

На правах рукописи

Зенцова Наталья Игоревна

**СИСТЕМНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭТАПА
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ**

19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Москва - 2015

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования
«Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Научный консультант:

Зинченко Юрий Петрович - доктор психологических наук, профессор, академик РАО; заведующий кафедрой методологии психологии, декан факультета психологии ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»

Официальные оппоненты:

Цветкова Лариса Александровна – доктор психологических наук, профессор; профессор кафедры социальной психологии факультета психологии, директор Центра экспертиз ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Алфимова Маргарита Валентиновна – доктор психологических наук, старший научный сотрудник; ведущий научный сотрудник лаборатории клинической генетики ФГБУ «Научный центр психического здоровья».

Тарабрина Надежда Владимировна – доктор психологических наук, профессор; главный научный сотрудник лаборатории психологии посттравматического стресса ФГБУН «Институт психологии РАН»

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «**Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова**»

Защита состоится 11 декабря 2015 года в 15.00 на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 215.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова (г. Москва, ул. Ломоносовский проспект, д. 27); на сайте факультета психологии МГУ: <http://www.psy.msu.ru/science/autoref.html> и на сайте Научно-консультативного совета РПО (<http://psy-science-council.ru/dissertaions/>).

Автореферат разослан _____ 20__ года.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 501.001.15,
кандидат психологических наук,
доцент

Е.Ю. Балашова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Проблема повышения качества диагностической, лечебной и реабилитационной работы с больными, страдающими аддиктивными расстройствами, является актуальной в связи с сохраняющейся напряженной наркологической ситуацией в Российской Федерации и недостаточной готовностью специализированных служб к практическому решению задач эффективной психосоциальной реабилитации этого контингента больных, как в стационарных, так и в амбулаторно-поликлинических условиях (Дудко Т.Н., 1999; Цыганков Б.Д. и др., 2007; Иванец Н.Н., 2008).

В настоящее время разработаны и повсеместно применяются методы медикаментозной терапии острых состояний химической зависимости: абстинентного синдрома, препсихотических и психотических расстройств, выраженного влечения к психоактивным веществам (Neale J. et al., 2011; Nosyk V. et al., 2014). При этом применяется, в основном, дезинтоксикационная терапия и терапия постабстинентных расстройств, а также терапия, поддерживающая противорецидивное симптоматическое лечение на разных этапах медико-социальной реабилитации (Букаева С.К., 2002; Иванец Н.Н. и др., 2002; Рыбакова Т.Г., 2006; Брюн Е.А. и др., 2008; Цыганков Б.Д., 2009; Альтшулер В.Б., 2010; Ерышев О.Ф., Брюн Е.А. и др., 2011; Бузик О.Ж. и др., 2011; Paraherakis A. et al., 2000). В то же время, мероприятия психологической диагностики, коррекции и собственно методов психологической реабилитации требуют дальнейшего развития в связи с ростом заболеваемости и появлением новых наркотических агентов (German Ch.L. et al., 2014; Love L.A., Sun S., 2014).

Реабилитационная направленность современной наркологии в настоящее время, наряду с выделением ключевых принципов, требует и совершенствования научно-организационных принципов всей психологической составляющей реабилитационного процесса больных наркоманией.

Для современного этапа развития психологической науки характерно значительное возрастание количества работ, основанных на сочетанном использовании специалистами комбинации качественных и количественных методов исследования (Зинченко Ю.П., 2011; Vautier St. et al., 2014). Большое число исследований базируется на применении постнеклассического философского подхода, характеризующегося переходом от феноменологического к структурному описанию эволюции объектов исследования и представлением их как саморегулирующихся и саморазвивающихся систем. В этом плане реабилитацию следует рассматривать как попытку выйти из хаоса болезни зависимости, используя реабилитационный потенциал пациента для восстановления его социальных связей, биологических, психологических и психических свойств. С точки зрения постнеклассического подхода, реабилитация – процесс многоуровневый, полисистемный, в котором участвуют и реабилитант, и специалисты, и среда. (Степин В.С., 2011; Аршинов В.И., 2013; Кулаков С.А.,

2013). Необходимо отметить и возрастающую роль системного подхода, как в психологии (Барабанщиков В.А., 2007; Беспанская-Павленко Е.Д., 2009; Brase Gary L., 2014), так и в наркологии (Кузнецов А.Г., 2010; Корякин С.А., 2011; Tsui E., Rukow L., 2007).

Все больше специалистов сходятся в том, что удовлетворительный результат приносит использование гуманистического подхода в психотерапии наркозависимых, развивающего потенциалы пациента в соответствии с его индивидуальными особенностями и с учетом среды его жизнедеятельности (Eack Sh.M. et al., 2014). Опыт многолетней работы с наркозависимыми позволил сформулировать положение об интеграции эффективной сегрегации, используя в качестве методологической основы реабилитации синергетический подход, основанный на био-психо-социо-духовной парадигме, определяющий, в свою очередь, использование интегративного подхода при подборе методов и психотехник психотерапии (Ваисов С.Б., Кулаков С.А., 2012). Синергетический подход в лечении и реабилитации наркозависимых дает возможность учитывать не только особенности зависимой личности, но также и влияние систем, в которых пациент как элемент (семья, реабилитационный центр и пр.), или систем, с которыми пациент взаимодействует (психологи, врачи, консультанты по химической зависимости, другие пациенты). Кроме того, этот подход позволяет анализировать систему в развитии. Несмотря на то, что необходимость синергетического подхода в реабилитации наркозависимых признают многие специалисты (Сидоров П.И., 2005; Чернобровкина Т.В и др., 2006), в данный момент, имеется незначительное количество работ по этой тематике.

В рамках рассматриваемой проблемы, целесообразным представляется выделение **психологического этапа реабилитации наркозависимых** как важнейшей составляющей единого процесса, включающего применение медицинских, социальных и психологических методов. При этом, процесс реабилитации зависимых от психоактивных веществ лиц, безусловно, не сводится к использованию различных видов психотерапии, однако без ее применения трудно представить его конечный результат (Кабанов М.М., 2006).

Актуальной проблемой представляется выработка единых стандартов, как психологической диагностики наркозависимых, так и управления психологическим этапом процесса реабилитации, оптимизации взаимодействия всех его участников: врачей психиатров-наркологов, психологов, консультантов по химической зависимости, социальных работников и административного персонала.

Важнейшими организационными проблемами, требующими решения, в настоящее время являются:

- неопределенность разграничения сфер полномочий в рассматриваемой системе, которая для специалистов и руководителей на организационном уровне выступает как проблема выделения функций (институциональное регулирование), а на психологическом – как проблема ролевой неопределенности;
- объективная необходимость (как условие и как резерв повышения

эффективности деятельности) адекватного распределения функций в рамках психологического этапа системы реабилитации наркозависимых;

– взаимодействие формальных и неформальных структур системы (частных медицинских центров, организаций, лечебно-профилактических учреждений, некоммерческих партнерств и т.п.), многообразие методов (административных, организационных, правовых, экономических, психологических) управленческого воздействия для повышения эффективности психологического этапа реабилитации;

– различие ролей субъектов в разных подструктурах, зависимость эффективности их управленческих воздействий от личного авторитета, оценка ближайших и отдаленных последствий управленческих решений в отношении успешности функционирования системы.

Устранение этих противоречий и восполнение существующих пробелов является важнейшей проблемой современной российской наркологии и медицинской психологии.

Объект исследования – система психологической диагностики и реабилитации больных наркоманией.

Предмет исследования – психологические принципы организации комплекса психокоррекционных, лечебно-реабилитационных и организационных мероприятий в отношении наркозависимых.

Цель исследования – разработка в рамках постнеклассической методологии научно-методических основ организации системы психологической диагностики и реабилитации больных наркоманией, направленных на повышение эффективности мероприятий этапа психологической реабилитации.

Гипотезы исследования:

1. Использование базовых принципов постнеклассической научной методологии и синергетики при изучении процесса реабилитации наркозависимых (его понимание как сложной саморазвивающейся системы, способной выбирать цели своего развития и критерии их достижения, изменять свои параметры, структуру и другие характеристики) является более эффективным для применения в реабилитационном процессе, по сравнению с классическим (только медицинское лечение) и неклассическим (только методы профилактики) подходами.

2. Злоупотребление наркотическими веществами сопровождается разнонаправленными изменениями: нарушением сферы смысложизненных ориентаций; выраженным нарушением значимых отношений личности (к себе, к другим); искаженным восприятием внутренней картины болезни; нарушениями волевого самоконтроля; сформированной стойкой мотивацией к употреблению психоактивных веществ; нарушением сбалансированности временной перспективы, а также проявляется в психологической дезадаптации, снижении социального функционирования и эмоционального интеллекта, активизации опосредованной заболеванием функции макиавеллизма. Эти изменения содействуют усугублению состояния пациента и оказывают негативное воздействие на психосоциальную адаптацию, но поддаются психокоррекции на

этапе реабилитации, что должно быть учтено при разработке индивидуального комплекса мероприятий психологической реабилитации наркозависимых.

3. Эффективность мероприятий психологической реабилитации увеличится, если они будут основаны на использовании разработанных в данной работе подходов к психологической диагностике наркозависимых, что позволит осуществлять индивидуализированную комплексную оценку нарушения психических функций и определять комплекс психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий для каждого больного.

4. Основным компонентом мероприятий психологической реабилитации должно быть формирование психологической устойчивости к не вовлечению в химическую зависимость, чему способствуют содержательные аспекты психотерапевтического воздействия, направленного на развитие у человека возможностей изменения собственной жизни, достижения конструктивных жизненных целей и формирования устойчивых ресурсных состояний, включающих навыки эффективной самоорганизации.

5. Предложенная программа мероприятий психологического этапа реабилитации наркозависимых позволяет организовать индивидуальный подход к реабилитации каждого больного; она является эффективным средством достижения ремиссии и ресоциализации наркозависимых.

6. Создание и совершенствование системы мероприятий психологического этапа реабилитации наркозависимых следует осуществлять путем реализации комплекса мер, который должен включать: оптимизацию нормативной базы оказания психологической помощи наркозависимым, в том числе, через разработку стандартов оказания услуг по социально-психологической реабилитации; организацию эффективного взаимодействия между участниками процесса реабилитации наркозависимых (лечебно-профилактическими учреждениями, медицинскими центрами и пр.); подготовку квалифицированных психологических кадров, повышение уровня информированности медицинского и административного персонала об особенностях и возможностях проведения психологической реабилитации.

Задачи исследования:

1. Исходя из принципов постнеклассической философии, провести системно-методологический анализ психологических представлений об использовании комплекса психодиагностических и психотерапевтических методов работы с наркозависимыми лицами.

2. Исследовать применение синергетического подхода к реабилитации наркозависимых, изучив особенности зависимой личности и влияние на нее систем, в которых пациент как элемент (семья, реабилитационный центр и пр.), или систем, с которыми пациент взаимодействует (психологи, врачи, консультанты по химической зависимости, другие пациенты); психологических и социальных факторов риска и развития зависимости от психоактивных веществ.

3. Сформировать методологические принципы клинико-психологической

функциональной диагностики наркозависимых на основе синергетического подхода.

4. Разработать пролонгированную программу этапа психологической реабилитации больных наркоманией, обосновать критерии ее эффективности.

5. Выполнить апробацию и оценку эффективности предложенной программы психологической реабилитации на базе реабилитационных учреждений наркологического профиля.

6. Выявить факторы, влияющие на клинико-психологическую и социальную эффективность программы психологической реабилитации наркозависимых.

7. Разработать системную модель реабилитации для дальнейшего совершенствования психологической помощи наркозависимым пациентам.

Теоретико-методологической основой исследования являются принципы системного (Ломов Б.Ф., 2011) и постнеклассического философского подхода, характеризующегося переходом от феноменологического к структурному описанию эволюции объектов исследования и представления их как саморегулирующихся и саморазвивающихся систем (Зинченко Ю.П., 2011; Степин В.С., 2011); понимание психики как сложной системы взаимосвязанных функций, процессов, состояний (Карпов А.В., 2004; Лурия А.Р., Выгодский Л.С., Балин В.Д., 2012), личности – как системы отношений (Мясищев В.Н., 1995). Концепция психической адаптации и дезадаптации (Березин Ф.Б., 1988; Александровский Ю.А., 1996; Вассерман Л.И., 2010); биопсихосоциальная концепция зависимости от психоактивных веществ (Братусь Б.С., 1974; Вассерман Л.И., 2003; Дудко Т.Н., 2011) и концепция реабилитации наркологических больных и представления о человеке, как о многоуровневом биопсихосоциальном феномене (Лурия А.Р., 1962; Зейгарник Б.В., 1981; Рубинштейн С.Л., 2002). Теоретико-методологические основы психодиагностической деятельности и положения Л.С. Выготского о психологическом диагнозе; современные представления о психологической диагностике как науке и практике постановки психологического диагноза (Анастаси А.А., 1982; Столин В.В., 1983; Шмелев А.Г., 1996; Гуревич К.М., 1997). Представления отечественной и зарубежной психологии о личности и механизмах рефлексивной регуляции психической деятельности в норме и патологии (Николаева В.В., 1987; Тхостов А.Ш. и др., 2001); о концепции макиавеллизма личности (Знаков В.В., 2002; Hambrook D., Tchanturia K., 2008); эмоционально-ценностная теория смыслообразования (Франкл В., 1990; Шакуров Р.Х., 2001), согласно которой жизнь и деятельность обретают смысл для личности при условии, если они выступают для неё как источники позитивных, прежде всего, переживаемых ценностей; самосознании и самооценке при аномалиях личности (Соколова Е.Т., 1995); когнитивной теории стресса и копинга (Lazarus R., Folkman S., 1984); совладающем поведении больных наркоманией (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2007).

Методы исследования.

1. Теоретико-методологический анализ проблем психологической реабилитации наркозависимых на базе положений постнеклассической научной методологии.

3. Апробирование кейс-пакета психодиагностических методик, направленных на эмпирическую проверку наличия и степени выраженности выявленного по результатам проведенных в настоящей работе комплекса психологических нарушений у наркологических пациентов.

4. Катамнестический метод сбора сведений о пациентах после их участия в авторской реабилитационной программе, уточняющих особенности комплекса психологических нарушений при наркомании и динамику их восстановления/компенсации, оценка эффективности психологического реабилитации пациентов.

Научная новизна исследования.

В работе впервые научно обоснованы и разработаны принципы взаимодействия участников этапа психологической реабилитации больных наркоманией на основе системного подхода; разработана система внедрения инновационных психологических технологий в работу с наркозависимыми, в частности, обоснована концепция клинико-психологического функционального диагноза как инструмента оценки нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности больных наркотической зависимостью для определения реабилитационных возможностей и потребностей пациента.

Уточнен специфический для наркозависимости комплекс синдромов, включающий когнитивные, эмоционально-волевые, поведенческие, морально-этические проявления; дана характеристика степени выраженности и динамики этих синдромов. Диагностика имеющихся нарушений и последующая психокоррекционная работа по устранению или компенсации симптомов являются важными составляющими реабилитационного процесса потребителей наркотиков. Использование полученной психодиагностической информации позволяет существенно повысить мотивационную готовность пациента к участию в реабилитационном процессе.

Впервые разработана и апробирована система оценки эффективности лечебно-реабилитационного процесса, позволяющая, по принципу обратной связи, контролировать течение реабилитационных мероприятий и корректировать проводимую терапию; обоснована методология планирования и управления новой организационно-функциональной моделью проведения психокоррекции и психологической реабилитации больных наркоманией.

Впервые для реабилитации наркологических больных использована научно-обоснованная программа, соответствующая международным стандартам и классификациям, позволяющая организовать индивидуальный подход к реабилитации каждого пациента без существенного увеличения материальных затрат.

Эффективность применения предложенной программы продемонстрирована на основании результатов ее апробации в 15 реабилитационных центрах.

Теоретическая значимость исследования. Полученные в ходе выполнения работы данные позволили:

- обосновать приоритетные направления развития системы мероприятий психологического этапа реабилитации наркозависимых на региональном уровне в современных социально-экономических условиях;
- разработать новые подходы к модернизации системы планирования, мониторинга и информационно-аналитического обеспечения психореабилитационной работы с больными наркоманией;
- апробировать новую системную модель организации психологической реабилитации наркозависимых, в частности, новые организационные технологии в реабилитационных учреждениях;
- обосновать принципы организации психореабилитационной работы на всех этапах реабилитации больных наркоманией.

Практическая значимость исследования.

