

На правах рукописи

УДК: 616.89-008.441.3:159.9

Лопатин

Дмитрий Владимирович

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ГЕРОИНА,
НА РАЗНЫХ ФАЗАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки)

14.01.27 – Наркология (медицинские науки)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Сирота Наталья Александровна
доктор медицинских наук, профессор Ялтонский Владимир Михайлович

Официальные оппоненты:

Джангильдин Юрий Тангирович, доктор медицинских наук, профессор
(профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО ГБОУ ВПО «МГМСУ» Минздравсоцразвития России)

Бузик Олег Жанович, доктор медицинских наук
(заместитель директора ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы)

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России (117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1).

Защита состоится 30 мая 2012 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.041.05 при ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (117419 Москва, 1-ый Донской проезд, д.43).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России (127206 Москва, ул. Вучетича, д.10а).

Автореферат разослан 28 апреля 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

У.Х.Гаджиева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Актуальность исследования зависимости от опиоидов (героина) обусловлена как фактическим наличием в России эпидемии внутривенного употребления героина, сочетающейся с эпидемией ВИЧ-инфекции, заражение которой происходило инъекционным путем, остротой возникающих при этом медицинских, социальных и правовых проблем, так и практическими потребностями наркологии и клинической психологии (Альтшулер В.Б., Чирко В.В., Рохлина М.Л., 2008; Брюн Е.А., Михайлов М.А., 2011; Благов Л.Н., 2005, 2008; Дудко Т.Н., 2003, 2008; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002, 2008; Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пелипас В.Е., 1999; Клименко Т.В., 2008; Крупицкий Е.М., 2008; Мохначев С.О., Рохлина М.Л., 2008; Новиков Е.М., 2009; Цыганков Б.Д., 2000; Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 1999). По данным государственной статистики и эпидемиологических исследований в 2008 году длительность ремиссий от 1 года до 2 лет среди больных, зависимых от наркотиков составляет 8,5%; свыше двух лет – 7,9% (Кошкина Е.А., 2008).

Достаточно скромные результаты терапии зависимости от наркотиков делают актуальной дальнейшую разработку проблем лечения, реабилитации и профилактики рецидивов, ремиссии на основе современных теоретических подходов. Одним из таких подходов является когнитивная теория стресса и копинга Р.С. Лазаруса. Понятие «совладающее поведение» (coping behavior, копинг-поведение) подразумевает индивидуальный способ совладания человека со стрессами, трудными жизненными ситуациями (в т.ч. и болезнью) в соответствии с их значимостью в его жизни (Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995, 2008; Михайлова Н.Ф., 1998; Абабков В.А., Вассерман Л.И., 2010; Шibaева, К.С., Гарданова Ж.Р., 2010, Lazarus R.S., 1987; Wills T.A., 1990, 2002; Perrez M., Reicherts M., 1992).

В современных исследованиях употребление наркотиков и алкоголя рассматривается как малоадаптивный способ совладания со стрессом,

жизненными проблемами, который снижает негативное воздействие дистресса, вызванное им напряжение и усиливает позитивные ощущения. Отечественные исследования по проблеме совладающего с болезнью поведения больных зависимых от героина носят фрагментарный характер, не изучены особенности копинг-поведения в активной фазе заболевания после раннего рецидива и в фазе стойкой ремиссии, что не позволяет индивидуализировать психотерапевтические мишени и повысить эффективность проводимого лечения, повысить качество ремиссий. Изучение особенностей совладающего поведения больных, зависимых от опиоидов, после перенесенного рецидива и при стойкой ремиссии, могло бы играть важную роль в переходе от модели острой биопсихосоциальной стабилизации в лечении к модели управления процессом поддержания выздоровления, с вовлечением психологических и социальных ресурсов, реабилитационного потенциала самого больного, его семьи, общества (Сирота Н.А., 1994, 2008; Видерман Н.С., 2000; Дудко Т.Н., 2008; Ялтонский В.М., 2009; Moos R.H., 1996; Annis H.M., 1998; Sihna R., 2001, 2008; Grüsser S., 2007; McKay J.R., 2005; McLellan A.T. et al., 2000).

Цель исследования: сравнительное изучение адаптационных характеристик совладающего с болезнью поведения зависимых от героина, с ранним рецидивом и зависимых от героина, со стойкой ремиссией.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ современных представлений о совладающем со стрессом поведении и его характеристиках у зависимых от психоактивных веществ.

Путем сравнения двух групп больных, зависимых от героина - после раннего рецидива и больных со стойкой ремиссией - и контрольной группы исследовать:

2. Клинико-биографические и клинико-психопатологические характеристики;

3. Копинг-стратегии «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание»;

4. Восприятие социальной поддержки и характеристики социальных сетей;
5. Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска;
6. Самоэффективность воздержания от употребления наркотиков.

