

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

*Динамика жизненных убеждений и мотивации к трезвости у
наркологических больных в процессе реабилитации*

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Объедкова Анастасия Владимировна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Ипатова Кира Александровна
_____ (подпись)

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	7
1.1. Проблема химических зависимостей.....	7
1.2. Медицинская реабилитация наркологических больных в условиях дневного стационара и амбулатории	10
1.3. Особенности жизненных убеждений наркологических больных.....	20
1.4. Мотивация к трезвости у наркологических больных	26
1.5. Резюме.....	32
2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
2.1. Описание выборки	33
2.2. Процедура исследования.....	37
2.3. Методы исследования	39
2.3.1 Клинико-психологическая анкета.....	40
2.3.2. Шкала базовых убеждений (Р. Янов-Бульман)	40
2.3.3. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко).....	42
2.3.4. Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.).....	44
2.3.5. Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES (W.R. Miller и J.S. Tonigan).....	45
2.3.6. Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н.).....	47
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	49
3.1. Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах реабилитации	49
3.2. Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре	50
3.3 Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения.....	55

3.4. Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов после прохождения реабилитации	59
3.5. Корреляционный анализ по данным диагностических методик	64
3.5.1. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых на первых этапах реабилитации в дневном стационаре	64
3.5.2. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых после реабилитации в дневном стационаре	65
3.5.3. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых на первых этапах амбулаторной реабилитации	65
3.5.4. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых после амбулаторной реабилитации	67
4. Обсуждение результатов исследования	70
ВЫВОДЫ	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	72
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	73
Приложение 1	85
Приложение 2	93

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская реабилитация наркозависимых представляет собой важную государственную и медико-психологическую задачу. Это обусловлено тем, что наркологические заболевания могут не только нанести серьезный ущерб физическому и социальному благополучию, но и существенно изменить психологическую сферу человека, что в свою очередь выявит деформацию личности, изменения в мотивационно-потребной сфере и системе установок личности (Земсков Л. Н., 2019).

Исследование психологических особенностей наркологических больных никогда не теряло своей актуальности как предмет изучения, и всегда довольствовалось вниманием широкого круга исследователей, в том числе и психологов. Необходимость психологических исследований в данной области определяется существенной ролью в регуляции поведения наркологических больных их личностных особенностей: мотивации, ценностных и смысложизненных ориентаций, восприятия различных сторон жизни (Карпова Э.Б., 2020). Длительность пребывания в реабилитационном центре и успешность завершения реабилитации зависят от срока употребления и прочих клинических и социально-демографических характеристик, но одной из главных и наиболее управляемых (Saitz R., Samet J., 2012) переменных является восприятие пациентом своей жизни и его убеждения, связанные с самим собой и окружающими его людьми, поскольку именно данные характеристики во многом определяют эмоциональное благополучие и социальную адаптированность наркологических пациентов (Smith J.W., Frawley P.J., 1993). В данной работе рассматриваются жизненные убеждения наркологических больных и прочие психологические особенности и их взаимосвязь с прохождением реабилитации.

Практическая значимость работы заключается в необходимости разработки психологических интервенций, направленных на повышение

осмысленности и изменение убеждений, связанных с самим собой и окружающими его людьми, а именно приобретение самоконтроля и ценности собственного Я, что будет отражаться на мотивации к изменению поведения.

Цель работы – изучить динамику жизненных убеждений и мотивации к трезвости у наркологических больных в процессе реабилитации.

Объект исследования - наркологические больные, проходящие медицинскую реабилитацию в Отделении медицинской реабилитации № 1 СПбГБУЗ «Городская наркологическая больница».

Предмет исследования – особенности жизненных убеждений личности и мотивация к изменениям поведения у пациентов наркологической реабилитации.

Гипотеза исследования:

У пациентов посещающих медицинскую реабилитацию в форме дневного стационара в отличие от пациентов амбулаторной реабилитации, динамика жизненных убеждений характеризуется повышением осмысленности относительно самого себя, окружающего мира и психологической готовности к изменению поведения в отношении ПАВ.

Задачи исследования:

1. Проанализировать актуальное психоэмоциональное состояние, выраженность социальной фрустрированности, особенности мотивации и жизненных убеждений пациентов на первых этапах формирования терапевтической ремиссии.

2. Проанализировать динамику жизненных убеждений, личностной тревожности, удовлетворенности различными сферами жизни и готовности к изменению поведения у пациентов амбулаторной реабилитации.

3. Проанализировать динамику жизненных убеждений, личностной тревожности, удовлетворенности различными сферами жизни и готовности к изменению поведения у пациентов дневного стационара.

4. Проанализировать связь готовности к изменению поведения в отношении ПАВ с личностной тревожностью, социальной фрустрированностью и жизненными убеждениями на первых этапах и после прохождения амбулаторной и дневной стационарной реабилитации.

Психодиагностические методы:

1. Клинико-психологическая анкета;
2. Шкала базовых убеждений (Р. Янов-Бульман);
3. Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.);
4. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко);
5. Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES (W.R. Miller и J.S. Tonigan);
6. Оценка уровня реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н.);
7. Анализ медицинской документации.

Статистические методы:

1. Описательная статистика;
2. Сравнительный анализ с использованием U-критерия Манна-Уитни и T-критерия Вилкоксона;
3. Корреляционный анализ по критерию Пирсона.

1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Проблема химических зависимостей

Проблема химических зависимостей стоит перед медиками и психологами уже многие годы. Тем не менее, сейчас она особенно актуальна: изменение эпидемиологии и характеристик употребляемых веществ с каждым годом приносят все новые вызовы. Примером может стать возросшее употребление психостимуляторов, распространяемых так “клубный” наркотик (Грановская Е. А. и соавт., 2019), новые формы употребления наркотиков (Позднякова М.Е., Брюно В.В., 2018), возникновение новых синтетических ПАВ (Кошкина Е.А., 2014). Снижение употребления тяжелых наркотиков сопровождается возрастающим употреблением легких (Кошкина, Е. А., 2017). Все большее распространение приобретает “мягкое” употребление (Позднякова М.Е., Брюно В.В., 2018). Отмечается “старение” контингента алко- и наркозависимых, при этом число новых случаев наркозависимостей неуклонно растет (Кошкина, Е. А., 2017). Также говорится о снижении уровня первичной заболеваемости (Кошкина Е.А., 2022).

Согласно номенклатуре ВОЗ, химические зависимости относятся к категории «расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ», входящей в класс «расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и зависимым поведением». В 11-й редакции МКБ (2021) под «зависимостью от ПАВ» понимается нарушение регуляции употребления ПАВ, возникающее в результате его повторного или постоянного употребления.

Наркологические расстройства занимают особое место в ряду психолого-психиатрических феноменов и симптомов. Их трактовка зачастую носит специфический характер, противоречащий канонам медицинской психологии и психиатрии. Возможно, именно по этой причине разнятся подходы к терапии наркологических расстройств

специалистами различных направлений (психиатрами, наркологами, психотерапевтами, медицинскими психологами). Одними из таких дискуссионных в теоретическом плане феноменов считаются аддиктивное влечение к психоактивным веществам (в отечественной наркологии – симптом «патологического влечения») и анозогнозия (Менделевич В.Д., 2009). Феномен аддиктивного влечения и анозогнозия рассматривается в отечественной наркологии как психопатологические симптомы (Дереча В. А., 2022).

Психические и поведенческие расстройства, возникающие в результате употребления психоактивных веществ, включают расстройства, вызванные употреблением алкоголя, опиоидов, каннабиноидов, седативных и снотворных средств, кокаина, других стимуляторов, галлюциногенов, табака и летучих растворителей. (МКБ-11, 2021). Вредное употребление диагностируется при причинении вреда физическому или психическому здоровью. Синдром зависимости включает в себя сильное желание принять вещество, трудности с контролем употребления, физиологическое состояние отмены, пренебрежение альтернативными удовольствиями и интересами и постоянство употребления, несмотря на вред себе и другим (Пятницкая И.Н., 2008).

Схожий подход к диагностическим критериям предлагают Jordan E. Stevens и др. (2019), на основе анализа и оптимизации диагностических критериев DSM-5. Предлагается 4 таких критерия:

1. Наличие сильного желания или тяги к веществу;
2. Невыполнение основных обязанностей на работе, в школе или дома;
3. Продолжение употребления вещества, несмотря на социальные или межличностные проблемы, вызванные употреблением психоактивных веществ;
4. Характер употребления, угрожающий физическому здоровью.

По мнению авторов, такой подход также позволит, на основании выраженности критериев оценивать тяжесть состояния пациента. Тем не менее, в связи с достаточно давней разработкой темы зависимостей, нельзя не отметить, что в целом предложенные критерии имеют значимые сходства.

Согласно МКБ 11 (2021) к психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ относят:

- 6C40 Расстройства, вызванные употреблением алкоголя
- 6C41 Расстройства, вызванные употреблением каннабиса
- 6C42 Расстройства, вызванные употреблением синтетических каннабиноидов
- 6C43 Расстройства, вызванные употреблением опиоидов
- 6C44 Расстройства, вызванные приемом седативных, снотворных или анксиолитиков
- 6C45 Расстройства, вызванные употреблением кокаина
- 6C46 Расстройства, вызванные употреблением стимуляторов, включая амфетамины, метамфетамин или меткатинон
- 6C47 Расстройства, вызванные использованием синтетических катинонов
- 6C48 Расстройства, вызванные употреблением кофеина
- 6C49 Расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов
- 6C4A Расстройства, вызванные употреблением никотина
- 6C4B Расстройства, вызванные использованием летучих ингаляторов
- 6C4C Расстройства вызванные употреблением МДМА или родственных наркотиков, включая МДА
- 6C4D Расстройства вызванные приемом диссоциативных препаратов, включая кетамин и фенциклидин

- 6C4E Расстройства, вызванные употреблением других определенных психоактивных веществ, включая лекарства
- 6C4F Расстройства вызванные употреблением нескольких определенных психоактивных веществ, включая лекарства
- 6C4G Расстройства, вызванные употреблением неизвестных или неуточненных психоактивных веществ
- 6C4H Расстройства, вызванные употреблением не психоактивных веществ

В отличие от предыдущей версии, МКБ-11 также предлагает ряд дополнительных указателей, к которым относятся паттерны употребления, текущий характер употребления (ремиссия, активное употребление и т.п.), таким образом достигается большая дифференцированность диагностики (Кулыгина М.А., 2021).

Крупные нейрокогнитивные исследования (Koob, G., Volkow, N., 2009) показали, что нарушения, возникающие в мозге в результате длительного потребления ПАВ носят многочисленный, но соответствующий употребляемому веществу характер, что по-видимому и отражается на клинической картине тех или иных зависимостей. Тем не менее, существуют три симптома, актуальные для всех химических зависимостей: измененной реактивности, психической и физической зависимости (В. А. Дереча, 2022).

1.2. Медицинская реабилитация наркологических больных в условиях дневного стационара и амбулатории

Рассмотрим, что авторы понимают под медицинской реабилитацией наркологических пациентов.

Реабилитация пациента с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) – совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного,

коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ (Королев А.А. и соавт., 2014).

Реабилитация пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматривается как система педагогических, психологических, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, формирование устойчивой антинаркотической установки личности, ее ресоциализацию и реинтеграцию в общество (Валентик Ю.В. и соавт., 2001).

В приведенных определениях обращает на себя внимание комплексность мер, подразумеваемых под медицинской реабилитацией в наркологии, таким образом, она включает и собственно медицинское воздействие, и психологическую работу, и социализацию, и многое другое. Актуальность такого подхода отмечают также Зобнев В.М. и соавт. (2014), Брюн Е.А. (2007), Дудко Т.Н. (2013). Таким образом, в реабилитационных мероприятиях принимают участие врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, средний медицинский персонал, при возможности равный консультант (Трофимов Е.В., 2019).

Продолжительность реабилитации зависит от длительности потребления ПАВ, возраста начала потребления, преморбидного состояния, в том числе наследственного фактора, социального статуса. Длительность реабилитации определяется необходимостью формирования устойчивых антинаркотических установок, адекватных социальных и психологических навыков. И, конечно, реабилитация будет продолжительной, если злоупотребление ПАВ привело к значительным дефектам психики, личностного статуса и социального положения. По опыту западных стран реабилитационные программы для больных

наркоманией продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет (Валентик Ю.В. и соавт., 2001).

Существует множество различных программ, нацеленных на оказание помощи наркологическим больным, объединенных общей идеей и целью вернуть пациента к жизни в обществе, восстановить его психическое и физическое здоровье, личностный и социальный статус.

Не смотря на их широкое разнообразие, в ряде источников (Трофимов Е.В., 2019; Дудко Т. Н., 2013) приводятся сходные этапы работы, таким образом выделяются такие этапы реабилитационной работы с наркологическими пациентами:

I этап реабилитационных мероприятий для наркологических больных – скрининго-адаптационный. Содержательно объединяет в себе предреабилитационный период и адаптационный этап медико-реабилитационного периода по Дудко Т. Н., (2013).

На данном этапе проводится скрининг физического, психического состояния пациента, семейная диагностика, медицинская коррекция основного и сопутствующего заболеваний, формирование мотивации к включению в лечебно-реабилитационную программу, адаптация к дальнейшему участию в проработке проблем в рамках индивидуального посещения или в режиме групповых занятий, составление индивидуального плана реабилитации.

II этап реабилитационных мероприятий для наркологических больных – интеграционный.

Сущностной составляющей данного этапа являются медицинские, психотерапевтические, психологические, социально реабилитационные мероприятия, направленные на преодоление анозогнозии на психологическом уровне, формирование адекватной самооценки пациента в собственной эффективности, приобретение навыков предотвращения «срыва», обучение анализу трудностей в общении с родителями,

социумом; выработка устойчивой мотивации на отказ от употребления ПАВ.

На данном этапе максимальным потенциалом обладают психологические, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия. Общим для всех применяемых психокоррекционных и психотерапевтических методик является преимущественная ориентация на личность пациента, вовлеченность больных в восстановительный процесс и истинное партнерство медицинского персонала и пациентов. По мере нормализации состояния пациента меняется и тактика психологического вмешательства. Совместно со специалистами, уточняются терапевтические задачи, вносится коррекция в индивидуальный реабилитационный план каждого участника программы. Она может достигать значительных по глубине, интенсивности и затратам времени психоэмоциональных усилий как со стороны пациента, медицинского персонала, так и со стороны других пациентов (особенно это проявляется в групповых формах работы). Коррекция индивидуального плана реабилитации, происходит после всестороннего клинического, психологического и социального анализа. Уточнённый план обсуждается с пациентом, его родственниками и утверждается при взаимном согласии сторон. План предусматривает определенную последовательность, ступенчатость лечебных воздействий, при этом одновременно с расширением прав пациента, возрастают его обязанности, как в реабилитационной программе, так и вне ее.

О применяемых на данном этапе психотерапевтических методах речь пойдет далее.

III этап реабилитационных мероприятий для наркологических больных – стабилизационный.

Цели данного этапа состоят в восстановлении социального статуса и нарушенных полезных социальных связей пациентов; разработке комплекса мер, способствующих социальной адаптации. Реализация

данного этапа может осуществляться в как в групповом, так и в индивидуальном формате.

IV этап реабилитационных мероприятий для наркологических больных – противорецидивный. Соответствует профилактическому периоду реабилитации по Дудко Т. Н., (2013). Этот этап направлен на достижение стабильной социальной интеграции пациента. Данный этап проходит в условиях амбулаторного наблюдения. Пациент участвует в групповой терапии, проходит работу по шагам, посещает групповые собрания пациентов.

Для успешности и состоятельности данного этапа наибольшую значимость имеет терапевтическое сообщество (Рупека А. В., Волкова О. В., 2021). Терапевтические Сообщества (ТС) определяются как свободная от ПАВ среда, где люди с проблемами зависимости живут вместе организованным и структурированным образом, готовясь к предстоящей жизни без ПАВ во внешнем обществе (Валентик Ю.В. и соавт., 2001). Основной целью ТС является создание благоприятных условий для изменения образа жизни через вовлечение в сообщество активных и заинтересованных людей, совместная работа которых направлена на помощь друг другу (Зобнев В.М. и соавт., 2014).

Как отмечают Валентик Ю.В. и соавт. (2001) сама по себе реабилитационная среда - основной учитель и наставник. Как участники программы, так и персонал Центра, для тех, кто только включается в процесс реабилитации являются ролевыми моделями успешных изменений личности. Персонал наблюдает за группами пациентов, принимает участие в определении их статуса, содействует продвижению реабилитируемых вверх в иерархии сообщества, распределяет рабочие функции и содействует их выполнению. Помимо этого, в процессе реабилитации персонал также планирует и координирует терапевтический процесс, ведет терапевтические группы, индивидуальные консультации, организует

социальные программы и отдых, осуществляет внешние контакты, участвует в решении вопросов выписки и предоставления отпусков.

Цель реабилитации в Терапевтическом Сообществе – возвращение участника программы к полноценному и здоровому образу жизни в обществе, восстановление теплых отношений с родителями и близкими людьми, приобретения знаний, умений и навыков, необходимых для формирования нормативного личностного и социального статуса.

На основе терапевтических сообществ успешно функционируют множество объединений, ставящих целью оказание помощи наркозависимым по завершении ими реабилитации (Рупека А. В., Волкова О. В., 2021). Примерами могут стать «Анонимные наркоманы», Монар (организация, чья деятельность направлена, в том числе, на помощь наркопотребителям тем, кто заражён ВИЧ).

Традиционные Терапевтические Сообщества можно отличить от других основных методов лечения наркотической зависимости по трем общим признакам. Во-первых, в условиях Терапевтического Сообщества осуществляется координация полного спектра терапевтических вмешательств и услуг в рамках одного Центра. Профессиональное консультирование, трудотерапия, восстановление здоровья, групповая и индивидуальная терапия, услуги по обучению, услуги по семейному консультированию, а также юридические и социальные услуги оказываются в рамках одного Терапевтического Сообщества. Во-вторых, главным «терапевтом» и наставником в Терапевтическом Сообществе является само сообщество, состоящее из равных людей, являющихся образцом для подражания и примером успешного личностного изменения, и персонала, выступающего в роли администраторов и наставников в процессе выздоровления (Зобнев В.М. и соавт., 2014; Валентик Ю.В. и соавт., 2001). Таким образом, сообщество в целом является важной средой для приобретения навыков, в которой осуществляется круглосуточный

контроль за индивидуальными изменениями в поведении, отношении и эмоциях, а также взаимное стимулирование таких изменений на повседневной основе. В-третьих, подход Терапевтического Сообщества к реабилитации основывается на четкой оценке перспектив, касающихся расстройства, вызванного злоупотреблением ПАВ, а также перспектив пациента, процесса выздоровления и возможностей дальнейшего здорового образа жизни. Именно эти перспективы позволяют оптимизировать организационную структуру сообщества, систему укомплектования штатов и процесс лечения.

Реабилитация в Терапевтическом Сообществе требует создания «заботящейся» реабилитационной среды, функционирующей как единый микросоциальный организм (Валентик Ю.В. и соавт., 2001). Условия этой среды требуют соблюдения определенных законов, правил и режима, стимулирующих позитивный личностный потенциал его участников.

