курить марихуану и нюхать клей. При этом считал, что наркотики употреблять плохо. Со слов больного: «Имел внутренний запрет на инъекционное употребление ПАВ», который исчез после службы в армии. Систематически употреблять наркотики стал после службы в армии, что связывает с изменением мировоззрения. Вначале употреблял алкоголь, в 21–22 года на фоне приема алкоголя – «первитин», потом героин. То, что раньше для него было совершенно неприемлемо (употребление наркотика), «стало вдруг совершенно нормальным; появилась возможность доставать все вещи, появились приятели». Все стало интересно, увидел, что ничего страшного не происходит, все доступно. «Почувствовал себя другим человеком, был кайф». Отмечает, что раньше имел сниженную самооценку как «ребенок из неблагополучной семьи», а потом эта позиция изменилась, появилась уверенность в себе, «новые возможности».

Внутривенно героин стал употреблять с 2004 г. ежедневно по 2–3 грамма по 2–3 инъекции в день, сочетая с употреблением 1,5 литров пива в день. К 2014 г. полностью сформировался абстинентный синдром, появились выраженные психические, неврологические и соматические расстройства, нарушения сна, тревога, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа», бессонница, озноб, сменяющийся жаром, потливость и слабость, а также дискомфорт в мышцах спины, ног и шеи, боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах, тошнота, рвота, иногда боли в области живота, усиление перистальтики кишечника, диарея.

После длительного периода употребления наркотика пришел к выводу, что «главное – это снять абстиненцию», поэтому неоднократно самостоятельно обращался в «17-ю больницу», лечился и вновь «входил в систему». С 2014 г. по 2015 г. проходил 7 раз курсы лечения и реабилитации в стационаре ГБУЗ МНПЦ наркологии и в клиническом филиале № 2 без формирования устойчивой ремиссии. Светлые промежутки после стационарного курса лечения составляли не более 7 дней. Последняя госпитализация с 24.04.2015 г. по 08.05.2015 г.

Со слов больного: «Так продолжалось около двух лет». Затем «мама направила в реабилитацию». 26.06.2015 г. поступил в ООО РЦ «Спутник» в Воронежской области, где прошел полный курс реабилитации. 29.06.2016 г. был выписан с положительной характеристикой, зарекомендовав себя как добросовестный, дисциплинированный и ответственный.

После окончания курса реабилитации вернулся в Москву и 04.07.2016 г. обратился в филиал № 2 (наркологический диспансер № 2) для дальнейшего наблюдения и лечения.

Соматический статус. Правильного телосложения, умеренного питания. Тургор кожи сохранен, кожные покровы обычной окраски. Татуировки на запястье и левом предплечье. На правой голени и левом предплечье послеоперационные рубцы. Язык чистый, влажный. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет.

ЧД = 18 в минуту. АД = 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления (со слов) в норме.

Неврологический статус. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Зрачки одинаковые. Средней величины. Фотореакция зрачков в норме. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовая проба без промахивания. Походка уверенная. Сухожильные рефлексy в норме, без разницы сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Лабораторные показатели и физикальные методы обследования. Биохимические показатели, химико-токсикологические исследования и анализ СДТ без существенных отклонений от нормы.

Психический статус. В ясном сознании, в месте, времени и собственной личности ориентирован всесторонне правильно. Визуальный контакт с врачом поддерживает. Мимика живая. Голос тихий, эмоционально окрашен. Во время беседы с больным установлен продуктивный контакт. На вопросы отвечает охотно, по существу, преимущественно односложно. Вежлив. Мышление последовательное с тяготением к конкретному. Бреда и галлюцинаторных переживаний не выявлено. Фон настроения в норме. Критика к заболеванию присутствует. Влечение к ПАВ отрицает. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Память на прошлые события сохранена.

Патопсихологическое заключение. В ситуации исследования неспокоен, легко возбуждался, подчеркивал свою «импульсивность» («я же вам говорил об этом»). Тяготился тестированием. Пытался не выполнять предложенные задания, просил быстрее отпустить, так как он очень спешит «по делам». Предложенные задания выполнял поспешно. Своими достижениями не интересовался.