Научная новизна исследования. Впервые на основании сравнительного комплексного клинико-психологического подхода изучено совладающее поведение здоровых лиц и больных, зависимых от героина, находящихся на разных фазах заболевания, определены характеристики копинг-поведения больных героиновой наркоманией в фазе рецидива и в фазе стойкой ремиссии. Установлено, что психологические механизмы совладания с болезнью, используемые больными в активной фазе заболевания, после перенесенных рецидивов, качественно отличаются от механизмов совладания с болезнью, помогающих больным длительно сохранять состояние стойкой ремиссии, совладать с возникающим искушением наркотизации и ситуациями высокого риска употребления психоактивных веществ. Выявлены особенности базисных стратегий совладающего поведения больных зависимых от героина, находящихся на разных фазах заболевания и здоровых. Новым является сравнительное исследование личностного копинг-ресурса «восприятие социальной поддержки» и социальных сетей в обследуемых группах. Впервые в России исследована самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива больных, зависимых от героина на разных фазах заболевания, проведена систематизация и дифференциация ситуаций высокого риска рецидива наркотизации по степени сложности совладания с ними на разных фазах болезни. Автором изучена самоэффективность воздержания от употребления наркотиков больных, зависимых от героина, как в фазе рецидива, так и в фазе стойкой ремиссии.

Практическая значимость работы заключается в том, что получены знания об особенностях совладающего поведения на разных этапах развития болезни, о самоэффективности совладания с ситуациями высокого риска наркотизации, дифференциации этих ситуаций по степени сложности

совладания с ними и самоэффективности ожидаемых краткосрочных результатов лечения. Это позволяет повысить обоснованность и точность прогноза течения, терапии зависимости от героина, эффективность проводимого лечения, научную обоснованность создаваемых реабилитационных программ, сделать их более эффективными, а мишени длительного психотерапевтического воздействия более индивидуализированными. В исследовании решены сложные прикладные диагностические задачи психологической диагностики параметров совладающего поведения больных зависимых от героина в фазе рецидива и фазе стойкой ремиссии. Результаты диссертационной работы могут использоваться как в практической работе врачей психиатров-наркологов, медицинских психологов, так и в учебном процессе преподавателями кафедр психиатрии, наркологии и клинической психологии при подготовке студентов и при повышении квалификации разных групп специалистов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Совладающее с болезнью поведение больных, зависимых от героина, является дифференцированным в зависимости от фазы заболевания. Фаза раннего рецидива характеризуется недостаточностью психологических механизмов совладания с болезнью и компенсаторным использованием защищающего от дистрессов эффекта героина. Совладающее поведение в фазе стойкой ремиссии является более адаптивным и способствует воздержанию от употребления наркотиков, сфокусировано на поддержании жизненного стиля, исключающего употребление наркотиков.

2. В структуре совладающего поведения больных, зависимых от героина, в фазе раннего рецидива доминируют малоадаптивные стратегии избегания и дисфункционального разрешения проблем, на фоне слабо выраженной стратегии поиска социальной поддержки. В фазе стойкой ремиссии совладающее поведение больных, характеризуется преобладанием копинг-стратегий, направленных на разрешение проблем, связанных с

поддержанием ремиссии и поиск социальной поддержки процесса выздоровления.

3. В фазе раннего рецидива героиновой наркомании характерна низкая самоэффективность воздержания от употребления наркотиков в ближайшем будущем и низкая самоэффективность совладания с ситуациями риска, связанными с искушением наркотизации, проверкой личностного контроля, неприятными эмоциями, физическим дискомфортом, межличностном конфликте и социальным давлением.

Личное участие автора заключается в определении цели и задач исследования, непосредственном участии в получении результатов, их анализе и обобщении. Соискателем лично проведено обследование 116 пациентов, включенных в обследование и 50 условно здоровых контрольной группы. Автор лично проводил клиническое, психологическое обследование с применением современных методик, самостоятельно проанализировал полученные данные. По результатам работы автором написаны научные труды, подготовлена диссертационная работа.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты диссертационной работы внедрены в процесс медико-психологического сопровождения, психологического консультирования и психокоррекции пациентов клиники ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздравсоцразвития России, в работу отделения анализа и внедрения профилактических программ, отделения организации и координации научной деятельности ФБГУ «ННЦ наркологии» Минздравсоцразвития России, в процесс преподавания учебных дисциплин «Психология зависимости», «Профилактика наркомании и алкоголизма» и «Психология совладающего поведения» на кафедре клинической психологии ГБОУ ВПО «МГМСУ» Минздравсоцразвития России и используются в процессе лечения наркологами и медицинскими психологами филиала ГКУЗ «НКБ №17 Департамента здравоохранения г. Москвы».

Апробация работы. Материалы диссертации представлены на: XIII и XIV Съездах психиатров России (Москва, 10-13.11.2000 г., 15-18.11.2005 г.),

Международной научно-практической конференции «Актуальные аспекты проблемы толерантности в современном обществе» (Санкт–Петербург, 27-29.04.2004 г.), Международной конференции «Современные достижения наркологии» (посвященной 20-летию ННЦ наркологии Росздрава, Москва, 21-22.11.2005 г.), I-ом Российском национальном конгрессе по наркологии (Москва, 24-27.11.2009 г.), Научно-практической конференции «Наркология-2010» (Москва, 5-6.11.2010 г.).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, две из которых в изданиях, рекомендованных ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на ___ страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, указателя цитированной литературы и приложений. Библиографический указатель содержит ___ источников, из них ___ отечественных и ___ иностранных источников. Диссертация проиллюстрирована ___ таблицами, ___ рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Характеристика материала исследования. Материалы диссертации основаны на результатах медико-психологического и клиничко-психопатологического исследования 166 человек, разделенных на три группы.