Так, обязательными общими правилами являются (Зобнев В.М. и соавт., 2014) запрет на употребление алкоголя, ПАВ и лекарственных средств без назначения врача, запрет на любые акты насилия, и угрозу его применения, запрет на сексуальные отношения. Реабилитационная среда имеет свою специфику, заключающуюся в приоритете позитивных воздействий, ролевом поведении персонала и особой атмосфере, создаваемой реабилитационной средой, направленной на развитие личностных и социальных качеств участников программы (Валентик Ю.В. и соавт., 2001).

Еще одним необходимым для успешной реабилитации элементом является психотерапия, в связи с необходимостью коррекции неадаптивных свойств личности пациентов (Барабанова Л. В., Теслинов И. В., 2011; J. Frederickson, et al., 2019). Отмечается, что психотерапевтический аспект реабилитации неразрывно связан с вопросом организации терапевтических сообществ, поскольку оно несет в себе ряд

необходимых для успешной психотерапии условий (Жевелик О.Д. и соавт., 2020).

В психотерапевтической деятельности с наркологическими пациентами применимы те же самые подходы, что используются в работе со здоровыми клиентами. Тем не менее, эти подходы, очевидно, имеют ограниченную область целесообразного применения. Рассмотрим упоминаемые в литературе подходы и их применение в работе с зависимыми пациентами.

Системная семейная терапия. Использование в работе с наркозависимыми данного подхода в России началось относительно недавно (Архипова М. В. и соавт., 2020). Применение этого подхода на наркологических пациентах основывается на огромном вкладе семейной среды в успешность реабилитации, который учитывается в любой реабилитационной программе (Трофимов Е.В., 2019; Дудко Т. Н., 2013). Более того, системная семейная терапия позволяет работать со специфическими феноменами, возникающими внутри семьи и мешающими реабилитации, в их числе: созависимость, настроенность на провал мероприятий по реабилитации, формирование опекающего поведения, постоянное ожидание рецидива и т.п. (Шайдукова Л. К., 2013).

Архипова М. В. и соавт. (2020) выделяют такие особенности применения системной семейной терапии в реабилитации наркозависимых:

1. Важно оценивать мотивы, подвигающие семьи на участие в семейной терапии, поскольку часто таким образом члены семьи могут перекладывать ответственность на психолога, при этом фокус внимания будет направлен на преодоление химической зависимости, а не на изменения, которые должны произойти внутри семьи.

2. Построение границ во взаимодействии с родственниками пациента, и мотивация их на активное участие в процессе реабилитации в данном случае входят в задачи психолога.

3. Терапевтическая работа должна соответствовать внутренней логике реабилитационного процесса, определяться за счет особенностей последней.

4. Особого внимания требует выбор терапевтического подхода семейной терапии в рамках реабилитационного центра. Критериями для выбора являются: возраст пациента, запрос самой семьи или клиента, глубина включения семьи в работу, этап реабилитации.

5. Вызовом для психолога становится взаимодействие с клиентом и членами его семьи в реабилитационном центре вне сессий. Поскольку подобные ситуации неизбежны, на психолога ложится дополнительная ответственность, связанная с постоянной рефлексией своей роли, из которой осуществляется взаимодействие.

6. Необходимо быть готовым к попыткам членов семьи вовлечь психолога в семейную динамику.

Тренинги также являются важным инструментом в работе с зависимыми пациентами (Шайдукова Л. К., 2013). Особенно в реабилитационном центре актуальны тренинги направленные на социализацию, профессиональную ориентацию. Успешно применяются такие тренинги как:

- «Тренинг решения проблем»,
- Тренинги по работе с чувствами (зачастую употребление ПАВ связано с алекситимией и социофобией),
- «Тренинг социальных ролей» (направлен одновременно на информирование о стигматизации и работу с переживаниями, вызываемыми ею, и на адаптацию к социуму, поиск своего места в нем),
- «Тренинг общения» (целиком направлен на социализацию),

- «Тренинг личностного роста» (включает элементы позитивной психотерапии, направленной на формирование позитивных мышления и опыта).

Также эффективным в профилактике рецидивов показало себя *краткосрочное динамическое консультирование* (J. Frederickson et al., 2019). В основе его применения лежит мысль о том, что зависимости часто коморбидны расстройствам личности, таким образом работая с расстройством личности, можно повысить устойчивость результата реабилитации. В данном подходе работа нацелена на регуляцию тревоги, распознавание эмоций и управление реакциями страха и проективными процессами. По результатам исследований при использовании данного подхода почти половина пациентов через шесть месяцев сохраняют трезвость, снижается практически вдвое отсев пациентов в процессе реабилитации.

Применение *экзистенциального и гуманистического подхода* тесно связано с широким распространением духовно-ориентированных сообществ в реабилитации (Р.К. Назыров и соавт., 2014). Согласно этим подходам, наркотизм вызван реакцией личности на экзистенциальную фрустрацию, он является протестом против социального давления, скуки, невозможности самореализации, стремлением «потреблять счастье в чистом виде» (Гарифуллин Р. Р., 2010). Экзистенциальный взгляд утверждает, что наркомания - это механизм преодоления, используемый для смягчения экзистенциальной и невротической тревоги, возникающей в результате столкновения с экзистенциальными данностями или избегания их (Grech, G., 2021). Такие теоретические выкладки подтверждаются экспериментальными данными о значимости самореализации в профилактике зависимого поведения (Григорьева А. А., Поваренков Ю. П., 2016), таким образом в реабилитации могут быть эффективными такие

мишени как личностное развитие, активизация процессов самореализации и т.п.

Исследования (Зенцова Н. И., Каклюгин Н. В., 2012) подтверждают, что духовно-ориентированные реабилитационные программы оказывают большее влияние на ценностно-смысловую сферу наркозависимой личности, нежели краткосрочные динамические программы, более того, в ряде случаев была выявлена отрицательная динамика показателей локус-контроля в краткосрочных группах, таким образом, это показывает необходимость ориентации на ценностную сферу личности.

Западные авторы (Paul T. P. Wong., 2019) также отмечают значимость экзистенциального подхода, который часто противопоставляется биологизаторству. Люди с зависимостью, что ускользает от внимания медиков, переживают экзистенциальную борьбу, которая может объяснить развитие и поддержание их зависимости. Проблемы в отношениях, уклонение от чувства вины и ответственности, а также отсутствие смысла в жизни были связаны с сниженными навыками преодоления трудностей, с неадаптивным поиском положительных эмоций, которые не могут быть естественным образом получены от значимых социальных взаимодействий. Таким образом крайне важно, чтобы реабилитация дополнялась работой над всеми этими личностными трудностями, что улучшит функционирование личности и снизит риск срывов.

Подводя итог, отметим, что при любом подходе более эффективной окажется работа вовлеченного, сочувствующего и поддерживающего терапевта, работа которого основана на уважении (Khantzian, E.J., 2021).

1.3. Особенности жизненных убеждений наркологических больных

Жизненные или базовые убеждения являются частью мировоззрения человека. Под мировоззрением личности понимается “система взглядов на

объективный мир и место в нём человека, на отношение человека к окружающей его действительности и самому себе, а также обусловленные этими взглядами, основные жизненные позиции людей, их убеждения, идеалы, принципы познания, деятельности ценностные ориентации” (Ловушкина Ю.Г., 2016). По мнению Р.Янов-Бульман (1989), базовые убеждения можно разделить на три категории:

1. Вера в безопасность окружающего мира и людей в нем. Вера в безопасность мира становится основой отношения человека к нему.
2. Вера в осмысленность окружающего мира. Предполагает наличие некой закономерности в происходящих в мире вещах.
3. Убеждение в ценности собственного "Я". Включает три аспекта: самооценку, самоконтроль (самооценка своего поведения) и оценка собственной удачливости.

Любые формы наркологических заболеваний наносят серьезный ущерб не только физическому и социальному благополучию, но и существенно изменяют психологическую сферу человека, что в свою очередь выявит деформацию личности, изменения в мотивационной сфере и системе установок (Земсков Л. Н., 2019). Употребление наркотиков оказывает сильное влияние на когнитивные процессы человека. Более того, формирование зависимости от психоактивных веществ, приводит к изменениям и деградации личности (Рерке В.И., 2017). Личностная деградация потребителей опиатов характеризуется сужением круга интересов, общим огрублением личности. У больных пропадает интерес к любым событиям их жизни, кроме приема наркотиков. Наркопотребители с течением времени производят непродуктивную (защитную) адаптацию к жизни, фиксированное, негибкое построение отношений с собой, своими близкими (внутри семьи) и с внешним миром на основе механизма отчуждения; попытки разрешить трудную жизненную ситуацию неадекватными способами (Осухова Н., 2013). Они становятся угрюмыми,

нелюдимыми, перестают проявлять внимание к близким, безразлично относятся к работе и жизненным радостям (Рерке В.И., 2017).

Исследование А.А. Козлова и М.Л. Рохлиной (2000) пациентов с героиновой, опийной, первинтиновой-эфедриновой зависимостью и полинаркоманиями показало, что у всех, независимо от вида наркотического вещества, по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелируются, и формируется своеобразный наркотический дефект. Так называемая «наркоманическая» личность характеризуется: повышенной возбудимостью, нарастанием аффективных расстройств в виде дисфории или апатико-абулических депрессий, аффективной лабильностью, преобладанием истеро-возбудимых форм реагирования, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечения, выраженным морально-этическим снижением и транзиторными интеллектуально-мнестическими расстройствами (Рохлина М.Л.. 2010). Отмечается, что изменения личности нарастают по мере увеличения длительности потребления наркотиков (Овчинников А.А. и соавт., 2017).

Безусловно, все указанные изменения личности связаны с тем, как меняется система жизненных убеждений. Как показало исследование литературы искажения наблюдаются во всех трех аспектах базовых убеждений.

Так, по данным отечественных и зарубежных исследователей личностных особенностей больных опийной наркоманией отмечаются неуверенность в себе, ощущение слабости и некомпетентности, враждебности окружающего мира, экстернальный локус контроля, сниженная самооценка, импульсивность, асоциальные наклонности, низкая фрустрационная толерантность (Файзуллин Р.Ш., 2018; Овчинников А.А. и соавт., 2017). Лисецкий К.С. и Березин С.В. (цит. по Бузина Т.С., 2015)

получили данные о таких психологических особенностях потребителей героина на стадии экспериментирования и эпизодического употребления, как эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптивные способности, склонность к регрессивному поведению, сниженная способность к искреннему общению с партнером. В поздний период развития наркотической зависимости обостряются внутриличностные конфликты, и неспособность к социально-психологической адаптации становится очевидной.

Неожиданными являются результаты относительно оценки зависимыми людьми уровня социальной поддержки со стороны окружения как высокого. Зависимые от ПАВ переоценивают уровень социальной поддержки от семьи, проблемы преодолевают зачастую за счет людей, также употребляющих ПАВ (в то время как здоровые люди предпочитают преодолевать их самостоятельно). При этом для зависимых людей, в отличие от здоровых имеет значение уровень оказываемой поддержки, в то время как для здоровых имеет значение сам ее факт (Аванесян Г. Г., 2003). На отношения с людьми также влияет сниженный уровень социальной перцепции, неудовлетворенность в общении с близкими (Овчинников А.А. и соавт., 2017).

Любопытно, что у лиц, зависимых от психоактивных веществ, близкое окружение не имеет привилегий по отношению к абсолютно незнакомым людям, то есть они склонны к общению сразу на очень близкой дистанции и демонстрируют высокий уровень доверия даже к малознакомым людям (Аванесян Г. Г., 2003).

Складывается образ человека, значительно полагающегося на помощь от окружения, при этом критически оценивающего эту помощь. Они легко устанавливают близость даже с малознакомыми людьми. Восприятие себя в социуме у зависимых людей представляется

малодостоверным, искаженным, для них адаптация в обществе является гораздо более сложной задачей, что отражается в достоверно более высоком уровне социальной фрустрированности (Борок Н. Г., Суботялов М. А., 2016; Константинова В. В., Яровинская А. В., 2010), что связано с более высокой тревогой и большим напряжением защитных механизмов (Борок Н. Г., Суботялов М. А., 2016; Баженова Н. Г. и соавт., 2018). Таким образом, характерной чертой восприятия социальной ситуации зависимыми является некоторая анозогнозичность, отрицание наличия социальных проблем.

Как уже было показано, несовпадение представлений о мире и реальности связано с высокой тревогой, что подтверждается исследованиями. На повышение тревоги указывают такие авторы как Киселева О. В. (2018), Соколовская И. Э., Кутянова И. П. (2019), Черпакова О.С. (2016), Кадыров Р.В. и соавт. (2016) Баженова Н. Г. и соавт. (2018) и многие другие. Тем не менее, отмечается возможность и обратной связи тревоги и наркотизации. Кадыров Р.В. и соавт. (2016) в своей работе предполагают тревожность как первичное свойство личности, зачастую травмированной, приводящее к дальнейшей наркотизации. На настоящий момент оба предположения по вопросу связи наркотизации и тревоги являются правомерными, пока очевиден только сам факт их связи.

Очень подробно в литературе изучена тема смысложизненных ориентаций наркозависимых.

Система ценностно-смысловых ориентаций у наркозависимых имеет выраженный диффузный характер, а сами ценности дефицитарны, десинхронизированы и слабо осмыслены. Деформация личностного потенциала у больных полинаркоманией имеет значимо выраженную негативную динамику (Иванова А. В. 2020). При этом важно понимать, что расходится со здоровыми людьми не только выраженность ценностей, но и их содержание. Так, по данным исследователей (Баженова Н. Г. и соавт.,

2018) наркозависимые пациенты зачастую имеют в структуре ценностей выраженную ориентацию на семью, но это подразумевает под собой семью как ресурс; также наркозависимые менее критичны к своей безопасности. Глубокая связь диффузной системы ценностей и зависимости хорошо демонстрируется результатами исследований, показывающими резкое повышение самоопределения у наркозависимых в период ремиссии (Семенова-Полях Г. Г., 2014).

Показано, что у наркологических пациентов ярко выражена ориентация на настоящее (Иванова А. В. 2020; Бурцев А. О. и соавт., 2021). Жизнь “сегодняшним днем” не благоприятствует созданию планов на будущее или рефлексии прошлого, соответственно наркотизированный человек в своих представлениях о мире исходит только из того, что есть сейчас, без учета перспективы развития ситуации. Это в том числе негативно сказывается на адаптационных способностях. Иванова А. В. (2020) акцентирует внимание на том, что для успешной реабилитации необходима работа над осмыслением прошлого и созданием конструктивного образа будущего.

Восприятие окружающего мира наркологическими пациентами специфично. Мир они видят как враждебный, неконтролируемый и непрогнозируемый, хаотичный, жизнь ими воспринимается как цепь случайностей (Овчинников А.А. и соавт., 2017). Как отмечают авторы, это взаимосвязано с низкой социальной перцепцией, низкой уверенностью в себе – убежденностью в своей неспособности повлиять на события. Соответственно, в поведении наркозависимые зачастую полагаются на удачу.

В неблагоприятной ситуации наркозависимым свойственно отрицать неприятную информацию, перенаправлять неприятные эмоции на другой объект (Овчинников А.А. и соавт., 2017). У наркозависимых не развиты навыки самостоятельного принятия решений и целеполагания, недостает

навыков планирования, нет навыков и представлений касательно эффективного решения жизненных трудностей (Кобзева Л. С., Ковшова О. С., 2015).

1.4. Мотивация к трезвости у наркологических больных

Мотивация на лечение и реабилитацию выражается у пациентов в желании начать лечение и в активном сотрудничестве в лечении (Белоколодов В. В. и соавт., 2021).

Авторы (Мизерене Р. И соавт., 2018) предлагают опираться на интегративную модель мотивации на лечение, которая предполагает мотивацию как совокупность из ряда компонентов:

Ценностно-смысловые компоненты мотивации – ценности, нравственные ориентиры, смыслы, цели.

Эмоциональные компоненты мотивации - тревожность, депрессия, гнев и др., переживания, связанные с процессом лечения.

Когнитивные компоненты мотивации – уверенность в своей способности к преодолению, «обобщенная самоэффективность», «самоэффективность воздержания», «самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива», признание болезни, мотивационная амбитендентность.

Поведенческие компоненты мотивации - используемые стратегии совладания с болезнью, выбор задач лечения адекватного уровня трудности и соответствующих ресурсам совладающего поведения, настойчивость и интенсивность предпринимаемых усилий в достижении поставленной задачи.

Стойкая мотивация – ключевой фактор успешной реабилитации наркозависимых пациентов (Белоколодов В.В., Декало Е.Э., 2017; Городнова М.Ю., 2012). Тем не менее, вопрос формирования мотивации на реабилитацию настолько же острый, насколько сложный, чему способствует ряд факторов. Один из факторов связан с влиянием на

формирование мотивации свойств личности, формирующихся за время употребление ПАВ (Ильин Е.П., 2002).

Я-концепция пациентов с аддикциями зачастую описывают как негативную и глубоко искаженную (Аванесян Г. Г., 2003), речь идет даже о расстройстве самосознания (Дереча, В. А., 2021). Исследования говорят о незрелости и недифференцированности представлений о себе у наркозависимых (Зенцова Н. И., 2012.; Аванесян Г. Г., 2003; Радионова М.С., Вяльцева И.М., 2004). На уровне представлений о себе у них заложена ригидность ролевых позиций, незаинтересованность в изменении себя, снижение критики к собственной личности и переживаемым конфликтам. У наркозависимых гораздо менее развита социальная перцепция, характеристики, избираемые для описания себя, отражают неадаптивный стиль реагирования, акцентуированность личности (Зенцова Н. И., 2012.; Аванесян Г. Г., 2003).

Слабая заинтересованность в изменениях отражается в том числе на мотивации к лечению. Исследования, проведенные при помощи опросника SOCRATES (Грановская Е. А. и соавт., 2019) показали низкую готовность к изменениям поведения. Климанова С.Г. и соавт. (2018) отмечают, что такие результаты связаны с затруднениями у пациентов с зависимостью в отражении и субъективной оценке отдельных компонентов мотивации к лечению и сокращению/прекращению употребления ПАВ. Такая интерпретация соотносится с тем, что уровень мотивации не различается для наркозависимых разных уровней реабилитационного потенциала (Шумова А.И., 2016), в связи со сниженной рефлексией к собственной мотивации. При этом уровень мотивации различен для пациентов, находящихся на разных этапах ремиссии, за счет большего признания зависимости и большей готовности к действиям у лиц, дольше находящихся в ремиссии, что даже соотносится с показателями активации

зон мозга, вовлеченных в когнитивный контроль (Тарумов Д.А. и соавт., 2014).

К тому же важно учитывать, что в основе личностных изменений лежат биологические механизмы развития зависимости от ПАВ (высокая прогрессивность заболевания, интенсивность и стойкость патологического влечения к наркотику), преморбидные особенности личности (личностные девиации, мотивы употребления ПАВ), социальные условия (зачастую среда таких же зависимых от ПАВ, разрыв отношений с семьей) (Белоколов В. В. и соавт., 2021).

Другим важным фактором, препятствующим формированию мотивации к лечению является анозогнозия – недостаточность осознания наркозависимым болезненности своего состояния (Грановская Е.А. и соавт., 2019). Отмечается, что зачастую причиной анозогнозии становятся психологические защиты (Белоколов В. В. и соавт., 2021). Как показали исследования, зависимые люди демонстрируют низкую осознанность своих копинг-стратегий. Все категории зависимых пациентов отдают предпочтение таким копингам как избегание и поиск социальной поддержки.