Внедрение предлагаемого подхода в деятельность различных реабилитационных учреждений позволяет обеспечить больных достаточной по объему и качеству помощью, оказываемой в соответствии с их реабилитационными возможностями; оценить эффективность процесса реабилитации наркозависимых на всех его этапах и, в соответствии с результатами оценки эффективности, своевременно провести коррекцию реабилитационных мер.

В ходе выполнения исследования разработан проект документа «Порядок взаимодействия негосударственных реабилитационных центров, оказывающих услуги по медико-социальной реабилитации и ресоциализации больных наркоманией, в том числе несовершеннолетних, с государственными учреждениями наркологического профиля, государственными предприятиями и учреждениями социального обслуживания, а также с органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и социального развития» (2011); разработаны методические рекомендации для сотрудников здравоохранения «Работа медицинского психолога в наркологии» (2013).

Результаты исследования внедрены: в практику работы реабилитационных центров России (Москва и Московская обл., Санкт-Петербург, Рязань, Ярославль, Брянск, Нижний Новгород, Воронеж, Белгород, Ростов-на-Дону, Волгоград, Краснодар, Сочи, Пятигорск) и зарубежья (Таиланд, о. Самуи). Технологии диагностики и реабилитации применяются в клинике ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения России (ранее - Национальный научный центр наркологии Министерства здравоохранения РФ). На основе результатов исследования, межфракционной рабочей группой по вопросам профилактики и комплексной реабилитации наркомании и других социально значимых заболеваний в

Государственной Думе Федерального Собрания РФ разработаны стандарты услуг по оказанию социальной реабилитации, на основе которых с 2014 года работают многие антинаркотические объединения.

Результаты исследования используются в образовательном процессе факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова.

Достоверность и надежность результатов обеспечивается большим объемом обследованной выборки; использованием методик, прошедших процедуры валидации и стандартизации; обработкой полученных данных с помощью адекватных методов математической статистики; воспроизводимостью результатов.

Положения, выносимые на защиту

1. В процессе прохождения наркозависимыми курса реабилитационных мероприятий по предложенной программе в период пребывания в реабилитационном центре у пациентов снижаются мотивы потребления психоактивных веществ, уровень макиавеллизма, выраженность непродуктивной рефлексии; уменьшается концентрированность на прошлом и настоящем; повышается направленность в будущее. У реабилитантов повышается осмысленность жизни, самоконтроль; улучшаются такие показатели качества жизни, как «психическое здоровье» и «физическое здоровье».

2. Факторами, влияющими на эффективность психологического этапа реабилитации, являются: изначальное признание наличия проблемы зависимости реабилитантом и желание рассказать о ней, значимые негативные события в жизни, наличие семьи и работы до поступления в реабилитационный центр, желание сохранить привычный круг общения, наличие в анамнезе проблем с законом, наличие периодов ремиссии и попыток реабилитации, эмоциональный фон при поступлении в реабилитационный центр.

3. Предложенная и апробированная в работе модель и программа этапа психологической реабилитации является клинически эффективной для наркозависимых; при ее применении у них увеличивается длительность и частота ремиссий; возрастает уровень социальной адаптации и повышается качество жизни; у значительного количества пациентов формируется здоровый круг общения; среди выпускников программы существенно повышается процент учащихся или трудоустроенных пациентов; у многих пациентов налаживаются или строятся семейные взаимоотношения.

4. Для эффективного внедрения предложенной модели этапа психологической реабилитации на различных уровнях (городском, региональном, федеральном) необходимо:

- создание системы психологической реабилитации и коррекции с учетом профессиональных и личностных качеств работающих в ней специалистов;
- обеспечение последовательного психологического воздействия на наркозависимых с помощью системы тренингов, обеспечивающих необходимые

продуктивные изменения в активационных, мотивационных, когнитивных, эмоционально-волевых структурах личности больных;

– мониторинг различных аспектов предлагаемой системы, представляющий собой обоснованную систему периодического сбора, обобщения и анализа информации о пациенте; принятие на этой основе решения по выработке индивидуальной коррекционной (реабилитационной) программы.

5. Внедрение предложенной модели психологической реабилитации наркозависимых предоставляет возможность проводить стандартизированную комплексную патопсихологическую диагностику лиц, зависимых от наркотических средств. Малозатратный метод оценки, основанный на использовании клинико-психологической функциональной диагностики, позволяет организовать лечебно-реабилитационный процесс не только на основании выявленных нарушений, но и с учетом сохраненных сфер психической деятельности пациента. Разработанная клиническая система оценки эффективности лечебно-реабилитационного процесса у больных наркотической зависимостью на основе анализа динамики, психологических и социальных характеристик пациента позволит в условиях стационара своевременно оценивать его состояние, корректировать программу реабилитационных мероприятий и определять реабилитационный прогноз.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты работы докладывались на научных и научно-практических конференциях: «Социальные и медико-биологические вопросы наркологии» (Москва, 2007); научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии» (Москва, 2007); VIII Международном конгрессе «Здоровье и образование в 21 веке; концепции болезней цивилизации» (Москва, 2007); XX Международных рождественских образовательных чтениях «Медицинские, социально-психологические, образовательные и духовные подходы к реализации профилактических программ среди молодежи» (Москва, 2012); National Harm Reduction conference: rights, health, participation (Georgia, 2013); Межфракционной депутатской рабочей группе по вопросам комплексной профилактики и реабилитации наркомании, ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний (2013, 2014, 2015).

По материалам диссертации опубликовано более 40 печатных работ (включая материалы конференций); 4 монографии; 17 статей опубликованы в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки РФ для публикаций основных результатов диссертационных исследований.

Структура диссертации. Диссертация изложена на 619 страницах и состоит из введения, 6 глав, выводов, практических рекомендаций, заключения, списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 71 таблицей и 131 рисунком. Указатель литературы содержит 817 библиографических источников, в том числе – 335 иностранных публикаций.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обоснована актуальность, сформулированы предмет, цель, задачи и гипотезы исследования; раскрыты его теоретические основания; дана общая характеристика методов исследования, научной новизны, теоретической и практической значимости; представлены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Современное состояние и методологические основы медицинской, психологической и социальной реабилитации больных наркоманией» рассмотрены представления о реабилитации в медицине, а также реабилитации в наркологии и современные представления о психологической помощи больным наркоманией. Описан системный подход к решению задач реабилитации лиц, от зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), который предполагает внедрение в практику основных реабилитационных технологий, благодаря которым удастся существенно восстановить личность больного и уровень его психосоциальной адаптации. Описано содержание этапа психологической реабилитации, его место в работе с наркозависимыми больными, перспективы дальнейшего развития и совершенствования. Проанализированы особенности психодиагностических исследований в наркологической клинике, представлены современные психотерапевтические подходы, используемые на различных этапах реабилитационного процесса наркозависимых.

Особое внимание уделено перспективам применения синергетической парадигмы, как методологии, использующей интегративный подход в исследовании нелинейно развивающихся, открытых, сильно неравновесных диссипативных структур. Рассмотрение организма человека в качестве такого рода структуры, по нашему мнению, открывает возможность решения стыковочных проблем в биосоциодуховном цикле и снятия (или частичного решения) конфликтов и трудных вопросов практической наркологии. Синергетический подход – это подход, согласованный, интегрирующий и объясняющий совместную эволюцию человека с природой и социумом. В силу нелинейности процессов, происходящих при эволюции диссипативных систем, в их траектории появляется бивариантность дальнейшего развития системы от так называемых точек бифуркации. Выбор системой того или иного пути развития оказывается зависимым от сверхслабых воздействий на нее в этот момент, как извне, так и в результате флуктуаций в самой системе, то есть от случайностей. Организм человека является совокупностью динамически сменяющих друг друга диссипативных (т.е. рассеивающих энергию и самоорганизующихся) систем, определяющих состояние его здоровья. При этом, сверхслабыми воздействиями, определяющими траектории эволюции состояний здоровья, являются как природные, техногенные, так и социальные, психические и другие факторы.

Анализ модели состояний человека как диссипативной системы позволяет оценить роль специалиста (врача, психолога), а также значение выбранного им метода воздействия на больного, решающее значение понимания специалистами природы «случайностей», учета их множественности и кооперативных взаимодействий в отношении дальнейшего прогноза для пациента. Заболевание может эволюционировать в сторону выздоровления или усугубления клинических симптомов, по пути компенсации или декомпенсации, в зависимости от случайных синхронизирующих (регулирующих, гармонизирующих) воздействий (Никонов Ю.В., 2004; Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., 2006).

Синергетический подход можно представить четырьмя основными плоскостями (векторами) т.н. био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом, ноогенезом (Кулаков С.А., Федоряка Д.А., 2010). Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность.

Также в данной главе рассмотрены три подхода к пониманию процесса и этапов реабилитации наркозависимых: классический, неклассический и постнеклассический.

Классическая (наркологическая) модель реабилитации включает в себя оказание медицинской помощи наркологическим больным. Для данной модели характерна медикаментозная терапия с помощью нейролептиков, препаратов налтрексона, а также заместительная терапия. Таким образом, основной целью классической модели является снятие психопатологических и вегетативных расстройств.

Неклассическая модель реабилитации, которая лежит в основе методов профилактики, по сути, является смысловым подходом. Согласно ему, главной причиной наркотизации личности является утрата смыслообразующих ценностей жизни (Гарифуллин Р.Р., 2004), деформации системы ценностей (Франкл В., 1990) и жизнеутверждающих смыслов (Шакуров Р.Х., 2001). Таким образом, основной психотерапевтической мишенью неклассической модели является изменение ценностно-смысловой сферы пациентов после снятия синдрома абстиненции, что позволяет уменьшить вероятность появления непредсказуемых психических бифуркаций, при которых даже небольшие провоцирующие воздействия на личностно-смысловую сферу пациента могут приводить к спонтанному решению вновь вернуться к наркопотреблению.

С точки зрения постнеклассической модели психологического этапа реабилитации, пациент рассматривается как саморегулирующаяся система, наделенная правом выбора и ответственностью за процесс реабилитации. В соответствии с принципами данного подхода, реабилитация наркозависимых позволяет изменить мировоззрение пациентов, развить стремление к нормативной социальной жизни, выработать профессиональные навыки и желание трудиться, научить пациентов сотрудничеству с коллегами и повысить коммуникабельность,

ценить свободное время и организовывать досуг.

Во второй главе «Особенности организации психологического этапа реабилитации больных наркоманией в Российской Федерации» рассмотрены особенности организации работы по психологической реабилитации лиц, зависимых от наркотических средств, и проблемы ее дальнейшего совершенствования. Представлена модель системы психологической реабилитации и психокоррекции больных наркоманией.

Проведенный анализ показал, что нормативная база организации оказания реабилитационной помощи наркологическим больным в РФ в настоящее время непрерывно модифицируется, так как в своей основе подразумевает принцип обратной связи с исполнителями на местах. Однако в целом правовое регулирование наркологической помощи в нашей стране, в том числе психологической реабилитации наркозависимых, еще достаточно несовершенно.

Медико-социальная реабилитация больных наркоманией проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Однако многие негосударственные центры даже не зарегистрированы как некоммерческие организации в Министерстве юстиции. В то же время, реабилитация пациентов может проводиться в негосударственных организациях. К негосударственным реабилитационным центрам, организациям (далее - НГРЦ), оказывающим услуги по медико-социальной реабилитации и ресоциализации больных наркоманией, относятся некоммерческие, коммерческие, неправительственные и общественные, в том числе конфессиональные, центры. Спектр (перечень) медицинских и социальных услуг в области медико-социальной реабилитации, применяемых в процессе взаимодействия НГРЦ с государственными учреждениями, определяется соответствующими договорами.

В процессе оказания реабилитационной помощи наркологическим больным участвует ряд государственных ведомств и учреждений, коммерческие структуры, некоммерческие благотворительные фонды, центры при различных конфессиях, общества само- и взаимопомощи и др. В нашей стране в различных учреждениях применяется несколько основных моделей реабилитации:

- 1) модель медико-социальной реабилитации;
- 2) Миннесотская модель;
- 3) 12-шаговая модель реабилитации;
- 4) модели терапевтических сообществ (классическая и модифицированная) в стационарном и амбулаторном вариантах (монары, общины и др.);
- 5) модель «духовной» реабилитации в структуре различных конфессий;
- 6) смешанные, эклектические модели (амбулаторный и стационарный вариант), основанные на сочетании первых двух моделей с элементами народной медицины и конфессиональным подходом, где первостепенное внимание уделяется психологической и социальной поддержке, а также трудовой

занятости пациентов;

7) модель семейных клубов трезвости;

8) авторские модели реабилитации различных частных реабилитационных центров.

Типовой организацией – структурным учреждением государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающим наркологическую медико-социальную реабилитационную помощь, является реабилитационный центр. На территории РФ в структуре Министерства здравоохранения по состоянию на 2014 г. функционировали 8 реабилитационных центров, 71 реабилитационное отделение, 8 стационаров. Такое количество реабилитационных центров является крайне недостаточным.

Кадровая проблема в рассматриваемой области характеризуется:

- отсутствием притока молодых кадров (врачей, психотерапевтов и медицинских психологов);

- низкой обеспеченностью врачами психиатрами-наркологами (в пределах 0,2 на 10 тысяч населения);

- ликвидацией интернатуры по психиатрии-наркологии;

- наличием финансовых проблем, в частности, низкой заработной платой;

- проблемой прохождения специализации по наркологии после окончания интернатуры по психиатрии;

- отсутствием в негосударственных реабилитационных центрах достаточного количества квалифицированных специалистов;

- дефицитом программ дополнительного образования по тематике «Психотерапия и психокоррекция в наркологии».

В большинстве регионов России неудовлетворительно идет выполнение приказа Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 года № 45 в части выделения штатных единиц специалистов.

По мнению автора, проблема заключается, в первую очередь, в том, что координация между государственными и общественными структурами до настоящего времени отсутствует: нет общих подходов, распределения ответственности и рычагов воздействия.

Остро стоит на сегодняшний день и вопрос о стандартах и критериях оценки качества реабилитации наркозависимых. В Российском законодательстве подходы к стандартизации и сертификации качества услуг определяются Федеральным законом от 27 декабря 2002 года № ФЗ-184 «О техническом регулировании», на основании которого несколько лет назад был принят ряд национальных стандартов социального обслуживания. Важнейшим этапом в этом направлении явился Приказ Минздрава России от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)», согласно которому обязательным является осуществление хотя бы одного из нижеперечисленных методов психотерапии: когнитивной, бихевиоральной

(поведенческой), психодинамической, гуманистической, семейной системной психотерапии.

Рассматривая перспективы совершенствования реабилитации, следует остановиться на вопросах стандартизации данного вида помощи. Основной проблемой стандартизации психологического этапа реабилитации наркологических больных в России является не определенная законодательно ведомственная принадлежность этой сферы, а также отсутствие в России закона «О психологической помощи населению».

В настоящее время очевидна острая необходимость в повышении уровня прозрачности деятельности антинаркотических организаций для повышения эффективности их взаимодействия с заинтересованными сторонами, в том числе с органами власти, позиция которых существенно влияет на результаты их работы.

Таким образом, повышение результативности и эффективности реабилитационной деятельности должно обеспечиваться, с одной стороны, совершенствованием законодательной базы, принятием единых стандартов реабилитации; с другой – технологизацией, т.е. использованием современных адекватных реабилитационных технологий, в комплексе которых ведущее место должна занять работа по психологической реабилитации и психокоррекции наркозависимых. Некоторые из этих технологий уже достаточно широко распространены и используются во многих реабилитационных центрах, другие находятся в стадии формирования и апробации в клинической практике.

В главе 3 «Материалы и методы эмпирического исследования» описан процесс организации научного исследования и этапы работы. Представлен диагностический инструментарий, используемый для оценки эффективности психологической реабилитации, и данные статистического анализа материала.

Материалы исследования. В течение 2009-2014 гг. всего обследовано 453 человека. Из них:

- 316 пациентов из реабилитационных центров, использующих смешанную (эkleктическую) модель реабилитации;
- 35 пациентов из центра, использующего программу «12 шагов» (n=35);
- 54 пациента из центра, использующего конфессиональную реабилитационную программу.

В качестве группы контроля обследованы условно здоровые лица (n=48) со сходными половозрастными характеристиками.

Для включения пациента в исследование необходимо было соблюдение следующих условий:

- пациенты обследовались по прошествии 21 дня после последнего употребления наркотиков, только в трезвом состоянии, после прохождения курса детоксикационной программы и купирования синдрома отмены;
- возраст пациентов 18-38 лет;

- вторая стадия синдрома зависимости (по критериям МКБ-10) от наркотических средств (опиаты, каннабиноиды, спайсы, психостимуляторы);
- длительность заболевания наркоманией составляла от 1 года до 10 лет.