Диагностируются невыраженные изменения психической деятельности органического генеза. Возможности непосредственной памяти достаточны – 5.8.7.8.10. Процесс запоминания неустойчив. Сужен объем активного внимания. Можно отметить трудности концентрации внимания. Темп работы достаточный с тенденцией к замедлению. Уровень интеллектуального развития низкий, данные краткого интеллектуального теста КОТ – 11 баллов (16 баллов набирают школьники 6-го класса). Можно отметить незначительные признаки усталости после выполнения большого ряда экспериментальных заданий.

Личностные характеристики представлены сочетанием дисфункциональных черт: антисоциальный тип (15 баллов) и пограничный (13 баллов). В заметно меньшей степени присутствуют пассивно-агрессивные тенденции (7 баллов). «Общий индекс личностного неблагополучия» достаточно выраженный (62 балла – 52 %), что свидетельствует о наличии сохраняющихся личностных расстройств.

Данные теста аддиктивных установок (MGAA) свидетельствуют о соответствии актуальных установок обследуемому процессу выздоровления, полученные цифры не достигают среднего значения (для нелечащихся с алкогольной и наркотической зависимостью – 110,5) и составляют 60 баллов, что подтверждает отсутствие явных аддиктивных установок и подчеркивает положительную динамику выздоровления.

Также можно отметить субъективно положительную оценку больным своего самочувствия («обычно я полон энергии» – по его собственному определению) и состояние здоровья, которое он оценивает как «отличное» и «несколько лучшее, чем год назад». При этом анализ данных теста «Качество жизни» показывает, что у пациента на момент исследования заметно снижены показатели психологического компонента здоровья, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; присутствует болевой компонент, изменена сфера социальных взаимоотношений. Таким образом, отмеченные особенности, появившиеся как следствие наркотизации, непосредственно влияют на качество жизни пациента, внося в его жизнь различные ограничения, в первую очередь физиологического характера. При этом можно отметить и психологические изменения, которые меняют социальное взаимодействие, отражаясь на качестве его жизни.

Обследуемый сообщает о том, что в целом его жизнь представляется ему полной и достаточно осмысленной, но при этом не имеющей определенных целей. Поэтому в качестве мишени психотерапевтического воздействия можно выбрать позицию по коррекции целеполагания.

Социально адаптирован. Проживает в семье – жена, двое детей. Работает консультантом по химической зависимости. Имеет планы по смене места работы по причине утомления, усталости от подобной работы.

Таким образом, в результате проведенного исследования диагностируются невыраженные изменения психической деятельности органического генеза, невысокий уровень интеллектуального развития на фоне отсутствия явных аддиктивных установок, положительной динамики выздоровления у личности с сочетанием дисфункциональных черт (антисоциальный и пограничный типы расстройств) и сниженным качеством жизни.

Динамическое наблюдение. Лечение. 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. Кроме того, неоднократно проходил психологическое консультирование и психологическую коррекцию с положительным эффектом.

В повседневной жизни активный участник сообщества «Анонимные наркоманы», является консультантом по химической зависимости в РЦ «Уника».

Диагноз по МКБ-10. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. Синдром зависимости от нескольких ПАВ (алкоголь, каннабиноиды, психостимуляторы, опиоиды), средняя стадия. F 19.2. Хронический вирусный гепатит С (В 18.2).

Заключение. К особенностям клинического случая можно отнести следующее. Наследственность отягощена алкогольной зависимостью отца. Пациент рос и воспитывался в дисфункциональной семье. Мать была очень доброй, заботливой и всегда жалела отца. Отец злоупотреблял спиртными напитками и очень много курил. Вид пьяного отца и общение вызывали у больного одно только раздражение. На фоне злоупотребления алкоголя отцом в семье были частые конфликты. С детства был импульсивным, капризным. Говорит о том, что подобные качества сохраняются и до сих пор. Связывает эти качества и неровность своего поведения с пьянством отца, его внезапным появлением дома в пьяном виде. Воспитанием больного никто не занимался, родителей не интересовали его успехи в школе, в результате чего больной проучился три класса, дальше стало неинтересно учиться. Все свободное время проводил на улице со старшеклассниками. В 8-м классе дважды оставался на второй год в связи с плохим поведением и невыполнением программы обучения. Он понимал, что родителям было все равно, и можно делать так, как ему хочется.