Таким образом, казалось бы, очевидная мотивация на лечение заглушается за счет личностных особенностей и психологических защит. Формируется мотивационная амбивалентность, отмечаемая во многих источниках (Агибалова Т.В. и соавт., 2015; Анохина И.П., 2002; Декало Е.Э. и соавт., 2002; Агибалова Т.В. и соавт., 2013). Именно с разрешением амбивалентности связывают высокую эффективность в работе с наркозависимыми такого метода, как мотивационное интервью (Агибалова Т. В. и соавт., 2015; Максимова Ж. В., Максимов Д. М., 2021). Мотивационное интервью – метод краткосрочного консультирования, направленного на разрешение мотивационной амбивалентности и формирование мотивации к действию.

Ключом к решению мотивационного конфликта является динамическая сущность мотивации (Ильин Е.П., 2002). На ее основе разработана каноничная модель изменения мотивации, авторства Prochaska JO, DiClemente CC. (1983), на которой и построен метод мотивационного интервью. В данной модели подчеркнуто, что каждая стадия ставит перед наркозависимым и терапевтом собственные задачи, и требует определенного времени. При чем прямая последовательность стадий не обязательна, возможно застревание, заикливание прохождения стадий. Отмечается, что при срыве работу следует начинать с первой стадии.

1. Стадия преднамерения.

Намерения меняться нет, проблема отрицается. Присутствует положительная мотивация к употреблению ПАВ. Часто на данном этапе пациенты стремятся изменить окружающих, экстернальны. Попадают к терапевту под давлением близких или обстоятельств, если давление ослабевает возвращаются к прежнему образу жизни.

2. Стадия размышлений.

Происходит осознание проблемы. Начинаются размышления об изменениях и поиске решения. Актуальным становится понимание проблемы, причин возникновения. Планы на данном этапе бывают очень далеки от реальности. Нет готовности к изменениям, к тому же на данном этапе еще очень силен страх перед неудачей. При преодолении данной стадии наблюдается тревога, возбуждение.

3. Стадия подготовки.

Планирование конкретных действий в конкретные сроки. Важно заявить окружающим о своих намерениях. Переход на следующую стадию наступает при решении внутренней амбивалентности. Многие уже на этой стадии начинают совершать активные действия. Важно не торопить преодоление данной стадии. Важно чтобы в этот период пациента максимально проинформировали о рисках и трудностях.

4. Стадия активных действий.

Фактические изменения поведения, наиболее заметна для окружающих. Тем не менее, это еще не конечный шаг изменений. При ослаблении поддержки на данном этапе (что часто происходит) возможен откат к началу процесса. На этом этапе важно подготовиться к длительному периоду поддержания изменений.

5. Стадия сохранения результатов изменений. Профилактика рецидивов, укрепление мотивации на сохранение здоровья. Поддержание изменений – процесс, длительностью во всю оставшуюся жизнь. Важно помнить, что в случае срыва возвращение на ранние этапы — это не движение по кругу, а движение по восходящей спирали. Нужно валидизировать для пациента все те изменения, через которые он проходит и иметь в виду, что срыв их не обесценивает.

В литературе отмечаются следующие изменения в структуре мотивации наркозависимых, при стандартных этапах реабилитации:

1. Стабильность на этапе детоксикации (на данном этапе интервенции носят поддерживающий характер и не являются средством для повышения приверженности);

2. Находясь в отделении и в рамках терапевтического сообщества, удается преодолеть анозогнозию – осознать факт зависимости;

3. После возвращения домой мотивация на лечения продолжает формироваться в кругу семьи и при ее поддержке (соответственно на данном этапе целесообразно приложить усилия к укреплению контакта внутри семьи);

4. В ходе ресоциализации может наблюдаться снижение мотивации к лечению в связи с возможной рестимуляцией зависимого поведения, наличия страхов и опасений (на данном этапе важна

профилактика срывов, поддержка если они произошли) (Белоколодов В. В., 2018).

Важно отметить ряд необходимых условий работы психолога, способствующих формированию мотивации:

- Относительная интеллектуальная и социальная сохранность пациента;
- Участие в процедуре родственников/значимых лиц (важно, чтобы они не злоупотребляли ПАВ);
- Привязка времени проведения беседы (консультации) ко дню последнего употребления ПАВ;
- Экспозиция терапевтического вмешательства;
- Формальное согласие пациента на контакт с психологом (важно понимать, что искреннее согласие получить на первых этапах работы маловероятно);
- Место проведения вмешательства - кабинет психолога, где у пациента нет возможности уклониться от обсуждения «больных» вопросов (Белоколодов В. В. и соавт., 2021).

1.5. Резюме

Таким образом, проблема химических зависимостей сейчас особенно актуальна в связи с появлением новых форм употребления наркотиков, возникновением новых синтетических ПАВ, возрастающим употреблением легких наркотиков и психостимуляторов.

Для решения данной проблемы придумано множество мер, связанных с реабилитацией наркозависимых. Особое внимание в разработанных программах уделяется формированию мотивации на отказ от ПАВ и изменению личностных установок наркозависимого.

Мотивация к отказу от ПАВ является ключевым моментом успешной реабилитации наркозависимых. Однако, актуален вопрос об эффективных способах формирования мотивации к реабилитации. Мотивация на отказ от ПАВ тесно связана с личностными изменениями наркозависимых. Также фактором, негативно влияющим на формирование мотивации к реабилитации, является анозогнозия. Тем не менее показано, что за счет динамической сущности мотивации, на нее имеются способы влияния, что во многом связано с изменением жизненных убеждений наркозависимых.

Отмечается, что жизненные убеждения наркологических пациентов носят дезадаптивный характер. Система ценностно-смысловых ориентаций у наркозависимых имеет выраженный диффузный характер, а сами ценности дефицитарны, десинхронизированы и слабо осмыслены. У наркологических пациентов ярко выражена ориентация на настоящее, представления о хаотичности и враждебности окружающего мира, представления о собственной малозначимости и неспособности повлиять на события.

2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Описание выборки

В исследовании приняли участие 44 пациента, проходивших медицинскую реабилитацию в ОМР № 1 СПбГБУЗ «Городская наркологическая больница». Возраст пациентов от 21 до 49 лет, средний возраст выборки – $34,1 \pm 6,85$, среди них 37 мужчин и 7 женщин.

Общий объем выборки составлял 57 человек, но 13 человек были исключены в связи с критериями включения и невключения в исследование.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст от 18 лет;
2. Наличие наркологического диагноза: F10-19 «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ»;
3. Отсутствие выраженных когнитивных нарушений и/или коморбидного психического заболевания, подтвержденного врачом наркологической больницы и отраженного в медицинской документации;
4. Отсутствие выраженных соматических расстройств, затрудняющих повседневное функционирование (например, тяжелые нарушения функций печени, болевой синдром и т.д.);
5. Информированное добровольное согласие на участие в исследовании;
6. Наличие терапевтической ремиссии не менее 4х недель, подтвержденной контролем отсутствия наркотических веществ и продуктов их метаболизма в биологических средах.

Критерии невключения в исследование:

1. Ранний уход из медицинской реабилитации;
2. Отказ от участия в повторном исследовании;

3. Отсутствие полноценной диагностической информации (не заполнение полного комплекта методик).

При сборе анамнестических данных были изучены социально-демографические характеристики выборки, которые представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики

Характеристика	Пациенты, проходившие реабилитацию, n=44
Работает/не работает	
работает	59 % (26)
не работает	41 % (18)
Образование	
неоконченное среднее	9 % (4)
среднее	27 % (12)
среднее специальное	34 % (15)
неоконченное высшее	9 % (4)
высшее	21 % (9)
Семейное положение	
женат/замужем	16 % (7)
холост/не замужем	52 % (23)
разведен(а)	19 % (8)
в отношениях	11 % (5)
вдовец/вдова	2 % (1)
Наличие детей	
есть дети	36 % (16)
нет детей	64 % (28)
Наличие судимости	
есть судимость	84 % (37)
нет судимости	16 % (7)

Среди пациентов, проходивших реабилитацию наибольшую долю, 41 % составляют пациенты в возрасте от 30 до 35 лет, мужчины в выборке составляют 84 %, доля работающих составляет 59 %. По уровню образования в группе преобладает среднее специальное образование – 34 % и среднее образование – 27 %. В группе большинство пациентов

холосты/не замужем – 52 %. Дети есть у 36 % пациентов. Имеют судимость 84 % пациентов.

Помимо социально демографических характеристик, в выборке изучались клинико-психологические характеристики каждой группы, которые представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Клинико-психологические характеристики

Характеристика	Группа ДС1, n=24	Группа АР1, n=20
Стаж наркотизации/алкоголизации		
до 1 года	4 % (1)	5 % (1)
от 2 до 5 лет	29 % (7)	20 % (4)
от 6 до 10 лет	12,5 % (3)	25 % (5)
от 11 до 19 лет	42 % (10)	20 % (4)
свыше 20 лет	12,5 % (3)	30 % (6)
Диагноз		
F.10	12,5 % (3)	30 % (6)
F.11	16,5 % (4)	15 % (3)
F.12	4 % (1)	15 % (3)
F.15	46 % (11)	25 % (5)
F.19	21 % (5)	20 % (4)
Участие в реабилитации		
добровольно	33 % (8)	45 % (9)
по решению суда	67 % (16)	55 % (11)

В выборке наибольшее количество среди пациентов, направленных в дневной стационар, имеет стаж наркотизации/алкоголизации от 11 до 19 лет (42 %), в то время как среди пациентов, направленных на амбулаторную реабилитацию, большинство (30 %) имеет стаж свыше 20 лет. Наибольшее количество стационарных пациентов (46 %) имеют диагноз F.15, а среди амбулаторных пациентов преобладает диагноз F.10 (30 %). Большинство пациентов (67 % среди группы ДС и 55 % среди группы АР) участвовали в реабилитации по решению суда.

Также был проанализирован уровень реабилитационного потенциала испытуемых на первых этапах терапевтической ремиссии (Таблица 3).

Таблица 3

Результаты оценки уровня реабилитационного потенциала наркологических больных на первых этапах реабилитации

Характеристика	Группа ДС1, n=24		Группа АР1, n=20	
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.
УРП	79,6	22,65	83,7	27,93

Из данных таблицы мы видим, что уровень реабилитационного потенциала у пациентов, направленных на амбулаторное лечение, выше, чем у респондентов, поступивших на стационарное отделение. Следовательно, пациенты, имеющие более благоприятный прогноз к сохранению трезвости, были направлены на амбулаторную реабилитацию.

Кроме того были проанализированы клинико-психологические характеристики пациентов после годовой реабилитации (Таблица 4).

Таблица 4

Клинико-психологические характеристики после годовой реабилитации

Характеристика	Группа ДС2, n=24	Группа АР2, n=20
Основание выписки		
по сроку, улучшение	80 % (19)	35 % (7)
нарушение	8 % (2)	35 % (7)
госпитализация, болезнь	4 % (1)	5 % (1)
перевод в другой стационар	4 % (1)	5 % (1)
проходит реаб. в наст. время	4 % (1)	20 % (4)
Употребление ПАВ в настоящее время		
да	0 % (0)	0 % (0)
нет	100 % (24)	100 % (20)
Наблюдение в наркологическом кабинете		
наблюдается	62,5 % (15)	70 % (14)
снялся с нарколог. учета	37,5 % (9)	30 % (6)
Посещение психолога/АН/АА в настоящее время		
да	37,5 % (9)	50 % (10)
нет	62,5 % (15)	50 % (10)

Причиной для выписки пациентов, прошедших реабилитацию в дневном стационаре, в большинстве случаев (80 %) является «по сроку, улучшение». Пациенты, прошедшие амбулаторную реабилитацию, были выписаны «по сроку, улучшение» только в 35 % случаев. Все пациенты в настоящее время воздерживаются от употребления ПАВ. Наблюдаются в наркологическом кабинете на данный момент 62,5 % пациентов, прошедших дневной стационар, и 70 % пациентов, прошедших реабилитацию амбулаторно. В представленной выборке 37,5 % пациентов, прошедших дневной стационар, и 50 % пациентов, прошедших амбулаторную реабилитацию, посещают психолога.

2.2. Процедура исследования

Исследование проводилось на базе ОМР № 1 СПбГБУЗ «Городская наркологическая больница». Процедура исследования состояла из четырех этапов.

Первый этап – информационно-аналитический. Разработка и апробация комплекса диагностических методик, ознакомление с медицинской документацией, отбор пациентов, подходящих под критерии выборки.

Второй этап – экспериментальный. Проведение исследования наркологических больных, находящихся на первых этапах терапевтической ремиссии в условиях медицинской реабилитации.

На данном этапе был проведен анализ медицинской документации, что также дало возможность получения сведений из анамнеза, необходимых для проведения исследования.

В результате исследования был получен ряд первичных данных для дальнейшей математико-статистической обработки:

- Возраст, пол, семейное положение, наличие детей, образование, профессиональный статус больных и наличие судимости;
- Код диагноза по МКБ-10, стаж наркотизации/алкоголизации, основание прохождения реабилитации (добровольно или по решению суда), форма прохождения реабилитации (стационарное или амбулаторное отделение);
- Уровень реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н.);
- Уровень социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко);
- Результаты шкалы «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES (W.R. Miller и J.S. Tonigan);
- Результаты Шкалы базовых убеждений (Р. Янов-Бульман);
- Результаты Интегративного теста тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.).

Все обследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от формы прохождения реабилитации.

Группа ДС (n=24) – наркологические больные, поступившие на медицинскую реабилитацию и посещавшие стационарное отделение реабилитации. Группа ДС1 – пациенты дневного стационара на первых этапах реабилитации, группа ДС2 - пациенты после прохождения дневного стационара.

Группа АР (n=20) – наркологические больные, поступившие на медицинскую реабилитацию и посещавшие амбулаторное отделение реабилитации. Группа АР1 – пациенты на первых этапах амбулаторной реабилитации, группа АР2 - пациенты после прохождения амбулаторной реабилитации.

Третий этап - лонгитюдный. Анализ полученных результатов исследования в сравниваемых группах больных и оценка изменений в

отношении рискованного поведения, связанного с потреблением ПАВ, через 1 год. Оценивались такие характеристики, как уровень удовлетворенности жизнью, личностная тревожность, базовые убеждения, готовность к изменению поведения и стремление к лечению. Также были собраны данные об основании выписки наркологических больных, употреблении ПАВ спустя год после реабилитации, наблюдении в наркологическом кабинете и посещении испытуемыми психолога/АН/АА в настоящее время. Повторное экспериментально-психологическое исследование проводилось с применением комплекса клинико-психологических и психодиагностических методов:

- Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.);
- Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко);
- Шкала базовых убеждений (Р. Янов-Бульман);
- Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES (W.R. Miller и J.S. Tonigan);

Четвертый этап – обобщающий. Математико-статистическая обработка (описательная статистика, сравнительный анализ, корреляционный анализ) и описание полученных данных, анализ полученных результатов и их интерпретация, формулирование выводов.

2.3. Методы исследования

Клинико-психологический метод включал в себя анализ медицинской документации и клинико-психологической анкеты, заполненной испытуемыми. Полученная информация служила для учета анамнестических и социально-демографических данных пациентов.

В рамках экспериментально-психологического метода использовались психологические методики оценки личностных и

эмоциональных характеристик пациентов в соответствии с целью и задачами исследования, краткое описание которых представлено ниже.

2.3.1 Клинико-психологическая анкета

Для проведения данного исследования психологами ОМР № 1 СПбГБУЗ «Городская наркологическая больница» была разработана клинико-психологическая анкета (Приложение 2).

В анкету входят такие блоки как:

1. блок социально-демографических характеристик (пол, возраст, образование, профессиональный статус, семейное положение, наличие детей, судимость);

2. блок значимых для реабилитационных мероприятий клинических характеристик (стаж наркотизации/алкоголизации, наличие ремиссий и передозировок, наследственная отягощенность, предпочтительный вид ПАВ, ожидаемый результат лечения и т.д.).

2.3.2. Шкала базовых убеждений (Р. Янов-Бульман)

Данный опросник разработан в рамках когнитивной концепции базовых убеждений личности. В соответствии с ней одним из базовых ощущений нормального человека является здоровое чувство безопасности (Janoff-Bulman, 1989, 1992). По мнению американского психолога Р. Янов-Бульман, оно основано на трех категориях базовых убеждений, составляющих ядро нашего субъективного мира:

1. Вера в то, что в мире больше добра, чем зла. В эту категорию входит отношение к окружающему миру вообще и отношение к людям.

2. Убеждение, что мир полон смысла. Обычно люди склонны верить, что события происходят не случайно, а контролируются и подчиняются законам справедливости.

3. Убеждение в ценности собственного "Я". Здесь основное значение имеют три аспекта: "Я хороший человек" (самоценность), "Я

правильно себя веду" (контроль) и оценка собственной удачливости (Janoff-Bulman, 1989).

Под воздействием экстремального негативного опыта базовые убеждения, связанные с уверенностью в безопасности мира, его контролируемости и т.д., могут претерпевать изменения. Процесс же совладания с травмой, по Янов-Бульман (1992), состоит в восстановлении базисных убеждений: в случае успеха они становятся качественно иными, по сравнению с тем, какими были до травмы, однако восстановление происходит не полностью, а только до определенного уровня, освобождающего человека от иллюзии собственной неуязвимости. Картина мира индивида, пережившего психическую травму и успешно совладавшего с ней, таким образом, примерно такова: "Мир доброжелателен и справедлив ко мне. Я обладаю правом выбора. Но так бывает не всегда".

Таким образом, базовые убеждения, как в отношении самого себя, так и в отношении окружающего мира могут существенно отличаться у лиц, переживших травматическое событие и не переживших такового.

С целью диагностики базовых убеждений Р. Янов-Бульман (1989) разработала Шкалу базовых убеждений, выявляющую восемь категорий убеждений, на основе которых вычисляются три вышеупомянутых базовых убеждения:

1. благосклонность мира (BW, benevolence of world),
2. доброта людей (BP, benevolence of people),
3. справедливость мира (J, justice),
4. контролируемость мира (C, control),
5. случайность как принцип распределения происходящих событий (R, randomness),
6. ценность собственного "Я" (SW, self-worth),

7. степень самоконтроля (контроля над происходящими событиями) (SC, self-control),
8. степень удачи, или везения (L, luckiness).

Данный опросник позволяет сравнивать базовые убеждения у разных групп людей, например, переживших различные виды травматического опыта. Он может быть использован и в индивидуальной работе: если показатели по какой-либо шкале у человека сильно занижены, то это следует учесть при оказании психологической поддержки. В норме показатели по всем шкалам выше середины, то есть не менее 3,5 баллов. Исследователи считают, что более оптимистичное отношение к миру, окружающим людям и себе самому способствует большей психической стабильности и успешности в повседневной жизни.

2.3.3. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко)

Психодиагностический опросник представляет собой оригинальный исследовательский инструмент, разработанный для оценки социального благополучия, в том числе социальной составляющей качества жизни. Методика разработана в 2004 году в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым и М.А.Беребиным. Опросник фиксирует степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности.

Методика предназначена для исследования личностно-средовых отношений. Социальная фрустрированность рассматривается как следствие невозможности реализации человеком своих актуальных социальных потребностей. Значимость этих потребностей для каждой личности индивидуальна, зависит от самосознания (самооценки), системы жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций. Поэтому социальная фрустрированность, являясь следствием реальной социальной ситуации,

носит личностный характер, определяя стрессогенность различных социальных фрустраторов. Социальная фрустрированность – специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов.

