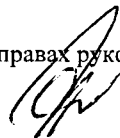


На правах рукописи



Тучин Павел Викторович

АЛЬЯНС-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ МЕТОД КРАТКОСРОЧНОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ

14.01.27 – Наркология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

29 МАЯ 2014



Москва - 2014

**Работа выполнена** в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук **Агибалова Татьяна Васильевна**.

**Официальные оппоненты:**

**Новиков Евгений Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры наркологии Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Меринев Алексей Владимирович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Ведущая организация** – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «24» июня 2014 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета (Д 208.051.01) при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный научный центр наркологии» по адресу: 119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте <http://www.nncn.ru>.

Автореферат разослан *30 мая* 2014 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук



Усманова Нилуфар Нематжановна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Актуальность изучения опиоидной зависимости и терапевтических методов ее коррекции обусловлена все возрастающей распространенностью опиоидной зависимости среди населения, ее общественной и социально-экономической значимостью (Кошкина Е.А. и др., 2013). Отмечают высокую смертность пациентов с опиоидной зависимостью, их склонность к агрессивному и аутоагрессивному поведению, преступлениям против личности (Scott C. et al., 2011).

Психотерапия как эффективный вид лечения наркотической зависимости (Woody G. et al, 1999) должна начинаться как можно раньше, поскольку целью стационарного этапа лечения, помимо удержания от приема наркотиков, является формирование установки на реализацию будущих когнитивных и поведенческих изменений (Mattick R., Hall W., 1996; Маклеллан А., Марсдан Д., 2003). Эффективность психотерапии для зависимых пациентов прямо пропорциональна длительности нахождения в лечебной программе (Калмыкова Е.С., Кэжеле Х., 2000; Lundahl B., Burke B., 2009; Gossop M. et al., 2002; Siqueland L. et al., 2002), однако общей проблемой стационарной наркологической помощи является досрочное прекращение лечения более чем 25% пациентов (Deren S. et al., 2001; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002).

Одним из факторов повышения приверженности лечению и сотрудничества с врачом (комплаенса) является «терапевтический альянс» (ТА) (Фрейд З., 2008; Гринсон Р., 2003; Bordin E., 1979) – основное средство психотерапии (Роджерс К., 2002) и «измеримый психотерапевтический навык» (Luborsky L. et al., 1983, 1996; Summers, Barber, 2003). Обзор исследований связи между ТА и результатами лечения зависимостей за 20 лет показал, что качество ТА в начале психотерапии являлось значимым прогностическим фактором участия и удержания больного в программе лечения (Meier P. et al., 2005). Причем в большей мере это относилось к пациентам с зависимостью от опиоидов, нежели от кокаина (Barber J. et al., 2001).

**Степень разработанности темы.** Имеются противоречивые данные относительно прогностической ценности компонентов ТА, измеренного методом L. Luborsky (1996), не изучена их связь с важными клиническими феноменами – патологическим влечением к наркотику (ПВН), его динамикой, и с параметрами, отражающими мотивацию: признанием болезни, амбивалентностью и готовностью к изменениям.

Не изучен вопрос поддержания и стимулирования компонентов ТА непосредственно в психотерапевтических отношениях. В основном для этих целей предлагается когнитивно-бихевиоральная парадигма в рамках «мотивационного интервью» и комплаенс-психотерапии, в большей мере ориентированные на построение общих целей и терапевтических задач, и,

в меньшей мере, затрагивающие связь между пациентом и врачом, которая, видимо, зависит от личности психотерапевта.

Таким образом, всестороннее изучение ТА как основного инструмента, способствующего формированию зрелого согласия на лечение и удержанию в нем пациентов, зависимых от опиоидов, выявление неустановленных корреляций между клиническими и психологическими параметрами и разработка структурированного психотерапевтического метода представляются актуальными и необходимыми для продвижения психотерапевтических технологий в наркологическую практику.

**Цель исследования.** Разработать психотерапевтический метод, направленный на поддержание и развитие терапевтического альянса с целью формирования комплаентного поведения у больных с опиоидной зависимостью.

**Задачи исследования:**

1 Разработать и апробировать психотерапевтический метод, направленный на формирование комплаентного поведения у стационарных больных с опиоидной зависимостью за счет оптимизации психотерапевтических отношений между врачом и пациентом посредством поддержания и развития ТА.

2 Оценить значение ТА для формирования комплаентного поведения у пациентов с опиоидной зависимостью путем изучения его связи с комплайенсом и оценки других факторов, влияющих на комплаенс в основной и контрольной группе.

3 Изучить и оценить влияние ТА на факторы, влияющие на комплаенс: клинико-психопатологические особенности ПВН и компоненты мотивации у пациентов в основной и контрольной группе.

4 Оценить эффективность влияния разработанного метода альянс-центрированной краткосрочной психотерапии на комплаентное поведение (прием лекарственной терапии, длительность стационарного лечения, длительность ремиссии, количество случаев преждевременного выхода из лечебной программы) у пациентов с опиоидной зависимостью в основной группе по сравнению с контрольной.