Методы исследования. В исследовании были применены следующие экспериментально-психологические методики:

1. Авторская анкета, разработанная для пациентов реабилитационного центра (2009).
2. Метод определения стресса и копинг-механизмов Лазаруса-Фолькмана (1999).
3. Опросник волевого самоконтроля — ВСК (Зверков А.Г., Эйдман Е.В. (1990).
4. Метод исследования макиавеллизма личности, четвертая версия шкалы Mach-IV, адаптированная Знаковым В.В. (2001).
5. Шкала эмоционального отклика в адаптации Mehrabian A., Epstein N. (1972).
6. Дифференциальный тест рефлексии (Леонтьев Д.А. и др. 2009).
7. Тест «Диагностика межличностных отношений» в адаптации Собчик Л.Н. (2002).
8. Опросник качества жизни версии 1.3. (The Short Form-36) разработанный Ware J.E. (2000).
9. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо в адаптации Сырцовой А., Соколовой Е.Т., Митиной О.В. (2007).
10. Методика оценки мотивации к избеганию неудачи — самозащите Т. Элерса в адаптации Котик М.А. (1981).
11. Опросник «Мотивы употребления наркотиков» Аксютин И.В., (2007).
12. Методика диагностики стилевых особенностей постановки и достижения цели. (Моросанова В.И., 2004).
13. Тест Смыслжизненных ориентаций в адаптации Д.А. Леонтьева (1988).

На 1 этапе выполнено клинико-психологическое обследование 405 лиц из трех реабилитационных центров, проходивших реабилитацию. С помощью специально разработанной анкеты пациентов опрашивали о возрасте начала употребления ПАВ, виде потребляемых ПАВ, приеме алкоголя, отношении к приему ПАВ, влиянии ПАВ на жизнь обследуемых. Проводили оценку выраженности мотивов потребления ПАВ.

Также оценивали уровни мотивации избегания неудач, эмпатии, макиавеллизма, самоконтроля, системной рефлексии и склонности к фантазированию, выраженность копинг-стратегий. По данным методикам проведен анализ полученных результатов в сравнении с контрольной группой условно-здоровых лиц (n=48).

Выполнен анализ динамики показателей качества и осмысленности жизни и временной перспективы реабилитантов, ощущения полноты и эмоциональной насыщенности жизни, показателей оценки целеустремленности и убежденности в контролируемости жизни, оценки результативности жизни и уверенности в собственных возможностях изменить жизнь.

На 2 этапе выполнялся анализ факторов, влияющих на эффективность процесса реабилитации (сравнивали динамику психологических показателей) с помощью корреляционного, регрессионного, дисперсионного и кластерного анализа.

3 этап работы посвящен оценке эффективности разработанной программы психологического этапа реабилитации; при этом, в качестве важнейших критериев рассматривалась не только длительность ремиссии, но и достижение пациентом максимально возможного высокого уровня психосоциальной адаптации.

Для оценки эффективности предложенной программы реабилитации на заключительном этапе исследования из первично обследованных были отобраны только **316** пациентов, из которых сформировано 2 группы:

- основная группа – **221** пациент, согласившиеся на участие в программе, полностью завершившие программу психосоциальной реабилитации;
- группа сравнения – **95** пациентов, не прошедших данную программу психосоциальной реабилитации.

В качестве основных критериев эффективности реабилитационной программы выступали следующие показатели:

- завершение полного курса реабилитации (удержание в программе);
- полный отказ от употребления психоактивных веществ (включая курение) на протяжении не менее 6 месяцев;
- выработка пациентами адекватной самооценки (болезни, эффективности собственной учебной и трудовой деятельности, содержательности альтернативного досуга без приема психоактивных веществ);
- приобретение навыков профилактики рецидивов заболевания;
- принятие идеи абстиненции и ведения здорового образа жизни;
- активизация позитивных жизненных взглядов и представлений;
- преодоление эгоцентризма и выработка активной жизненной позиции;
- уход от стигматизации наркозависимого (преодоление чувства «неполноценности»);
- участие в волонтерской помощи наркозависимым и их родственникам;
- приобретение и реализация новых трудовых навыков;
- расширение круга знакомых и принятие позитивного опыта других людей.

Психологическое обследование и оценку показателя «качество жизни» реабилитантов проводили на начальном периоде реабилитации, по окончании пребывания в стационаре (при выписке из реабилитационного центра) и спустя 1 год после окончания стационарного этапа реабилитации. Показатели длительности ремиссии и социальной адаптации пациентов обеих групп сравнивали через 1-3 года после окончания программы реабилитации.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета программ STATISTICA 11.0. Использовались методы параметрической и непараметрической статистики. Методы описательной статистики включали в себя

оценку среднего арифметического (M), стандартного отклонения (σ). Для оценки различий значений количественных показателей, после проверки распределения признаков на соответствие закону нормального распределения по W -критерию Шапиро-Уилка, применялся непараметрический U -критерий Манна-Уитни. При анализе зависимости эффекта реабилитации от длительности пребывания в центре использован регрессионный анализ. Для сравнения психологических особенностей, обследуемых из разных реабилитационных центров применялся H -критерий Краскала-Уоллиса. Кластерный анализ осуществлялся методом k -средних. Также использован метод «деревья классификации». Для выявления влияния факторов на психологические особенности использовался однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Для определения наличия связи между психологическими показателями проводили корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена.

В главе 4 «Характеристика психологических паттернов наркозависимых. Динамика психологических показателей наркозависимых в процессе реабилитации» приведена клинико-психологическая характеристика выборки 405 обследуемых пациентов на начальных этапах реабилитации.

Выборка представлена 67,4% мужчин и 32,6% женщин; медиана возраста – 28 лет. Медианный возраст начала потребления ПАВ обследуемых составил 14 лет. По состоянию на момент поступления в реабилитационный центр 67,9% пациентов не были женаты или замужем, 19% были женаты или замужем, 13,1% – разведены. Большинство реабилитантов (83%) указывали, что принимали вещества группы опиатов; 27,2% - психостимуляторы; 22,3% – каннабиоды; 35,9% указали, что регулярно в сочетании с наркотическими веществами принимают алкоголь.

Опрос наркозависимых на предмет субъективной оценки влияния психоактивных веществ на их жизнь показал, что 78,7% обследуемых считают потребление психоактивных веществ проблемой; 65,2% реабилитантов сообщили, что у них были жизненные обстоятельства, способствовавшие началу потребления психоактивных веществ; 78,3% указали на наличие проблем с законом вследствие потребления наркотиков; у 97,3% пациентов потребление негативно повлияло на социальную жизнь.

Осознавая свою проблему, значительная часть реабилитантов (76,9%) хотят рассказать кому-нибудь о ней и получить помощь. Более половины из них (52,5%) склонны подчиняться просьбам значимых людей, что, с одной стороны, повышает риск созависимости, с другой – может оказать положительное влияние, если такого рода просьбы направлены на преодоление созависимости. 48% обследуемых сообщили, что продолжают сохранять контакт с предыдущим наркотическим кругом общения, уже находясь в центре; при этом, пациенты уверены в своих силах противостоять негативному влиянию предыдущего круга общения.

Опрос выявил у большинства реабилитантов (78,7%) наличие в анамнезе периодов ремиссии; более четверти обследуемых (27,6%) сообщили, что уже неоднократно проходили различные программы реабилитации.

Анализ психологических последствий зависимости от психоактивных веществ показал, что потребление ПАВ приводит к значительному снижению качества жизни. Так, 76,9% обследуемых сознались, что им трудно жить трезвыми; 90% реабилитантов сообщили о присутствии у них выраженном чувстве вины; 33,9% - часто испытывали плохое настроение и апатию; 11,3% - совершали в прошлом попытки суицида.

Результаты оценки с помощью методики «Мотивы употребления наркотиков» продемонстрировали наличие мотивов 3-х групп. Как видно из таблицы 1, наиболее выраженными были абстинентный, атарактический и гедонистический мотивы. Выраженность мотивов гиперактивации поведения, аддиктивных и мотивов самоповреждения была средней. Менее выражены у обследуемых субмиссивные, псевдокультурные и традиционные мотивы.

Таблица 1.

Результаты методики «Мотивы употребления наркотиков»
Выраженность мотивов потребления

Мотивы	Баллы $\bar{x} \pm \sigma$
Абстинентные	21 \pm 3
Атарактические	20,7 \pm 3,5
Гедонистические	20,5 \pm 3,2
Гиперактивации поведения	19,6 \pm 3
Аддиктивные	18,9 \pm 3,7
Самоповреждения	17,6 \pm 3
Субмиссивные	14,7 \pm 4
Псевдокультурные	13,6 \pm 3,4
Традиционные	12,8 \pm 4,3

Безусловно, первичная мотивированность к приему психоактивных веществ может в значительной мере затруднить процесс реабилитации. Особенно следует обратить внимание на четыре мотива: традиционный (использование нарковещества по праздникам и в соответствии с другими традициями), псевдокультурный, атарактический, абстинентный. Их наличие с наибольшей вероятностью сопутствует нежеланию избавиться от зависимости.

Эффективность реабилитации закономерно снижается при изначально повышенной мотивации к употреблению наркотических средств. Однако, как показало исследование, мотивация избегания неудач у реабилитантов развита средне - на уровне 14,1 \pm 5,2 балла; у значительной части обследуемых (30%) уровень этой мотивации выше среднего. Это позволяет прогнозировать стремление реабилитантов избегать неприятных событий в процессе реабилитации.

Оценка уровня качества жизни наркозависимых до начала прохождения ими реабилитации показала, что ряд показателей шкал опросника SF-36 (Таблица 2) находится на нижней границе нормы.

Таблица 2.

Результаты оценки качества жизни по опроснику SF36 (версии 1.3.)

Качество жизни	M±σ
Физическое функционирование	52,2±9,6
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием	47,1±11,1
Интенсивность боли	45,9±11,5
Общее состояние здоровья	53,9±9,1
Жизненная активность	48,3±7,7
Социальное функционирование	44,3±8,4
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	44,2±10,7
Психическое здоровье	48,3±8,1
Физический компонент здоровья	48,3±8,9
Психический компонент здоровья	49,6±0,7

В частности, значения показателей социального и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, имеют отклонение от среднего более чем на 0,5 σ, что свидетельствует о тенденции к снижению этих параметров у значительной части пациентов.

Эмпатия у реабилитантов развита достаточно хорошо, среднее значение показателя составило 65,7±12,2 балла. У 41% реабилитантов уровень эмпатии не ниже нормы, для абсолютного большинства (59%) характерно значение показателя выше нормативного.

Оценка выраженности макиавеллизма показала, что значение показателя данной характеристики составило 71,7±11,5 балла. Практически у половины наркозависимых (49%) в начале реабилитационного периода отмечен средний уровень макиавеллизма. При этом следует отметить, что реабилитантов с низкими значениями данного показателя значительно больше, чем реабилитантов с выраженным макиавеллизмом (соответственно 31% и 14 %).

Исследование показало, что большинство предпочитаемых реабилитантами копинг-стратегий выражены более чем на 50% (таблица 3).

Результаты исследования выраженности копинг-стратегий у обследуемых с помощью методики Лазаруса-Фолькмана

Копинг-стратегии	Выраженность в %
Конфронтативный копинг	62,1
Дистанцирование	63,3
Самоконтроль	78,4
Поиск социальной поддержки	65,1
Принятие ответственности	47,4
Бегство-избегание	87,7
Планирование решения проблемы	65,8
Положительная переоценка	72,1

Обращает на себя внимание соотношение таких важных для реабилитационного процесса копинг-стратегий, как принятие ответственности (47,4%) и бегство от проблем (87,7%). В то же время, значительно выраженным (78,4%) у обследуемых является копинг в форме самоконтроля. Сочетание бегства от проблемы, отстранения от личной ответственности и достаточно выраженного самоконтроля свидетельствует о наличии противоречий в стратегиях преодоления проблем реабилитантами в начале курса: они либо показывают себя самостоятельными, либо стремятся к реальной самостоятельности, однако, не способны в этот период принять ответственность за свое развитие и стремятся игнорировать наличие проблемы. Данное противоречие, по нашему мнению, вызвано патологическими изменениями волевой сферы реабилитантов, характерными для большинства из них в начале реабилитационного периода.

Специализированный тест оценки уровня самоконтроля свидетельствует о том, что реальная степень выраженности этого признака составляет 50% (12,0±2,8 баллов); причем самообладание, которое на смысловом уровне синонимично самоконтролю, выражено слабо (39%, 6,2±1,9 балла), значительно больше выражена настойчивость (65%, 8,5±2,3 баллов).

Оценки уровня системной рефлексии, самоанализа и склонности к фантазированию в начале реабилитации выражены на среднем уровне.

Исследование показателей саморегуляции также продемонстрировало преимущественно средний уровень. При этом, обращает на себя внимание тенденция к снижению значений шкал гибкости (44,6±6,7) и самостоятельности (43,7±9,2).

Менее всего у обследуемых выражено ощущение полноты и эмоциональной насыщенности жизни (40,5±13,5). Показатели оценки целеустремленности (43,8±16,2) и убежденности в контролируемости жизни (43,7±10,6) близки к нижней границе нормативных значений. Уровни оценки результативности жизни (46,4±13,9) и уверенности в собственных силах изменить свою жизнь (47,1±12,9) располагаются также на нижней границе, хотя и в пределах нормы.

Исследование временной перспективы с помощью методики Ф. Зимбардо показало, что значения всех 5-ти показателей методики у реабилитантов несколько выше среднего уровня (от 3 до 3,5 баллов), что свидетельствует о недифференцированной временной перспективе у обследуемых и указывает на «размывание» чувства времени, неумение оценить свое прошлое, настоящее и будущее.

Показатели теста «Диагностика межличностных отношений» характеризуют недифференцированный профиль выборки реабилитантов, так как средние показатели шкал варьируют от 3,8 до 6,4 баллов. Полученные данные свидетельствуют о том, что респонденты отмечают практически равное количество признаков из каждой шкалы теста.

В связи с тем, что реабилитационные центры ориентированы на различные программы лечения наркозависимых, в которых присутствует определенная специфика, проведено сравнение исследуемых психологических показателей у наркозависимых, проходящих реабилитацию в трех разных реабилитационных центрах (с помощью Н-критерия Краскела-Уоллиса) с целью выявления психологических особенностей наркозависимых, которые обращаются за помощью в определенный реабилитационный центр. Так, реабилитанты, проходящие программу «12 шагов», проявляют больший макиавеллизм; у них более выражены копинг-стратегии (конфронтативный, дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, бегство-избегание), снижены показатели жизненной активности, психического здоровья, общего психологического компонента здоровья и общего индекса волевого самоконтроля; наблюдаются более высокие значения доминирования, авторитарности, эгоистичности, агрессивности, подозрительности, подчиняемости, зависимости. Также у них выявлено более выраженное беспомощное и безнадежное отношение к настоящему; твердое убеждение, что будущее определено, а настоящее должно переноситься с покорностью.

У реабилитантов конфессиональной программы реабилитации ярче выражена интенсивность боли; снижены значения общего состояния здоровья, социального функционирования, физического компонента здоровья; наблюдаются более низкие показатели локуса контроля - жизнь; наблюдаются более выраженные субмиссивные мотивы употребления, более высокие значения шкалы «дружелюбие».

У реабилитантов из центров, работающих по смешанной (эклектической) программе реабилитации, лучше, чем у остальных, проявляется ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, локус контроля-Я; наблюдаются адаптивная форма проявления дружелюбия и более выраженная ориентация на будущее.

Таким образом, доказано, что наркозависимые, проходящие разные программы в центрах реабилитации, различаются по уровню выраженности изучаемых психологических параметров.

Для выявления и описания психологических паттернов при зависимостях от психоактивных веществ, проведены сравнения с контрольной группой относительно здоровых лиц ($n=48$). Выявлено, что уровень макиавеллизма, несмотря на то, что у контрольной группы данный показатель в пределах средних значений ($67,2\pm 9$), но ближе к нижней границе, значимо выше у реабилитантов ($p<0,0001$); т.е. реабилитанты более эффективно обманывают других и, в целом, успешнее влияют на людей, оказывают сопротивление социальному воздействию. Уровень напряженности совладающего поведения также значимо выше в группе реабилитантов (от $p=0,03$ до $p<0,0001$).

При сравнении параметров качества жизни контрольной группы и реабилитантов выявлено, что практически все показатели качества жизни значимо снижены у наркозависимых ($p<0,05$), кроме показателей физического функционирования и интенсивности боли.