Выделяются 5 основных направлений или блоков шкалы по 4 позиции в каждом:

1. Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (с женой, мужем, родителями, детьми).

2. Удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзьями, коллегами, начальством, противоположным полом).

3. Удовлетворенность своим социальным статусом (образованием, уровнем профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой в целом).

4. Удовлетворенность социально-экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением свободного времени и отдыха, своим положением в обществе).

5. Удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью (физическим здоровьем, психо-эмоциональным состоянием, работоспособностью, своим образом жизни в целом).

Больший балл соответствует, таким образом, большей неудовлетворенности, как по отдельным градациям признаков, так и по шкале в целом (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Бербин М.А., 2004).

Таким образом, каждый испытуемый, заполнивший шкалу, может быть охарактеризован условным профилем оценок 20 обозначенных сфер отношений, что позволяет определить зоны наибольшей и наименьшей социальной фрустрированности и, тем самым, конфликтных отношений.

2.3.4. Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.)

Интегративный тест тревожности - оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева к.п.с.н. А.П. Бизюком, д.м.н. профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности.

Методика является медико-психологической технологией для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной, так и тревожности как личностно-типологической характеристики. С целью дифференцированного и детализированного представления о влияниях различных компонентов самооценки испытуемого как носителя тревоги, было выделено 5 субшкал, раскрывающих содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом:

1. Субшкала «Эмоциональный дискомфорт» (ЭД) определяет наличие эмоциональных расстройств, эмоциональной напряженности, элементов ажитации, неудовлетворенность жизненной ситуацией;

2. Субшкала «Астенический компонент тревожности» (АСТ) определяет преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости, пассивности и быстрой утомляемости;

3. Субшкала «Фобический компонент тревожности» (ФОБ) определяет преобладание в структуре тревожности ощущения непонятной угрозы неуверенности в себе, собственной бесполезности:

4. Субшкала «Тревожная оценка перспективы» (ОП) определяет проекцию страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности;

5. Субшкала «Социальная защита» (СЗ) определяет основные проявления тревожности в сфере социальных контактов или попытки испытуемого рассматривать социальную среду как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

Главное и основное применение методики - выявление скрытой, маскированной тревоги и тревожности среди широкого контингента лиц в рамках массовых обследований. Простота и небольшой размер методики позволяют минимизировать время на заполнение бланков, а высокая чувствительность позволяет отобрать контингент, нуждающийся в более пристальном внимании специалистов.

Методика может применяться в качестве оценочного инструмента в клинике для оценки динамики состояния на фоне психотерапии и/или психофармакотерапии, а также в качестве вспомогательного инструмента для индивидуальных исследований уровня психической дезадаптации, для анализа основных факторов, влияющих на эмоциональное состояние испытуемого (Бизюк А.П., 2003).

2.3.5. Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES (W.R. Miller и J.S. Tonigan)

Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES) W.R. Miller и J.S. Tonigan (1996) адаптирована в НИПНИ им. В.М. Бехтерева в 2003 году. Методика используется для оценки мотивации к изменению проблемного поведения, злоупотребляющих психоактивными веществами. Было обнаружено, что шкала «Готовности к изменению поведения и стремления к лечению» выявляет важные прогностические факторы для долгосрочного лечения зависимости.

Шкала может использоваться как для работы с потребителями разных видов наркотических веществ, так и с потребителями алкоголя.

Для массовых обследований, а также качественного определения результатов используются шкальные оценки – с помощью них можно проинтерпретировать полученную оценку по каждой из шкал как «высокую», «среднюю» или «низкую».

Из опросника возможно извлечение 3 показателей:

1. Осознание. Выражает степень признания проблем с употреблением ПАВ, желания изменений. Высокие баллы свидетельствуют о признании проблем, осознании, что вред от употребления ПАВ будет продолжаться, если не наступят изменения, а низкие – об отрицании, непринятии диагноза «зависимость» и отсутствии желания изменений.

2. Амбивалентность. Выражает двойственное отношение к ПАВ. Высокие баллы отражают некоторую открытость и готовность к изменениям, респондент задается вопросом, управляет ли он своим употреблением ПАВ, причиняет ли он другим людям боль своим употреблением ПАВ, является ли он зависимым. Низкие баллы говорят, что респондент не задается вопросом, является ли его употребление ПАВ проблемой, не имеет сомнений и размышлений относительно своего употребления ПАВ.

3. Действие. Выражает готовность предпринимать шаги для того, чтобы произвести положительные изменения в своем употреблении ПАВ. Высокие оценки свидетельствуют о том, что респондент уже имеет некоторый успех, изменения находятся в стадии реализации, и он нуждается в поддержке или предотвращении срыва. Низкие оценки говорят об отсутствии конкретных действий по изменению своего употребления ПАВ и малой вероятности совершения подобных действий в ближайшем будущем (Климанова С.Г., Труслова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., 2018).

2.3.6. Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н.)

Реабилитационный потенциал – диагностическая комплексная оценка, на основе которой может быть получен достоверный медицинский прогноз возможности больного к выздоровлению, его возврата в семью, в систему трудовой деятельности и способность к общественно полезной деятельности. Эта оценка строится на объективных данных о наследственности, раннем развитии, физических и психических особенностях, социальном статусе. Также учитывается тяжесть и форма заболевания, в нашем случае алкогольной или наркотической зависимости.

Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов разработана в ННЦ наркологии в 2006 году Дудко Т.Н.. В первую очередь была направлена на оценку УРП пациентов, страдающих опиатной зависимостью, но имеются модификации данной шкалы для оценки УРП больных алкоголизмом. В своем практическом отношении шкала оценки УРП имеет терапевтическую и медико-социальную перспективы, позволяя получить числовое выражение уровня реабилитационного потенциала, легко поддающееся анализу и статистической обработке.

В состав данной шкалы входит четыре блока конкретизированных вопросов:

1. Преморбид;
2. Клинические особенности заболевания;
3. Особенности социального статуса и социальных последствий;
4. Личностные изменения (приобретённые в процессе заболевания).

Таким образом, шкала оценки уровня реабилитационного потенциала базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного развития и социальном статусе больных. Ответ на каждый вопрос имеет

количественное выражение от +5 до -3 баллов. В зависимости от суммарной цифровой оценки выделяют три уровня реабилитационного потенциала: высокий (83 балла (± 6) при «идеале» 110), средний (62 балла (± 10)) и низкий (45 баллов (± 10)) (Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А., 2001).

Данная шкала получила широкое признание и применение в реабилитационной работе в России, вследствие того, что медицинские прогнозы, основанные на полученных в результате ее применения данных, отличаются высокой степенью подтверждаемости.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах реабилитации

Был проведен анализ средних значений результатов обследования наркологических больных на первых этапах формирования терапевтической ремиссии, направленных на реабилитацию в форме стационарного и амбулаторного посещения.

Таблица 5

Результаты диагностических методик наркологических больных на первых этапах терапевтической ремиссии

Характеристика	Пациенты на первых этапах реабилитации, n=44	
	Среднее значение	Стандарт. отклон.
ИТТ личностная тревожность		
Эмоциональный дискомфорт	7,4	1,39
Астенический компонент тревожности	5,8	2,55
Фобический компонент	5,8	1,97
Оценка перспективы	7,1	1,81
Социальная защита	5,6	2,31
Уровень социальной фрустрированности	2,5	0,80
Базовые убеждения		
Благосклонность мира	4,2	1,04
Доброта людей	4,0	1,16
Справедливость мира	3,6	0,90
Контролируемость мира	4,1	0,87
Случайность событий	3,6	0,99
Ценность собственного Я	4,0	0,96
Степень самоконтроля	4,3	0,92
Степень удачи	3,8	1,00
Готовность к изменению поведения и стремлению к лечению		
Осознание	30,0	20,57
Амбивалентность	46,8	18,27
Действие	51,1	23,35

Из данных таблицы 5 мы видим, что для пациентов, участвующих в исследовании, характерны сниженный эмоциональный фон, эмоциональная напряженность и тревога о будущем. Испытуемые имеют умеренный уровень социальной фрустрированности, а также им свойственны вера в фаталистичность событий, несправедливость мира по отношению к ним и в отсутствие везения. Анализируя результаты шкал методики «Готовность к изменению поведения и стремлению к лечению», можно заметить низкие баллы по шкале «Осознание», средние баллы по шкалам «Амбивалентность» и «Действие». Сочетание попыток изменить поведение и сохранять трезвость и низкого уровня осознания наличия зависимости и вреда употребления свидетельствуют о формальном отношении к процессу реабилитации и отсутствию осознанности.

3.2. Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре

Был проведен сравнительный анализ средних значений результатов обследования наркологических больных на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре. А также выявлены различия в результатах диагностических методик у данной группы пациентов с применением критерия Вилкоксона.

Результаты диагностики наркологических больных по методике «ИТТ - Личностная тревожность» представлены в Таблице 6.

Таблица 6

Результаты диагностики по методике «ИТТ - Личностная тревожность» наркологических больных на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре

Показатель	Группа ДС1, n=24		Группа ДС2, n=24		Уровень статистической значимости, P
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
ЭД	7,1	1,35	6,2	2,04	0,11

АСТ	5,3	2,48	5,0	2,50	0,485
ФОБ	5,6	2,02	4,5	2,73	0,14
ОП	7,0	1,40	6,1	2,01	0,149
СЗ	5,4	2,24	4,3	2,88	0,178

Из таблицы 6 видно, что у испытуемых на стационарной форме лечения наблюдается снижение всех показателей тревожности после прохождения реабилитации. На первых этапах реабилитации испытуемые имели высокий уровень по шкалам ЭД и ОП и нормальный уровень по шкалам АСТ, ФОБ, СЗ. После прохождения реабилитации все шкалы находятся в диапазоне нормальных значений. Следовательно, можно сделать вывод, что в результате прохождения реабилитации в стационаре у испытуемых снизился уровень тревожности во всех ее проявлениях, диагностируемых данными субшкалами.

Различия по всем показателям в методике «ИТТ - Личностная тревожность» у пациентов на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,11 до 0,485 (Таблица 6).

Результаты диагностики пациентов по методике диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана представлены в Таблице 7.

Таблица 7

Результаты диагностики уровня социальной фрустрированности наркологических больных на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре

Показатель	Группа ДС1, n=24		Группа ДС2, n=24		Уровень статистической значимости, P
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Социальная фрустрированность	2,4	0,82	2,3	0,96	0,49

По данным исследования мы видим, что уровень социальной фрустрированности у испытуемых на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре находится в зоне неопределенной оценки, то есть, нет возможности достоверно определить наличие неудовлетворенности какой-либо сферой жизни у пациентов.

Различия по Методике диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана пациентов на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,49 (Таблица 7).

Результаты диагностики наркологических больных по опроснику «Шкала базовых убеждений» Р. Янов-Бульман представлены в Таблице 8.

Таблица 8

Результаты диагностики по опроснику «Шкала базовых убеждений» наркологических больных на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре

Показатель	Группа ДС1, n=24		Группа ДС2, n=24		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Благосклонность мира	4,0	1,11	5,0	3,55	0,185
Доброта людей	3,8	0,97	4,6	3,57	0,546
Справедливость мира	3,5	0,81	4,1	2,47	0,779
Контролируемость мира	4,3	0,85	5,0	2,63	0,012
Случайность событий	3,5	0,98	3,8	1,38	0,612
Ценность собственного «Я»	4,0	0,99	5,0	3,31	0,147
Степень самоконтроля	4,1	1,05	5,2	3,18	0,043
Степень удачи или везения	3,8	1,06	4,7	2,57	0,22

Результаты данной методики показывают, что все показатели, а именно «благосклонность мира», «доброта людей», «справедливость мира», «контролируемость мира», «случайность событий», «ценность собственного "Я"», «степень самоконтроля», «степень удачи или везения», выросли после прохождения реабилитации в стационаре. Следовательно, испытуемым после прохождения реабилитации, в большей степени свойственно восприятие окружающего мира как благосклонного, вера в контролируемость и справедливость происходящего, а также убежденность в собственной ценности.

Различия по шкалам «контролируемость мира» и «степень самоконтроля» в методике «Шкала базовых убеждений» статистически значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,012 и 0,043 (Таблица 8). Следовательно, достоверно известно, что испытуемые после прохождения реабилитации в стационаре в большей степени ощущают в себе силы для контроля своих действий и событий, которые с ними происходят, что положительно влияет на изменение поведения в рамках сохранения трезвости.

Различия по шкалам «благосклонность мира», «доброта людей», «справедливость мира», «случайность событий», «ценность собственного "Я"», «степень удачи или везения» у наркологических больных на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,185 до 0,779 (Таблица 8).

Результаты диагностики по методике «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES представлены в Таблице 9.

Таблица 9

Результаты методики «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» наркологических больных на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре

Показатель	Группа ДС1, n=24		Группа ДС2, n=24		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Осознание	24,2	19,54	28,8	19,85	0,36
Амбивалентность	44,6	16,68	36,7	14,94	0,04
Действие	44,6	20,85	49,2	26,85	0,588

Из таблицы 9 можно сделать вывод, что у пациентов на первых этапах реабилитации наблюдаются низкие значения по шкале «Осознание» и средние значения по шкалам «Амбивалентность» и «Действие», что свидетельствует об отсутствии осознания проблемы потребления психоактивных веществ в полной мере. Данные значения выросли после прохождения реабилитации в стационаре, а также достоверно известно, что испытуемые в меньшей мере стали размышлять о вреде употребления, что в сумме с более высокими результатами по шкале «Действие», говорит о том, что пациенты готовы и открыты для изменений. Данный вывод подтверждается сравнением результатов показателей шкалы «Амбивалентность» - уровень статистической значимости равен 0,04 (Таблица 9).

Различия по шкалам «Осознание» и «Действие» у пациентов на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре, статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,36 и 0,588 (Таблица 9).

3.3 Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения

Был проведен анализ средних значений результатов обследования наркологических больных на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения. А также выявлены различия в результатах диагностических методик у данной группы пациентов с применением критерия Вилкоксона.

Результаты диагностики наркологических больных по методике «ИТТ - Личностная тревожность» представлены в Таблице 10.

Таблица 10

Результаты диагностики по методике «ИТТ - Личностная тревожность» наркологических больных на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения

Показатель	Группа AP1, n=20		Группа AP2, n=20		Уровень статистической значимости, P
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
ЭД	7,8	1,36	6,7	2,00	0,03
АСТ	6,5	2,56	5,7	2,60	0,195
ФОБ	6,1	1,93	5,0	2,38	0,118
ОП	7,4	2,23	6,2	2,32	0,047
СЗ	5,8	2,42	4,3	2,36	0,043

По данным обследования мы можем наблюдать снижение всех показателей тревожности после прохождения реабилитации в амбулаторной форме. Различия по показателям ЭД, ОП и СЗ статистически значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,03 до 0,047 (Таблица 10). Эти данные говорят нам о том, что после реабилитации в амбулатории пациенты стали менее эмоционально напряженными, меньше стали беспокоиться о текущей и будущей жизненной ситуации и стали увереннее чувствовать себя в социальном взаимодействии.

Различия по показателям АСТ и ФОБ в методике «ИТТ - Личностная тревожность» у пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,195 и 0,118 (Таблица 10).

Результаты диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана представлены в Таблице 11.

Таблица 11

Результаты диагностики уровня социальной фрустрированности наркологических больных на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения

Показатель	Группа АР1, n=20		Группа АР2, n=20		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Социальная фрустрированность	2,7	0,76	2,4	0,81	0,213

По данным таблицы видно, что у испытуемых на первых этапах амбулаторной реабилитации умеренный уровень социальной фрустрированности, что свидетельствует о наличии неудовлетворенности, которую опрошенные считают необходимым отметить. После реабилитации в амбулаторном отделении уровень фрустрированности пациентов находится в зоне неопределенной оценки, то есть, нет возможности достоверно определить наличие неудовлетворенности какой-либо сферой жизни.

Различия по Методике диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,213 (Таблица 11).

Результаты диагностики по опроснику «Шкала базовых убеждений» Р. Янов-Бульман пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения представлены в Таблице 12.

Таблица 12

Результаты диагностики по опроснику «Шкала базовых убеждений» наркологических больных на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения

Показатель	Группа AP1, n=20		Группа AP2, n=20		Уровень статистической значимости, P
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Благосклонность мира	4,5	0,89	4,6	0,99	0,454
Доброта людей	4,1	1,36	3,9	1,03	0,595
Справедливость мира	3,8	1,01	3,7	0,93	0,903
Контролируемость мира	4,3	0,88	4,0	0,93	0,22
Случайность событий	3,6	1,03	3,2	0,86	0,051
Ценность собственного «Я»	4,1	0,96	4,4	0,77	0,209
Степень самоконтроля	4,5	0,73	4,2	0,88	0,496
Степень удачи или везения	3,9	0,94	4,0	1,01	0,935

Результаты обследования показывают, что все показатели находятся в диапазоне от 3,2 до 4,6 для испытуемых на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения. В норме показатели равны не менее 3,5 баллов. Следовательно, испытуемым, на первых этапах амбулаторной реабилитации и после свойственно оптимистичное отношение к миру, самому себе.

Различия по опроснику «Шкала базовых убеждений» Р. Янов-Бульман у пациентов до и после прохождения амбулаторной реабилитации

статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,051 до 0,935 (Таблица 12).

Результаты диагностики наркологических больных по методике «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES представлены в Таблице 13.

Таблица 13

Результаты методики «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» наркологических больных на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения

Показатель	Группа AP1, n=20		Группа AP2, n=20		Уровень статистической значимости, P
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Осознание	37,0	20,03	29,0	19,44	0,186
Амбивалентность	49,5	20,12	34,5	16,05	0,017
Действие	59,0	24,26	47,5	24,47	0,017

Испытуемые на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения имеют средние значения по всем шкалам, однако можно заметить снижение величин показателей после прохождения реабилитации.

По шкалам «Амбивалентность» и «Действие» различия статистически значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,017 (Таблица 13), следовательно, достоверно известно, что пациенты после реабилитации в амбулатории прекращают задумываться о конкретных действиях, связанных с сохранением трезвости.

Различия по шкале «Осознание» у испытуемых на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,186 (Таблица 13).

3.4. Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов после прохождения реабилитации

Был проведен сравнительный анализ средних значений результатов обследования после прохождения медицинской реабилитации у наркологических больных. А также выявлены различия в результатах диагностических методик у пациентов, прошедших амбулаторную и стационарную форму реабилитации с применением критерия Манна-Уитни.

Результаты диагностики пациентов по методике «ИТТ - Личностная тревожность» представлены в Таблице 14.

Таблица 14

Результаты диагностики по методике «ИТТ - Личностная тревожность» наркологических больных, прошедших реабилитацию в дневном стационаре и амбулатории

Показатель	Группа ДС2, n=24		Группа АР2, n=20		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
ЭД	6,2	2,04	6,7	2,00	0,236
АСТ	5,0	2,50	5,7	2,60	0,333
ФОВ	4,5	2,73	5,0	2,38	0,511
ОП	6,1	2,01	6,2	2,32	0,793
СЗ	4,3	2,88	4,3	2,36	0,952

По результатам обследования мы видим, что все показатели находятся в диапазоне нормального уровня, тем не менее, из данной таблицы заметно, что у испытуемых после реабилитации на стационарной форме лечения все компоненты личностной тревожности ниже, чем у пациентов, прошедших реабилитацию амбулаторно. Можно сделать вывод, что прохождение реабилитации в стационаре эффективнее воздействует на снижение уровня тревожности, чем амбулаторная форма реабилитации.