Первую группу составили 65 сопоставимых по полу и возрасту пациентов с синдромом зависимости от героина II стадии (по критериям МКБ-10), поступившие в стационар после раннего рецидива заболевания (не позднее, чем в течение трёх месяцев после проведенного лечения). Средний возраст – $24,3 \pm 4,6$; длительность зависимости от героина от 3 до 11 лет (в среднем $6,5 \pm 2,1$ года). Абстинентный синдром формировался в течение 3 месяцев. Длительность заболевания варьировала в диапазоне от 9 месяцев до 10 лет. Обследование больных первой группы проводилось в стационаре на 15-20-й день (после купирования синдрома отмены). Из 70 человек начавших обследование в первой группе завершили обследование 65 человек.

Вторая группа включала 51 пациента с синдромом зависимости от героина II стадии в фазе стойкой ремиссии, большинство из которых являлись членами групп самопомощи «Анонимные Наркоманы». Средний возраст – $25,2 \pm 4,6$ при длительности зависимости от героина от 2 до 8 лет ($4,1 \pm 2,1$). Стойкой (сформировавшейся) ремиссией считалась ремиссия, продолжавшаяся свыше 1 года. Длительность ремиссии в этой группе варьировала от 1 года до 7 лет, в среднем 2,3 года. В дальнейшем термины «стойкая» и «сформировавшаяся» ремиссии используются как синонимы. Из 60 человек начавших обследование во второй группе завершили обследование 51 человек.

Третью (контрольную) группу составили 50 условно здоровых лиц, из общей популяции г. Москвы, сопоставимых по возрасту, полу, образованию с больными из 1 и 2 групп.

Методы исследования.

I. Экспериментально-психологический метод.

1. Методика «Индикатор стратегий совладающего поведения» (CSI, Amirkhan J.H., 1990; адаптирована Ялтонским В.М. и Сирота Н.А.)

2. «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (MSPSS, Zimet G.D., 1988; адаптирована Ялтонским В.М. и Сирота Н.А.)

3. Опросник «Уверенность в совладании с ситуациями высокого риска наркотизации» (УССВР-Н) (DTCQ, Annis H.M., Sklar S.M., Turner N.E., 1997; укороченная версия опросника адаптирована Ялтонским В.М.). Опросник предназначен для определения степени воспринимаемой больными уверенности в их способности совладать с влечением к наркотику.

4. «Опросник самооффективности воздержания от употребления наркотиков в ближайшем будущем» (Goldbeck R. et al., 1997; модификация Ялтонского В.М.). Опросник измеряет самооффективность совладания с болезнью (уверенность в воздержании от употребления наркотиков в ближайшие 3 месяца после проведенного лечения).

II. Клинико-биографический метод.

III. Клинико-психопатологический метод.

III. Статистический метод. Обработка результатов проведена при помощи пакета SPSS 12.0 с применением непараметрического анализа значимости различий между выборками по критерию U Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

I. Сравнительное клинико-психопатологическое исследование больных, зависимых от героина, на разных фазах заболевания.

Наследственная отягощенность алкоголизмом, наркоманиями и различными психическими расстройствами выявлена у 78% больных с ранними рецидивами (первая группа) и у 55% больных со стойкой ремиссией (вторая группа ($p=0,01$)). В группе больных с рецидивами заболевания статистически достоверно чаще встречались больные с возбудимыми (23,3%, ремиссия-13,7%, $p=0,001$), неустойчивыми (26,0%, ремиссия-15,7%, $p=0,005$) особенностями личности в преморбиде и психическим инфантилизмом (9,1%, ремиссия-3,9%, $p=0,05$). В группе больных со стойкими ремиссиями статистически достоверно чаще выявлены больные с тревожно-мнительными (рецидив -11,26%, ремиссия -19,6%, $p=0,005$) и реже с возбудимыми, неустойчивыми особенностями личности в преморбиде и психическим инфантилизмом. В группе больных с рецидивами патологическое влечение к наркотику оценивалось как эпизодическое у 77,4% больных первой группы (во второй группе у 4,2%, $p=0,001$) и отсутствовало у 22,6% больных (во второй группе у 95,8%, $p=0,001$). Со слов больных, на этапе сформировавшейся ремиссии осознаваемое патологическое влечение к наркотику фактически отсутствовало. Патологическое влечение к наркотикам возникало при ухудшении психического состояния, могло провоцироваться психологическими факторами, связанными с конфликтными отношениями и вынужденным нахождением в ситуациях высокого риска наркотизации. Аффективные расстройства были выявлены у 90,5% больных с рецидивами (в стойкой ремиссии - 14,3%, $p=0,001$). Они могли относительно редко проявляться как самостоятельные (в отсутствии патологического влечения к наркотику) либо входили в его структуру. Интенсивность депрессивных расстройств колебалась от слабо

выраженных до умеренных, заметно выраженных, проявляемых как субъективно (в жалобах), так и объективно. Аффективные расстройства в группе больных со стойкой ремиссией отмечались у каждого седьмого, возникали эпизодически и носили слабо выраженный характер и проявлялись в напряженности, снижении настроения, раздражительности, озабоченности, соматическом дискомфорте.