Следует отметить, что смысловые ориентации (цели, процесс, результат, локус контроля-Я, локус контроля-Жизнь и общая осмысленность), в целом, значимо ($p<0,01$) менее выражены в группе реабилитантов, у которых также наблюдаются значимо более низкие показатели эмпатии ($p=0,01$).

Сравнение уровней развития волевого самоконтроля показало, что у контрольной группы уровень развития самообладания, настойчивости и общего значения волевого самоконтроля значимо выше, чем у реабилитантов ($p<0,05$). А сравнение параметров межличностных отношений контрольной группы и реабилитантов показало, что реабилитанты в большей степени ($p<0,05$) проявляют эгоистичность, агрессивность, подозрительность, гипертрофированный альтруизм.

Также у реабилитантов выявлены более выраженные мотивы употребления ПАВ ($p<0,05$): субмиссивные, атактивные, гиперактивации поведения, абстинентные, аддиктивные и мотивы самоповреждения.

Сравнение особенностей временной перспективы показало, что реабилитанты значимо чаще ($p<0,01$) склонны к ориентации на наслаждение настоящим моментом, на принятие рисков, склонны к сниженной ориентации на будущее и позитивное прошлое.

Исходя из выявленных психологических паттернов реабилитантов и их существенных отличий от психологических особенностей контрольной группы, можно говорить о том, что у наркозависимых наблюдаются следующие патопсихологические синдромы:

1. Снижения социально-психологического функционирования.
2. Психологической дезадаптации.
3. Нарушения сферы смысловых ориентаций.
4. Нарушения значимых отношений личности (к себе, к другим, к болезни и лечению).
5. Макиавеллизма.
6. Нарушения эмпатийных отношений.
7. Искривленного восприятия внутренней картины болезни.

8. Нарушения волевого самоконтроля.
9. Сформированной мотивации к употреблению психоактивных веществ.
10. Нарушения сбалансированности временной перспективы.

Изучение динамики психологических показателей в процессе реабилитации показало, что прохождение наркозависимыми курса реабилитации способствует положительной динамике большинства психологических характеристик реабилитантов. Чем дольше реабилитант пребывает в центре, тем меньше у него выражен макиавеллизм. Значение этого показателя через 5-7 месяцев значимо ниже ($p < 0,05$), чем в начале реабилитации; это свидетельствует об изменении отношения к людям, отказе от манипуляций и циничного отношения к окружающим. Также выявлено значимое ($p < 0,05$) повышение уровня эмпатии и тенденция к преобладанию мотивации достижения успехов ($p = 0,08$).

Выявлено повышение большинства показателей качества жизни по данным методики SF-36, выраженное в большей степени в течение первых 6 месяцев пребывания в центре. Так, установлено, что в процессе реабилитации снижается интенсивность боли, повышается показатель общего физического функционирования, улучшается ролевое функционирование, повышается уровень психического здоровья. Значение психического здоровья значимо ($p < 0,05$) повышается к середине срока прохождения курса реабилитации и остается стабильным до его окончания; физическое и ролевое функционирование улучшаются на протяжении всей реабилитации. Значение показателя «Интенсивность боли» сохраняется на начальном уровне до 5-7 месяцев реабилитации, после чего существенно снижается (рисунок 2).

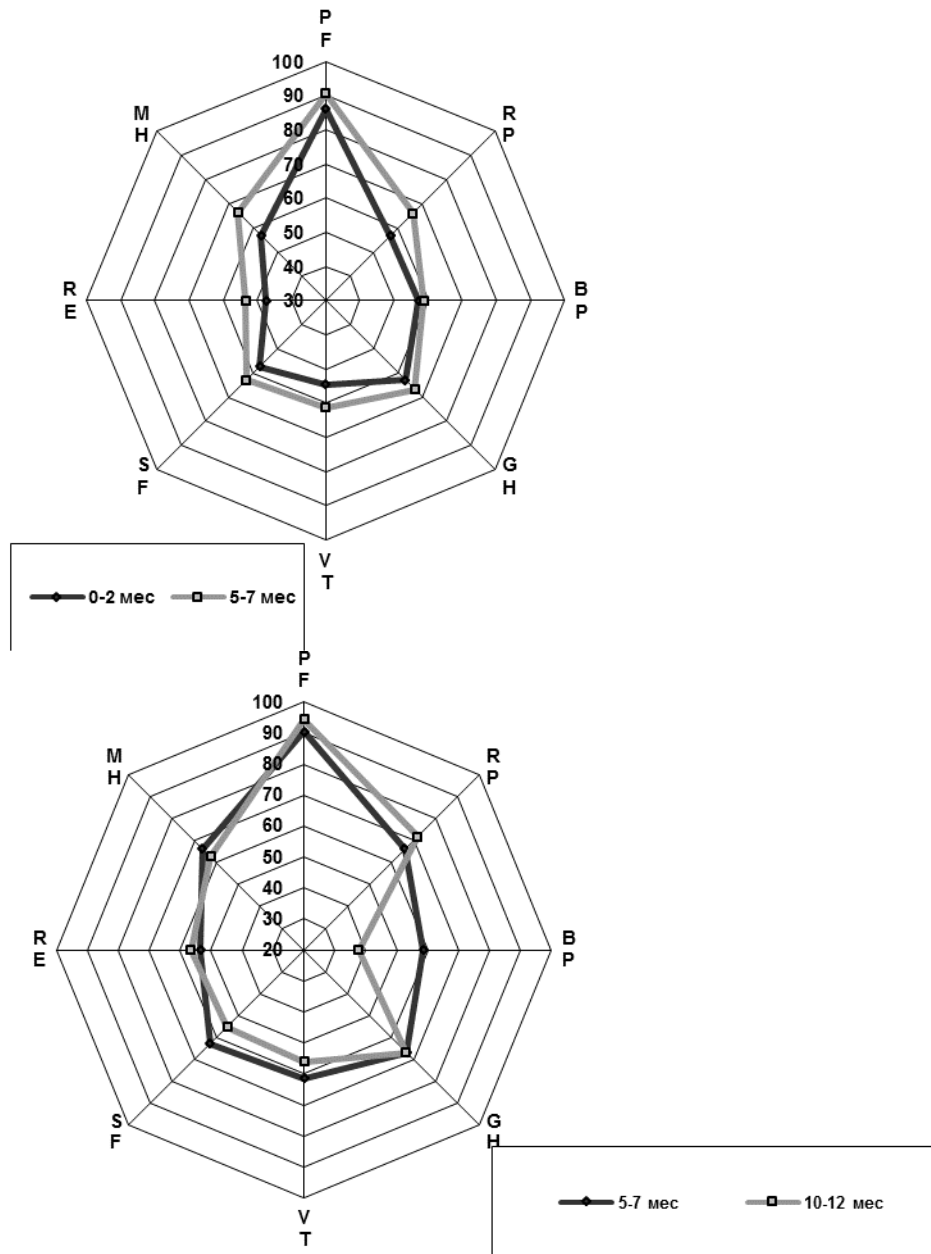


Рисунок 2. Динамика показателей качества жизни в течение 12 месяцев прохождения реабилитации с помощью опросника SF-36.

Результаты исследования мотивов потребления ПАВ свидетельствуют о том, что мотивационная сфера пациентов в процессе прохождения курса реабилитации по предложенной программе приобретает новые качества и направленность. В наибольшей степени снижается выраженность традиционных и атактических мотивов употребления ПАВ. Однако значимых различий в группах очень мало, что говорит о том, что динамика мотивации – это индивидуальный процесс и групповой анализ здесь не применим.

Временная перспектива реабилитантов также претерпевает изменения, в течение всего периода реабилитации направленность в будущее равномерно повышается, при этом гедонистическое отношение к настоящему и позитивное восприятие прошлого также равномерно снижаются. При применении методики СЖО выявлено значимое ($p < 0,05$) повышение всех показателей осмысленности жизни, в том числе локуса контроля-Я и локуса контроля-Жизни, уровня самоконтроля (в основном, за счет повышения уровня самообладания и настойчивости).

Процессы самокопания и фантазирования равномерно уменьшают свою интенсивность в процессе реабилитации; снижение показателя фантазирования является значимым ($p < 0,05$) и выражено в большей степени, чем динамика самокопания.

Показатели планирования ($p < 0,05$) и моделирования ($p < 0,05$) значимо увеличиваются к 11-12-ти месяцев реабилитации. Общий уровень саморегуляции также значимо увеличивается ($p < 0,05$). Это означает, что через 12 месяцев реабилитации пациенты становятся более самостоятельными, могут гибко и адекватно реагировать на изменение условий, за счет более высокого уровня сформированности индивидуальной системы, осознанной саморегуляции произвольной активности.

Оценка динамики выраженности копинг-стратегий у реабилитантов показала, что лишь стратегия избегания проблемы снижает свою выраженность; при этом, выраженное снижение наблюдается к середине периода реабилитации, после чего значение характеристики этой копинг-стратегии остается на том же уровне в течение полугода реабилитации. В остальном же, процесс пребывания в центре не связан с изменением копинг-стратегий реабилитантов.

Безусловно, пребывание в реабилитационном центре сказывается на личности реабилитантов. Чем дольше находится реабилитант в центре, тем менее выражены у него агрессивность и подозрительность ($p < 0,05$) и тем больше выражено дружелюбие ($p = 0,09$). В процессе реабилитации также повышается уровень доминирования и авторитарности ($p = 0,08$), что, очевидно, связано с формированием устойчивых социальных связей в центре и возможностью влиять на новичков.

Также проведена оценка направленности изменений психологических особенностей наркозависимых, проходящих реабилитацию, с помощью корреляционного анализа Спирмена. Корреляционный анализ показал наличие связей выраженности мотивов потребления с рядом других психологических характеристик реабилитантов. В частности, выявлены значимые отрицательные корреляции (r от $-0,25$ до $-0,38$; $p < 0,05$) между выраженностью желания бросить употребление, с одной стороны, и выраженностью традиционных, псевдокультурных, атактических, абстинентных мотивов, с другой. Перечисленные мотивы в наибольшей степени снижают эффективность процесса реабилитации, поскольку у реабилитантов с высоким уровнем этих мотивов

естественное желание бросить употребление психоактивных веществ выражено слабо. Все мотивы, кроме субмиссивных, псевдокультурных и абстинентных, отрицательно коррелируют с умением оценивать результаты своих действий (r от -0,4 до -0,26; $p < 0,01$). Каждый мотив отрицательно связан с большинством показателей, характеризующих осмысленность жизни.

Попадая в реабилитационный центр, бывшие наркозависимые вынужденно снижают социальное функционирование, поскольку оказываются в новой социальной среде; ограничены в контактах с предыдущим кругом общения и родственниками; выполняют иные, чем прежде, социальные функции. В связи с этим, некоторое снижение показателя социального функционирования в начале реабилитационного периода является естественным. Это подтверждается и наличием положительных корреляций показателя социального функционирования практически со всеми мотивами потребления психоактивных веществ (r от 0,25 до 0,42; $p < 0,01$) с показателем зависимости в отношениях ($r = 0,35$; $p < 0,01$). Очевидно, что в начале реабилитации социальное функционирование наркозависимых все еще связано с мотивами потребления и, соответственно, с контактами с предыдущим кругом общения.

Выявлено значение уровня ролевого функционирования в начале реабилитационного процесса: чем выше уровень данного показателя, тем более выражена в начале реабилитации остаточная мотивация потребления ПАВ. Установлено, что уровни социального и ролевого функционирования могут оказывать разнонаправленное влияние на эффективность процесса реабилитации. В частности, успешность реабилитации во многом связана с перестройкой социальных отношений реабилитанта в центре, в то время как неуспех этого процесса может быть обусловлен стремлением вернуться к прежнему образу жизни. Очевидно, что для оптимизации реабилитационного процесса следует дифференцировать пациентов на тех, кто настроен на активное преодоление проблем, находясь в центре и принимая условия пребывания в нем, и выделение группы реабилитантов, которые все еще «живут прошлым» и требуют иного психологического подхода для начала развития ролевого и социального функционирования в новых условиях. В целом, у обследуемых обнаружен высокий уровень эмпатии, с которым положительно коррелирует ($p < 0,05$) сила желания бросить прием ПАВ, все показатели саморегуляции, положительная оценка результативности жизни, уровень системной рефлексии, мотивация избегания неудач, направленность на будущее, позитивное прошлое. Также выявлены значимые ($p < 0,01$) положительные корреляционные связи копинг-стратегии самоконтроля с большинством мотивов потребления психоактивных веществ и отрицательные корреляции со всеми показателями методики «Смысложизненные ориентации». Также в ходе анализа выявлено, что у реабилитантов с изначально нормально выраженной полнотой жизни, целеустремленностью и убежденностью в контролируемости жизни следует ожидать более высокую эффективность реабилитационного процесса, чем у пациентов с низкими значениями этих

показателей. Получены данные, которые свидетельствуют о том, что самостоятельность, которая декларируется реабилитантом в начале процесса реабилитации, является своего рода прикрытием нежелания пациента избавиться от зависимости.

Поступление в центр и ведение там трезвого и четко регламентированного образа жизни представляет собой качественно новый этап жизни реабилитанта. При этом, желание вернуть свою жизнь в нормальное русло и прекратить прием ПАВ можно рассматривать как своеобразное психологическое новообразование, что может быть интерпретировано с точки зрения фрактальной теории как своего рода начало фрактала психического психологического развития реабилитанта по сценарию с чередованием стабильных и кризисных периодов (стабильное развитие, появление новообразования, затем – возникновение противоречия в социальной ситуации развития, после чего развивается кризис, приводящий к новому витку психологического развития реабилитанта). Таким образом, приложение усилий в начале реабилитации (значительная концентрация энергии) является этапом адаптации к жизни в центре, продолжающейся в течение всего процесса реабилитации. Пребывание в центре является своего рода фракталом психического развития реабилитанта.

Для оценки влияния длительности срока пребывания в реабилитационном центре на динамику психологических показателей (выраженность мотивов потребления ПАВ; уровень мотивации избегания неудач; эмпатии; макиавеллизма; волевого самоконтроля; рефлексии; выраженности копинг-стратегий, показателей качества и осмысленности жизни и временной перспективы реабилитантов; ощущения полноты и эмоциональной насыщенности жизни; показателей оценки целеустремленности и убежденности в контролируемости жизни, оценки результативности жизни и уверенности в собственных возможностях изменить жизнь) проведен простой регрессионный анализ. Установлено, что предиктор «срок реабилитации» оказывает значимое влияние на всю модель психологических показателей реабилитантов, рассматриваемых в данном исследовании ($F=331$ при $p=0,04$). Выявлено, что срок пребывания в реабилитационном центре в большей степени детерминирует копинг-механизм «планирование решения проблемы». В этом случае детерминация составляет 30% и, несмотря на то, что копинг не превышает 50%, он все же достаточно высок для такого фактора, как срок реабилитации. Он не является определенным фактором психологических изменений наркозависимых в процессе реабилитации.

В частности, выявлено, что срок пребывания в центре оказывает влияние на: уровень макиавеллизма ($F=13,6$; $\beta=-0,48$; $p=0,0006$); самоконтроль ($F=6$; $\beta=-0,34$; $p=0,02$); планирование решения проблемы ($F=18,8$; $\beta=-0,54$; $p=0,00008$); положительную переоценку ($F=5,6$; $\beta=-0,33$; $p=0,02$); ролевое функционирование ($F=7$; $\beta=0,37$; $p=0,01$); общее состояние здоровья ($F=7,5$; $\beta=0,38$; $p=0,009$); социальное функционирование ($F=8,1$; $\beta=0,39$; $p=0,007$); физический компонент здоровья ($F=5,2$; $\beta=0,32$; $p=0,03$); общую осмысленность жизни ($F=4,4$; $\beta=0,3$;

$p=0,04$); процесс жизни и эмоциональную насыщенность жизни ($F=5,4$; $\beta=0,33$; $p=0,02$); локус контроля-Я ($F=7,5$; $\beta=0,38$; $p=0,009$); проявление фантазирования или квазирефлексию ($F=5,2$; $\beta=-0,32$; $p=0,03$); традиционные ($F=6,3$; $\beta=-0,26$; $p=0,01$), псевдокультурные ($F=5,3$; $\beta=-0,24$; $p=0,02$) мотивы потребления психоактивных веществ; мотивы гиперактивации поведения ($F=9$; $\beta=-0,31$; $p=0,004$); абстинентные мотивы ($F=5,2$; $\beta=-0,24$; $p=0,03$); мотивы самоповреждения ($F=5,4$; $\beta=-0,24$; $p=0,02$); агрессивный ($F=4,9$; $\beta=-0,31$; $p=0,03$) и подозрительный ($F=4,6$; $\beta=-0,3$; $p=0,04$) стили межличностных отношений; негативную установку по отношению к прошлому ($F=13$; $\beta=-0,36$; $p=0,0005$), гедонистическое настоящее ($F=4,6$; $\beta=-0,22$; $p=0,04$), восприятие будущего ($F=4,2$; $\beta=0,21$; $p=0,04$) и фаталистическое настоящее ($F=8,4$; $\beta=-0,3$; $p=0,005$). По уровню показателей отношения ко времени, психологические характеристики реабилитантов схожи с наблюдаемыми у интернет-зависимых лиц (Зенцова, 2005).