Различия по всем показателям в методике «ИТТ - Личностная тревожность» у пациентов после прохождения реабилитации в форме

стационара и амбулатории статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,236 до 0,952 (Таблица 14).

Результаты диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана пациентов представлены в Таблице 15.

Таблица 15

Результаты диагностики уровня социальной фрустрированности наркологических больных, прошедших реабилитацию в дневном стационаре и амбулатории

Показатель	Группа ДС2, n=24		Группа АР2, n=20		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Социальная фрустрированность	2,3	0,96	2,4	0,81	0,596

По данным таблицы мы видим, что уровень социальной фрустрированности у испытуемых на стационарной и амбулаторной форме реабилитации после ее прохождения находится в зоне неопределенной оценки, то есть, нет возможности достоверно определить наличие неудовлетворенности какой-либо сферой жизни у пациентов.

Различия по Методике диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана после прохождения реабилитации в форме стационара статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости равен 0,596 (Таблица 15).

Результаты диагностики наркологических больных по опроснику «Шкала базовых убеждений» Р. Янов-Бульман представлены в Таблице 16.

Таблица 16

Результаты диагностики по опроснику «Шкала базовых убеждений» наркологических больных, прошедших реабилитацию в дневном стационаре и амбулатории

Показатель	Группа ДС2, n=24		Группа АР2, n=20		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Благосклонность мира	5,0	3,55	4,6	0,99	0,492
Доброта людей	4,6	3,57	3,9	1,03	0,924
Справедливость мира	4,1	2,47	3,7	0,93	0,943
Контролируемость мира	5,0	2,63	4,0	0,93	0,024
Случайность событий	3,8	1,38	3,2	0,86	0,077
Ценность собственного «Я»	5,0	3,31	4,4	0,77	0,652
Степень самоконтроля	5,2	3,18	4,2	0,88	0,085
Степень удачи или везения	4,7	2,57	4,0	1,01	0,209

Результаты в таблице выше показывают, что все показатели, а именно «благосклонность мира», «доброта людей», «справедливость мира», «контролируемость мира», «случайность событий», «ценность собственного "Я"», «степень самоконтроля», «степень удачи или везения», выше у пациентов, прошедших стационарную форму реабилитации. Следовательно, респондентам после прохождения стационара в большей степени свойственно восприятие окружающего мира как благосклонного, вера в контролируемость и справедливость происходящего, а также убежденность в собственной ценности, чем пациентам после амбулаторного отделения.

Различия по шкале «контролируемость мира» в методике «Шкала базовых убеждений» статистически значимы, т.к. уровень статистической

значимости равен 0,024 (Таблица 16). Можно сделать вывод о том, что испытуемые после прохождения реабилитации в стационаре в большей степени ощущают контроль и свою значимость в принятии решений и различных действиях, чем испытуемые после амбулаторного лечения.

Различия по шкалам «благосклонность мира», «доброта людей», «справедливость мира», «случайность событий», «ценность собственного "Я"», «степень удачи или везения» и «степень самоконтроля» у наркологических больных после реабилитации в стационаре и амбулатории статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,077 до 0,943 (Таблица 16).

Результаты диагностики по методике «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES представлены в Таблице 17.

Таблица 17

Результаты методики «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» наркологических больных, прошедших реабилитацию в дневном стационаре и амбулатории

Показатель	Группа ДС2, n=24		Группа АР2, n=20		Уровень статистической значимости, Р
	Среднее значение	Стд. отклон.	Среднее значение	Стд. отклон.	
Осознание	28,8	19,85	29,0	19,44	0,912
Амбивалентность	36,7	14,94	34,5	16,05	0,51
Действие	49,2	26,85	47,5	24,47	0,886

Испытуемые после амбулаторной и стационарной формы реабилитации имеют низкие значения по шкале «Осознание» и средние значения по шкалам «Амбивалентность» и «Действие», однако можно заметить, что по шкалам «Амбивалентность» и «Действие» у пациентов из стационара более высокие показатели, что может говорить, о том, что они в большей степени открыты изменениям в поведении и готовы предпринимать шаги по сохранению трезвости.

Различия по всем шкалам методики «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES у пациентов после прохождения реабилитации в стационаре и амбулатории, статистически не значимы, т.к. уровень статистической значимости находится в диапазоне от 0,51 до 0,912 (Таблица 17).

3.5. Корреляционный анализ по данным диагностических методик

Был проведен корреляционный анализ внутри групп испытуемых на первых этапах реабилитации и после ее прохождения, а также в группах, проходящих лечение амбулаторно и в форме стационара.

3.5.1. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых на первых этапах реабилитации в дневном стационаре

В группе наркологических больных, поступивших в стационар, на первых этапах формирования терапевтической ремиссии системообразующей является шкала «Тревожная оценка перспективы». Корреляционный анализ выявил связи между показателями методик «Шкала базовых убеждений» Р.Янов-Бульман и «ИТТ-Личностная тревожность», которые представлены в Таблице 18.

Таблица 18

Связь показателей методик «Шкала базовых убеждений» и «ИТТ-личностная тревожность»

Интегративный тест тревожности Шкала базовых убеждений	Тревожная оценка перспективы
Благосклонность мира	0,579
Доброта людей	0,53

Из данных таблицы мы видим, что у пациентов на первых этапах реабилитации выявлена корреляция заметной (средней) силы между оценкой перспективы и благосклонностью мира ($r=0,579$, $p=0,003159$), а также добротой людей ($r=0,53$, $p=0,007932$). Положительная заметная связь означает, что испытуемые, ощущающие беспокойство о будущем на фоне общей эмоциональной чувствительности, склонны верить в то, что в мире

больше добра, чем зла. Наличие такой связи можно объяснить тем, что данная вера помогает испытуемым справиться с тревогой.

3.5.2. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых после реабилитации в дневном стационаре

В группе наркологических больных, прошедших реабилитацию в дневном стационаре корреляционный анализ не выявил ни одной заметной или более сильной связи между показателями методик.

3.5.3. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых на первых этапах амбулаторной реабилитации

Рассмотрим взаимосвязи различных особенностей пациентов внутри группы испытуемых, поступивших в амбулаторию, на первых этапах формирования терапевтической ремиссии. По результатам анализа системообразующей является «Справедливость мира». Связь показателей методик «Интегративный тест тревожности – личностная тревожность» и «Шкала базовых убеждений» Р.Янов-Бульман, которая представлена в Таблице 19.

Таблица 19

Связь показателей методик «ИТТ-личностная тревожность» и «Шкала базовых убеждений»

Интегративный тест тревожности	Шкала базовых убеждений	Справедливость мира
Эмоциональный дискомфорт		-0,517
Оценка перспектив		-0,526

У пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации по результатам корреляционного анализа выявлена отрицательная связь

заметной (средней) силы между справедливостью мира и эмоциональным дискомфортом ($r = -0,517$, $p = 0,020201$), а также тревожной оценкой перспективы ($r = -0,526$, $p = 0,017855$). Отрицательная корреляция свидетельствует о том, что испытуемые, убежденные в том, что события в мире происходят не случайно, а контролируются и подчиняются законам справедливости, в меньшей степени испытывают эмоциональную напряженность и беспокойство о будущем. Обнаруженную взаимосвязь можно объяснить тем, что наличие убеждений о действии неких законов справедливости дает более стабильную картину мира данной группе пациентов.

Также внутри группы испытуемых, поступивших на амбулаторное отделение, на первых этапах формирования терапевтической ремиссии выявлена связь показателей методик «Интегративный тест тревожности – личностная тревожность» и «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES (Таблица 20).

Таблица 20

Связь показателей методик «ИТТ-личностная тревожность» и «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению»

SOCRATES	Осознание
Интегративный тест тревожности	
Фобический компонент	0,521

У пациентов, направленных на амбулаторную реабилитацию, выявлена положительная корреляция заметной (средней) силы между фобическим компонентом и осознанием ($r = 0,521$, $p = 0,019114$). Испытуемые, ощущающие неизвестную угрозу, неуверенность в себе и собственную бесполезность, признают причинение вреда себе и окружающим и наличие проблем с употреблением ПАВ.

3.5.4. Корреляционный анализ по данным диагностических методик в группе испытуемых после амбулаторной реабилитации

Также проанализированы взаимосвязи внутри группы испытуемых после прохождения амбулаторной реабилитации. По результатам корреляционного анализа системообразующими являются «Уровень социальной фрустрированности», «Астенический компонент тревожности», «Ценность Я» и «Осознание».

В таблице 21 представлены выявленные связи показателей методики диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана и «Интегративный тест тревожности – личностная тревожность».

Таблица 21

Связь показателей методик диагностики уровня социальной фрустрированности и «ИТТ-личностная тревожность»

Социальная фрустрированность	Социальная фрустрированность
Интегративный тест тревожности	
Астенический компонент тревожности	0,735
Фобический компонент	0,631

У пациентов после прохождения реабилитации амбулаторно по результатам корреляционного анализа выявлена связь высокой силы между астеническим компонентом тревожности и социальной фрустрированностью ($r=0,735$, $p=0,000256$), заметной (средней) силы между фобическим компонентом и социальной фрустрированностью ($r=0,631$, $p=0,003062$). Положительная корреляция свидетельствует о том, что с уменьшением социальной фрустрированности усталость и вялость в структуре тревожности, а также ощущение непонятной угрозы снижаются.

Респонденты, удовлетворенные различными сферами жизни, не склонны к пассивности, неуверенности в себе и вере в собственную бесполезность.

Кроме того, в данной группе испытуемых выявлена связь показателей методики «Интегративный тест тревожности – личностный» и опросника «Шкала базовых убеждений» Р. Янов-Бульман, которая представлена в Таблице 22.

Таблица 22

Связь показателей методик диагностики «ИТТ-личностная тревожность» и опросника «Шкала базовых убеждений»

Интегративный тест тревожности	Шкала базовых убеждений	Ценность Я	Степень удачи
Астенический компонент тревожности		-0,636	-0,532
Фобический компонент		-0,604	

У пациентов после прохождения реабилитации в амбулатории выявлены отрицательные связи заметной (средней) силы между астеническим компонентом тревожности и ценностью Я ($r = -0,636$, $p = 0,002755$), а также степенью удачи ($r = -0,532$, $p = 0,01631$), фобическим компонентом и ценностью Я ($r = -0,604$, $p = 0,005064$). Испытуемые, убежденные в ценности собственного Я и высоко оценивающие собственную удачливость, менее пассивны и утомляемы. Оценка себя как хорошего человека у данной группы испытуемых взаимосвязана с большей уверенностью в себе, в своей полезности, данная группа реже сталкивается с ощущением неизвестной угрозы.

В таблице 23 представлены связи показателей методик «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES и «Шкала

базовых убеждений» Р. Янов-Бульман, которые также были выявлены у пациентов, прошедших реабилитацию амбулаторно.

Таблица 23

Связь показателей методик диагностики «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» и опросника «Шкала базовых убеждений»

SOCRATES \ Шкала базовых убеждений	Ценность Я	Степень самоконтроля
Осознание	0,591	0,596
Действие	0,543	

У данной группы по результатам корреляционного анализа выявлены положительные связи заметной (средней) силы между ценностью Я и осознанием ($r=0,591$, $p=0,00639$), а также действием ($r=0,543$, $p=0,013831$), осознанием и степенью самоконтроля ($r=0,596$, $p=0,005834$). Испытуемые, осознающие свою ценность как личности, осознают вред от употребления ПАВ и наличие зависимости, а также готовы предпринимать шаги для изменения своего поведения и стремятся к сохранению трезвости. Также испытуемые, понимающие существование проблемы зависимости в их жизни, видят в себе возможности для управления своей жизнью и верят в контролируемость событий в мире.

4. Обсуждение результатов исследования

Полученные результаты данного исследования перекликаются с ранее проведенными исследованиями таких авторов как Киселева О. В. (2018), Соколовская И. Э., Кутянова И. П. (2019), Баженова Н. Г. (2018) и многими другими, так как мы можем наблюдать высокий уровень тревоги у наркозависимых, поступивших на реабилитацию.

Данные нашего исследования не перекликаются с исследованием Овчинникова А.А. и соавторов (2017), который установил, что наркозависимые видят мир как враждебный, неконтролируемый и непрогнозируемый.

По результатам нашего исследования можно заметить, что наркологические больные имеют низкий уровень осознания наличия зависимости и приносимого вреда от употребления, что отображено в исследованиях Грановской Е. А. и соавторов (2019). Но при этом, у пациентов, ежедневно посещавших дневной стационар, уровень осознанности вырос, что также подтверждено в исследовании Тарумова Д.А. и соавторов (2014).

Мотивационная амбивалентность, которая отмечается во многих источниках, также свойственна данной выборке наркологических больных. Мы видим, что после прохождения реабилитации пациенты имеют меньше размышлений относительно своего употребления. Эти данные перекликаются с исследованием Белоколодова В. В. (2018), в котором говорится, что в ходе ресоциализации может наблюдаться снижение мотивации к лечению в связи с возможной рестимуляцией зависимого поведения, наличием страхов и опасений. И потому коррекционная работа не должна заканчиваться после завершения медицинской реабилитации, не менее важна профилактика срывов и поддержка наркозависимого социальной средой.

ВЫВОДЫ

1. Пациентам на первых этапах формирования терапевтической ремиссии свойственны сниженный эмоциональный фон, эмоциональная напряженность, тревога о будущем, низкий уровень осознания проблемы зависимости и готовности к отказу от ПАВ. Жизненные убеждения характеризуются фатализмом, ощущением невезения и несправедливости мира.

2. После прохождения амбулаторной реабилитации динамики жизненных убеждений пациентов не обнаружено, психоэмоциональное состояние характеризуется снижением эмоционального напряжения, тревоги о будущем и в социальных взаимодействиях; готовность к изменению поведения в отношении ПАВ снижается.

3. После прохождения реабилитации в режиме дневного стационара динамика жизненных убеждений пациентов характеризуется развитием самоконтроля и осмысленности относительно себя и мира. Выявлено снижение компонентов тревожности и разрешение амбивалентности в отношении ПАВ.

4. У пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации осознание зависимости связано с ощущением внешней угрозы и неуверенностью в себе, тогда как после прохождения реабилитации осознание зависимости связано с уровнем самоконтроля и самооценности. У пациентов дневного стационара на первых этапах реабилитации и после ее прохождения схожих связей не обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Была изучена динамика жизненных убеждений и мотивации к сохранению трезвости у наркологических больных в процессе медицинской реабилитации. Результаты исследования дают представление о том, как меняются жизненные убеждения, личностная тревожность, удовлетворенность различными сферами жизни и готовность к изменению поведения после прохождения реабилитации, а также какое влияние оказывает форма реабилитации на наркологических больных.

Наркологические больные, прошедшие годовую медицинскую реабилитацию в амбулатории, имеют положительную динамику, которая демонстрируется в улучшении эмоционального состояния, однако прекращают задумываться о вреде употребления и конкретных действиях, связанных с сохранением трезвости, что может быть также связано со снижением тревоги. Наркологические больные, прошедшие годовую реабилитацию в дневном стационаре, имеют положительную динамику, которая демонстрируется развитием самоконтроля и разрешением амбивалентности в отношении ПАВ. Гипотеза исследования подтверждена: у пациентов, прошедших годовую медицинскую реабилитацию в форме дневного стационара, в отличие от пациентов амбулаторной реабилитации, динамика жизненных убеждений характеризуется повышением осмысленности относительно самого себя, окружающего мира и психологической готовности к изменению поведения в отношении ПАВ.

Результаты исследования могут быть использованы для формирования рекомендаций специалистам, работающим с наркологическими больными в условиях медицинской реабилитации.

В рамках нашего исследования, хотим выразить благодарность ОМР № 1 СПбГБУЗ «Городская наркологическая больница» за предоставление пациентов и помощь в выпускной квалификационной работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесян Г. Г. Особенности стратегий совладания и я-концепции у людей, зависимых от психоактивных веществ автореф. дисс. // М - Издательский центр «МАТИ» Российского государственного технологического университета им. К.Э. Циолковского. – 2003.
2. Агибалова Т. В., Тучина О. Д., Шустов Д. И., Мухин А. А., Гуревич Г. Л. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-snizheniya-potrebleniya-alkogolya-kak-novaya-vozmozhnost-v-terapii-alkogolnoy-zavisimosti> (дата обращения: 22.10.2022).
3. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г. [и др.]. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение. // Методические рекомендации для врачей-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе – М.: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России, 2013. – 31 с.
4. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Шустов Д.И. Значение терапевтического альянса для формирования комплиантного поведения у больных опиоидной наркоманией // Теория и практика психотерапии. – 2015. – № 1(27). – С. 75–82.
5. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 33–41.
6. Архипова М. В., Максимова О. В., Геронимус И. А. Системная семейная терапия в рамках программы реабилитации людей, страдающих от химической зависимости: опыт работы в клинике // Психология и психотерапия семьи. 2020. №2. URL:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnaya-semeynaya-terapiya-v-ramkah-programmy-reabilitatsii-lyudey-stradayuschih-ot-himicheskoy-zavisimosti-opyt-raboty-v-klinike> (дата обращения: 04.04.2022).
7. Баженова Н. Г., Хабибулин Д. А., Тумбасова Е. Р. Сравнительный анализ ценностных ориентаций у наркозависимых личностей и не употребляющих наркотические средства // ПНиО. 2018. №6 (36). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyu-analiz-tsennostnyh-orientatsiy-u-narkozavisimyh-lichnostey-i-ne-upotrebyayuschih-narkoticheskie-sredstva> (дата обращения: 20.05.2022).
 8. Барабанова Л. В., Теслинов И. В. Психотерапия в повышении адаптации наркологических пациентов // ВНМТ. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihoterapiya-v-povyshenii-adaptatsii-narkologicheskikh-patsientov> (дата обращения: 05.03.2022).
 9. Белоколов В. В. Динамика психогенных реакций наркозависимых при отказе от приема психоактивных веществ в условиях специализированного стационара. Часть 2 // Медицинская психология в России. 2018. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-psihogennyh-reaktsiy-narkozavisimyh-pri-otkaze-ot-priema-psihoaktivnyh-veschestv-v-usloviyah-spetsializirovannogo> (дата обращения: 23.10.2022).
 10. Белоколов В. В., Бриль М. С., Обидин И. Ю., Бекренёва Ю. С. Сопротивление лечению при отказе от употребления психоактивных веществ как реакция на стрессовую ситуацию // ОмГУ. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/soprotivlenie-lecheniyu-pri-otkaze-ot-upotrebleniya-psihoaktivnyh-veschestv-kak-reaktsiya-na-stressovuyu-situatsiyu> (дата обращения: 24.10.2022).
 11. Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)//Методические рекомендации/А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. - СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. - 23 с.