**Научная новизна работы.** Впервые подробно изучена концепция ТА в плане его влияния на комплаенс больных опиоидной зависимостью, и показано, что уровень ТА может быть мишенью психотерапевтического воздействия. Разработан и апробирован альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии (метод АП), одновременно адресованный ко всем компонентам ТА, доказавший свою эффективность в улучшении сотруднического поведения стационарных пациентов, зависимых от опиоидов. Компонент ТА «связь» между врачом и пациентом впервые рассмотрен как дискретный – состоящий из первичной аффектогенной, эмпатической и трансферентной составляющих, которые последовательно разворачиваются во времени, что позволяет строить эффективные психотерапевтические интервенции для оптимизации рабочих взаимоотношений.

Впервые доказано, что целенаправленное усиление ТА приводит к улучшению комплаентного поведения (более длительное пребывание в стационаре, сокращение случаев преждевременной выписки вопреки медицинским рекомендациям, улучшение комплаенса к психофармакотерапии), а также компонентов мотивации пациента: признания болезни, готовности к активным действиям и амбивалентности в отношении заболевания.

Впервые установлено, что применение метода АП статистически значимо влияет на снижение ПВН, преимущественно за счёт укрепления ТА, улучшения комплаенса к психофармакотерапии и формирования соответствующей установки на лечение.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** Значимость работы определяется новыми данными, полученными в ходе разработки и апробации метода АП. Проведенное исследование расширяет представления о составляющих ТА и механизмах оптимизации взаимодействия «врач – пациент». Предложенный метод АП и алгоритм его проведения эффективны для повышения уровня ТА. Метод АП позволяет повысить согласие пациента на прием психофармакологических препаратов, способствует увеличению длительности стационарного лечения, препятствуя выходу пациентов из лечебной программы, а также, наряду с психофармакологическим лечением, в большей степени снижает ПВН.

**Методология и методы исследования.** Данное исследование относится к рандомизированным контролируемым исследованиям с использованием attention placebo control group. Методология, использованная в исследовании, отражает современные научные положения отечественной и зарубежной наркологии, психотерапии и психиатрии.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1 Метод АП более эффективен для повышения уровня ТА и формирования моделей комплаентного поведения в ходе проведения комбинированной терапии больных с синдромом зависимости от опиоидов на стационарном этапе по сравнению с консультированием по вопросам зависимости.

2 ТА способствует формированию и поддержанию моделей комплаентного поведения, улучшая такие параметры, как удержание в лечебной программе (длительность пребывания в стационаре, ремиссии и количество преждевременных выписок вопреки медицинским рекомендациям) и комплаенс к психофармакотерапии.

3 ТА оказывает положительное влияние на показатели мотивации (признание болезни и готовность к действиям).

4 Метод АП по сравнению с консультированием по вопросам зависимости статистически значимо влияет на снижение ПВН непосредственно за счет повышения уровня ТА и согласия на

психофармакотерапию. Между показателями ТА и уровнем ПВН существует значимая отрицательная корреляционная связь.

**Степень достоверности проведенного исследования.** Достаточность размера выборки была подтверждена анализом мощности исследования на этапе его планирования. Обзор литературы строился на тщательном анализе публикаций, связанных с темой исследования, с использованием баз MEDLINE/PubMed. Объемный фактический материал, полученный в ходе исследования, анализировался с помощью методов математической статистики.

**Структура и объем диссертации.** Работа изложена на 185 страницах, состоит из введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций, выводов, списка литературы (217 наименований, включая 75 отечественных и 142 иностранных источника), списка сокращений, списка иллюстративного материала и приложений (8), в которых представлены использованные психодиагностические инструменты, а также 2 клинических примера. Диссертация включает в себя 23 таблицы и 23 рисунка.

**Апробация результатов исследования и публикации.** Апробация диссертационной работы проведена на заседаниях проблемной и объединенной проблемной комиссий ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (ННЦН). Материалы диссертации доложены на клинических конференциях ННЦН; научно-практической конференции «Наркология-2010» (Москва, 2010); XV съезде психиатров России (Москва, 2010); Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению» (Москва, 2011); научно-практической конференции «Приоритетные вопросы наркологической помощи в условиях модернизации здравоохранения в системе последилового образования специалистов психиатров-наркологов» (Москва, 2012); научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» (Санкт-Петербург, 2012); конференции IV школы молодых наркологов и аддиктологов (Екатеринбург, 2012); II Евроазиатском конгрессе Профессиональной психотерапевтической лиги (Москва, 2013); XXV (IX) Всероссийском Пироговском съезде врачей (Москва, 2013); III Научно-практической конференции «Аддитивные расстройства: технологии профилактики и реабилитации» памяти проф. Ю.В. Валентика (Москва, 2013); международной научно-практической конференции «Партнерство государства и общества в системе комплексной реабилитации потребителей наркотиков» (Москва, 2013).

По материалам диссертации разработаны методические рекомендации, внедренные в работу ННЦН и Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (МНПЦН).

По материалам диссертации опубликовано 15 работ, из них 5 в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Клинический материал и методы исследования

Материалом исследования стали пациенты с зависимостью от опиоидов, проходившие стационарное лечение в МНПЦН и ННЦН в 2010-2013 гг. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом, согласно приказу директора ННЦН.