Неудовлетворенность семейным положением высказывали 38% больных, переживших рецидив заболевания. В группе больных со стойкой ремиссией неудовлетворенность семейным положением была статистически достоверно ниже - 9,0 % ($p=0,001$). Из числа состоявших в браке установка на сохранение существующего брака была низкой в первой группе и высокой у больных с ремиссией (соответственно 45% и 92%, $p=0,001$). Больные с ранними рецидивами в целом имели более низкий уровень образования, по сравнению с больными находящимися в ремиссии (среднее - 26,2%, группа 2 – ремиссия - 13,7%, $p=0,005$; среднее специальное - 33,2%, группа 2 – ремиссия - 46,0%, $p=0,01$; студенты, незаконченное высшее - 23,0 %, группа 2 – ремиссия - 11,5%, $p=0,01$; высшее - 15,4%, группа 2 – ремиссия – 27,5%, $p=0,01$). Более 68% больных с рецидивами сообщили об имевшихся в прошлом противоправных действиях. Судимости в анамнезе имели 9,6% больных. Распространение наркотиков было ведущим видом правонарушений. На насильственные преступления приходилось в среднем примерно 3,7% правонарушений (грабежи, разбой). В группе больных с ремиссией прекращение наркотизации способствовало тому, что больные переставали заниматься криминальной деятельностью. Судимости в анамнезе имели 8,2 % больных (первая группа - 9,6%, достоверных различий не выявлено).

II. Сравнительное исследование копинг-стратегий больных зависимых от героина, находящихся на разных фазах заболевания и здоровых.

Результаты исследования базисных копинг-стратегий представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты сравнительного исследования базисных стратегий совладающего поведения обследуемых групп (в баллах).

№	Копинг-стратегии / Группы	Группа 1 (рецидив) m±sd (n=65)	Группа 2 (ремиссия) m±sd (n=51)	Группа 3 (контроль) m±sd (n=50)	Уровень значимости P
1.	Разрешение проблем	23,5±0,8	25,8 ± 0,6	28,4±0,9	p1-p2≤ 0,05 p1-3≤0,001 p2-p3≤0,02
2.	Поиск социальной поддержки	21,7±0,5	24,5±1,1	25, 9±0,9	p1-p2≤0,01 p1-3≤0,001
3.	Избегание	26,7±0,8	23,4±0,7	20,3±0,6	p1-p2≤ 0,01 p1-3≤0,001 p2-p3≤0,01

Базисная копинг-стратегия «разрешение проблем». Больные, находящиеся на лечении в связи рецидивом, статистически достоверно менее интенсивно использовали стратегию разрешения проблем, как по сравнению с больными в стойкой ремиссии, так и по сравнению с контрольной группой здоровых. Проблемно-разрешающее поведение больных с рецидивами характеризовалось доминирующей направленностью на решение проблемы наркотизации, влиянием наркотического опьянения и синдрома отмены на качество принимаемых решений, использованием наркотика в качестве способа дисфункционального «преодоления» проблем. Патологическое влечение к наркотику препятствовало контролю за своим поведением. Зависимые от героина, со стойкой ремиссией, использовали стратегию «разрешение проблем» статистически значимо более интенсивно, чем больные, с ранними рецидивами, но менее интенсивно, чем здоровые. Особенностью проблемно-разрешающего поведения больных в фазе стойкой ремиссии являлось его направленность на поддержание достигнутых изменений зависимого поведения и образ жизни, свободный от употребления наркотиков и алкоголя, на профилактику возможных рецидивов и на обеспечение ресоциализации.

Базисная копинг-стратегия «избегание». Наиболее высокая интенсивность использования стратегии «избегание» была выявлена в группе больных, с ранними рецидивами, которая была статистически достоверно выше, чем в контрольной группе и в группе больных со стойкой ремиссией. Избегающее поведение реализовалось путем снятия эмоционального напряжения героином, используя его психофармакологические эффекты и интенсивным использованием механизмов психологической защиты. Как прием наркотика, так и использование механизмов психологической защиты, могли на время купировать тревогу, устранить негативное социальное отношение, повысить самооценку, но оставляли без изменений причину – болезнь. Избегание в фазе стойкой ремиссии не являлось в этой группе ведущей стратегией совладающего поведения. Оно было статистически достоверно ниже, чем в группе больных с рецидивами, но выше, чем в группе здоровых. Из-за страха стигматизации избегание проявлялось в стремлении сохранить в тайне диагноз «наркомания», не раскрывать его без особой необходимости. В ремиссии избегающее поведение способствовало целям выздоровления и отражалось в осознваемых попытках избегания ситуаций высокого риска.

Базисная копинг-стратегия «поиск социальной поддержки». Наиболее низкий уровень поиска социальной поддержки выявлен в группе больных рецидивами, который был статистически достоверно ниже, чем у больных в стойкой ремиссии и ниже, чем в контрольной группе. В группе с ранним рецидивом, социальные сети были ограничены по своим размерам и функциям. Уровень поиска социальной поддержки больных, зависимых от героина, со стойкой ремиссией, хотя и превышал аналогичный уровень в группе стационарных больных, тем не менее, был ниже, чем в контрольной группе. Поиск социальной поддержки в группе больных с ремиссией был ориентирован на лиц, не употребляющих наркотики.

Восприятие социальной поддержки (ВСП) это уверенность личности в том, что её потребность в поддержке, информации и обратной связи

осуществляется. Результаты исследования восприятия социальной поддержки представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты сравнительного исследования личностного копинг-ресурса «восприятие социальной поддержки» в обследуемых групп (в баллах).