12. Борок Н. Г., Суботялов М. А. Личностные особенности больных алкоголизмом второй стадии // Вестник НГПУ. 2016. №3 (31). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnyye-osobennosti-bolnyh-alkogolizmom-vtoroy-stadii> (дата обращения: 06.04.2022).
13. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Дис.. д-ра мед. наук. М.; 2007.
14. Бузина Т.С. Психологическая профилактика наркотической зависимости / Бузина Т.С.. — Москва : Когито-Центр, 2015. — 312 с.
15. Бурцев А. О., Козырь М. С., Скворцова Д. А. Взаимосвязь самоотношения и копинг-стратегий у наркозависимых // Прикладная юридическая психология. 2021. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyazsamootnosheniya-i-koping-strategiy-u-narkozavisimyh> (дата обращения: 06.06.2022).
16. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методические рекомендации). - М., 2001.
17. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А., Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение. Методические рекомендации // Типография СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – 2004 – 28с.
18. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.10.2022).
19. Грановская Е. А., Бочаров В. В., Шишкова А. М., Рыбакова Ю. В., Илюк Р. Д. Особенности анозогнозии при синдроме зависимости от психостимуляторов // Медицина: теория и практика. 2019. №5. URL:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-anozognozii-pri-sindrome-zavisimosti-ot-psihostimulyatorov> (дата обращения: 06.04.2022)
20. Григорьева А. А., Поваренков Ю. П. Феномен самореализации как условие профилактики аддиктивного поведения // Ярославский педагогический вестник. 2016. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-samorealizatsii-kak-uslovie-profilaktiki-addiktivnogo-povedeniya> (дата обращения: 11.04.2022)
21. Декало Е.Э., Курпатов В.И. Готовность к лечению больных опийной наркоманией как актуализация антинаркотической устойчивости: эффективность мотивационных методов психологической интервенции // Вестник психотерапии. – 2014. – № 49(54). – С. 125–134.
22. Дереча В. А. Психология зависимостей [электронный ресурс] : Учебное пособие для вузов / Москва : Юрайт, 2022. - 159 с. URL: <https://urait.ru/bcode/495028> (дата обращения: 24.04.2022).
23. Дереча, В. А. Личностные основы наркологической профилактики и реабилитации: учебное пособие для вузов / В. А. Дереча, В. В. Карпец. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 216 с.
24. Дудко Т. Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) / Т. Н. Дудко // Вопросы наркологии. 2013. - № 1. - С. 31—41.
25. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова. — М.: ФГУ ННЦ наркологии, 2001. — 38 с.
26. Жевелик О.Д., Шемонаев К.А., Бедарев И.М., Сорокина Э.Ш. Инновационная модель аддиктологической помощи пациентам с химическими зависимостями в наркологическом отделениибу «нижневартовская психоневрологическая больница» // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2020. №3. URL:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnaya-model-addiktologicheskoy-pomoschi-patsientam-s-himicheskimi-zavisimostyami-v-narkologicheskom-otdeleniibu> (дата обращения: 04.04.2022).
27. Земсков, Л. Н. Преодоление. Записки психиатра / Л.Н. Земсков. - М.: Лениздат, 2019. - 172 с.
28. Зенцова Н. И. Специфические особенности самосознания («Я-концепции») как одна из составляющих синдрома комплекса психологических нарушений при зависимостях от психоактивных веществ // Теория и практика общественного развития. 2012. №9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsificheskie-osobennosti-samosoznaniya-ya-kontseptsii-kak-odna-iz-sostavlyayuschih-sindromokompleksa-psihologicheskikh-narusheniy> (дата обращения: 06.04.2022).
29. Зенцова Н. И., Каклюгин Н. В. Динамика смысложизненных ориентаций у лиц с опийной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2012. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-smyslozhiznennyh-orientatsiy-u-lits-s-opiynoy-zavisimostyu-uchastvuyuschih-v-reabilitatsionnyh-programmah-religioznogo-i> (дата обращения: 11.04.2022).
30. Зобнев В.М., Илюк Р.Д., Ипатова К.А. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных // Психическое здоровье. — 2014. — №1. — С. 51—57
31. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика-М, 2002. — Т. 2. — С. 6—25.
32. Иванова А. В. Ценностно-смысловая парадигма как основа психологического сопровождения лиц с наркологическими расстройствами на этапе реабилитации // Вестник КемГУ. 2020. №4

- (84). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostno-smyslovaya-paradigma-kak-osnova-psihologicheskogo-soprovozhdeniya-lits-s-narkologicheskimi-rasstroystvami-na-etape> (дата обращения: 05.04.2022).
33. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с., ил. (Серия «Мастера психологии»).
34. Кадыров Р.В., Ковалев И.А., Ильина И.С. Психическая травма раннего возраста и психологические характеристики личности наркозависимых // ТМЖ. 2016. №4 (66). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskaya-travma-rannego-vozrasta-i-psihologicheskie-harakteristiki-lichnosti-narkozavisimyh> (дата обращения: 06.04.2022).
35. Карпова Э.Б., Кипнис А.В., Кузнецова Л.В. Психологические характеристики пациентов с опиоидной зависимостью в период ремиссии: экзистенциальный аспект. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии № 2, 2020 с. 65-72.
36. Киселева О. В. Исследование личностно-психологических характеристик у молодых мужчин с наркотической зависимостью // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 19–36.
37. Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 80—104.
38. Кобзева Л. С., Ковшова О. С. Проактивность как компонент самосознания в норме и при наркозависимости // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. №5-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/proaktivnost-kak-komponent-samosoznaniya-v-norme-i-pri-narkozavisimosti> (дата обращения: 03.11.2022).

39. Константинова В. В., Яровинская А. В. Современные аспекты исследования взаимосвязи уровня субъективного контроля, социальной фрустрированности и ценностной ориенации больных алкоголизмом // Наука и современность. 2010. №4-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-issledovaniya-vzaimosvyazi-urovnya-subektivnogo-kontrolya-sotsialnoy-frustrirovannosti-i-tsennostnoy-orienatsii> (дата обращения: 06.04.2022).
40. Кошкина Е.А. Мировые тенденции распространенности наркоманий на современном этапе - Доклад на совещании главных наркологов органов управления здравоохранением субъектов РФ, 2014. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.nncn.ru/11_21.html (дата обращения: 16.10.2022)
41. Кошкина Е.А., Смирновская М.С., Копоров С.Г., Кошкин Е.А. Сравнительный анализ распространенности наркологических заболеваний в Москве и Санкт-Петербурге в динамике за 5 лет // Всероссийский конгресс с международным участием "Психоневрология: век XIX – ВЕК XXI", посвященный 115-летию ФГБУ "НМИЦ ПН ИМ. В.М. Бехтерева" Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева - Санкт-Петербург, 2022 – с. 164-166.
42. Кошкина, Е. А. Современные тренды развития наркологической ситуации // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы : Научно-практическая конференция. Сборник материалов, Москва, 30 октября 2017 года / Под редакцией Г.П. Костюка. – Москва: КДУ, 2018. – С. 232-235.
43. Кулыгина М.А., Сюняков Т.С., Федотов И.А., Костюк Г.П. Навстречу внедрения МКБ-11: установки и ожидания российского психиатрического сообщества // Consortium Psychiatricum. - 2021. - Т. 2. - №2. - С. 23-34.

44. Ловушкина Ю.Г. Изменение мировоззрения наркозависимых людей зрелого возраста в результате прохождения психокоррекционных программ // Научный альманах - 2016 - N7-2(21) с. 221-225.
45. Максимова Ж. В., Максимов Д. М. Консультирование пациента, злоупотребляющего алкоголем // КВТиП. 2021. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konsultirovanie-patsienta-zloupotrebyayuschego-alkogolem> (дата обращения: 22.10.2022).
46. Менделевич В.Д. Психолого-психопатологический анализ наркологических расстройств (на примере аддиктивного влечения и анозогнозии). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1.
47. Мизерене Р., Мильчакова В.А., Мизерас С., Григорьев С.Г., Григорьев Г.И. К вопросу о мотивации при лечении алкоголизма // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 83–101
48. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: КДУ, Университетская книга, 2021. 432 с.
49. Назыров Р.К. и др. Психотерапевтические подходы к лечению пациентов с наркотической зависимостью. Методические рекомендации. // Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева. – 2014 – 21 с.
50. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Яичников С.В., Трошина А.С., Сычева Т.Ю. Особенности базисных убеждений и механизмов психологических защит у наркозависимых // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017; 4 (97): 68–73.
51. Осухова Н. Психологическое сопровождение личности в ситуациях отсроченных последствий кризиса // Развитие личности. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-soprovozhdenie-lichnosti>

- v-situatsiyah-otsrochennyh-posledstviy-krizisa (дата обращения: 07.06.2022).
52. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Новые тенденции наркотизации как риски социетального характера // Вестник института социологии Федерального научно-исследовательский социологический центр РАН (Москва) – 1, 2018г. – с.115-139
53. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 640 с. ISBN 5-225-03329-6
54. Радионова М.С., Вяльцева И.М. Особенности «Я-концепции» наркозависимых // Психологическая наука и образование. 2004. Том 9. № 1.
55. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: метод. реком. / ННЦ наркологии Росздрава; сост. Т.Н. Дудко и др. – М., 2006. – 74 с.
56. Рерке, В.И. Психология зависимой личности подростков: научно-популярное издание / В.И. Рерке.– Иркутск: Репроцентр А1, 2017. – 145 с.
57. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. – М.: Литера, 2010. – 255 с. 12.
58. Рупека А. В., Волкова О. В. Организация постреабилитационного сопровождения наркозависимых как актуальная задача в совершенствовании наркологической помощи // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2021. №2 (56). URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-postreabilitatsionnogo-soprovozhdeniya-narkozavisimyh-kak-aktualnaya-zadacha-v-sovershenstvovanii-narkologicheskoy](https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-postreabilitatsionnogo-soprovozhdeniya-narkozavisimyh-kak-aktualnaya-zadacha-v-sovershenstvovanii-narkologicheskoy-pomozi) (дата обращения: 20.03.2022).

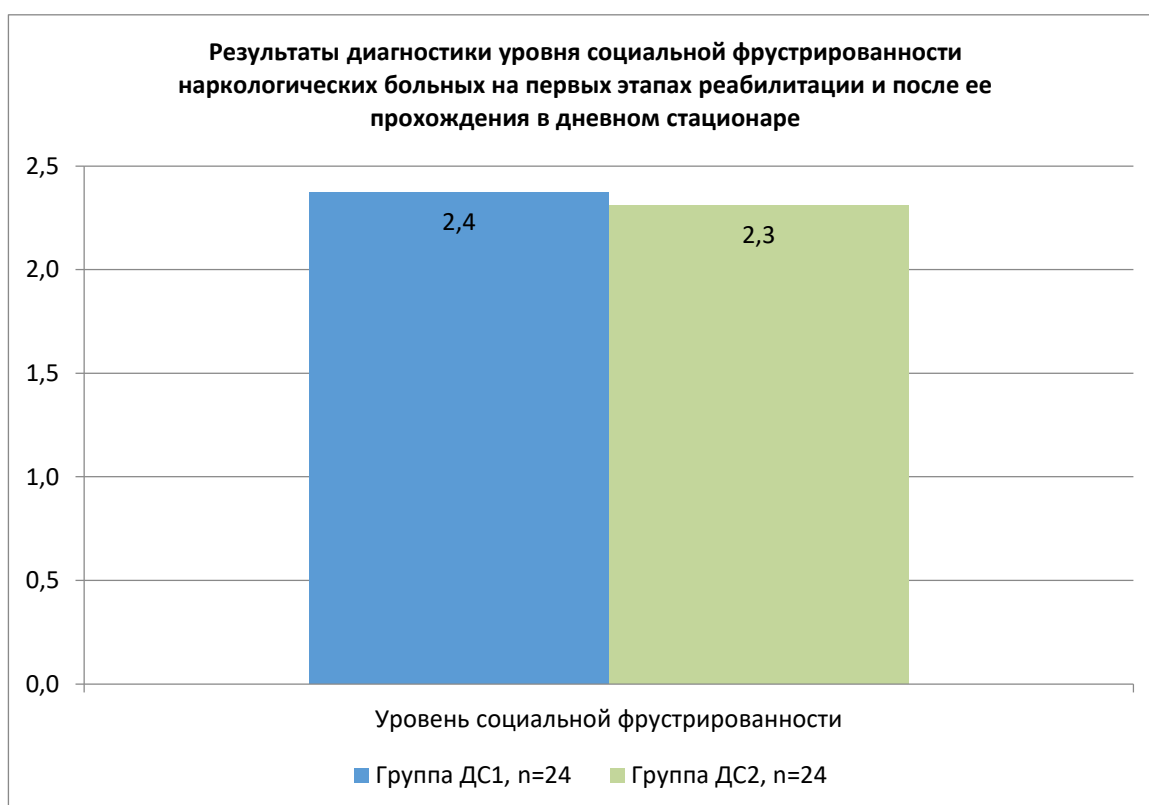
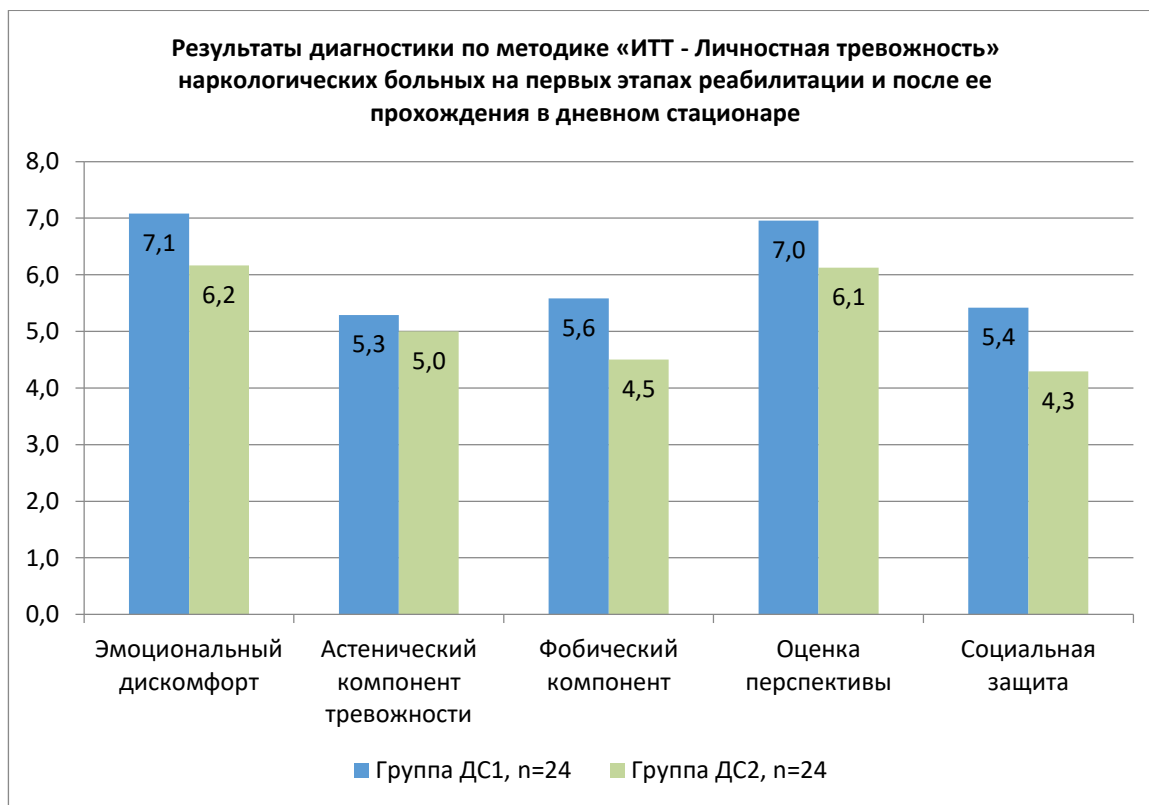
59. Соколовская И. Э., Кутянова И. П. Ценностные ориентации как фактор неадаптивного поведения наркозависимых // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2019. Т. 18. № 2 (151). С. 49-59.
60. Тарумов Д.А., Литвинцев Б.С., Ефимцев А.Ю. Диагностика опиоидной наркомании с применением функциональной мрт // Материалы конференции “Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?” – СПб – 2014.
61. Трофимов Е.В. Реабилитация пациентов наркологического профиля в ГБУЗ РНД №1 МЗ РБ // доклад научно-практической конференции «Актуальные вопросы деятельности наркологической службы Республики Башкортостан, 2019г.
62. Файзуллин, Р. Ш. Психологические особенности аддиктивной личности / Р. Ш. Файзуллин. — // Молодой ученый. — 2018. — № 43 (229). — С. 289-292.
63. Черпакова О. С. Психологические особенности наркозависимых // [электронный ресурс] Институт социальных и политических наук – 2016.
64. Шайдукова Л. К. Современные подходы к реабилитации наркозависимых // Казанский мед.ж.. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-podhody-k-reabilitatsii-narkozavisimyyh> (дата обращения: 05.04.2022).
65. Шумова А.И. Психологические особенности больных опиоидной наркоманией как фактор эффективности реабилитационной программы/ А.И. Шумова, О.Ю. Щелкова И Вестник ЮУрГУ. – Серия «Психология». - 2016. - Т.9. - № 4. - С. 87-95.
66. Grech, G. A comparison of the existential and medical models of addiction. *European Psychiatry* - 2021, 64(S1), S566-S566. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.1509