Полученные результаты подтверждают, что срок реабилитации оказывает значимое влияние на динамику психологических показателей наркозависимых. Причем, чем дольше наркозависимые находятся на реабилитации, тем они становятся более эмпатичными; начинают испытывать большее доверие к окружающим людям не из «наркотического круга» общения, постепенно уходят от «синдрома эмоциональной холодности». Снижается до адаптивного уровня напряженность таких копинг-стратегий, как самоконтроль, положительная переоценка. Прошлое в результате переосмысления, воспринимается менее негативно (без патологического чувства вины), уменьшается ориентация на получение удовольствия в настоящем, снижается убежденность в том, что будущее предопределено, а настоящее должно переноситься с покорностью. Возрастает стремление к целям и вознаграждениям будущего. Снижается сила мотивов употребления наркотиков, уровень агрессии, жесткости и враждебности по отношению к окружающим, подозрительности, обидчивости, отчужденности от мира, стремление к квазирефлексии. При этом наблюдается увеличение общей осмысленности жизни, улучшение общего состояния здоровья (в частности его физического компонента), ролевого и социального функционирования.

Особенности факторов, влияющих на психологические показатели реабилитантов. Выявлено, что наличие жизненных ситуаций, подтолкнувших реабилитанта к развитию зависимости, является значимым фактором эффективности его реабилитации, поскольку, как свидетельствуют полученные результаты, способствует появлению более высокого уровня эмоциональной отзывчивости и адаптивных форм совладающего поведения. Это значит, что в процессе реабилитации деятельность психолога не должна строиться только на снижении выраженности негативных переживаний, связанных со стрессовыми ситуациями до начала реабилитации. Напротив, эти ситуации должны стать частью опыта, пусть и негативного, который позволит реабилитанту переосмыслить свою жизнь и научиться адекватно реагировать на стресс и контролировать себя в трудных ситуациях.

Основными социальными сферами, в которых реабилитанты, как правило, испытывали стрессовые ситуации, послужившие началом развития зависимости от ПАВ, явились семья и работа. С помощью применения дисперсионного анализа выявлено, что созависимая семья или семья, в которой употребляли ПАВ оба супруга и соответственно, сложившиеся там патологические отношения являются фактором, значительно замедляющим процесс реабилитации. В связи с этим, необходимо тщательно изучать семейную жизнь реабилитанта. Выявлено, что работающие пациенты более эффективно поддаются процессу реабилитации (за счет большей осмысленности жизни, нацеленности на будущее, снижения напряженности непродуктивного совладающего поведения). Обнаружены значимые влияния жизненных ситуаций, подтолкнувших реабилитанта к развитию зависимости. Полученные результаты свидетельствуют о том, что отсутствие деструктивной/созависимой семьи в сочетании с существованием конкретной ситуации, послужившей толчком к приему ПАВ, и наличием работы, является лучшим вариантом для эффективной реабилитации. Таким пациентам чаще удается переосмыслить свой опыт конкретной ситуации и понять его локальное значение для жизни, что способствует более эффективной организации жизни после завершения программы реабилитации и выписки из реабилитационного центра.

Исходя из полученных данных о влиянии психологических факторов на процесс реабилитации, выявлены положительно и негативно влияющие на успешность реабилитации факторы.

Кластерный анализ психологических показателей наркозависимых, выполненный на начальной стадии реабилитации, позволил выявить ряд типов пациентов, согласно нескольким критериям, в качестве которых выступили следующие показатели, которые были стандартизированы в процентилях для приведения к единой шкале измерения:

- физическое здоровье (оценка качества жизни, SF-36);
- уровень саморегуляции (психологический компонент, тест саморегуляции поведения, Морсановой В.И.);
- макиавеллизм (социальный компонент, методика «Шкала Мак-4»);
- осмысленность жизни (духовный компонент, тест «Смыслжизненные ориентации»).

Результаты анализа позволяют выделить 3 основных кластера характеристик, присущих обследованной выборке наркозависимых.

Первый кластер (24% пациентов) представлен респондентами с достаточно высоким уровнем макиавеллизма, высоким уровнем показателя физического здоровья, низкими показателями осмысленности жизни и уровня саморегуляции. Данный кластер является наиболее сложным для работы психолога, однако он самый малочисленный.

Второй кластер (39% пациентов) представлен реабилитантами с очень высоким уровнем саморегуляции, хорошо развитой осмысленностью жизни,

средним значением физического здоровья (методика SF-36) и относительно низким уровнем макиавеллизма. Это реабилитанты с хорошим потенциалом, настроенные на конструктивную работу и желающие избавиться от своей зависимости.

Третий кластер (36% обследуемых) – это реабилитанты с относительно низким уровнем показателя физического здоровья (по SF-36), средним уровнем осмысленности жизни, склонные к макиавеллизму, с ослабленной саморегуляцией. Это преимущественно наркозависимые с выраженными абстинентными и аддиктивными мотивами потребления, для которых важнейшей представляется проблема наличия средств для покупки дозы ПАВ.

Отнесение каждого пациента в тот или иной кластер может быть использовано как дерево решений, представленное на рисунке 3, которое позволит классифицировать любого нового реабилитанта; при этом следует учитывать, что при эмпирической классификации возможно отнесение пациентов и к промежуточным типам.

Как видно, доля пациентов, отнесенных к первому кластеру, снижается с 24% в начале реабилитации, после полугода реабилитации этот тип практически не представлен.

Наибольшее количество наркозависимых (39%) представлено во 2 кластере, но затем отмечаются колебания значения этого показателя: увеличение до 48%, снижение спустя 6-8 месяцев и вновь возрастание доли таких пациентов до 58%.

Следует отметить, что в конце рассматриваемого периода 58% пациентов можно отнести к успешно реабилитировавшимся, 19% имеют потенциальную возможность рецидивов (3 кластер), в то время как 19% пациентов присущи промежуточные характеристики.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженной динамике большинства психологических характеристик наркозависимых в процессе прохождения ими курса реабилитационных мероприятий. При этом у пациентов снижаются мотивы потребления психоактивных веществ, уровень макиавеллизма, выраженность непродуктивной рефлексии (квазирефлексии), уменьшается концентрация на прошлом и настоящем, повышается направленность в будущее, снижается напряженность копинг-стратегий. У реабилитантов повышается осмысленность жизни, улучшаются показатели качества жизни «психическое» и «физическое здоровье».

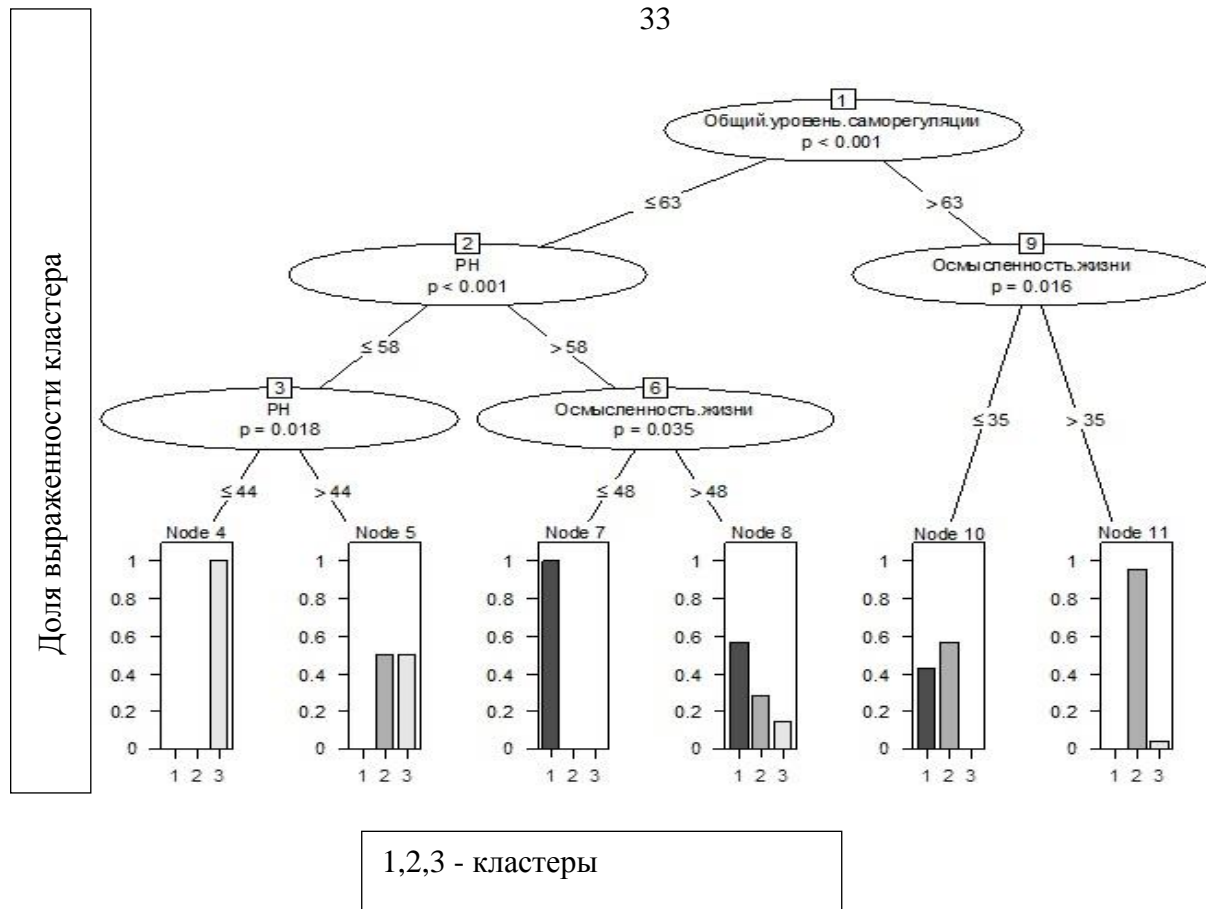


Рисунок 3. «Дерево решений» отнесения пациента к тому или иному кластеру.

Эта динамика в значительной мере зависит от ряда факторов (изначальное принятие проблемы зависимости реабилитантом и желание рассказать о ней, наличие беспокоящих и доставляющих душевную боль пациентам травматичные события прошлого и их психокоррекция, наличие семьи и работы до поступления в центр, желание сохранить привычный до реабилитации наркозависимый круг общения, наличие проблем с законом до поступления в центр, наличие периодов ремиссии в анамнезе и опыта предыдущих курсов реабилитации, эмоционального фона при поступлении в центр), причем действие этих факторов является разнонаправленным. На основании результатов кластерного анализа и анализа деревьев классификации, а также учитывая результаты психологических характеристик реабилитантов в динамике, выделены психологические особенности низкого, среднего и высокого уровня реабилитационного потенциала больных наркоманией. Учет полученных данных может помочь специалистам с прогнозом динамики восстановления пациента, определением длительности реабилитационной программы и более индивидуальным подбором мишеней психокоррекционного воздействия.

В главе 5 «Построение системной модели психологического этапа реабилитации» представлены теоретико-методологические основы организации реабилитационного центра и программы реабилитации наркозависимых.

Психологическая реабилитация — это система мероприятий, осуществляемая субъектами психологической работы, направленная на восстановление и коррекцию психологических функций, качеств и свойств личности, создание благоприятных условий и мотивацию к отказу от вредных привычек, мотивации пациента к жизнедеятельности и труду, профилактику негативных психических состояний, обучение приемам и методам психологической саморегуляции развития и успешного функционирования в социуме и достижение максимально возможного для пациента уровня психосоциальной адаптации.

Объектом психологической реабилитации являются лица, зависимые от ПАВ. Важным моментом понимания сущности психологической реабилитации является выявление ее соотношения с родственными видами деятельности. Представляется актуальной позиция, при которой она рассматривается как составной элемент целостного реабилитационного комплекса, включающего реабилитацию медицинскую, психологическую, социальную и профессиональную (Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., 2014). При этом на границе взаимодействия с этими видами реабилитации возникают области их переплетения, взаимного проникновения, дающие возможность говорить о «медико-психологической», «социально-психологической» и «профессионально-психологической реабилитации».

Психологическая реабилитация включает в себя следующие объекты воздействия:

- 1) на пациента — путем проведения с ним мероприятий нейро-и патопсихологической диагностики, консультирования, индивидуальной и групповой психокоррекции, тренингов, мотивационной работы, интервенций.
- 2) на близкое окружение пациента (родственников) — путем проведения психообразовательной работы и психокоррекции созависимости.
- 3) на команду специалистов реабилитационного центра — путем своевременной диагностики и профилактики синдрома эмоционального выгорания, проведения мероприятий командообразования и регулярных супервизий.

Реализация психологического этапа реабилитации осуществляется в реабилитационном центре. Общие принципы (добровольное согласие, отказ от употребления любых психоактивных веществ, морально-этическая ценностная ориентация, адресность, последовательность и этапность восстановления, комплексность, долгосрочность, доступность, гуманность, успешность, конфиденциальность, легитимность) и правила (определяют порядок посещения занятий; правила пользования телефонной связью; правила хранения и пользования наличными денежными средствами и ценными вещами; режим сна, правила внешнего вида и личной гигиены; запрещенные для использования, хранения и применения предметы; вещи и вещества; условия общения с лицами вне центра;

порядок применения правил и меры ответственности при их несоблюдении; и пр.) организации психологического этапа реабилитации позволяют пациентам наиболее эффективно и быстро адаптироваться в социальной структуре взаимоотношений внутри центра, предупреждают участников о недопустимости агрессивного, манипулятивного и провокационного поведения в отношении как персонала, так и других участников программы.

Общую стратегию модели психологического этапа реабилитации определяет руководитель центра – лицо, с высшим клинико-психологическим образованием, руководящее всей деятельностью организации согласно ее уставу. Оперативное управление деятельностью сотрудников в процессе реализации программы реабилитации осуществляет управляющий (руководитель) программой реабилитации. Непосредственную организацию и реализацию оказания социальной помощи участникам программы социальной реабилитации осуществляют штатные сотрудники реабилитационного центра:

- психологи – специалисты с высшим психологическим образованием по специальности «клиническая психология», «социальная психология», которые проводят регулярные психодиагностические обследования, индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, арт-терапию;

- социальные работники – лица, получившие образование по специальности «социальная работа», проводящие различные культурно-досуговые и групповые мероприятия, оказывающие организационную помощь в перепрофилировании и трудоустройстве пациентов;

- добровольцы – участники реабилитационной программы, находящиеся на втором этапе ресоциализации и не употребляющие ПАВ не менее 9 месяцев. Они оказывают организационную помощь в работе сотрудникам центра, участвуют в проведении профилактических мероприятий, а также в реабилитационном процессе;

- программный директор центра – специалист с высшим психологическим образованием, отвечающий за формирование программного расписания и поддержания реабилитационной среды в центре. Проводит на регулярной основе интервью с персоналом центра;

- консультант по химической зависимости – выпускник программы (в ремиссии более 4-х лет), регулярно проводящий спикерские группы и группы взаимопомощи с пациентами.

Кроме вышечисленного персонала, для реализации психологического этапа могут быть привлечены: врачи психиатры-наркологи, психотерапевты, педагоги, инструкторы по фитнесу, обслуживающий и прочий персонал.

Цель психологического этапа реабилитации – достижение пациентом длительной ремиссии, восстановление физического, психологического и духовного здоровья, в сочетании с достижением максимально возможного уровня социально-

психологической адаптации.

В соответствии с этим можно выделить следующие задачи, стоящие перед исполнителями Программы:

- формирование объективных знаний о методах и технологиях лечебно-реабилитационного процесса, предотвращение срывов и рецидивов зависимости;
 - формирование и укрепление мотивации на здоровый и трезвый образ жизни; формирование и развитие позитивного личностного потенциала;
 - изменение и развитие функционального и эффективного поведения, создание мотивации к процессу изменения поведения, что ведет к повышению уровня психосоциальной адаптации и жизни в целом;
 - формирование мотива на исключение аддиктивных форм поведения и употребления ПАВ из жизненной парадигмы пациента и новой социальной сети коммуникации;
 - приобретение или восстановление трудовых навыков, востребованных на рынке труда. Профессиональное обучение, приобщение к посильному труду, организация здорового досуга, вовлечение в общественно-полезную деятельность;
 - формирование морально-этических и духовно-нравственных ценностей;
 - восстановление физической активности;
 - улучшение качества жизни выпускников реабилитационных программ.
- Создание оптимальной среды их жизнедеятельности и трудоустройства, обеспечение условий для восстановления социального статуса и самофинансирования.