Критериями включения в исследование были: наличие диагноза «Синдром зависимости от опиоидов», установленного в соответствии с МКБ-10 (F 11.2); мужской пол. Критериями исключения были: наличие (1) сопутствующих зависимостей (кроме никотиновой); (2) эндогенных психических заболеваний и острых психотических расстройств; (3) органических заболеваний ЦНС до формирования зависимости; (4) хронических заболеваний в стадии обострения; (5) ВИЧ-инфекции IV и V стадий; (6) отказ предоставить информированное согласие на проведение исследования.

На этапе планирования была проведена оценка необходимой выборки. При размере одной группы 50 человек, пределе ошибок 1-ого типа  $\alpha=0,05$ , стандартном отклонении 10 баллов, мощность двухвыборочного критерия t составила 0,98 (вероятность ошибок 2-ого типа  $\beta$  – менее 5%).

Из 118 обследованных пациентов 18 соответствовали критериям исключения, 100 были допущены к участию в исследовании.

Дизайн предполагал рандомизированное разделение выборки на основную и контрольную группы, по 50 человек в каждой, в соответствии с типом рабочих взаимоотношений с врачом в ходе лечения. Контрольная группа соответствовала определению attention placebo control group (Jonas W., 2005). Участники основной группы получали лечение разработанным методом психотерапии, а участники контрольной получали консультирование по вопросам зависимости от наркотических веществ (Woody G. et al., 1999), которое в точности повторяло объем времени и внимания, получаемого основной, но не стимулировало ТА между врачом и пациентами. Формат консультирования (серия индивидуальных бесед и групповых лекций) предполагал ориентацию на решение текущих проблем, вызванных наркотизацией, а не на изменение внутриспсихических процессов.

Сеттинг взаимодействия «врач-пациент» в группах не различался: 2 раза в неделю проходили групповые сессии в основной и лекции в контрольной группе по 90 минут, и 3 раза в неделю – индивидуальные сессии (беседы в контрольной группе) по 45 минут.

Пациенты обеих групп получали одинаковую психофармакотерапию опиоидного абстинентного синдрома и постабстинентного состояния.

Психодиагностическая оценка исследуемых параметров проводилась дважды: в начале работы (3-я сессия) и при выписке. Выбор 3-ей сессии для 1-ого измерения определялся тем, что еще не проводилось специфических интервенций по улучшению комплаенса, психофармакотерапия ПВН была одинаковой, однако уже можно было оценить уровень сформировавшегося ТА.

Группы не различались по социо-демографическим и клинико-психопатологическим параметрам в начале лечения ( $p > 0,05$ ).

В исследовании использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический методы и методы статистической обработки данных.

Клинико-психопатологические закономерности оценивались с помощью «Индивидуальной карты исследования больного опиоидной зависимостью», которая заполнялась врачом в ходе диагностического интервью на основании сведений, полученных в беседе с больными, их родственниками, другими лечащими специалистами, сбора и анализа анамнеза, подробного изучения имевшейся медицинской документации.

В рамках экспериментально-психологического метода:

Уровень ТА определялся с помощью «Обновленной версии опросника для оценки помогающего альянса» (Luborsky L., 1996).

Комплаенс оценивался согласно «Опроснику для оценки отношения к лекарственным препаратам» (DAI-30) (Hogan T. et al, 1983; Голощапов И.В., 2010).

Для оценки тяжести и динамики ПВН в ходе лечения применялась клиническая шкала М.А. Винниковой (2001).

Уровень признания болезни, амбивалентности и готовности к активным действиям оценивался по «Шкале стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES» (Miller W. R., Tonigan J. S., 1996).

Клинико-катамнестический метод предполагал сбор объективных сведений о состоянии пациента по истечению 12 месяцев после окончания лечения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0 в два этапа. На предварительном этапе матрицы полученных данных проверялись на характер распределения, а также анализировались описательные статистические характеристики выборки. Соответствие данных нормальному распределению устанавливалось путем применения критерия согласия Пирсона ( $\chi^2$  - хи-квадрат), а также визуальной проверки схожести эмпирического и теоретического распределений с помощью соответствующей гистограммы.



На основном этапе статистической обработки данных проводился корреляционный анализ для установления связей между изучаемыми явлениями с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена, поскольку коррелируемые признаки либо изменялись по закону, отличному от нормального закона распределения данных, либо измерялись в единицах порядковой шкалы.

Оценка различий между группами определялось характером распределения и типом исследуемых переменных. В случае нормального распределения признаков применялся *t*-критерий Стьюдента (двухвыборочный или парный *t*-тест в соответствии с типом наблюдений: зависимые или независимые). В иных случаях применялись непараметрические методы: для анализа независимых бинарных данных использовался точный тест Фишера. К непрерывным независимым переменным применялся *U*-тест Манна-Уитни, а к непрерывным зависимым переменным – знаковый ранговый тест Вилкоксона. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### **Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии**

Для лечения пациентов основной группы использовался метод АП – последовательность психотерапевтических интервенций по ходу развертывания во времени процесса ТА, направленных на укрепление 3 компонентов ТА, мишенью которых является стимулирование комплаентного поведения пациента с опиоидной зависимостью на стационарном этапе.