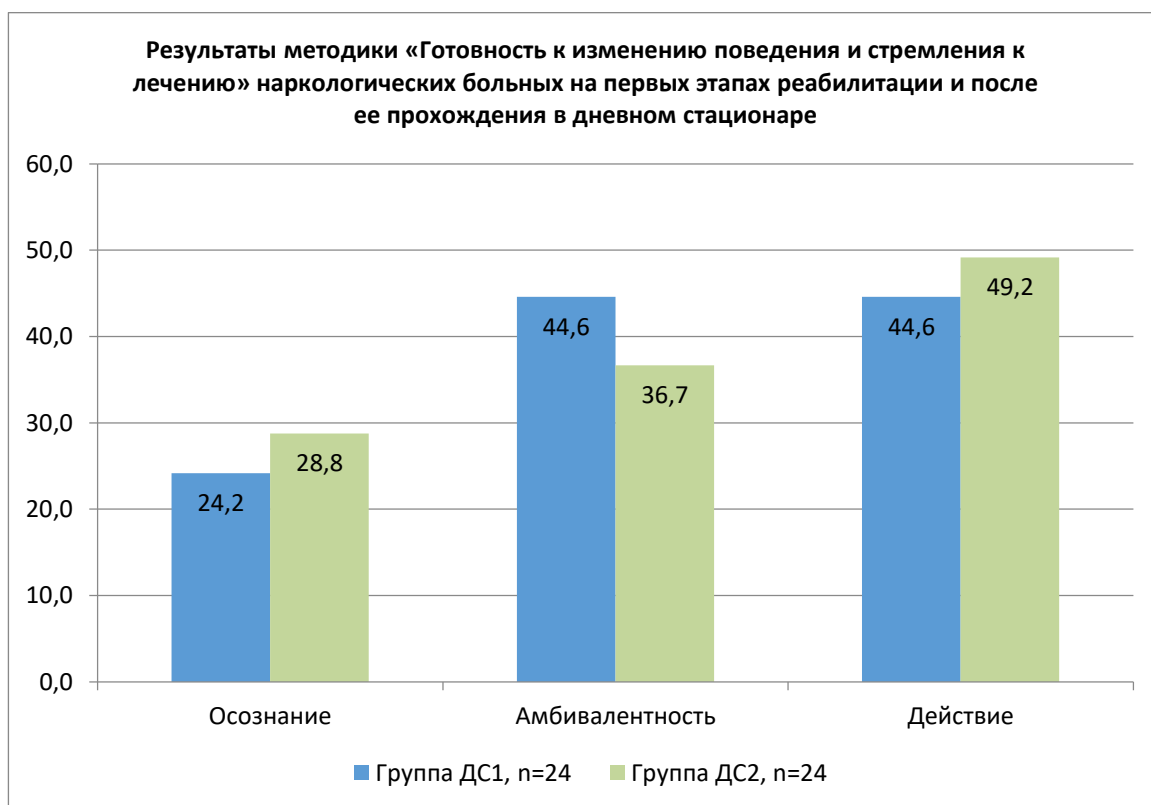
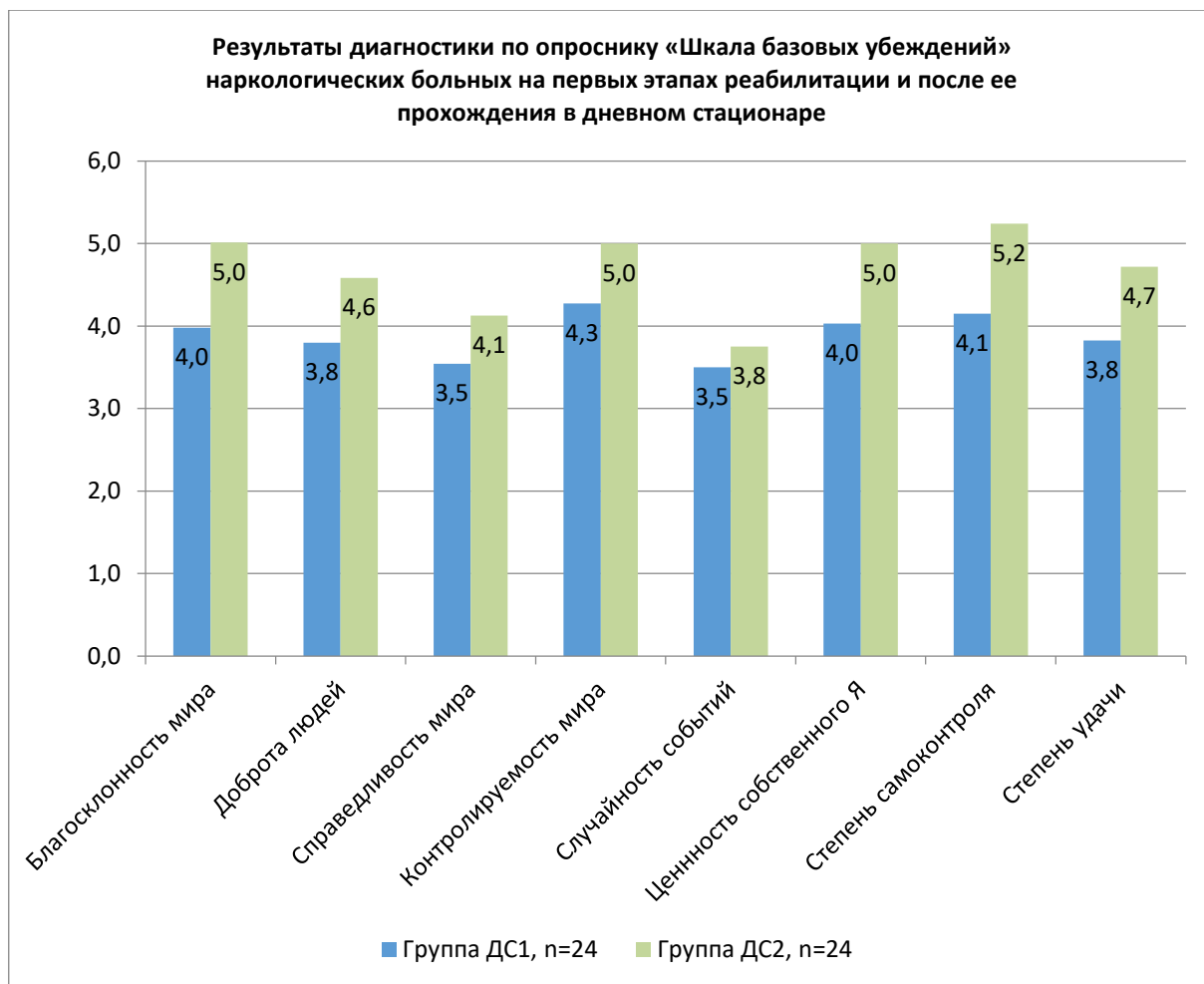
67. Janoff-Bulman, R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. // New York: Free Press,- 1992 - pp. 256
68. Janoff-Bulman, R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. // *Social Cognition*, - 1989 - 7(2), 113–136.
69. Jordan E. Stevens, Douglas Steinley, Yoanna E. McDowell, Cassandra L. Boness, Timothy J. Trull, Christopher S. Martin, Kenneth J. Sher, Toward more efficient diagnostic criteria sets and rules: The use of optimization approaches in addiction science, *Addictive Behaviors*, Volume 94 - 2019, Pages 57-64, ISSN 0306-4603, URL: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.005>.
70. Khantzian, E.J. *Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Substance Use Disorders*. // el-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., Baldacchino, A.M. (eds) *Textbook of Addiction Treatment*. Springer, Cham. - 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_26
71. Koob, G., Volkow, N. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacol* 35, 217–238 (2010). <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
72. Miller, W. R., & Tonigan, J. S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 1996 vol. 10(2), 81–89.
73. Paul T. P. Wong. Second wave positive psychology's (PP 2.0) contribution to counselling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 2019 32:3-4, pages 275-284.
74. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Jun;51(3):390-5.
75. Saitz R., Samet J. Science to improve care for people affected by unhealthy alcohol and other drug use // *Addict. Sci Clin. Pract.* – 2012. Vol.7 (1).– P. 640-647.

76. Smith J.W., Frawley P.J. Treatment outcome of 600 chemically dependent treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews // J. Subst. Abuse Treat. –1993. – Vol. 10, №4. – P. 359-369.

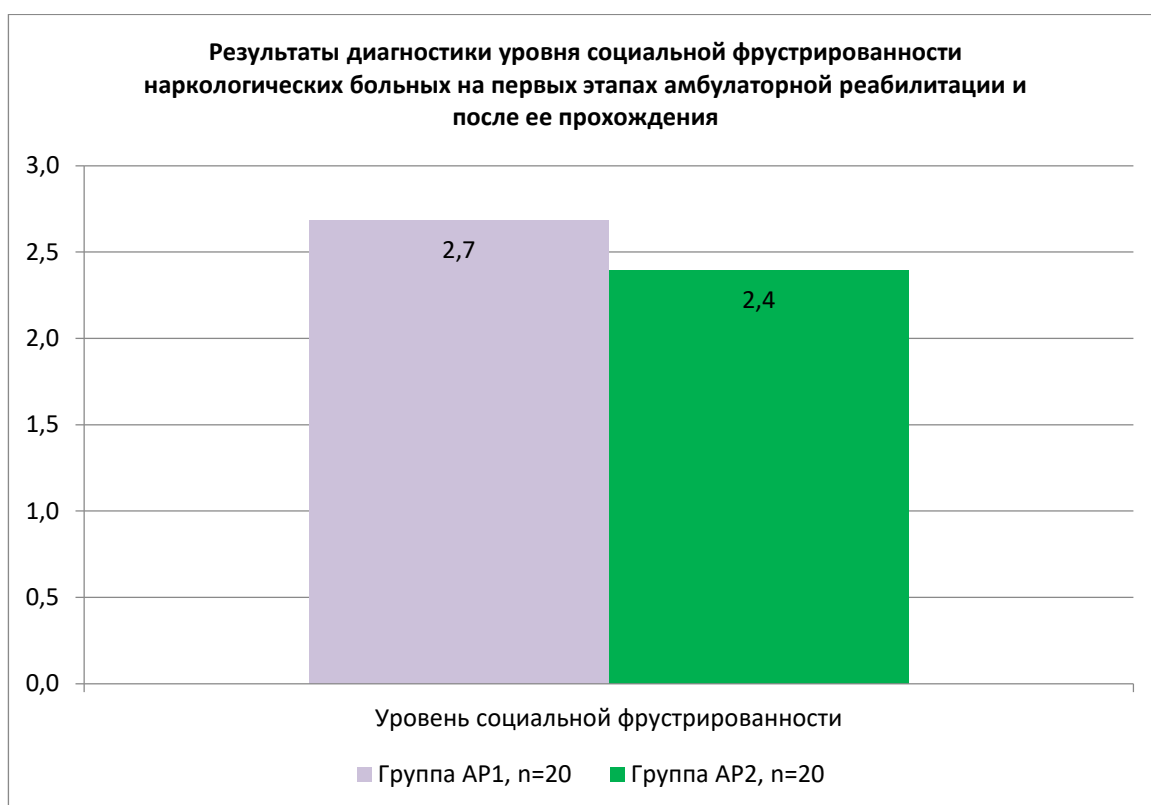
Приложение 1

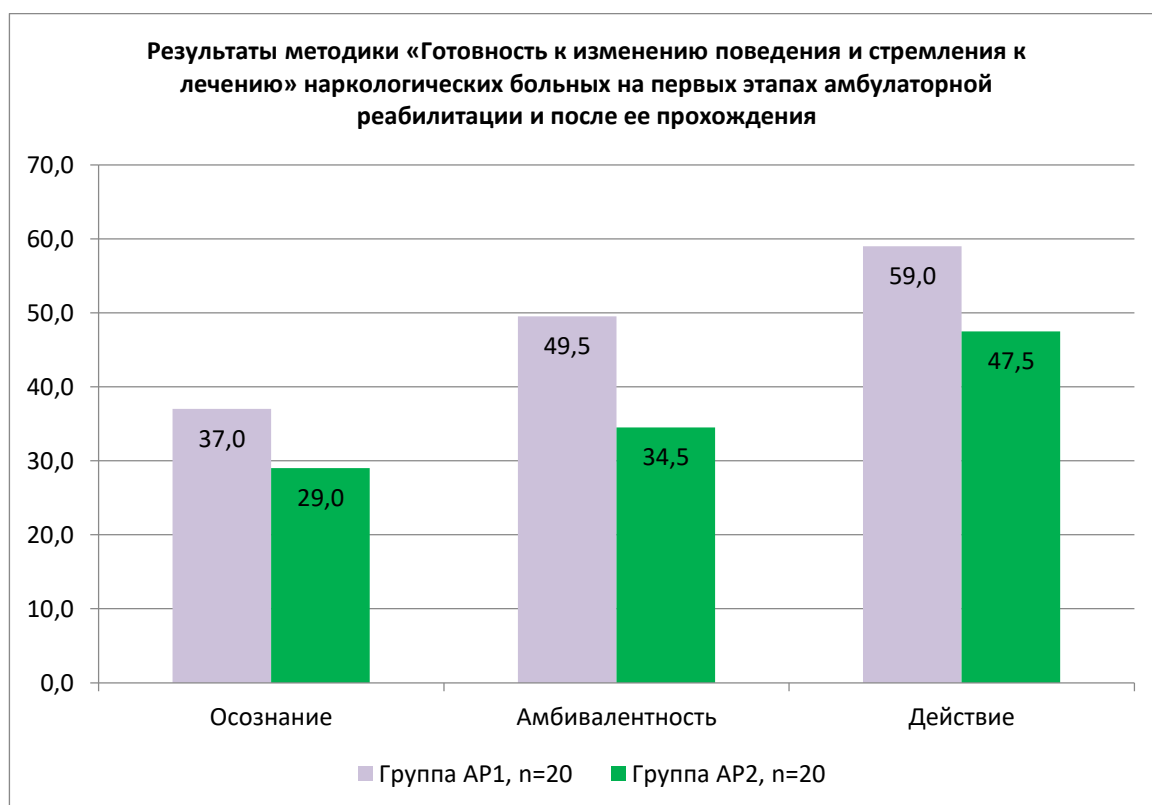
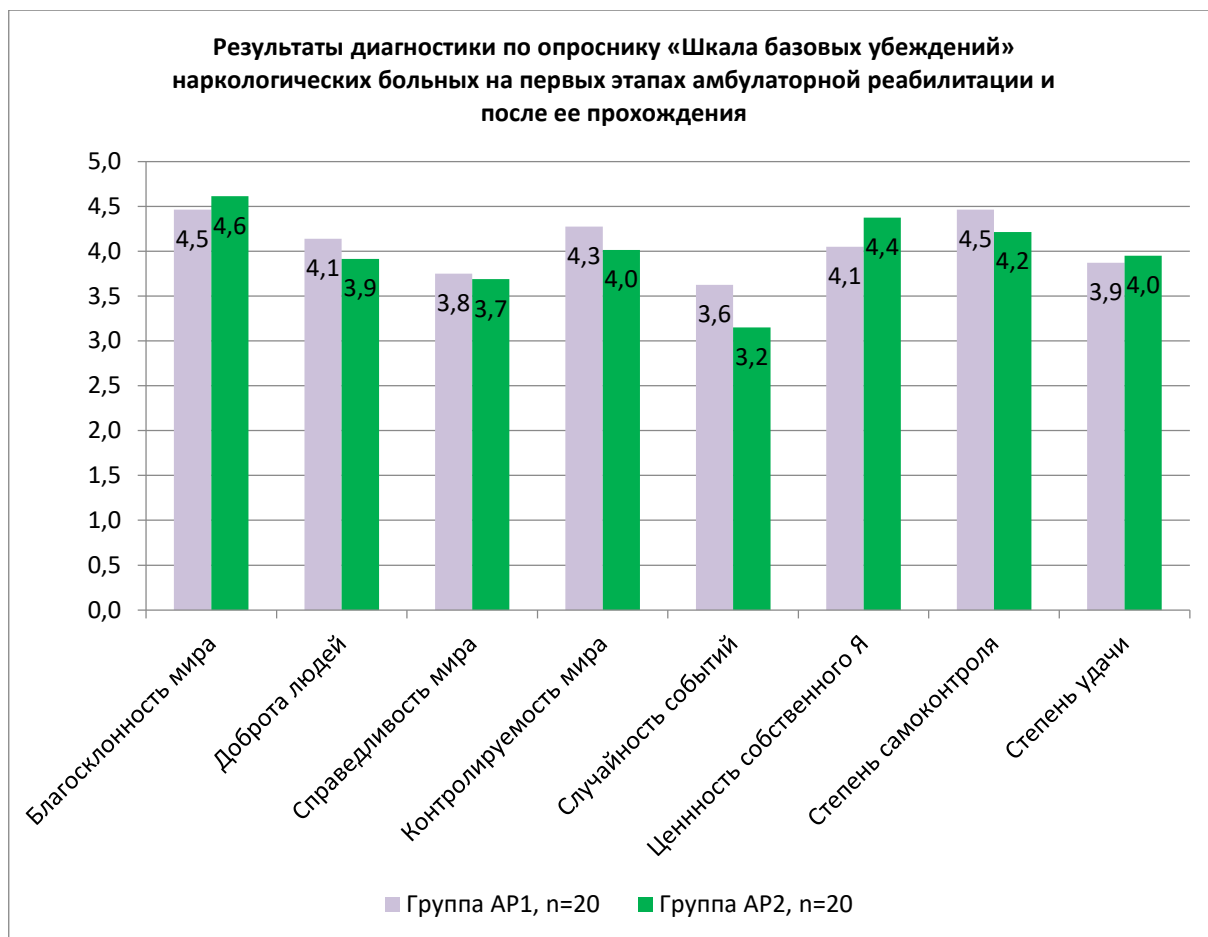
Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах реабилитации и после ее прохождения в дневном стационаре



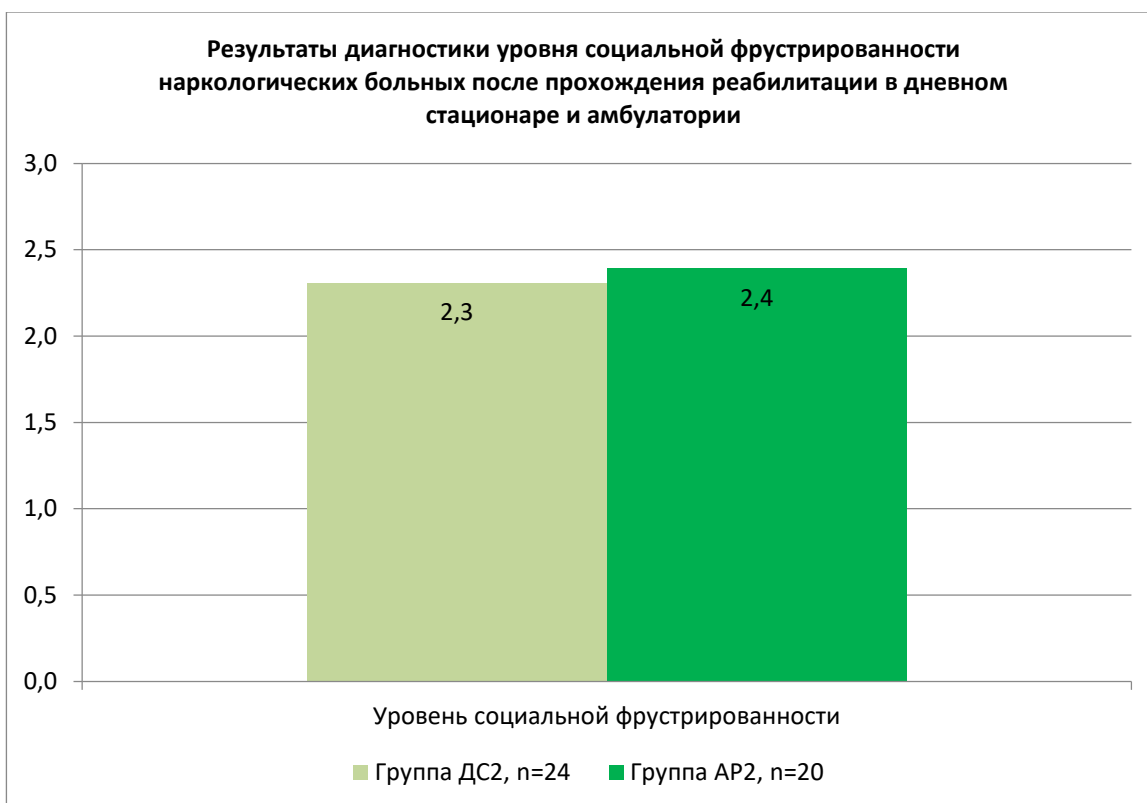
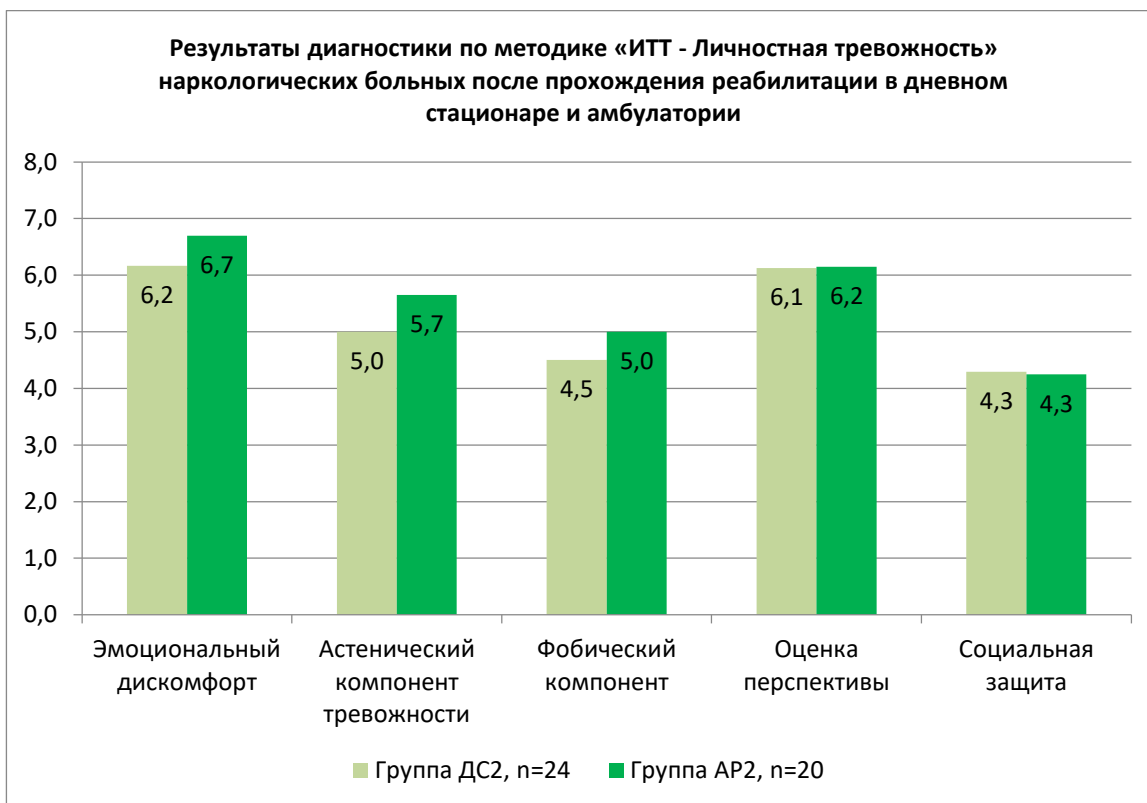