Последовательное решение вышеперечисленных задач позволяет: изменить мировоззрение пациентов и стиль их жизни, развить навыки нормативной социальной жизни, выработать профессиональные навыки и желание трудиться, научить пациентов сотрудничеству с коллегами, повысить их коммуникабельность, научить ценить свободное время и организовать досуг.

Программа реабилитации осуществляется в условиях широкого взаимодействия всех заинтересованных министерств и ведомств.

По итогам прохождения программы на каждого участника составляется заключение. В заключении содержатся: данные анкеты реабилитанта, результаты психологической диагностики (в динамике), уровень реабилитационного потенциала, перечень оказанных услуг/проведенных с пациентом мероприятий, содержание и итоги прохождения пациентом каждого из этапов программы, отражаются рекомендации и прогноз. Отчетность реабилитационного центра и учет состояния и динамики восстановления пациентов может вестись как в бумажном, так и в электронном виде.

Программа психологического этапа реабилитации построена с использованием психологических, реабилитационных, социотерапевтических, образовательных, трудотерапевтических, организационно-досуговых технологий, а также терапии реабилитационной средой.

Технология реабилитации наркозависимых в предложенной Программе опирается также на транстеоретическую модель изменения поведения (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1984), которая описывает определенную последовательность стадий изменения поведения наркозависимого пациента независимо от типа применяемой психотерапии. Выделяют пять этапов реализации модели: предобдумывание, обдумывание, подготовка, действие, поддержание.

Основная цель Программы исходит из предпосылки, что группа лиц, находящихся вместе в течение определенного времени, является своего рода моделью общественной действительности, дающей всем ее членам единовременные возможности модернизации, нормализации и изменения порочного облика и поведения, решения индивидуальных и групповых проблем.

Основные задачи Программы существенно дополняют терапевтические задачи, которые решаются в процессе индивидуальной, групповой краткосрочной и групповой поддерживающей (в том числе и семейной) психотерапии. К ним, в первую очередь, относятся такие задачи, решение которых затруднено или невозможно на ранних стадиях реабилитационного процесса. По сути, речь идет о смещении акцента с психотерапевтических воздействий на социотерапевтическое взаимодействие.

Активность пациентов в рамках программы реабилитации представляет собой социотерапевтическую модель их включения в реальную жизнь на новых, позитивно измененных основаниях – в жизнь центра, в микро- и макросоциальные структуры. Такое моделирование обеспечивается: 1) включением пациентов в повседневную жизнедеятельность реабилитационного центра как терапевтического сообщества; 2) целевыми групповыми занятиями – в различных терапевтических развивающих группах, прежде всего, использующих технологии ситуационного социально-психологического тренинга и семейной психотерапии; 3) стимуляцией деятельности пациентов по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций - все более активной по мере продвижения их по «терапевтической лестнице» от начального к завершающему этапу программной работы.

В результате прохождения программы пациент должен полностью прекратить употребление психоактивных веществ, трансформировать неадаптивные межличностные паттерны поведения, принять альтернативную модель опыта, пропагандирующую здоровый образ жизни, приобрести навыки предотвращения рецидива заболевания.

Основные реабилитационные технологии, используемые в рамках разработанной Программы.

При первом контакте с пациентами используются диагностические технологии, позволяющие установить форму зависимости, соматоневрологический, личностный, психологический, психопатологический и социальный статус пациентов. Сбор первичных данных проводится при участии консультанта, психолога и психиатра-нарколога.

На последующих этапах реабилитации используется комплекс следующих основных технологий:

- **терапия реабилитационной средой** – совокупность функциональных и организационных факторов, которые объединены в программу реабилитации, использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой в реабилитационном центре.

- **психологические технологии**, включающие психодиагностику, индивидуальное и групповое консультирование, индивидуальную и групповую психологическую коррекцию, психологическую профилактику и тренинги;

- **социотерапевтические технологии**, направлены на реадaptацию и ресоциализацию пациентов (в том числе, приобретение социальных навыков и компетенций, профессии); обучение, трудоустройство, оказание юридической помощи;

- **духовно-нравственное образование** - направлено на постижение принципов морально-этических норм, принятых в обществе, формирование у пациентов традиционных ценностей.

- **технологии организации досуга** – чтение литературы и просмотр кинофильмов, оздоровительные лагеря, медиа-школа, прогулки, кинезиотерапия, туризм и прочее;

- **реабилитационные технологии** – совокупность организационных методов и принципов терапевтического сообщества, 12-ти шаговой программы, Миннесотской модели реабилитации, программы Анонимные наркоманы и других сообществ/клубов трезвости.

- **терапия занятостью (трудотерапия)** – включает участие пациентов в постоянных трудовых процессах, вовлечение в режим обязательного бытового самообслуживания, обеспечение содержательного досуга. Направлена на развитие у пациентов таких качеств, как организованность, дисциплинированность, целеустремленность, ответственность, умение планировать свое время, решать поставленные задачи.

Психологический этап реабилитации состоит из 4 этапов реабилитации (предреабилитационного, реабилитационного, ресоциализационного и амбулаторного). В свою очередь, этапы делятся на периоды. Так, предреабилитационный этап состоит из информационного (1-2 недели) и мотивационного (2-4 недели) периодов; реабилитационный этап состоит из адаптационного (1,5 месяца), интеграционного (2-3 месяца) и стабилизационного (3 месяца) периода. Этап ресоциализации делится на 2 стадии: 1 (3 месяца) и 2 (3 месяца). Завершает реабилитационный процесс амбулаторный постреабилитационный этап, который в каждом случае определяется

индивидуально и зависит от уровня реабилитационного потенциала пациента, его личностных, особенностей и уровня мотивационной готовности, возможностей и т.п. Схема периодов и этапов реабилитации представлена в таблице № 4, цели и задачи – в таблице №5.

Таблица 4.

Этапы и продолжительность психологического этапа реабилитации

Название этапа реабилитации и его примерная продолжительность¹	Название периода реабилитации
Предреабилитационный От 2-4 недель	Информационный
	Мотивационный
Реабилитационный От 3-6 месяцев	Адаптационный
	Интеграционный
	Стабилизационный
Ресоциализация От 3-6 месяцев	Стадия 1
	Стадия 2
Амбулаторный До 4-х лет	Постреабилитационный

Таблица 5.

Цели и задачи периода психологической реабилитации

Название периода реабилитации	Цели/задачи периода реабилитации
Информационный	<ul style="list-style-type: none"> - установление контакта с пациентом и родственниками; - информирование о деятельности Реабилитационного центра, о Программе Центра; - мотивация на принятие решения о прохождении реабилитации в Центре.
Мотивационный	<ul style="list-style-type: none"> - знакомство участников с правилами, распорядком и принципами реабилитации; - мотивирование к принятию сознательного решения остаться в Центре.
Адаптационный	<ul style="list-style-type: none"> - укрепление собственного решения при помощи принятия позиции смирения и послушания в отношении группы; - обучение новому поведению, связанному с принятием решения остаться в Центре.

¹ Продолжительность периода реабилитации определяется индивидуально для каждого пациента на основе Методики «Уровень реабилитационного потенциала» и специализированного «Кейс-пакета психодиагностических методик для участников программ реабилитации».

Интеграционный	<ul style="list-style-type: none"> - интеграция пациента в режим жизнедеятельности и структуру Центра, усвоение и интериоризация всех его норм и правил; продвижение по «иерархической лестнице»; - интериоризация программных установок, используемых психотерапевтических технологий, обеспечение активного модуса поведения пациента в групповой работе и трудовых процессах; - повышение уровня психофизической регуляции, усвоения навыков адекватного поведения в проблемных ситуациях, формирование реальных условий и индивидуальных стимулов для развития и гармонизации личности и закрепление навыков противостояния болезни.
Стабилизационный	<ul style="list-style-type: none"> - помощь пациенту в переводе индивидуального плана реабилитации в план последующей жизни; - подготовка пациента к формальному завершению Программы; - подготовка пациента к переводу отношений с Программой на более высокий уровень и к взаимоотношениям с персоналом Программы на уровне «взрослого».
Ресоциализация, Стадия 1	<ul style="list-style-type: none"> - профессиональное самоопределение, наличие плана дальнейшей трудовой занятости; - создание возможности самостоятельной жизни на заработанные собственным трудом средства; - предоставление возможности построения контактов с людьми вне среды, связанной с употреблением наркотиков; - волонтерство в реабилитационном Центре.
Ресоциализация, Стадия 2	<ul style="list-style-type: none"> - активная подготовка пациента к выписке из Центра; - попытка реализации созданных планов относительно жизни и трудоустройства и оценка успеха их осуществления при помощи приобщения пациента к посещению групп само- и взаимопомощи; групп амбулаторного постреабилитационного сопровождения; конкретной проработки замеченных проблем, ограничений, барьеров и т.п.;
Амбулаторный постреабилитационный	<ul style="list-style-type: none"> - укрепление полученных в группе навыков, поведенческих реакций и установок и «привязка» их к реинтеграции в общество; - профилактика рецидивов.

Недельная нагрузка в расписании реабилитационной программы

НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГИ	Количество часов в неделю
Аутрич-работа ²	10-14
Групповая психологическая коррекция ³	42-50
Диагностика патопсихологическая ⁴	Проводится при поступлении реабилитанта в Центр и далее на каждом этапе реабилитационной программы
Духовно-нравственное и патриотическое образование	1-2
Диагностика нейропсихологическая ⁵	Проводится при поступлении реабилитанта в Центр и далее на каждом этапе реабилитационной программы
Занятия в группах само- и взаимопомощи	10-15
Индивидуальное психологическое консультирование и психокоррекция	10-20
Семейное психологическое консультирование (индивидуальное и/или групповое консультирование ближайшего окружения по вопросам преодоления созависимости)	1-2
Групповая психологическая коррекция	48
Выполнение индивидуальных письменных работ (как элемент самокоучинга)	5-10
Культурно-массовые и просветительские мероприятия	4
Профессиональное ориентирование ⁶	10-14
Профилактические программы (Школа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), Школа психологической профилактики для пациентов и их родственников)	2
Функциональная трудотерапия	10-14

² для пациентов на этапе ресоциализации.

³ групповая психологическая коррекция может проводиться с использованием различных апробированных и доказавших свою экологичность по отношению к пациенту модальностей и методов психотерапии и психологи. Могут быть использованы: Информационный тренинг, Информационно-мотивационный тренинг, Интервизия, Клиент-центрированная психотерапия, Когнитивная психотерапия, Конфронтационная группа, Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, Мотивационное интервью (MI), Арттерапия, Баллинговская группа, Библиотерапия, Бихевиоральная (поведенческая) психокоррекция, Гештальт-терапия, Гуманистическая психологическая коррекция, Психодинамические группы и прочие психологические технологии, отраженные в разделе «Основные понятия».

⁴ проводится с использованием специализированного для реабилитационных центров кейс-пакета психодиагностических методик.

⁵ Проводится при подозрениях клинического психолога на наличие органических нарушений при поступлении реабилитанта в центр.

⁶ Проводится на этапе ресоциализации

Факторы, способствующие эффективности Программы:

- прохождение членами семьи наркозависимого школы для родственников по преодолению созависимого поведения;
- равновесие между демократией, автономией и терапией в программе;
- обучение формам общественного поведения с помощью специфических интеракций;
- обучение с помощью анализа кризисных ситуаций;
- психотерапевтический аспект разнообразных форм деятельности;
- ответственность за собственное поведение;
- улучшение самооценки с помощью получения обратной связи, творческого, активного участия в жизни сообщества;
- усваивание положительных общепринятых ценностей;
- обучение пониманию и выражению собственных эмоций и эмоций других людей;
- изменение негативного социального поведения (усвоение ценностей, воспитание чувства социальной значимости и ответственности, а также восстановления или приобретение профессионального опыта и трудовых навыков).

В главе 6 «Оценка эффективности системной модели» представлены результаты оценки эффективности мероприятий психологического этапа программы реабилитации путем сравнения данных психодиагностики и показателей ремиссии пациентов, прошедших и не прошедших разработанную программу реабилитации.

Наиболее значимым критерием успешности программы психологического этапа реабилитации является не только наличие стойкой ремиссии, но и достижение пациентом максимально возможного для него уровня психосоциальной адаптации (а именно: повышение степени самостоятельности и ответственности за свою жизнь реабилитанта, устройство на работу/учебу, сформированные навыки планирования будущего, наличие постоянного ненаркотического круга общения, создание семьи).

Из группы первично обследованных на первом этапе настоящего исследования пациентов было отобрано **316 пациентов**, из которых:

- **221 пациент** - согласившиеся пройти курс реабилитации по разработанной программе.
- **95 пациентов** - группа сравнения (первично обследованные на первом этапе исследования пациенты, не прошедших курс реабилитации по разработанной программе).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что у реабилитантов, прошедших программу психологического этапа реабилитации, существенно выше показатели длительности ремиссии (рисунок 4). Так, у

абсолютного большинства обследуемых из этой группы длительность ремиссии составила не менее 3 месяцев (89,1%), в то время как значение данного показателя в группе сравнения достоверно ($p < 0,0001$) ниже – 44,1%. В последней группе доля пациентов с длительностью ремиссии более 6 месяцев составила 26,3%, тогда как в основной группе значение сохранялось на уровне 83,1% ($p < 0,00001$).

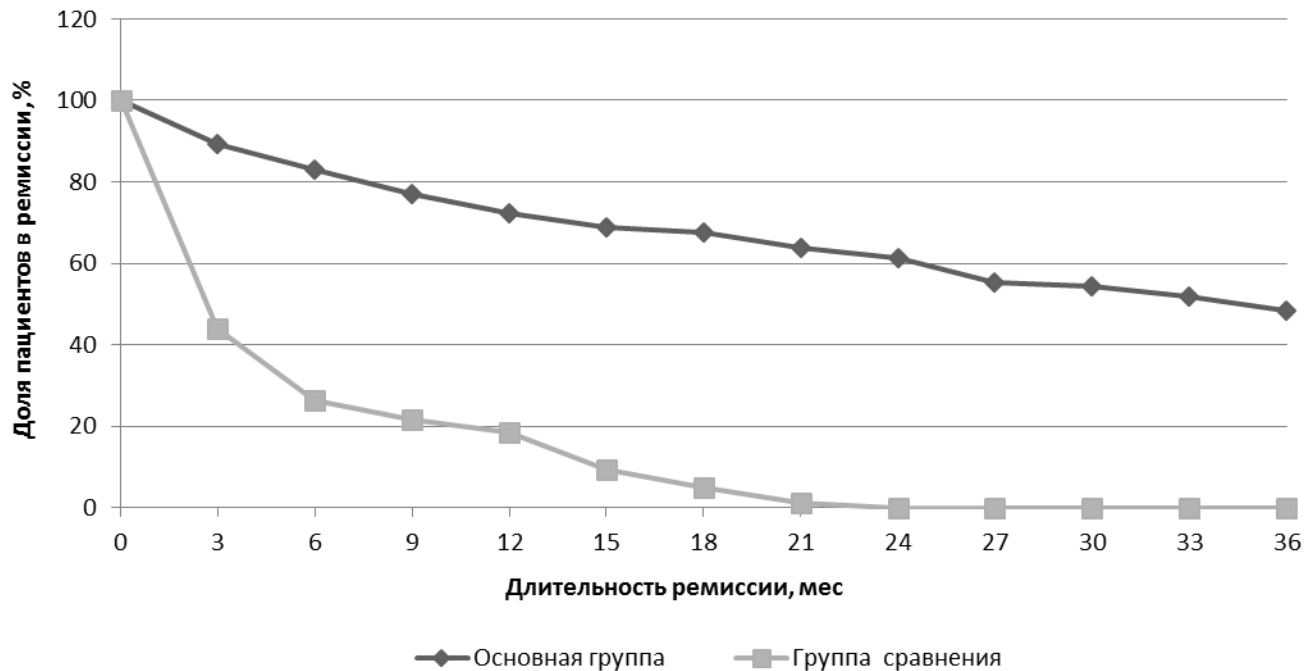


Рисунок 4. Длительность ремиссии в разных группах пациентов

Затем доля пациентов с ремиссией сроком 1 и 1,5 года в основной группе снизилась до 72,3%, и 67,5% соответственно, что достоверно выше ($p < 0,00001$), чем в группе сравнения, где таких пациентов осталось только 18,4%. В последней группе не было пациентов с длительностью ремиссии свыше 21 месяца, в то время как в основной группе оставалось 61,4% таких пациентов. Длительность ремиссии 3 года отмечена почти у половины реабилитантов основной группы – 48,2%.