Мы предложили намеренно усиливать компоненты ТА: (1) «Совместный с пациентом поиск цели изменения, который наиболее полно охватывает борьбу пациента с болью и фрустрацией»; (2) задачи, которые предполагают специфическую деятельность для достижения или усиления изменений, (3) и связь (*bonding*), которая выражается терминами симпатии, доверия, уважения друг к другу, чувством общности обязательств (Bordin E., 1994), - с помощью набора психотерапевтических техник, создавая позитивное «напряжение» (интенсивность) во взаимодействии «врач-пациент», способствующее упрочению ТА. Новизной нашего подхода стало дискретное понимание «связи» как развертывающейся во времени смены ее различных типов: от первичной аффектогенной к эмпатической, с учетом трансферентной.

На первом этапе контакта связь представлена первичной аффектогенной суггестивной установкой (Ховрачев А.П., 1999), клинически содержащейся в «терапевтическом намерении» (Гринсон Р., 2003) и отражающей мотивацию врача лечить, быть готовым помочь и быть уверенным в ресурсах своего Я. Пациент считывает установку и принимает первое решение продолжить лечение с «этим врачом».

По мере продвижения ТА и совместной деятельности по реализации целей и задач начальный вид связи сменяется осознанной эмоциональной эмпатической связью (Роджерс К., 2002), которая вербально способствует улучшению понимания врачом и пациентом мыслей, чувств и поведения друг друга, а невербально оказывает целебное действие, отражая и восстанавливая последовательность когда-то не отраженных потребностей во взаимоотношениях (Erskine R. et al., 1999).

По мере углубления и интенсификации контакта «пациент-врач» и обсуждения личного материала и прошлого опыта пациента возникают ситуации, способствующие переносу – трансферентной связи. Задача врача на этом этапе – способствовать укреплению позитивного переноса и прояснению негативного.

В свете вышеописанной динамики «связи» мы стандартизировали техники и приемы, способствующие укреплению или оптимизации вербальной составляющей ТА (цели и задачи) – как содержательной стороны метода АП, и каждого вида «связи» – как процессуальной стороны метода АП.

Первичный аффектогенный компонент связи можно фасилитировать, ориентируясь на тренинг «Психологии первого впечатления» (Бодалев А.А., 1982).

В работе с трансферентной связью, которая может становиться негативной из-за идентификации врача с преследующими фигурами из детства и прерывать ТА («разрывы» альянса (Safran J. et al., 2006)), используются психодинамические техники стимуляции позитивного переноса и приостановки негативного переноса (Урсано Р. и др., 1992; Clarkson P., 1994; Moiso C., 1985).

В работе с «целью» техники мотивационного интервью были дополнены контрактным методом из транзакционного анализа, особенно, в плане заключения специфических контрактов (например, на несамоповреждение).

Акцентируя элемент «задачи», мы дополнили батарею когнитивных и поведенческих методик принципом конгруэнтности (Роджерс К., 2002): максимальным образом индивидуализировали этот этап, следуя за собранными и тщательно проанализированными запросами пациентов (Тучин П.В., 2010). С учетом роли трансферентной связи на этом этапе также использовались указанные техники работы с трансфером.

### Исследование эффективности метода АП по отношению к показателям ТА, комплаенса, мотивации и ПВН

Эффективность метода АП оценивалась по ряду критериев: длительность лечения в стационаре; преждевременная выписка; процент пациентов, прошедших полный курс лечения; процент пациентов, продолжающих лечение, несмотря на срывы и рецидивы; ремиссии в течение 1 года. Эффективность лечения методом АП по всем критериям была значимо выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ) (Таблица 1).

Таблица 1 – Оценка эффективности метода АП

	Основная группа	Контрольная группа	p
Длительность стационарного лечения (койко-дни), М (среднее)	28,48	18,32	$10^{-4*}$
Выписка вопреки рекомендации, % (человек)	6 (3)	26 (13)	$10^{-2*}$
Пациенты, прошедшие полный курс лечения в соответствии с программой, % (человек)	44 (22)	10 (5)	$2 \cdot 10^{-4*}$
Пациенты в лечебной программе, несмотря на срывы и рецидивы, % (человек)	60 (30)	34 (17)	$2 \cdot 10^{-2*}$
Количество годовых ремиссий, % (абсолютное число)	22 (11)	4 (2)	$2 \cdot 10^{-2*}$

Примечание – «\*» отмечены значимые различия ( $p < 0,05$ ).

По результатам лечения пациентов был получен ряд данных.

Межгрупповое сравнение уровня ТА показало, что в основной группе уровень ТА как по оценкам врача, так и по оценкам пациента был выше уже при 1-ом измерении – то есть, после оценочной сессии и двух психотерапевтических встреч ( $p < 0,05$ ) (Таблица 2). Эту разницу можно объяснить энтузиазмом пациентов основной группы после психотерапевтически-ориентированного начала лечения. В контрольной группе пациенты оценили качество ТА как недостаточное – средний уровень ниже пороговых 86 баллов. Значимое превышение оценки ТА в основной группе с учетом будущих лучших результатов лечения этих пациентов подтверждает данные большинства авторов о прогностической значимости 1-ой оценки ТА, особенно со стороны пациентов.