№	Шкалы / Группы	Группа 1 (рецидив) m±sd (n=65)	Группа 2 (ремиссия) m±sd (n=51)	Группа 3 (контроль) m±sd (n=50)	Уровень значимости P
1.	Семья	1,7±0,18	2,9±0,22	3,35±0,25	p1-p2 =0,03 p1-p3= 0,001
2.	Друзья	1,4± 0,15	1,9±0,19	3,1± 0,22	p1-p3= 0,001 p2-p3= 0,05
3.	Значимые другие	2,3± 0,13	3,49±0,25	3,29±0,10	p1-p2 = 0,005 p1-p3= 0,005
4.	Суммарная оценка	5,4±0,4	8,29±0,6	9,81±05	p1-p2= 0,01 p1-p3= 0,001 p2-p3= 0,05

В сравнении со здоровыми и больными в фазе стойкой ремиссии, больные с ранним рецидивом имели статистически достоверно более низкий уровень восприятия социальной поддержки в целом. Наиболее слабо больными, перенесшими рецидив, воспринималась поддержка друзей. Наиболее высоко - поддержка со стороны значимых других, хотя и была статистически достоверно ниже, чем у больных со стойкой ремиссией и у здоровых. По субшкале «семья» восприятие социальной поддержки у больных с рецидивами было низким. ВСП в сфере «значимые другие» ассоциировалось с поддержкой лиц, связанных с процессом наркотизации (распространители наркотиков и т.д.), а в сфере «семья» – с периодической поддержкой отдельных членов семьи. В отсутствие друзей, препятствующих процессу наркотизации, восприятие социальной поддержки в сфере «друзья» ассоциировалось с партнерами по наркотизации, отношения с которыми были противоречивыми, неустойчивыми определялись эгоистической мотивацией. ВСП в ремиссии было наиболее низким в сфере «друзья», наиболее высоким - в сфере «значимые другие» и промежуточным - в сфере «семья». Тем не менее, оно было статистически достоверно выше, чем у больных в фазе раннего рецидива в сфере «значимые другие». Восприятие

социальной поддержки в фазе ремиссии было достоверно более низким в целом и в сфере «друзья».

III. I. Сравнительное исследование самоэффективности совладания с ситуациями высокого риска рецидива больных, зависимых от героина на разных фазах заболевания.

Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива – уверенность больного в своей способности справиться с возникающими ситуациями риска рецидива и его ожидания положительного результата такого поведения. Результаты её исследования приведены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты сравнительного исследования самоэффективности совладающего поведения с ситуациями высокого риска рецидива наркотизации больных, с ранними рецидивами, и больных со стойкой ремиссией (в баллах).

	Шкалы / Группы	Группа 1 (рецидив) m±sd (n=65)	Группа 2 (ремиссия) m±sd (n=51)	Уровень значимости P
1.	Неприятные эмоции	5,14±0,70	7,74±0,80	0,005
2.	Физический дискомфорт	6,65±0,75	8,58±1.10	0,05
3.	Конфликт межличностный	4,06±0,57	6,58±0,75	0,005
4.	Приятные эмоции	7,34±0,96	8,64±1,20	
5.	Получение удовольствия	6,03±0,51	8,60±1,00	0,01
6.	Проверка личностного контроля	3,86±0,56	5,95±0,60	0,01
7.	Искушение наркотизации	3,75±0,42	6,46±0,70	0,001
8.	Социальное давление	4,25±0,53	6,56±0,60	0,005

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что как для больных с рецидивом, так и в фазе стойкой ремиссии, ситуации высокого риска наркотизации, связанные с возникновением патологического влечения и с проверкой своей способности контролировать приём наркотика являлись *наиболее сложными* для совладания с ними. Ситуации риска рецидива, связанные с возникновением *влечения к наркотику*, возникали при внезапном возникновении сильного «внутреннего» влечения в отсутствии внешних сигналов, связанных с наркотиком или под влиянием внешних стимулов, связанных с употреблением наркотика.

Уверенность больных с рецидивами, в своей способности справиться с ситуациями связанными с возникновением влечения к наркотику, искушением наркотизации была самой низкой и статистически достоверно отличалась от более высокой уверенности больных со сформировавшейся ремиссией. Они имели слабо выраженные ожидания положительного результата своего совладающего с искушением наркотизации поведения.

Самозффективность совладания с ситуациями риска рецидива, связанными с влечением к наркотику, была статистически достоверно выше у больных со сформировавшейся ремиссией. Они ожидали положительного результата своего совладающего с искушением наркотизации поведения, а их позитивный опыт воздержания подкреплял имеющиеся ожидания.

Ситуации риска «проверка личностного контроля» были связаны с желанием больных принять наркотик для проверки эффективности полученного лечения, своей способности включиться в контролируемое употребление. Больные с ранним рецидивом имели слабую уверенность в своей способности не начать снова употребления героина после «проверки» своей способности контролировать употребление наркотика. Их предыдущий опыт показывал, чем обычно заканчиваются подобные попытки. Больные со стойкой ремиссией имели статистически достоверно более высокую уверенность в собственной способности справиться с этими ситуациями, и осознавали сложность стоявшей перед ними задачи и старались избегать подобных ситуаций. Они прогнозировали положительный результат совладания с подобными ситуациями, понимая при этом сложность данной задачи и помня об имевшемся в их жизни негативном и позитивном опыте преодоления подобных ситуаций.