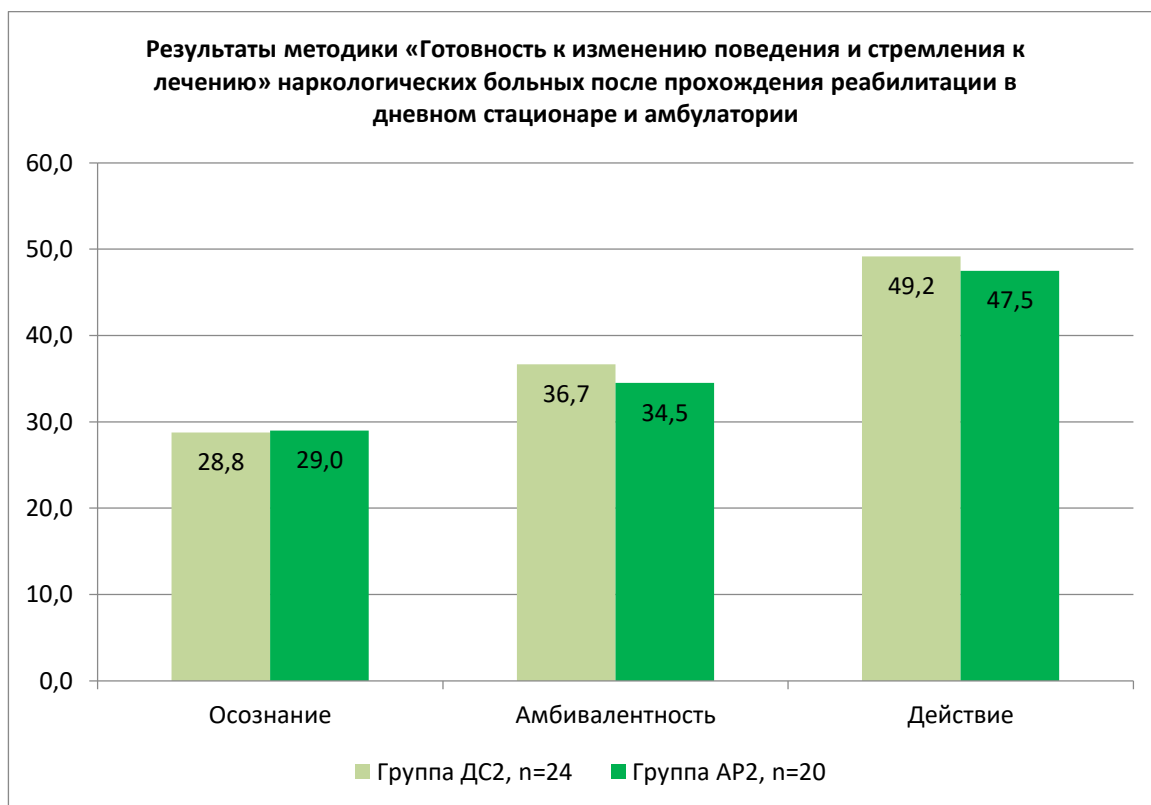
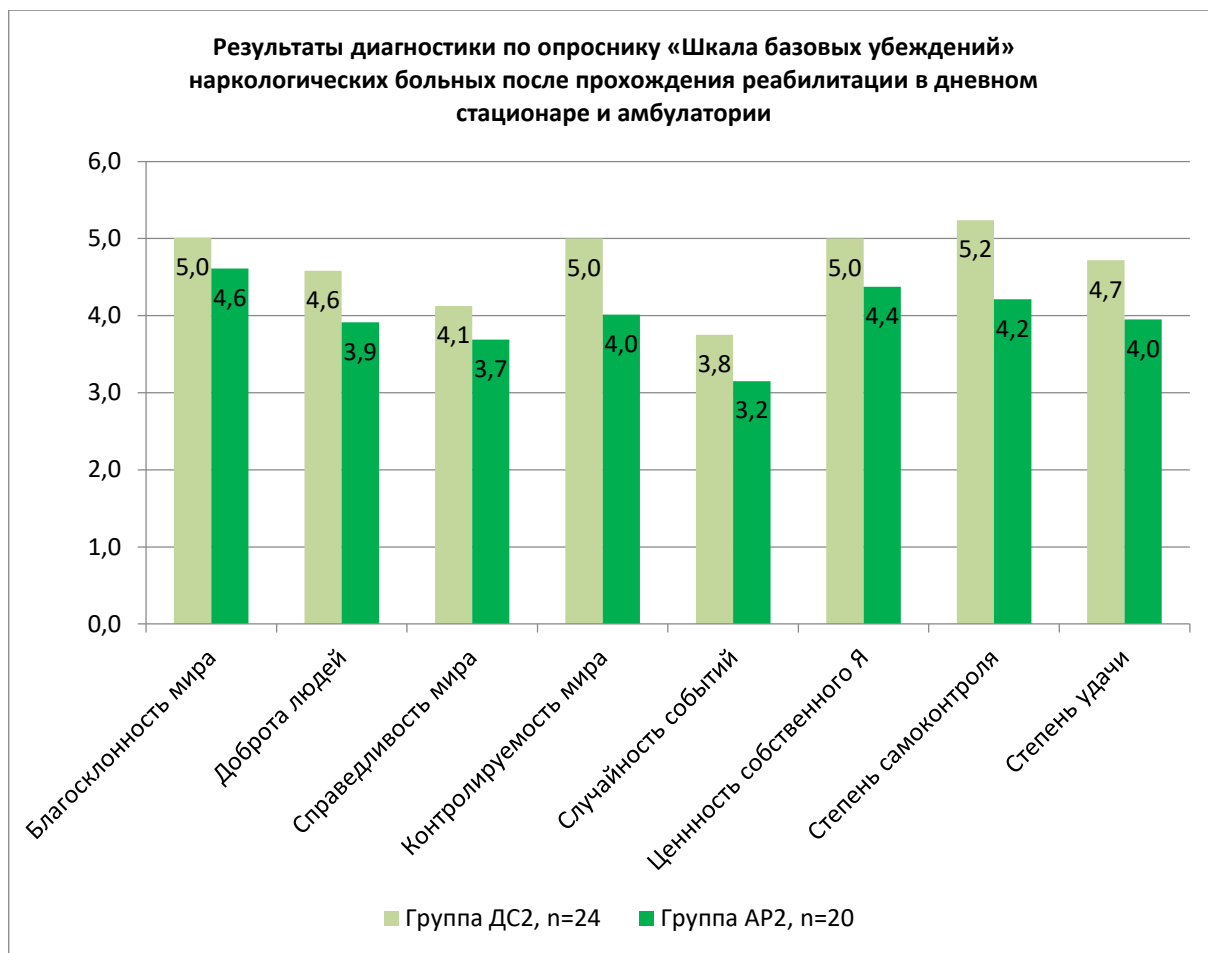
Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов на первых этапах амбулаторной реабилитации и после ее прохождения



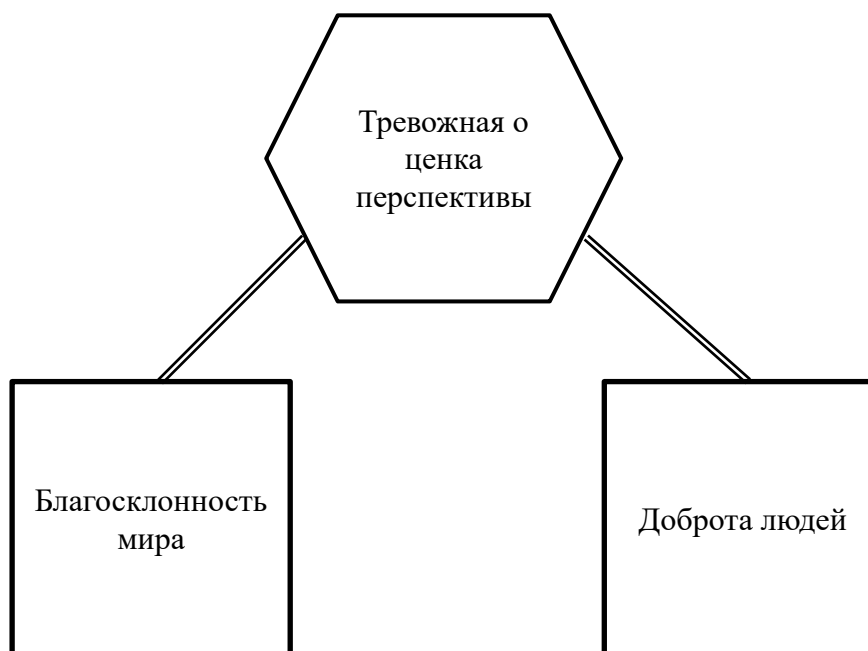


Анализ полученных результатов по данным диагностических методик пациентов после прохождения реабилитации

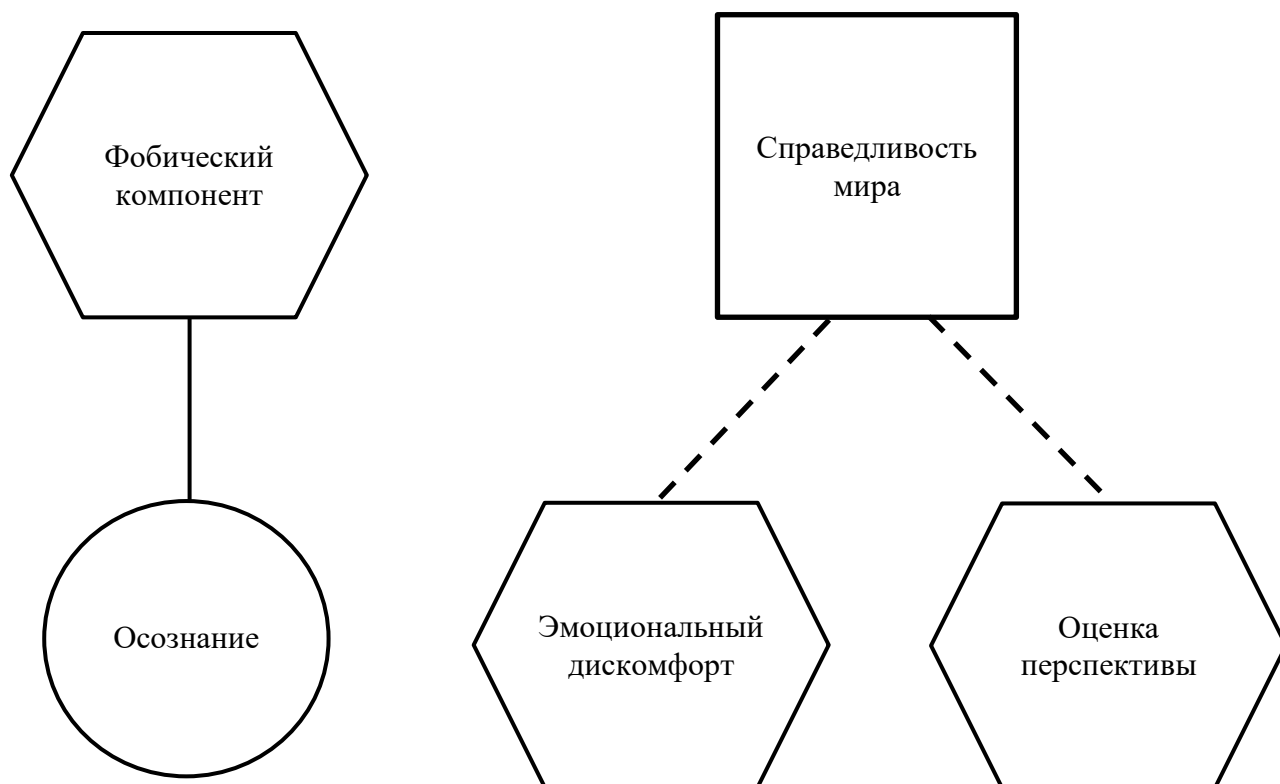




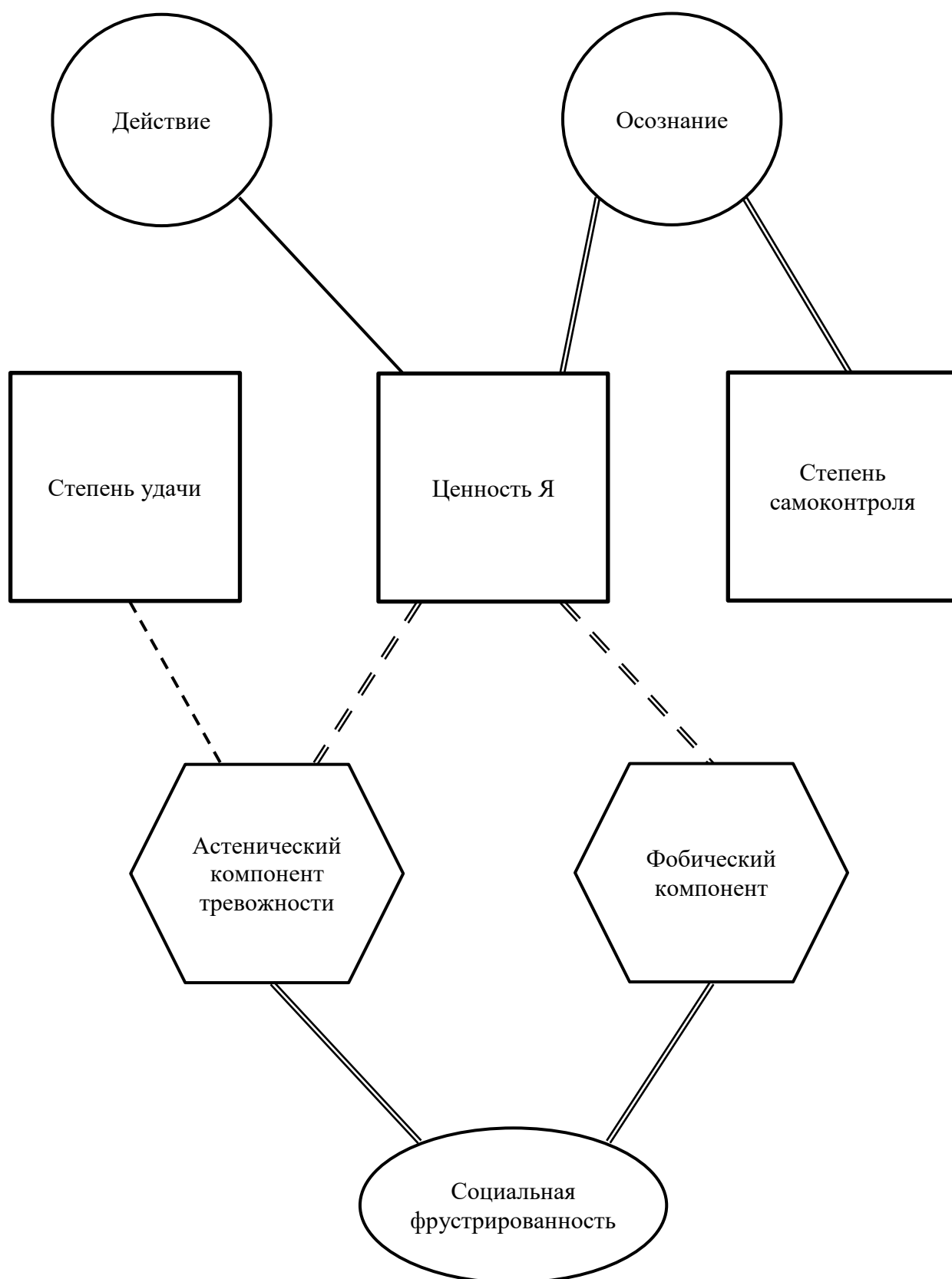
Корреляционная плеяда по данным диагностических методик в группе испытуемых на первых этапах реабилитации в дневном стационаре



Корреляционная плеяда по данным диагностических методик в группе испытуемых на первых этапах амбулаторной реабилитации



**Корреляционная плеяда по данным диагностических методик в
группе испытуемых после реабилитации в амбулатории**



Приложение 2

Клинико-психологическая анкета

1. ФИО _____
2. Возраст _____
3. Образование _____
4. Работает/учится, не работает/не учится) _____
5. Семейное положение, наличие детей _____
6. Стаж наркотизации _____
7. Что побудило обратиться в реабилитационный центр? _____
8. Срок ремиссии при поступлении в программу реабилитации _____
9. Бывали ли раньше ремиссии? _____
10. Что заставило возобновить прием наркотиков после ремиссии? _____
11. Отметьте характер ремиссий и их длительность: спонтанные _____, вынужденные (армия, тюрьма) _____, терапевтические _____
12. Бывали у Вас передозировки? Сколько раз? _____
13. Предпочтительный вид ПАВ _____
14. Как часто возникают всплески желаний принять наркотики? _____
15. Был ли судим (по какой статье)? _____
16. Наличие вредных привычек в семье _____
17. Бывают ли у Вас депрессии? _____ Если да, то как часто? _____
18. Ваши планы на будущее _____
19. На какой результат рассчитываете: полностью отказаться или сократить прием наркотиков _____
20. Считаете ли себя зависимы от наркотиков (если да, то с какого возраста)? _____