Таблица 2 – Межгрупповое сравнение уровня ТА

Показатели	Основная группа		Контрольная группа		p
	М	Диапазон	М	Диапазон	
Альянс пациента (1 тест)	92,58	73 ÷ 109	84,18	54 ÷ 109	10 <sup>-4*</sup>
Альянс пациента (2 тест)	95,72	74 ÷ 110	84,72	46 ÷ 105	2·10 <sup>-6*</sup>
Альянс врача (1 тест)	91,4	73 ÷ 99	88,52	72 ÷ 103	5·10 <sup>-3*</sup>
Альянс врача (2 тест)	93,1	81 ÷ 101	84,08	62 ÷ 97	2·10 <sup>-8*</sup>

Примечание – «\*» отмечены значимые различия (p<0,05).

Однако чтобы оценить эффективность метода АП, нас интересовал уровень ТА в динамике, поскольку метод предполагал именно акцент на усилении разветвляющихся во времени компонентов взаимоотношений «врач-пациент» (Таблица 3). Результаты 2-ого измерения показали более высокие оценки ТА в основной группе. Оценивая динамику роста ТА, мы установили, что по оценкам и врачей, и пациентов в основной группе произошло значимое улучшение качества ТА (p<0,05). В контрольной группе такого роста не происходило, а по оценкам врачей наблюдалось падение оценок ТА (p<0,05) ниже 86 баллов, вероятно, связанное с более сильными негативными эмоциональными реакциями врача контрольной группы на «саботаж» лечения пациентами, подтвержденный более низкими данными по комплаенсу (Таблицы 4-5).

Таблица 3 – Внутригрупповое сравнение уровня ТА

	Баллы					
	ТА пациента (1 тест)	ТА пациента (2 тест)	p ТА пациента	ТА врача (1 тест)	ТА врача (2 тест)	P ТА врача
Основная группа	92,58	95,72	0,02*	91,4	93,1	0,02*
Контрольная группа	84,18	84,72	0,79	88,52	84,08	0,005*

Примечание – «\*» отмечены значимые различия (p<0,05).

Полученные данные доказывают большую эффективность метода АП в плане стимулирования уровня ТА по сравнению с методом консультирования по вопросам зависимости, которые отличались только типом взаимодействия «пациент-врач», но не по другим параметрам (количества сеансов, времени, внимания).

Оценивая ТА в динамике, мы также могли говорить о правомерности использования метода АП для усиления компонентов ТА, и, следовательно, динамического роста оценок ТА в основной группе, например, в сравнении с другими методами психотерапии, поскольку результаты измерения ТА большинством авторов не констатировали рост оценок пропорционально времени, а даже отмечали их уменьшение.

На следующем этапе оценивалось влияние метода АП и ТА на тестовые (комплаенс по тесту DAI-30) и нетестовые показатели комплаентного поведения (длительность стационарного лечения, случаи преждевременного завершения лечения, длительность ремиссии после завершения стационара). COMPLAENС по DAI-30 при 1-ом измерении в группах значимо не различался, хотя имелась заметная тенденция повышения комплаенса в основной группе ( $p=0,052$ ), которая вновь отражала активное начало психотерапии и энтузиазм пациентов основной группы (Таблица 4). При повторном измерении был отмечен пятикратный рост комплаенса в основной группе по сравнению с контрольной ( $p<0,05$ ), двукратный динамический рост комплаенса в основной ( $p<0,05$ ) и отсутствие его динамики в контрольной группе ( $p>0,05$ ).

Пациенты основной группы значимо дольше находились в стационаре, реже выходили из программы и имели более длительную ремиссию (Таблицы 4-5).

Таблица 4 – Межгрупповое сравнение комплаенса

Показатели	Основная группа		Контрольная группа		p
	М	Диапазон	М	Диапазон	
Комплаенс (1 тест) (баллы)	6,04	-12÷22	3,10	-12÷24	$5 \cdot 10^{-2}$
Комплаенс (2 тест) (баллы)	11,16	-7÷24	2,64	-18÷24	$3 \cdot 10^{-6*}$
Дни стационара (койко-дни)	28,48	8÷93	18,32	5÷30	$2 \cdot 10^{-4*}$
Ремиссия (дни)	114	7÷365	33,38	0÷365	$5 \cdot 10^{-4*}$

Примечание – «\*» отмечены значимые различия ( $p<0,05$ ).

Таблица 5 – Преждевременная выписка вопреки медицинским рекомендациям в исследуемых группах

Показатели	Основная группа		Контрольная группа		p
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Отказы	3	6	13	26	$10^{-2*}$

Примечание – «\*» отмечены значимые различия ( $p<0,05$ ).