Ситуации высокого риска наркотизации, связанные с межличностными конфликтами, социальным давлением, неприятными эмоциями больные считали для себя *умеренно сложными* для преодоления. Ситуации риска рецидива, связанные с *межличностными конфликтами* относились к ситуациям риска, в которых влияние других лиц в настоящее время как бы

являлось частью события, провоцирующего употребление наркотика. Возникающие во время конфликта негативные эмоции (гнев, страх) имели интерперсональный источник. Перенесшие рецидив, были значительно меньше уверены в своей способности справиться с ситуациями риска этого типа, по сравнению с больными со стойкой ремиссией. Уверенность больных со стойкой ремиссии в своей способности совладать с ситуациями высокого риска рецидива, связанными с межличностными конфликтами, была статистически достоверно выше. Вероятно, это связано с прекращением наркотизации и наличием установки на образ жизни, не связанный с употреблением наркотиков и алкоголя, с наличием социальной поддержки и более высоким уровнем психосоциальной адаптации. Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива, связанных с **социальным давлением**, была статистически достоверно выше у больных со стойкой ремиссией, чем у больных с ранними рецидивами. Детерминанты данной ситуации риска включали реагирование на воздействия другого индивида или группы, которые оказывают прямое или опосредованное давление на индивида, направленное на то, чтобы он употребил наркотик. Прямое социальное давление заключалось в предложении больному принять наркотик, при отсутствии у него запроса на прием наркотика. Непрямое, опосредованное социальное давление было связано с возникновением влечения в ответ на наблюдение за другим человеком, принимающим наркотики. Ситуации риска рецидива, связанные с переживанием **неприятных эмоций**, были связаны с внутриличностным фактором, отражающим совладание с эмоциональными состояниями. Самоэффективность совладания с неприятными эмоциями у больных с ранними рецидива, была статистически достоверно ниже, чем в группе больных со сформировавшейся ремиссией. Соответственно и заниженными оказывались ожидания позитивных результатов преодоления ситуаций риска данного типа. Чувство одиночества, депрессия, страхи, дисфории, беспокойство тяжело переживались больными и способствовали срывам и рецидивам заболевания.

Их преодоление нередко выявляло отсутствие необходимых навыков совладания с негативными чувствами.

Наиболее легкими для совладания больные считали ситуации высокого риска рецидива, связанные с физическим дискомфортом, переживанием приятных эмоций и удовольствием, получаемым от проведения времени в компании других людей. Ситуации связанные с переживанием **физического дискомфорта** включали в себя ситуации, связанные с физическими состояниями, вызванными предшествующим употреблением наркотиков и ситуации риска рецидива, связанные с другими негативными физическими состояниями (боли, бессонница и т.д.). Больные с рецидивами и с ремиссией имели собственный опыт преодоления физического дискомфорта, как с помощью врачей, так и самостоятельно. Уверенность больных со стойкой ремиссией в своей способности совладать с состоянием физического дискомфорта была статистически достоверно выше, чем в группе больных с ранними рецидивами. Ситуации риска рецидива, связанные с переживанием **приятных эмоций**, отражали наличие у больных позитивных состояний, не связанных с межличностным взаимодействием и возникающих в связи с воспоминаниями о приятных событиях и с сильной уверенностью в себе. В этот момент больные могли испытывать чувство радости, свободы, сексуального возбуждения. По результатам обследования достоверных различий в самооффективности совладания с ситуациями риска, связанными с переживанием приятных эмоций, выявлено не было, хотя в абсолютных цифрах уровень самооффективности был выше в группе больных со стойкой ремиссией.

Уверенность больных с ранними рецидивами в их способности успешно преодолевать возникающие ситуации риска наркотизации, связанные с получением удовольствия во время **приятного проведения времени с другими лицами**, была статистически достоверно ниже, чем в у больных в фазе сформировавшейся ремиссии. В обеих группах уровень уверенности больных в их способности успешно преодолевать возникающие ситуации риска

наркотизации, связанных с получением удовольствия, в абсолютных цифрах был выше уровня самоэффективности совладания с другими ситуациями риска рецидива. Это отражало наличие у больных ожиданий положительного результата в преодолении ситуаций риска рецидива этого типа и объясняло отнесение данных ситуаций к категории наиболее легких для совладания.

III. II. Сравнительное исследование самоэффективности воздержания от употребления наркотиков в ближайшем будущем больных, зависимых от героина, на разных этапах заболевания.

Самоэффективность воздержания от употребления наркотиков это уверенность больного в своей способности воздерживаться от употребления наркотиков в ближайшем будущем и его ожидания положительного результата такого поведения. Результаты сравнительного исследования самоэффективности воздержания приведены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты сравнительного исследования самоэффективности воздержания от употребления наркотиков в ближайшем будущем больных зависимых от героина с ранними рецидивами и больных со сформировавшейся ремиссией (в баллах).

№	Шкалы / Группы	Группа 1 (рецидив) m±sd (n=65)	Группа 2 (ремиссия) m±sd (n=51)	P
1.	Потребность в воздержании (1 балл - очень сильная; 7 баллов – очень слабая)	1,45±0,65	1,05±0,79	
2.	Уверенность в воздержании (1 балл – очень уверен; 7 - не уверен совсем)	3,88±0,36	2,25±0,42	0,01
3.	Трудность воздержания (1 балл – очень трудно; 7 баллов – очень легко)	3,53±0,45	4,96±0,42	0,01
4.	Потребность в помощи (1 балл - очень нужна; 7 баллов - не нужна)	2,51±0,28	3,93±0,44	0,02
5.	Вероятный риск рецидива после срыва (1 балл - очень уверен; 7 - не уверен совсем)	5,15±0,34	6,70±0,55	0,01

Больные из двух обследуемых групп декларировали выраженную **потребность в воздержании** от употребления наркотиков в ближайшем будущем (3 месяца). Статистически достоверных различий по данному

параметру самооффективности выявлено не было. Статистически достоверных различий по данному параметру самооффективности выявлено не было.