Первое употребление алкоголя – в 12 лет в кругу друзей, со слов – друзьям было по 15–16 лет. С 14 лет начал употреблять каннабиноиды. Употреблял эпизодически в течение 4 лет, пока не призвали на службу в армию. После службы в армии по возвращении домой возобновил употребление ПАВ. Вначале это был «первитин», через полгода – героин. Свое употребление связывает с возможностью почувствовать себя полноценным, так как с детства считал себя ребенком из неблагополучной семьи и хотел утвердиться в обществе, иметь много друзей. Все свои употребления ПАВ связывает с возможностью обрести уверенность в себе и добиться новых возможностей. С 2004 г. ежедневно по 2–3 грамма по 2–3 инъекции в день, сочетая с употреблением 1,5 литров пива в день. После длительного периода употребления наркотика пришел к выводу, что «главное – это снять абстиненцию», поэтому неоднократно самостоятельно обращался в «17-ю больницу», лечился и вновь «входил в систему». С 2014 г. по 2015 г. проходил 7 раз курсы лечения и реабилитации в стационаре ГБУЗ МНПЦ

наркологии, в клиническом филиале № 2, без формирования устойчивой ремиссии. Светлые промежутки после стационарного курса лечения составляли не более 7 дней. Последняя госпитализация с 24.04.2015 г. по 08.05.2015 г.

После того, как мама пациента направила на лечение в ООО РЦ «Спутник» в Воронежской области, где он прошел полный курс реабилитации, прекратил употребление ПАВ.

У пациента диагностируются невыраженные изменения психической деятельности органического генеза. Возможности непосредственной памяти достаточны – 5.8.7.8.10. Процесс запоминания неустойчив. Сужен объем активного внимания. Можно отметить трудности концентрации внимания. Темп работы достаточный, с тенденцией к замедлению.

По данным краткого интеллектуального теста КОТ, уровень интеллектуального развития низкий, равен 11 баллам.

Для оценки дисфункциональных личностных черт больного использовался метод структурированного клинического диагностического интервью – SCID-II, по результатам которого личностные характеристики представлены сочетанием дисфункциональных черт: антисоциальный тип (15 баллов) и пограничный (13 баллов). В заметно меньшей степени присутствуют пассивно-агрессивные тенденции (7 баллов). «Общий индекс личностного неблагополучия» достаточно выраженный (62 балла – 52 %), что свидетельствует о наличии сохраняющихся личностных расстройств.

Данные теста аддиктивных установок (MGAA) свидетельствуют о соответствии актуальных установок обследуемого процессу выздоровления, составляют 60 баллов (у пациентов с зависимостью от ПАВ или алкоголя – составляют 110,5), что подтверждает отсутствие явных аддиктивных установок и подчеркивает положительную динамику выздоровления.

Анализ данных теста «Качество жизни» показал, что у пациента на момент исследования заметно снижены показатели психологического компонента здоровья, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; присутствует болевой компонент, изменена сфера социальных взаимоотношений. Таким образом, отмеченные особенности, появившиеся как следствие наркотизации, непосредственно влияют на качество жизни пациента, внося в его жизнь различные ограничения, в первую очередь физиологического характера. При этом можно отметить и психологические изменения, которые меняют социальное взаимодействие, отражаясь на качестве его жизни.

В результате проведенного лечения в реабилитационном центре удалось в значительной степени купировать проявления патологического влечения к ПАВ, что повлияло на формирование ремиссии. Ремиссия в реабилитационном центре сформировалась устойчивая и длительная, в течение 12 месяцев. Признаков

срывов и рецидивов заболевания пациент не отмечает. С настроем на дальнейшее воздержание обратился в наркологический диспансер, где проходил диспансерное наблюдение в течение 3 лет.

Таким образом, проведенная терапия в реабилитационном центре и дальнейшее наблюдение в наркологическом диспансере позволили достичь длительной и устойчивой ремиссии, улучшить качество жизни пациента и повысить его уверенность в себе. Пациент смог улучшить социальное функционирование и восстановил свой семейный статус.