Нас интересовало: за счет каких факторов психотерапии в основной группе были лучшие показатели комплаенса, и зависят ли данные

показатели от качества ТА? В обеих группах корреляционный анализ обнаружил значимые положительные связи между показателями комплаенса (DAI-30) и ТА (в основной и в контрольной группах – по оценкам пациента и врача при 2-ом измерении) и ТА и длительностью стационарного лечения (в основной – при 1-ом измерении, в контрольной – при 2-ом измерении) (Таблица 6). Мы также обнаружили, что отсутствие коррекции «разрывов» в рабочих отношениях в контрольной группе, подтвержденное очень низким уровнем ТА при 2-ом измерении, приводило к низкому уровню комплаенса пациентов к психофармакотерапии и росту числа отказов от лечения, подтвержденными соответствующими значимыми отрицательными корреляциями между ТА и числом преждевременных выписок в группах. То есть, ТА – значимый фактор, влияющий на показатели комплаентного поведения, и устранение «разрывов» в отношениях «врач-пациент» с помощью структурированных психотерапевтических интервенций способствует лучшему удержанию в лечении и лучшим результатам в целом. Также, было показано, что целенаправленное стимулирование ТА с начала лечения приводит к значимому улучшению результатов психотерапии, включая долгосрочные (ремиссия), что подтверждается наличием корреляций между начальным уровнем ТА (1-ое измерение) и результатами лечения т о л ь к о в основной группе.

Таблица 6 – Корреляции между показателями ТА и комплаенса

	Основная группа		Контрольная группа	
	1 тест	2 тест	1 тест	2 тест
ТА врача (баллы) и комплаенс (DAI 30)	$r=0,13$	$r=0,40^*$	$r=0,10$	$r=0,47^*$
ТА пациента (баллы) и комплаенс (DAI 30)	$r=0,27$	$r=0,39^*$	$r=0,23$	$r=0,55^*$
ТА врача (баллы) и длительность лечения в стационаре (койко-дни)	$r=0,50^*$	$r=0,14$	$r=0,15$	$r=0,36^*$
ТА пациента (баллы) и длительность лечения в стационаре (койко-дни)	$r=0,24$	$r=0,30^*$	$r=-0,09$	$r=0,43^*$
ТА врача (баллы) и преждевременные выписки	$r=-0,21$	$r=-0,41^*$	$r=-0,04$	$r=-0,58^*$
ТА пациента (баллы) и преждевременные выписки	$r=-0,07$	$r=-0,41^*$	$r=-0,04$	$r=-0,38^*$
ТА врача (баллы) и дни ремиссии	$r=0,38^*$	$r=0,07$	$r=0,002$	$r=0,03$
ТА пациента (баллы) и дни ремиссии	$r=0,12$	$r=0,07$	$r=0,13$	$r=0,15$

Примечание – «\*» отмечены значимые различия ( $p<0,05$ ).

Из 4-ех категорий факторов, влияющих на комплаенс (Charpentier et al., 2008): (а) связанных с особенностями заболевания, (б) с особенностями лекарственного лечения, (в) с особенностями пациентов, (г) зависящих от терапевтических отношений с врачом, – в нашем исследовании оценивались факторы из групп (а) и (в), а также устанавливались корреляции с показателями ТА.

При прочих равных условиях группы могли различаться по одному из основных для наркологического заболевания факторов – патологическому влечению к наркотику (ПВН). Для исследования влияния ПВН сравнивался его уровень в группах в начале и в конце лечения (Таблица 7). Оказалось, что группы не различались по исходному уровню ПВН ( $p>0,05$ ). При 2-ом измерении в основной группе уровень ПВН показал двукратное снижение по сравнению с контрольной ( $p<0,05$ ). Уровень ПВН в контрольной группе почти не изменился ( $p>0,05$ ), хотя психофармакотерапия в группах была одинаковой. Очевидно, столь большая разница по снижению ПВН образовалась, в том числе, за счет меньшего числа койко-дней и большего числа отказов от лечения в контрольной группе, ставших причиной меньшей продолжительности психофармакотерапии и незначительной динамики ПВН. Худший комплаенс в контрольной группе (Таблицы 4-5) также может свидетельствовать об уклонении (саботаже) некоторых пациентов от психофармакотерапии. Однако именно психотерапевтический фактор в основной группе способствовал большему комплаенсу и, следовательно, эффективному психофармакологическому лечению.

Таблица 7 – Сравнение динамики ПВН

	Основная группа		Контрольная группа		р
	Среднее	Диапазон	Среднее	Диапазон	
ПВН (1 тест)	6,72	4 ÷ 15	6,94	3 ÷ 13	0,56
ПВН (2 тест)	3,68	2 ÷ 8	6,68	1 ÷ 15	10 <sup>-7*</sup>

Примечание – «\*» отмечены значимые различия ( $p<0,05$ ).