Оценка уровня выраженности макиавеллизма показала, что спустя 12 месяцев после окончания стационарного этапа реабилитации в группе пациентов, прошедших реабилитацию по предложенной нами программе, отмечено дальнейшее снижение уровня макиавеллизма до $63,8 \pm 4,2$ баллов. В этот период значение данного показателя было достоверно ниже ($U=84$; $p=0,0002$), чем у обследуемых группы сравнения ($73,4 \pm 3,8$ балла).

Следует отметить, что у реабилитантов основной группы после пребывания в реабилитационном центре продолжалась отмеченная тенденция к возрастанию уровней показателей планирования и саморегуляции. Уровень планирования у пациентов основной группы значимо выше, чем в группе сравнения, даже спустя 12

месяцев после реабилитации ($U=72,5$; $p=0,001$). Сравнение уровня саморегуляции выявило наличие значимых различий между реабилитантами основной группы и группы сравнения ($U=129$; $p=0,04$).

Также отмечено, что пациенты основной группы стали больше ориентироваться на мотивацию достижения успеха ($U=82,5$, $Z=3,65$ при $p=0,0006$); это указывает на то, что у данных пациентов будет наблюдаться полная мобилизация всех ресурсов и сосредоточенность внимания на достижении поставленной цели.

У реабилитантов основной группы после пребывания в реабилитационном центре продолжалась отмеченная тенденция к снижению до адаптивного уровня напряженности совладающего поведения (рисунок 5).

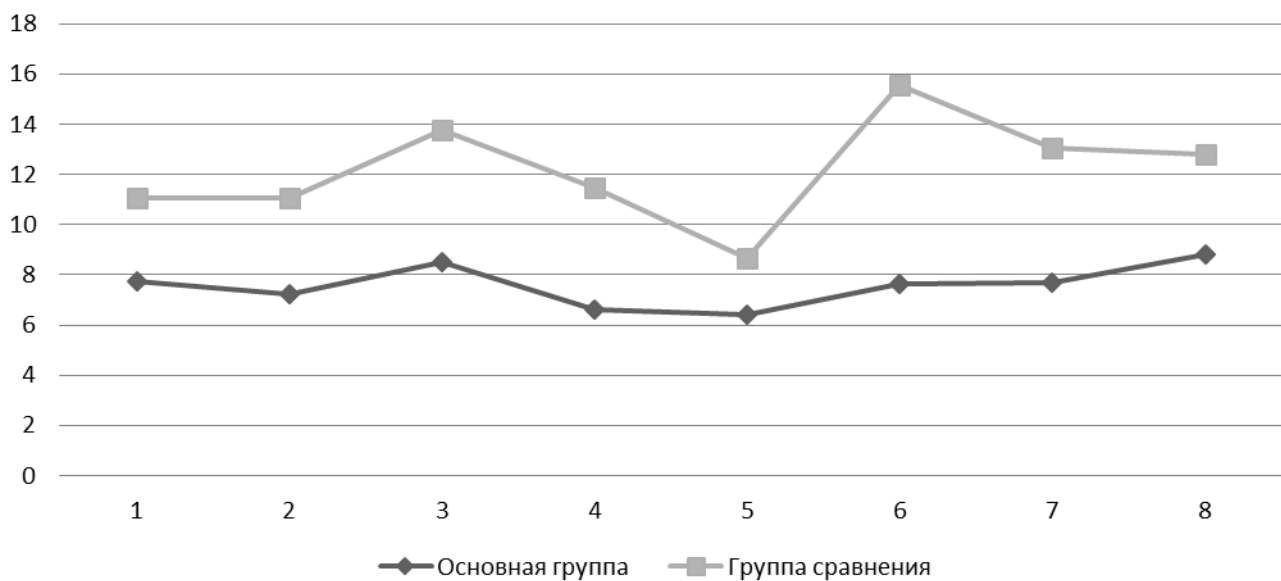


Рисунок 5. Уровень напряженности совладающего поведения основной группы и группы сравнения через 12 месяцев после реабилитации

Примечание: 1 – конфронтативный копинг; 2 – дистанцирование; 3 – самоконтроль; 4 – поиск социальной поддержки; 5 – принятие ответственности; 6 – бегство-избегание; 7 – планирование и решение проблем; 8 – положительная переоценка.

Выявлены значимые различия ($p<0,05$) по уровню напряженности совладающего поведения в этих двух группах.

Наблюдается динамика изменений смысложизненных ориентаций у обследуемых, полностью прошедших курс реабилитации по программе, и тех, кто не смог ее закончить, эта динамика, оказалась значимой ($p<0,05$), исключение составил показатель локуса контроля-Я.

После прохождения реабилитации в течение года, в основной группе наблюдается значимое ($p<0,05$) снижение выраженности квазирефлексивности или фантазирования. У обследуемых основной группы уровень волевого самоконтроля

выше, чем у обследуемых группы сравнения ($p < 0,05$). В ходе проведенных сравнений выявлено, что эмоциональная отзывчивость, чувствительность и внимание к другим людям, их проблемам, выше у обследуемых, прошедших полный курс по предложенной программе ($U=4,5$ $Z=-4,26$ при $p=0,00002$). Сравнивая выраженность мотивов употребления ПАВ у обследуемых, прошедших полный курс реабилитации по предложенной программе с теми, кто не прошел курс, можно констатировать, что практически все мотивы употребления ПАВ меньше выражены у обследуемых, полностью прошедших реабилитацию по предложенной программе, кроме субмиссивных и псевдокультурных мотивов. Такие стили общения, как доминирование, эгоистичный, агрессивный, подозрительный и альтруистичный имеют более низкие значения у обследуемых основной группы, а показатель дружелюбия – более высокий уровень ($p < 0,05$). Значимые различия ($p < 0,05$) также выявлены относительно агрессивного и подозрительного стиля. Негативное прошлое, гедонистическое настоящее и фаталистическое настоящее по методике Ф. Зимбардо, имеют более низкие значения ($p < 0,05$), а направленность в будущее – более высокие значения у обследуемых, полностью прошедших программу реабилитации.

Таким образом, у реабилитантов, полностью прошедших курс по предложенной программе, меньше выражено патологическое чувство вины и боль за прошлые события, выше показатель осмысленности жизни, у сформировано видение собственной жизни и целей на ближайший год. Процесс своей жизни они в большей степени воспринимают как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, испытывают большую удовлетворенность от своей самореализации, умеют свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Эти реабилитанты, меньше направлены на объект, не имеющий отношения к реальной жизненной ситуации, чем обследуемые, не прошедшие до конца программу реабилитации. У успешных реабилитантов наблюдается значимо более развитый уровень волевого контроля, более высокий энергетический потенциал, доступный сознательной мобилизации для завершения действия, а тренд в сторону увеличения наблюдается по уровню произвольного контроля эмоциональных реакций и состояний. Проявления агрессивности и подозрительности значимо ниже у обследуемых, прошедших полный курс реабилитации по программе.

Сравнительная оценка динамики показателей качества жизни выявила ряд различий показателей шкал опросника SF-36 спустя 12 месяцев после прохождения стационарного этапа реабилитации (рисунок 6).

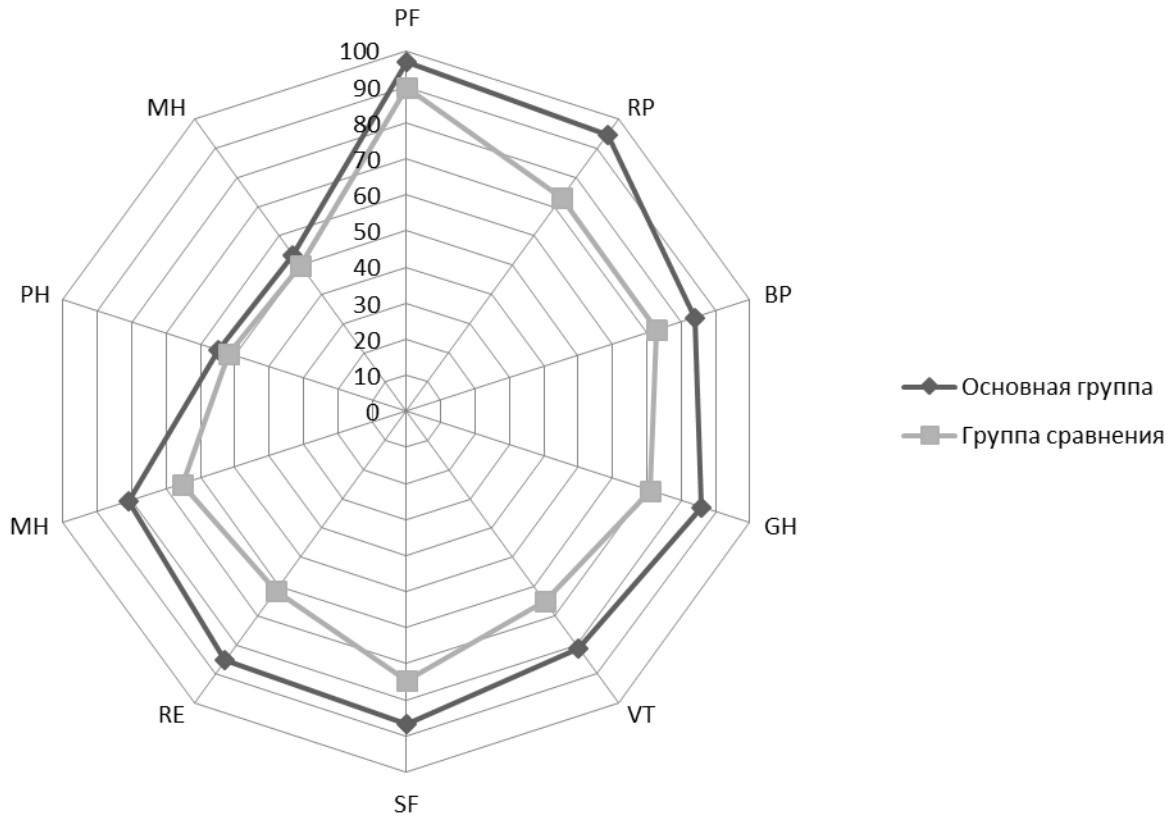


Рисунок 6. Особенности качества жизни основной группы и группы сравнения через 12 месяцев после реабилитации

Выявлено, что у обследуемых, полностью прошедших программу реабилитации, значимо более высокие показатели, по сравнению с пациентами, не прошедшими программу реабилитации, по уровню физического функционирования ($U=125,5$ $Z=-2,14$ при $p=0,032615$); ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($U=127$ $Z=-2,1$ при $p=0,035911$); общего состояния здоровья ($U=130$ $Z=-2,02$ при $p=0,043359$); жизненной активности ($U=103$ $Z=-2,72$ при $p=0,006537$); социального функционирования ($U=122$ $Z=-2,23$ при $p=0,025918$) и психического здоровья ($U=100,5$ $Z=-2,78$ при $p=0,005364$).

Оценка показателей социального функционирования реабилитантов показала, что количество пациентов, имеющих семью, до реабилитации не различалась в группах, обследуемых и была на уровне 26,5-28,1%.

Однако после прохождения реабилитации отмечено значимое ($p<0,05$) увеличение доли таких пациентов в основной группе и группе сравнения до 86,8% и 53,6%, соответственно. Аналогичная тенденция выявлена при сравнении долей пациентов, сообщивших о том, что они работают или учатся. Так, если до начала прохождения реабилитационных мероприятий об этом заявили 11,2%-12% наркозависимых, то впоследствии отмечено значимое увеличение ($p<0,0001$)

данного показателя, наиболее выраженное в основной группе – в 7,4 раза, т.е. до 88,4%.

В группе сравнения доля таких пациентов (12%) увеличилась в 4,6 раза и составила 54,8% ($p < 0,0001$), значение показателя достоверно ниже, чем в основной группе ($p < 0,000001$).

Существенно различаются и показатели социальной активности пациентов обследованных групп после курса реабилитационных мероприятий: возобновили обучение и поступили в высшее или среднее учебное заведение 22% обследуемых из группы сравнения (соответственно 9,1% и 12,9%); в то же время, в основной группе доля таких пациентов значимо больше, составив 47,9%; из них 22% возобновили учебу ($p = 0,003$), 25,9% поступили в ВУЗ или среднее специальное учебное заведение ($p = 0,006$). Показатель трудоустройства среди пациентов последней группы также более чем в 2 раза превышает таковой для пациентов группы сравнения: значения их составили, соответственно, 46,9% и 22% ($p = 0,00008$).

В целом, считали, что улучшили свой социальный статус после прохождения курса реабилитации, 57,7% пациентов основной группы, что почти в 3 раза превышает ($p < 0,00001$) соответствующее значение для группы сравнения – 19,5%. Абсолютное большинство респондентов основной группы (81,8%) сообщили об изменении своего круга общения, тогда как среди пациентов группы сравнения таких респондентов менее половины – только 48,1% ($p = 0,000001$).

Следует отметить, что важнейшим фактором для дальнейшей жизни является изменение семейного статуса. Установлено, что более половины пациентов основной группы (53,9%) восстановили отношения в семье (24,5%) или создали семью (29,4%). В группе сравнения таких респондентов достоверно ($p < 0,01$) меньше – только 24,5%; из них 12,5% восстановили отношения в семье, а 12% - создали семью.

Таким образом, в рамках заключительного этапа исследования, личностные и социально-демографические характеристики наркозависимых, прошедших предложенный курс реабилитации, были сопоставлены с успешностью их реабилитации и результатами обследования пациентов группы сравнения.

ВЫВОДЫ

1. Методологическим базовым принципом организации и совершенствования методов работы с наркозависимыми в ходе реализации психологического этапа их реабилитации является синергетическая концепция в рамках постнеклассической научной методологии: этап психологической реабилитации рассматривается как сложная саморазвивающаяся система, которой присущи цели, способы и критерии их достижения, возможность гибкого изменения структуры и функциональных характеристик.

2. Примененный в данном исследовании на статистически значимой выборке

пациентов (n=453) комплекс психодиагностических методик в совокупности с авторской анкетой для пациентов реабилитационных центров, позволяет четко выявить нарушенные и сохранные сферы психической деятельности пациентов и организовать реабилитационный процесс более эффективно.

3. Нарушения мотивационных установок, ценностно-смысловых, самооценочных, коммуникативных компонентов, социального функционирования и эмпатии, макиавеллизма и выявленные в процессе настоящего исследования механизмы динамики их восстановления/компенсации составляют структуру комплекса психологических синдромов, выявленного у всех пациентов с зависимостью от психоактивных веществ.

4. Основным компонентом мероприятий психологической реабилитации должно быть формирование свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость, чему способствуют содержательные аспекты психотерапевтического воздействия, направленного на развитие у человека возможностей изменения собственной жизни, достижения конструктивных жизненных целей и формирования устойчивых ресурсных состояний, включающих навыки эффективной самоорганизации.

5. Эффективность внедрения мероприятий психологического этапа реабилитации наркозависимых обеспечивается:

- учетом требований к квалификации специалистов, осуществляющих диагностику и психологическую коррекцию;

- психологическим воздействием на этапах реабилитации наркозависимых с помощью системы тренингов, обуславливающих необходимые продуктивные изменения в активационных, мотивационных, когнитивных, эмоционально-волевых структурах личности;

- регулярной оценкой динамики личностных характеристик реабилитантов, анализом информации о больном и принятием на этой основе решения по выработке индивидуальной коррекционной (реабилитационной) программы.

6. В ходе реализации программы психологического этапа реабилитации следует учитывать факторы, влияющие на эффективность мероприятий:

- изначальное принятие своей проблемы реабилитантом и желание рассказать о ней;

- значимые негативные события в жизни, наличие семьи и работы до поступления в центр;

- желание сохранить привычный круг общения;

- наличие проблем с законом до поступления в центр;

- наличие периодов ремиссии и предыдущих курсов реабилитации;

- эмоциональный фон при поступлении в центр

7. Клиническая эффективность предложенной модели психологического этапа реабилитации в период нахождения в реабилитационном центре проявляется у пациентов:

- снижением выраженности мотивов потребления психоактивных веществ;
- уменьшением уровня макиавеллизма;
- снижением выраженности непродуктивной рефлексии;
- уменьшением концентрации на прошлом и настоящем, повышением направленности в будущее;
- повышением осмысленности жизни;
- усилением самоконтроля;
- повышением таких показателей качества жизни, как «психическое» и «физическое» здоровье.

