

-
-
136. Stein D.H., Lambert M.J. *On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come* // *Clinical Psychology Review*, 1984. – Vol. 4. – p.p. 127-142.
137. Sue S., Zane N. *The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation* / *American Psychologist*, 1987. – Vol. 42. – p.p. 37-45.
138. *The National Security Strategy of the United States of America, 2002* (<http://www.whitehouse.gov/nsc/nss.html>).
139. Tiryakian E. A. *Introduction: The civilization of modernities and the modernity of civilizations* // *Intern. sociology. – L. etc.*, 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 277-292.
140. Toulmin S. *The ambiguities of globalization. – // Futures.* – N.Y. 1999. – Vol. 31. P. 905-912.
141. Wills T.A. *Non-specific factors in helping relationships* / In T.A.Wills (Ed) // *Basic processes in helping relationship*, New York, Academic Press, 1982. – p.p. 381-404.
142. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal inhibition.* – Stamford University Press, 1958.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

В рамках программы Treetnet по внедрению новых форм наркологической помощи, инициированной ООН, в Республике Казахстан в продолжении 2008-2010 г.г. проводилось исследование эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов.

При этом в качестве конечных показателей эффективности традиционно выступают – длительность и качество ремиссии у зависимых от опиоидов.

Ниже приводятся основные результаты, полученные при исследовании ремиссий у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу МСР.

В таблице 1 представлен продольный анализ количественных показателей ремиссии в исследуемой группе зависимых от опиоидов. Данный анализ демонстрирует общую динамику соотношения синдромов становления ремиссии и возврата к состоянию хронической интоксикации на основных отслеживаемых этапах эксперимента.

Как видно из таблицы 1 полугодовая ремиссия среди пациентов исследуемой группы отмечается в 45,2%. При этом у 14 из 95 пациентов (14,7%) отмечается неустойчивая ремиссия, т.е. отмечались единичные случаи срывов. Годовая ремиссия в исследуемой группе отмечается у 15,23% пациентов. При этом у 5 из 32 (15,6%) пациентов ремиссия была неустойчивой.

Анализ потерь на каждом этапе показывает, что в продолжение 1-го месяца общей программы амбулаторной МСР рецидивы отмечается у 18,1% пациентов, что является основанием для их отчисления из программы. На втором этапе (2 месяца от начала общей программы АМСР) теряется 23,8% пациентов. На третьем (0,5 года после завершения

программы АМСР) - 12,9%. На заключительном этапе (1,0 года после 1 завершения программы АМСР) потери составляют 29,9%. Т.е. максимум потери приходится на второй месяц реализации программы АМСР и второе полугодие после ее завершения. Наш анализ показывает, что оба этих пика связаны с ослаблением самоконтроля и внешнего контроля со стороны заинтересованных родственников, на фоне первичного послабления активной психопатологической симптоматики постабстинентного периода и мнимого благополучия, отмечающегося во втором полугодии после завершения АМСР.

В таблице 2 представлен продольный анализ количественных показателей ремиссии в 1-ой группе сравнения зависимых от опиоидов, проходящих стационарную МСР.

Как видно из таблицы 2 полугодовая ремиссия в 1-ой группе сравнения отмечается в 51,46% случаев. При этом разница с аналогичным показателем в исследуемой группе не перекрывается значениями доверительного интервала. Это же можно сказать и о показателе годовой ремиссии - 15,79% (против 15,43% в исследуемой группе).

В тоже время показатели устойчивости ремиссии (срывов) в исследуемой группе и группе сравнения существенно отличаются. Так, срывы отмечались у 29,5% пациентов достигших полугодовой ремиссии в 1-ой группе сравнения (против аналогичного показателя в 14,7% в исследуемой группе, при соотношении 2,0:1,0 и $p<0,01$). У пациентов, достигших годовой ремиссии в 1-ой группе сравнения срывы - неустойчивая ремиссия - отмечались в 29,6% (против аналогичного показателя в 15,6% в исследуемой группе, при соотношении 1,9:1,0 и $p<0,01$).