Вклад ТА в снижение ПВН в основной группе подтвердился в ходе корреляционного анализа. ПВН снижалось при возрастании уровня ТА при обоих измерениях, что подтверждалось наличием статистически значимой отрицательной корреляции между ними ( $p<0,05$ ). В обеих группах при 2-ом измерении были найдены отрицательные корреляции: между ТА врача и ПВН –  $r=-0,30$  и ТА пациента и ПВН –  $r=-0,36$  в основной группе; между ТА врача и ПВН –  $r=-0,76$  и ТА пациента и ПВН –  $r=-0,66$  в контрольной группе ( $p<0,05$  во всех случаях). При 1-ом измерении такая связь была обнаружена только в основной группе (между ТА врача и ПВН, ТА пациента и ПВН –  $r=-0,31$  в обоих случаях), что, по нашему мнению, свидетельствует о вкладе аффектогенной связи в коррекцию уровня ПВН, поскольку, подтверждая свое мнение о психотерапевтической потенции

врача на начальных этапах лечения, пациент с большей готовностью сотрудничает с ним в процессе разработки лечебного плана, которому следует впоследствии, соблюдая режимные моменты и демонстрируя большой комплаенс к психофармакотерапии и психотерапевтической работе.

С другой стороны, подтвержденная сильными отрицательными корреляциями между уровнем ТА и ПВН в контрольной группе при 2-ом измерении высокая вероятность того, что отрицательная динамика качества рабочих отношений приводит к усилению ПВН, вновь свидетельствует о важности психотерапевтической коррекции «разрывов» в отношениях «пациент-врач» во избежание актуализации ПВН в условиях стационара.

Таким образом, было показано, что метод АП приводил к снижению ПВН, как за счет роста комплаенса, так и за счет действия ТА, что подтверждается наличием значимых отрицательных корреляций между ТА и ПВН. Анализируя компоненты ПВН у пациентов основной группы с целью определить долю их снижения в ответ на психотерапевтический фактор, мы нашли, что значимо изменялись аффективная, идеаторная и связанная со сном составляющие ПВН ( $p < 0,05$ ) и не менялась поведенческая составляющая ( $p > 0,05$ ).

Мотивация (фактор (в)) исследовалась по методу SOCRATES, с целью оценки степени признания заболевания, амбивалентности (сомнений) и готовности к активным действиям по лечению. В результате корреляционного анализа было установлено, что в основной группе ТА по оценке пациента положительно и значимо коррелировал с активными действиями ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе выявились положительные корреляции между ТА по версии врача и пациента и признанием болезни, между признанием болезни и комплаенсом, между амбивалентностью и ТА по версии пациента, между готовностью к действиям и ТА по версии врача и пациента, а также между готовностью к действиям и комплаенсом ( $p < 0,05$  во всех случаях). Полученные результаты позволяют нам утверждать, что при снижении показателей ТА в контрольной группе снижаются показатели по тесту SOCRATES – признание болезни и готовность к активным действиям по продолжению лечения. При снижении уровня комплаенса по тесту DAI-30 снижаются показатели по тесту SOCRATES – признание болезни и готовность к активным действиям по продолжению лечения. Снижение амбивалентности в контрольной группе в контексте указанных корреляционных связей свидетельствует о снижении сомнений и принятии решения выйти из лечебной программы.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1 Разработка и апробация метода АП привела к выделению трех сменяющих друг друга вида связи между врачом и пациентом: первичной аффектогенной, эмпатической и трансферентной, – что позволило структурировать психотерапевтические интервенции для усиления и поддержания каждого вида связи.

Оптимизация психотерапевтических отношений между врачом и пациентом в ходе апробации метода АП происходила за счет улучшения качества ТА во взаимоотношениях «врач-пациент», подтвержденного значимым динамическим ростом уровня ТА по оценкам и врача, и пациентов в основной группе ( $p < 0,05$ ). При отсутствии альянс-центрированного воздействия в контрольной группе уровень ТА значимо снижался ( $p < 0,05$ ).

2 ТА оказывает непосредственное влияние на формирование комплаентного поведения у стационарных пациентов с зависимостью от опиоидов, поскольку оказывается значимо связан с показателями комплаенса (согласие на прием лекарств, длительность стационарного лечения, длительность ремиссии, количество преждевременных выписок из стационара) в начале и в конце лечения методом АП в основной группе ( $p < 0,05$ ), при том, что изучаемые группы не различались по факторам, влияющим на комплаенс (уровню ПВН и мотивации), в начале лечения ( $p > 0,05$ ), а уровень ТА был значимо выше в основной ( $p < 0,05$ ).

3 При изучении корреляционных связей между ТА и ПВН получены данные, свидетельствующие о том, что данные показатели значимо связаны ( $p < 0,05$ ). Усиление ТА, происходившее в основной группе, приводит к снижению ПВН, что подтверждается наличием отрицательных корреляционных связей между уровнем ТА и ПВН при измерении после воздействия методом АП ( $r = -0,30$  и  $r = -0,36$  при  $p < 0,05$ , соответственно). Кроме того, качественный ТА между врачом и пациентом способствует коррекции аффективного и идеаторного компонентов ПВН, что значимо чаще происходило в основной группе в отличие от контрольной ( $p < 0,05$ ).

Низкий уровень ТА в контрольной группе приводит к значимому ухудшению таких показателей, как мотивация к лечению, признание болезни и готовность к активным действиям по продолжению лечения, к увеличению количества случаев выхода из лечебной программы, снижению комплаенса по отношению к психофармакотерапии, более краткосрочным ремиссиям.