Для больных с ранними рецидивами, поступивших на стационарное лечение, выраженная потребность в воздержании может быть объяснена наличием как декларируемой, так и истинной установки на прекращение наркотизации после лечения, вынужденным поступлением на лечение и демонстрацией социально одобряемого поведения, наличием завышенных ожидаемых результатов лечения и неадекватно завышенной уверенности в способности воздерживаться от употребления опиоидов, испытываемым чувством вины, стыда. Для больных с ремиссией высокая потребность в воздержании может быть объяснена наличием внутренне - внешней мотивации на сохранение воздержания, цели на полное воздержание, соответствия своего поведения социальным ожиданиям среды, истинной установки на прекращение наркотизации, подкрепленной позитивным опытом длительного воздержания.

По сравнению с больными в фазе стойкой ремиссии, больные с ранними рецидивами имели статистически достоверно более низкий уровень **уверенности в воздержании** от приема наркотиков в ближайшие три месяца после лечения. Умеренная уверенность в своих способностях воздерживаться от употребления наркотиков в ближайшем будущем в группе больных с ранними рецидивами, может быть объяснена наличием негативного опыта воздержания, фактами рецидивов в анамнезе, выбором цели лечения, отражающей заниженный уровень трудности преодоления болезни, влиянием имеющейся психопатологической симптоматики, выбором малоэффективных стратегий совладания и недостатком ресурсов совладания с болезнью.

Выраженная уверенность в своих способностях воздерживаться от употребления наркотиков в ближайшем будущем для больных, находящихся в стойкой ремиссии, может быть объяснена выбором цели терапии на полное воздержание от употребления наркотиков, наличием позитивного опыта длительного воздержания, более низким уровнем психопатологической симптоматики, выбором более эффективных стратегий совладания с болезнью

и наличием достаточных ресурсов совладания с болезнью. Больные с ранними рецидивами оценивали **трудность воздержания** в ближайшем будущем как умеренно сложную задачу, по сравнению с больными со сформировавшейся ремиссией, которые оценивали трудность воздержания как трудную задачу, но которую им решить вполне по силам. Самооценка трудности воздержания в ближайшем будущем как умеренной может быть объяснена у больных с ранними рецидивами влиянием собственного негативного опыта прекращения наркотизации, отсутствием мотивации к лечению и личного позитивного опыта воздержания. Свою способность воздерживаться от употребления наркотиков, больные в ремиссии объясняют пониманием сложности непростой, но решаемой для них проблемы воздержания, взятием на себя ответственности за свое выздоровление, наличием мотивации на поддержание образа жизни, свободного от наркотизации, наличием позитивного опыта воздержания и аналогичного опыта других членов групп «АН». Больные с ранними рецидивами имели высокий уровень **потребности в помощи** для решения задачи воздержания от наркотиков, который был статистически достоверно выше, чем у больных со стойкой ремиссией. Больные с ранними рецидивами не надеялись на свои силы и сомневались в своей способности успешно справиться с воздержанием. Они занимали пассивную позицию в процессе лечения, пытались переложить ответственность за результат лечения на медперсонал и других лиц, не были готовы к полному отказу от употребления наркотиков в будущем, не имели мотивации на выздоровление и надеялись научиться контролировать употребление наркотика. Больные со стойкой ремиссией прежде всего на себя возлагали ответственность за выздоровление, занимали постоянную активную позицию в процессе лечения, восстановления, надеялись на помощь значимых для них лиц (группы АА, члены семьи т.д.).

Больные с ранними рецидивами оценивали **возможность возникновения рецидива заболевания после вероятного срыва** как высокую, но, тем не менее, она была статистически достоверно ниже, чем в группе больных со стойкой ремиссией, которые полностью отрицали возможность употребления

наркотиков в процессе выздоровления. Больные со стойкой ремиссией считали, что если они хотя бы один раз примут наркотик, то это неизбежно приведет их к рецидиву заболевания. Их собственный опыт и опыт других больных, свидетельствовал о том, что любой срыв приводит к рецидиву.

ВЫВОДЫ.

1. В сравнении с больными с ранними рецидивами зависимости от героина, клинико-психопатологическое состояние больных со стойкой ремиссией отражает более высокий уровень психосоциальной адаптации, снижает риск рецидива и способствует дальнейшей реабилитации. Оно характеризуется меньшей наследственной отягощенностью, отсутствием патологического влечения к наркотику в ситуациях обыденной жизни и связанными с ними удовлетворительными семейными и межличностными отношениями, более высоким уровнем образования и трудовой занятости, психического и физического здоровья, отсутствием криминальной активности.

2. По сравнению с контрольной группой и больными со стойкой ремиссией, копинг-поведение больных героиновой наркоманией в фазе рецидива недостаточно эффективно и характеризуется интенсивным использованием малоадаптивной стратегии «избегание», более низким уровнем использования адаптивных стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки.

3. В фазе стойкой ремиссии копинг-поведение больных наркоманией направлено на её поддержание, предупреждение рецидива и характеризуется более высоким уровнем применения адаптивных копинг-стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки, более низким уровнем стратегии «избегание» по сравнению с больными, перенесшими рецидив.

4. У больных с ранним рецидивом зависимости от героина, выявлен низкий уровень восприятия социальной поддержки, что способствует возникновению нового срыва. В фазе стойкой ремиссии у больных отмечен более высокий уровень восприятия социальной поддержки, который по своей направленности ближе к совладающему поведению здоровых.