Таблица 1

Динамика показателей ремиссии в исследуемой группе 1 ($n=210$)

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	
Количество пациентов в ремиссии (абс. циф-ры)	210	172			122			95			32			продол- жается
% пациентов в ремиссии	100%	81,9%	0,82	<0,01	58%	0,7 0,58	<0,01	45,2%	0,78	-	15,23%	0,34	<0,01	продол- жается
% потерь с нарастающим итогом	0	18,1%	-	<0,01	41,9%	2,31	<0,01	54,8%	1,3	-	84,77%	1,55	<0,01	
% потерь на каждом этапе	0	18,1%	-	<0,01	23,8%	1,31	-	12,9%	0,54	-	29,9%	2,32	<0,05	
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)		29/ 16,9%	-	<0,01	21/ 17,2%	1,01	-	14/ 14,7%	0,85	-	5/ 15,6%	1,06	-	

Таблица 2

Динамика показателей ремиссии в группе сравнения 1 ($n=171$)

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	
Количество пациентов в ремиссии (абс. циф-ры)	171	156			129			88			27			продол- жается
% пациентов в ремиссии	100%	91,22%	0,91	<0,01	75,43%	0,83 0,75	<0,01	51,46%	0,68	<0,01	15,79%	0,3	<0,01	продол- жается
% потерь с нарастающим итогом	0	8,78%	-	<0,01	24,57%	2,8	<0,01	48,54%	1,97	<0,01	84,21%	1,73	<0,01	
% потерь на каждом этапе	0	8,78%	-	<0,01	15,79%	1,8	-	23,97%	1,52	-	35,69%	1,49	-	
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)	-	-	-	-	-	-	-	26/ 29,5%	-	<0,01	8/ 29,6%	1,0	-	

Структура показателя потерь на каждом анализируемом этапе в первой группе сравнения существенно отличается от аналогичных показателей в исследуемой группе. Так, на первом анализируемом этапе в первой группе сравнения потери первого месяца составили 8,78% (против 18,1% в исследуемой группе, при соотношении 1,0:2,06 и $p<0,01$). На втором месяце показатель потерь составил 15,79% (против 23,8% в исследуемой группе, при соотношении 1:1,5 и $p<0,05$). На третьем этапе показатель потерь в первой группе сравнения составил 23,97% (против 12,9% в исследуемой группе, соотношении 1,85:1 и $p<0,01$). На четвертом этапе - второго полугодия после завершения программы стационарной МСР - потери составили 35,69% (против 29,9% в исследуемой группе, соотношении 1,2:1,0 и перекрывающих данную разницу значениях доверительных интервалов). Таким образом, в группе сравнения, имеет место нарастающая динамика показателя потерь с достижением максимума во втором полугодии. В то время, как в исследуемой группе отмечается неравномерная динамика со значительным снижением анализируемого показателя в первом полугодии после завершения программы амбулаторной МСР.

В таблице 3 представлен продольный анализ количественных показателей ремиссии во 2-ой группе сравнения зависимых от опиоидов, завершивших курс детоксикации.

Как видно из таблицы 3 полугодовая ремиссия у пациентов 2-ой группы сравнения отмечается в 27,6% случаев (против аналогичного показателя в 45,2% в исследуемой группе, при соотношении 1:1,63 и $p<0,05$). При этом в группе сравнения 2 неустойчивая ремиссия наблюдалась у 39,3% пациентов, находящихся в полугодовой ремиссии. В то время как аналогичный показатель в исследуемой группе составил 14,7% (соотношение 2,67:1, $p<0,01$).

Показатель годовой ремиссии во 2-ой группе сравнения составил 8,1% (против аналогичного показателя в 15,23% в исследуемой группе, при соотношении 1,88:1 и $p<0,05$). В анализируемой группе сравнения показатель неустойчивой годовой ремиссии составил 55,5%, при аналогичном показателе в исследуемой группе - 15,6% (соотношение 3,55:1, $p<0,05$).

Структура показателя потерь на каждом анализируемом этапе во второй группе сравнения существенно отличается от аналогичной динамики исследуемой группы. Для данной группы сравнения максимальные потери приходятся на первый месяц с момента прекращения лечения (курса детоксикации) - 29,86%. В то время, как в исследуемой группе аналогичный показатель в первый анализируемый месяц составил 18,1% (соотношение 1,65:1 при $p<0,01$). На втором анализируемом этапе - 2 месяца от старта - показатель потерь исследуемой группы (23,8%)

Таблица 3

Динамика показателей ремиссии в группе сравнения 2 ($n=221$)