4 Оценка эффективности разработанного метода АП показала, что в основной группе он эффективно улучшал такие показатели комплаентного поведения пациентов как: прием лекарственной терапии, прохождение полного курса лечения в стационаре, количество пациентов, остающихся в лечебной программе, несмотря на срывы и рецидивы, выход из лечебной программы, ремиссии в течение одного года ( $p < 0,05$ ), –

по сравнению с контрольной группой, где данные показатели улучшались незначительно ( $p > 0,05$ ).

### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1 Тучин, П.В. Анализ проблем, актуальных для больных опиоидной зависимостью и установленных во время групповой терапии / П.В. Тучин, О.Ж. Бузик // XV съезд психиатров России: Тез. докл., 9-12 нояб. 2010 г. – М., 2010. – 408 с.

2 Тучин, П.В. Варианты терапевтических ремиссий у больных алкогольной зависимостью в процессе лечения вивитролом / Т.В. Агибалова, Н.В. Туманов, П.В. Тучин [и др.] // Наркология. – 2012. – № 6. – С. 70-74.

3 Тучин, П.В. Вивитрол в комплексной терапии опиоидной зависимости / Т.В. Агибалова, А.Г. Кузнецов, П.В. Тучин [и др.] // Наркология. – 2012. – № 9. – С. 63-68.

4 Тучин, П.В. Влияние психотерапевтического альянса на эффективность лечения больных опиоидной наркоманией / П.В. Тучин // Неврологический вестник. Журнал имени В.М.Бехтерева. – 2012. – Т. 44. – Вып. 2. – С. 98-99.

5 Тучин, П.В. Возможности использования опросника SOCRATES для прогноза приверженности к терапии налтрексоном // Приоритетные вопросы наркологической помощи в условиях модернизации здравоохранения в системе последипломного образования специалистов психиатров-наркологов: Тез. докл., науч.-практ. конф., 19-20 апр. 2012 г. – М., 2012. – С. 67-68.

6 Тучин, П.В. Динамика нозогнозии у больных опиоидной наркоманией в ходе курса лечения / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, А.Г. Кузнецов // Вопросы наркологии. – 2012. – № 6. – С. 92-95.

7 Тучин, П.В. Значение психотерапевтического альянса для терапии патологического влечения к наркотику (предварительное исследование) / О.Ж. Бузик, П.В. Тучин, Т.В. Агибалова // Наркология-2010: Тез. докл., науч.-практ. конф., 5-7 окт. 2010 г. – М., 2010. – С. 35-36.

8 Тучин, П.В. Значение терапевтического альянса для формирования комплаентного поведения у больных опиоидной наркоманией / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, Д.И. Шустов // Психотерапия. – М., 2013. – № 12, вып. 132. – С. 24-30.

9 Тучин, П.В. Значение психотерапевтического альянса при лечении больных опиоидной наркоманией / П.В. Тучин, Т.В. Агибалова, Г.Л. Гуревич // Актуальные проблемы военной психиатрии: Материалы всероссийской юбилейной науч.-практ. конф., 9-10 июня 2011 г. – СПб., 2011. – С. 191.

10 Тучин, П.В. Комплексная психотерапевтическая программа с применением трансактного анализа для лечения больных алкогольной

зависимостью // Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства: Тез. докл., межд. науч.-практ. конф., 29-30 нояб. 2012 г. – СПб., 2012. – 172 с.

11 Тучин П.В. Модель альянс-центрированной психотерапии больных опиоидной наркоманией как основная составляющая программ медико-социальной реабилитации / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин // «Партнерство государства и общества в системе комплексной реабилитации потребителей наркотиков»: Материалы конференции, международная научно-практическая конференция, 5 декабря 2013 г. – М.: ФСКН России, 2014. – С. 63-74.

12 Тучин, П.В. Оценка эффективности применения альянс-центрированной психотерапии в процессе стационарного лечения больных опиоидной наркоманией / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин // Вопросы наркологии. – М., 2013. – № 6. – С. 161-175.

13 Тучин, П.В. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение: методические рекомендации / Т.В. Агибалова, Г.Л. Гуревич, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов, П.В. Тучин [и др.]. – М.: ННЦ Наркологии, 2012. – 32 с.

14 Тучин, П.В. Улучшение комплайенса больных опиоидной зависимостью за счет формирования стойких положительных взаимоотношений между врачом и пациентом в ходе альянс-центрированной краткосрочной психотерапии: методические рекомендации / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, Т.Р. Петросян [и др.]. – М.: ННЦ Наркологии, 2014. – 32 с.

15 Тучин, П.В. Уровень терапевтического альянса в ходе комплексного лечения больных опиоидной зависимостью / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин // Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населения: Тез. докл., всероссийская науч.-практ. конф., 20-21 окт. 2011 г. – М., 2011. – С. 14.

Подписано в печать 24.04.2014г.

Усл.п.л. – 1.0

Заказ № 20225

Тираж: 100 экз.

Копицентр «ЧЕРТЕЖ.ру»

ИНН 7701723201

107023, Москва, ул.Б.Семеновская 11, стр.12

(495) 542-7389

[www.chertez.ru](http://www.chertez.ru)