8. После выписки из реабилитационного центра клиническая эффективность предложенной модели этапа психологической реабилитации наркозависимых подтверждается увеличением длительности ремиссий в 2,2-2,6 раза; положительной динамикой психологических показателей – снижением тревожности, повышением показателей тестов «самочувствие-активность-настроение» и смысложизненных ориентаций, планирования и саморегуляции, снижением уровня макиавеллизма.

9. Улучшение социальной адаптации и качества жизни реабилитантов после выписки из реабилитационного центра проявляется в:

- показателях трудоустройства пациентов, прошедших психологический этап реабилитации по предложенной программе: частота трудоустройства более чем в 2 раза превышает соответствующий уровень в контрольной группе (соответственно, 46,9% и 22%);

- изменениях семейного статуса: в группе пациентов, прошедших реабилитацию по предложенной программе, восстановили отношения в семье 24,5%, создали семью 29,4% пациентов; в контрольной группе – соответственно, 12,5% и 12%;

- достоверно более высоких значениях показателей шкал опросника качества жизни (SF-36) у реабилитантов, прошедших реабилитацию по предложенной программе по уровню физического функционирования ($U=125,5$ $Z=-2,14$ при $p=0,032615$); ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($U=127$ $Z=-2,1$ при $p=0,035911$); общего состояния здоровья ($U=130$ $Z=-2,02$ при $p=0,043359$); жизненной активности ($U=103$ $Z=-2,72$ при $p=0,006537$); социального функционирования ($U=122$ $Z=-2,23$ при $p=0,025918$) и психического здоровья ($U=100,5$ $Z=-2,78$ при $p=0,005364$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработанная программа психологического этапа реабилитации является адекватной и эффективной, что позволяет рекомендовать ее внедрение в практику реабилитационных центров по работе с наркозависимыми.

2. Рекомендуется использовать предложенную систему оценки эффективности

реабилитационного процесса наркозависимых на основе анализа динамики клинических, психологических и социальных характеристик пациента, позволяющую оперативно отслеживать его состояние и корректировать программу реабилитационных мероприятий в ходе их прохождения в реабилитационном центре.

3. Целесообразным представляется внедрение предложенной системной модели психологической реабилитации наркозависимых с целью проведения стандартизированной всесторонней психологической диагностики лиц, зависимых от психоактивных веществ. Преимуществом предлагаемого диагностического комплекса и системы тренингов, реализуемых в ходе осуществления на практике модели этапа психологической реабилитации, является относительно низкая стоимость (малозатратность) внедрения.

Создание и совершенствование системы мероприятий психологического этапа реабилитации наркозависимых следует осуществить путем реализации комплекса мер, который должен включать:

- совершенствование нормативной базы оказания психологической помощи лицам, зависимым от психоактивных веществ;
- организацию эффективного взаимодействия между организациями наркологического профиля и участниками процесса реабилитации наркозависимых;
- подготовку квалифицированных кадров для проведения психологической реабилитации;
- повышение уровня информированности медицинского, психологического и административного персонала об особенностях и возможностях ее проведения.

Основное содержание диссертации отражено в 44 публикациях (общий объем – 51,62 п.л.; авторский вклад – 28,82 п.л.).

Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:

1. **Зенцова, Н.И. Особенности когнитивных факторов психосоциальной адаптации лиц, зависимых от героина / Н.И. Зенцова // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. - 2007. - № 3. - С. 88-95. (0,31 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,536.**
2. **Зенцова, Н.И. Рекомендации для клинических психологов и врачей-психотерапевтов по работе по развитию социального и эмоционального интеллектов как ведущих факторов психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от ПАВ / Н.А. Сирота, Н.И. Зенцова // Вестник Российского Университета Дружбы Народов. Медицина. – 2007. - № 6. - С.547-552. (0,22 п.л./0,11п.л.) ИФ РИНЦ – 0,082.**

3. **Зенцова, Н.И. Особенности отношения ко времени лиц, склонных к интернет-зависимости / Н.И. Зенцова // Вопросы наркологии. – 2007. - №4. - С.88-95. (0,29 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.**
4. **Зенцова, Н.И. Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации / Н.А. Сирота, Н.И. Зенцова // Вопросы наркологии. - 2008. - №1. - С. 61-67. (0,25 п.л./0,12 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.**
5. **Зенцова, Н.И. Особенности макиавеллизма и макиавеллианского интеллекта у лиц, зависимых от алкоголя и героина / Н.И. Зенцова // Вопросы наркологии. - 2009. - №4. - С. 66-73. (0,33 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.**
6. **Зенцова, Н.И. Когнитивно-поведенческая модель профилактики рецидива при наркомании / Н.И. Зенцова, Н.А. Сирота // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. - 2009. - №1. - С.81-88. (0,33 п.л./0,16 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,536.**
7. **Зенцова, Н.И. Проблема употребления наркотиков в студенческой среде и пути решения / Н.Н. Иванец, В.В. Киржанова, Е.В. Борисова, Н.И. Зенцова // Вопросы наркологии. – 2010. - № 3. – С. 82-91. (0,38 п.л./0,17 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.**
8. **Зенцова, Н.И. Клинико-психологические особенности и коррекция поведения при игровой зависимости / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, Е.А. Ракитянская, Т.В. Адамова, С.Н. Бондаренко // Наркология. – 2011. - №2. - С.88-93. (0,21 п.л./0,09 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,396.**
9. **Зенцова, Н.И. Лечебно-реабилитационная помощь больным с патологическим влечением к азартным играм и интернет-зависимостью / Е.А. Ракитянская, Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, Т.В. Адамова // Вопросы наркологии. – 2011. - № 4. - С.78-79. (0,04 п.л./0,01п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.**
10. **Зенцова, Н.И. Особенности психологической диагностики и коррекции пациентов на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса / Н.И. Зенцова // Наркология. - № 2. – 2012. - С. 20-25. (0,20 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,396.**
11. **Зенцова, Н.И. Специфические особенности самосознания ("Я-концепции") как одно из составляющих синдрома комплекса психологических нарушений при зависимостях от психоактивных веществ / Зенцова Н.И. // Теория и практика общественного развития. – 2012. - №9. - С. 85-91. (0,29 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,139.**
12. **Зенцова, Н.И., Динамика смысложизненных ориентаций у лиц с опийной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа / Н.И. Зенцова, Н.В. Каклюгин / Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. – 2012. - № 3. - С.49-59. (0,42 п.л./0,21 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,536.**
13. **Зенцова, Н.И. Духовно ориентированная реабилитация лиц с химической зависимостью с использованием специализированного православного БОС-тренинга / Н.И. Зенцова, В.П. Грачёв, А.И. Берестов, Н.В. Каклюгин,**

А.В. Желобанов // Наркология. - 2012. - № 10. - С. 82—96. (0,58 п.л./0,12 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,396.

14. Зенцова, Н.И. Склонность к манипулятивному поведению как одна из составляющих синдрома комплекса психологических нарушений при зависимостях от психоактивных веществ / Н.И. Зенцова, С.С. Фёдорова // Экспериментальная психология. - 2013. - № 2. – С. 84-90. (0,25 п.л./0,19 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,469.
15. Зенцова, Н.И. Психологические особенности лиц, проходящих реабилитацию в сети христианских реабилитационных центров / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, С.С. Федорова, Ю.В. Литвиненко, О.В. Уманова, М.А. Рагимова, А.В. Дугин // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С.51-60. (0,38 п.л./0,15 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.
16. Зенцова, Н.И. Личностная психотерапия в работе специалистов, занимающихся проблемами зависимостей / И.С. Павлов, Н.И. Зенцова, А.А. Мещерякова, С.С. Федорова // Вопросы наркологии. – 2014. – № 1. – С.71-78. (0,29 п.л./0,07 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.
17. Зенцова, Н.И. Мотивация к обращению за наркологической помощью и реабилитацией / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, О.В. Уманова, К.В. Мубаракова // Вопросы наркологии. – 2015. - № 3. – С. 113-119. (0,33 п.л./0,11 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,442.

Монографии:

18. Зенцова, Н.И. Особенности психосоциальной адаптации лиц, зависимых от психоактивных веществ: монография / Н.И. Зенцова. – М.: Издательский дом «Наука», 2013. – 188 с. (7,83 п.л.)
19. Зенцова, Н.И. Введение в психологическое консультирование в наркологии: монография / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова. – М.: Издательский дом «Наука», 2013. –120 с. (5,00 п.л.)
20. Зенцова, Н.И. Концептуальные основы и комплексная программа медико-социальной реабилитации наркологических больных / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова. - М.: Издательство «Спорт и Культура – 2000», 2014. - 261с. (10,8 п.л./ 5,00 п.л.)
21. Зенцова, Н.И. Психологические аспекты реабилитации лиц, зависимых от кокаина / Н.И. Зенцова, О.В. Уманова, С.В. Леонов и др. – М.: Издательство «Мозаика-Синтез», 2014. — 217 стр. (9,0 п.л./ 3,8 п.л.)

Методические и учебные пособия:

22. Зенцова, Н.И. Проведение социально-психологического тестирования лиц молодого возраста с целью раннего выявления случаев употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации для «Центров Здоровья» Министерства здравоохранения / Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина,

Е.В. Фадеева, Н.И. Зенцова, А.А. Григорьева, А.Н. Гришина, О.С. Галкина. – М.; 2013. – 62с. (2,6 п.л./0,38 п.л.)

23. Зенцова, Н.И. Работа медицинского психолога в наркологии. Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова. - М.: ФГБУ «ННЦ Наркологии Министерства здравоохранения России», 2013. - 60 с. (2,5 п.л./ 1,25п.л.)
24. Зенцова, Н.И. Раннее выявление случаев употребления психоактивных веществ среди лиц молодого возраста. Методические рекомендации / Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, Н.И. Зенцова, К.В. Вышинский. - М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2013. – 56 с. (2,33 п.л./0,46 п.л.)
25. Зенцова, Н.И. Формирование мотивации к обращению за наркологической помощью и медицинской реабилитацией у дифференцированных групп населения. Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, О.В. Уманова, К.В. Мубаракова. – М.: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России», 2015. - 72с. (3 п.л./ 0,9 п.л.)

Статьи:

26. Зенцова, Н.И. Исследование социального познания и социального интеллекта у лиц, зависимых от психоактивных веществ [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, Н.И. Зенцова // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. - 2010. - N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 10.11.2013). (0,46 п.л./0,30 п.л.).
27. Зенцова, Н.И. Личная терапия в процессе профессиональной подготовки как способ повышения эффективности психотерапевтов / И.С. Павлов, Н.И. Зенцова, С.С. Фёдорова // Научный диалог. – 2012. – № 11: Психология. – С. 109–118. (0,37 п.л./0,14 п.л.)
28. Зенцова, Н.И. Методологические аспекты изучения зависимого поведения в современной психологии. / Ю.П. Зинченко, Н.И. Зенцова // Психология здоровья и профилактика зависимостей в молодежной среде. М.: МГУ имени М.В. Ломоносова, 2013. – С.12-27. (0,62 п.л./ 0,20 п.л.)

Материалы конференций

29. Зенцова, Н.И. Понятие клинико-психологического функционального диагноза в наркологии / Н.И. Зенцова, Н.А. Сирота // Материалы 1-го Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. 24-27 ноября 2009, Москва. - С. 199-200. (0,04 п.л./0,02 п.л.).
30. Зенцова, Н.И. Особенности социального, эмоционального и макиавеллианского интеллекта у лиц, зависимых от алкоголя и героина / Н.И.

- Зенцова // Четвёртая международная конференция по когнитивной науке: Тезисы докладов: В 2 т. Томск, 22–26 июня 2010 г. – Томск: Томский государственный университет, 2010. - Т. 2: – 331 с. С.274. (0,04 п.л./0,04 п.л.).
31. Зенцова, Н.И. Функциональная психологическая диагностика в системе наркологических учреждений / Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова // Тезисы докладов 15 съезда психиатров России. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С.250. (0,04 п.л./0,02 п.л.).
 32. Зенцова, Н.И. Функциональная психологическая диагностика лиц, зависимых от ПАВ / Н.И. Зенцова, В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Тезисы докладов 15 съезда психиатров России. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. - С.275. (0,04 п.л./0,03 п.л.).
 33. Зенцова, Н.И. Результаты использования методики биологической обратной связи у лиц с наркотической зависимостью / А.В. Желобанов, Н.В. Каклюгин, Н.И. Зенцова. // Сборник тезисов всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование, организация и оказание наркологической помощи населению» 20-21 октября 2011г., М. - С. 47-48. (0,04 п.л./0,02 п.л.).
 34. Зенцова, Н.И. Синдромокомплекс психологических нарушений как основа психодиагностической и психокоррекционной работы с наркологическими больными / Зенцова Н.И., Дудко Т.Н. // Сборник тезисов всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование, организация и оказание наркологической помощи населению» 20-21 октября 2011г., М. - С. 51. (0,04 п.л./0,03 п.л.)
 35. Зенцова, Н.И. Лечебно-реабилитационная помощь больным с патологическим влечением к азартным играм и интернет-зависимостью / Е.А. Ракитянская, Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, Т.В. Адамова // Сборник тезисов всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование, организация и оказание наркологической помощи населению» 20-21 октября 2011г., М. - С. 92-93. (0,04 п.л./0,02 п.л.)
 36. Зенцова, Н.И. Психодиагностический синдромо-комплекс в системе реабилитации наркологических больных / Н.И. Зенцова // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Комплексные подходы к стандартизации, диагностике и терапии психических расстройств» 27-28 октября 2011г., СПб. - С. 53-54. (0,04 п.л./0,04 п.л.)
 37. Зенцова, Н.И. Духовно-ориентированная реабилитация лиц с химической зависимостью с использованием специализированного православного Бостренинга / Н.И. Зенцова, А. Берестов, В. Грачев, А.В. Желобанов, Н.В. Каклюгин // Научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», тезисы конференции / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупицкого; - СПб. – 2012. - С.17. (0,04 п.л./0,01 п.л.)
 38. Зенцова, Н.И. Мониторинг и управление процессом психосоциальной реабилитации на базе разработки единой информационно-управляющей

- системы / Н.И. Зенцова, А.С. Естегнеев // Научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», тезисы конференции/ Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М.Крупницкого; - СПб. – 2012. - С.50. (0,04 п.л./0,03 п.л.)
39. Зенцова, Н.И. Психофизиологические аспекты неосознанного отношения к отказу от психоактивных веществ / Н.И. Зенцова, Е.В. Борисова, Ю.Л. Арзуманов, А.А. Мещерякова // Научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства». Тезисы конференции / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупницкого; - СПб. – 2012. - С. 22-23. (0,08 п.л./0,04 п.л.)
40. Зенцова, Н.И. Психологическая диагностика и коррекция пациентов с химической зависимостью на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса / Н.И. Зенцова, О.В. Уманова, М.А. Рагимова, А.В. Дугин, С.С. Фёдорова, Ю.В. Литвиненко // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы Международной конференции. 6 июня 2012г./ М-во обр. и науки РФ, ФГБОУ ВПО «Тамб. гос. Ун-т им. Г.Р. Державина»; Тамбов.: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2012. – С. 76-79. (0,12 п.л./0,06 п.л.)
41. Зенцова, Н.И. Особенности психологической реабилитации потребителей инъекционных наркотиков с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в стационарных условиях // Материалы международного совещания «Выявление и лечение туберкулеза у наркозависимых, в том числе ВИЧ-инфицированных. Проблемы и пути решения. Санкт-Петербург, 21 мая 2012г. – С. 15-17. (0,08 п.л./0,08 п.л.)
42. Зенцова, Н.И. Результаты использования методики биологической обратной связи у лиц с поведенческими отклонениями и наркотической зависимостью с применением аудиовизуального стимульного ряда православного содержания / Н.В. Каклюгин, А.В. Желобанов, Н.И. Зенцова // Материалы международной научно-практической конференции «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация», Москва, 6-7 декабря 2012 г. - С.84-95. (1,13 п.л./0,09 п.л.)
43. Zentsova, N. Modern drug situation in Russia and ways of its solution in terms of socio-economic changes / N.V. Kaklyugin, N.I. Zentsova. // Abstract for the 22 ESSD CONFERENCE, Theme: DRUG POLICY. – 2013. - P.41-42 (0,04 п.л./0,02 п.л.)
44. Zentsova, N. Comparative characteristics of time perspective of professional athletes and drug addicted people / N. Zentsova, S. Leonov // Procedia, social and behavioral sciences, издательство Elsevier (United States), 2013. – 78. - P. 340-344. (0,16 п.л./0,08 п.л.)