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	Среднее значение	Соотно- шение	P	
Количество пациентов в ремиссии (абс. циф- ры)	221	155			112			61			18			продол- жается
% пациентов в ремис- сии	100%	70,14%	0,7	$<0,01$	50,7%	0,72	$<0,01$	27,6%	0,54	$<0,01$	8,1%	0,29	-	продол- жается
% потерь с нарастаю- щим итогом	-	29,86%	-	$<0,01$	49,3%	1,65	$<0,01$	72,4%	1,47	$<0,05$	91,9%	1,27	$<0,05$	
% потерь на каждом этапе	-	29,86%	-	$<0,01$	19,44%	0,65	-	23,1%	1,19	-	19,5%	1,84	-	
Срывы (абс. и % к по- казателю ремиссии)	-	42/ 27,0%	-	$<0,01$	35/ 31,25%	1,16	-	24/ 39,3%	1,26	-	10/ 55,5%	1,41	-	

насколько превосходил аналогичный показатель 2-ой группы сравнения (19,44%) в соотношении 1,22:1 при $p < 0,05$. При этом следует обратить внимание на существенно более высокий процент неустойчивых ремиссий во 2-ой группе сравнения (27,0% против 16,9%, при соотношении 1,6:1 и $p < 0,05$ - на первом этапе; 33,25% против 17,2% при соотношении 1,93:1 и $p < 0,05$ - на втором этапе).

На третьем анализируемом этапе показатель потерь во 2-ой группе сравнения существенно превышал аналогичный показатель исследуемой группы (23,1% против 12,9%, при соотношении 1,8:1, $p < 0,05$). На четвертом этапе анализируемый показатель был выше в исследуемой группе (19,5% против 29,9%, при соотношении 1:1,53, $p < 0,05$). Общим моментом в динамике сравниваемых групп является то обстоятельство, что существенный объем потерь (от 40% до 50%), приходится на первые 2 месяца от момента начала терапии. В то время, как в 1-ой группе сравнения на данный период приходится минимальный (до 25%) объем потерь.

Интерпретация данных, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, заключается в том, что при наличии сопоставимых результатов в отношении достижения полугодовой и годовой ремиссии, стратегии обеспечения этих результатов в программах амбулаторной и стационарной МСР существенно различаются. В экспериментальной программе амбулаторной МСР основной акцент делается на создание саногенного потенциала не только за счет ресурсов пациента, но и за счет конструктивного и экологичного отношения с ЗДЛ, которые, в данном случае, выполняют функции членов реабилитационной бригады в период реализации АМСР и последующее несколько месяцев. В программе стационарной МСР основной акцент

делается на активное формирование свойств психологической устойчивости пациента к повторному вовлечению в наркотическую зависимость. Однако, как показывает практика, достигнутый результат и довольно жесткий ограничительный режим стационарной МСР далеко не всегда воспроизводятся в реальной жизни пациентов. А имеющегося саногенного потенциала оказывается явно недостаточно для формирования устойчивой ремиссии у большей части зависимых от опиоидов.

Факт сравнительно высоких потерь в первые два месяца реализации программы амбулаторной МСР, приближающихся к объему рецидивов после прохождения курсов детоксикации у пациентов 2-ой группы сравнения, интерпретируется нами как наличие достаточно жесткого отбора на предмет соответствия показаний к прохождению АМСР. Наш опыт показывает, что «выдерживают» условия амбулаторного режима пациенты с устойчивой мотивацией на достижение трезвости, при наличии неформального, эффективного контроля со стороны ЗДЛ. Следовательно, перспектива сокращения рецидивов у зависимых от опиоидов на первых этапах АМСР связана с определением четких показаний к участию в данных программах. А также - в соответствующей мотивационной работе с зависимыми от опиоидов на этапе первичной наркологической помощи.

Что же касается динамики количественных показателей ремиссии во 2-ой группе сравнения, то, на наш взгляд, такого рода динамика отражает процесс жесткого отбора пациентов, с опорой лишь на имеющиеся ресурсы психологической устойчивости и исходный уровень мотивации на трезвость, которых явно недостаточно для достижения приемлемого результата.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

В рамках программы Treetnet по внедрению новых форм наркологической помощи, инициированной ООН, в Республике Казахстан в продолжении 2008-2010 г.г. проводилось исследование эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов.

При этом в качестве промежуточных индикаторов эффективности оценивается сравнительная динамика основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и группах сравнения.

Ниже приводятся основные результаты, полученные при исследовании динамики психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу МСР.

В таблице 1 отражена динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе.

Как видно из таблицы 1, наиболее распространенными на первом и последующих этапах иссле-