5. В фазе рецидива у больных, зависимых от героина, выявлена низкая самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива. Она отражает слабую уверенность в своей способности совладать с ними и ограниченные ожидания положительного результата воздержания от употребления наркотиков. Это препятствует вовлечению пациента в направленное изменение аддиктивного поведения и поддержанию этих изменений на разных фазах заболевания.

6. У больных с ранними рецидивами выявлена сниженная самоэффективность воздержания от приема наркотиков в ближайшем будущем. Их оценка воздержания как несложной задачи способствует возникновению срыва.

7. Больные в фазе стойкой ремиссии, по сравнению с зависимыми от героина с ранними рецидивами, имеют статистически достоверно более высокую самоэффективность совладания с ситуациями риска рецидива. Она является важным личностным ресурсом совладающего с рецидивами поведения, позитивно влияет на дальнейшее поддержание ремиссии.

8. Интенсивная потребность воздерживаться от приема наркотиков, статистически достоверно более высокий уровень уверенности в воздержании и оценка воздержания как задачи, которую им решить вполне по силам, отражают выраженную самоэффективность воздержания от приема наркотиков ближайшем будущем у больных в фазе стойкой ремиссии

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В комплексное обследование пациентов, больных зависимых от героина, наряду с клиническими методами, рекомендуется включать исследование совладающего с болезнью поведения, что позволит получить актуальные характеристики психологической адаптации к болезни.

2. При разработке лечебно-реабилитационных программ для больных героиновой наркоманией, необходимо учитывать параметры оценки стратегий и ресурсов совладающего поведения, что позволит повысить обоснованность и точность прогноза течения болезни, эффективность проводимого лечения и

научную обоснованность создаваемых программ, индивидуализировать мишени психотерапии и повысить качество ремиссий.

3. Апробированный в данном исследовании комплекс методик для исследования базисных стратегий и личностных ресурсов совладающего поведения рекомендуется использовать в психодиагностической работе медицинских психологов наркологической службы.

4. Дополнить диагностические критерии низкого, среднего и высокого уровней реабилитационного потенциала по Т.Н. Дудко выявленными в данном исследовании признаками совладающего поведения больных, зависимых от героина, в фазе рецидива и в фазе ремиссии.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Лопатин, Д.В. Поведение, направленное на преодоление болезни, у лиц зависимых от героина, на разных стадиях заболевания / Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. - 2008. - № 4. - С. 108-114.

2. Лопатин, Д.В. Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива больных, зависимых от героина на разных фазах заболевания / В.М. Ялтонский, Д.В. Лопатин // Вопросы наркологии. - 2010. - № 4. - С. 76-82.

3. Лопатин, Д.В. Стратегии совладания лиц, зависимых от опиоидов / Э.М. Иманбаев, Д.В. Лопатин, В.В. Демченко, Л.Ю. Цой, В.М. Ялтонский // Материалы XIII Съезда психиатров России, Москва, 10-13 октября 2000 г. - М.: ООО «ИД «Медпрактика-М», 2000. – С. 243.

4. Лопатин, Д.В. Сопротивление искушению наркотизации в ситуациях риска рецидива / Д.В. Лопатин, И.И. Давыдова, В.М. Ялтонский // Материалы XIII Съезда психиатров России, 10-13 октября 2000 г. - М.: ООО ИД «Медпрактика-М», 2000. - С.251.

5. Лопатин, Д.В. Терапия средой (формирование толерантности к зависимым от психоактивных веществ, преодолевающим болезнь) / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, Д.В. Лопатин, Г.И. Ромащенко // Актуальные аспекты проблемы толерантности в современном обществе: Материалы международной научно-

практической конференции. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского Ун-та, 2004. - С.143-150.

6. Лопатин, Д.В. Самоэффективность предсказания краткосрочного воздержания после лечения больными, зависимыми от героина / Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский, Г.И. Ромащенко, Н.А. Сирота // Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии». – М.: РИО ННЦН, 2005. - С.76-77.

7. Лопатин, Д.В. Избегание, как копинг-стратегия больных, зависимых от героина / Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Материалы XIV Съезда психиатров России, Москва, 15-18 ноября 2005 г. – М.: ООО «ИД «Медпрактика-М», 2005. - С. 410.

8. Лопатин, Д.В. Амбивалентность злоупотребления психоактивными веществами уровень мотивации на лечение / Г.И. Ромащенко, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, Д.В. Лопатин // Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии». – М.: РИО ННЦН, 2005. - С. 93-94.

9. Лопатин, Д.В. Готовность к изменению аддиктивного поведения и мотивация на лечение / Н.А. Сирота, Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский, Г.И. Ромащенко // Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии». – М.: РИО ННЦН, 2005. - С. 97-98.

10. Лопатин, Д.В. Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива больных, зависимых от героина в фазе стойкой ремиссии / Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский, А.В. Ялтонская // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с межд. участием, Москва, 24-27 ноября 2009 г. – М.: РИО ННЦН. - С. 202-203.

11. Лопатин, Д.В. Самоэффективность совладания с ситуациями риска зависимых от героина лиц на разных стадиях болезни / Д.В. Лопатин, В.М. Ялтонский // Материалы научно-практической конференции «Наркология-2010», посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ, Москва, 5-6 октября 2010 г. – М.: РИО ННЦН. - С. 93-95.