

Н.А. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский

**РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА
И НЕОАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ
НАРКОМАНИЕЙ**

Павлодар – 2005

ББК 51.1

Р76

Н.А. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский

Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. - Павлодар. – 2005. – 287 с.

ISBN 9965 – 612 – 53 – X

В книге отражены результаты исследования взаимосвязей между индивидуальным психическим здоровьем (качественным его уровнем – психологическим здоровьем) и превалентными рисками, клиническими проявлениями и терапевтической динамикой опийной наркомании. Описывается идентифицированный в ходе исследования феномен антинаркотической устойчивости (ФАНУ), который является совокупностью сочетания свойств психического/психологического здоровья, определяющих индивидуально-личностную толерантность к формированию и развитию зависимости от ПАВ.

Авторами предлагается оригинальная концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости позволяющая разрабатывать высокоэффективные модели первичной, вторичной и третичной профилактики опийной наркомании.

Так же описывается новая форма работы с больными опийной наркоманией – модель неоабилитации, эффективность которой убедительно подтверждена клиническим экспериментом.

Рецензенты: д.м.н., профессор Кудьярова Г.М.

д.м.н., профессор Назаров З.А.

ISBN 9965 – 612 – 53 – X

© РГКП “Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании”
Республика Казахстан, Павлодар, 2005

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	6
Психическое здоровье и наркомания, реалии современности: комплексная оценка.....	9
Эпидемиологический аспект проблемы.....	9
Патогенные факторы, способствующие развитию наркомании....	13
Психическое здоровье и проблема наркомании.....	22
“Психическое здоровье” и “психологическое здоровье” в контексте проблемы химической зависимости	26
История развития представлений о “психическом здоровье” и его современное понимание.....	26
Соотношение “психического здоровья” и “психологического здоровья” и проблема химической зависимости.....	35
Саногенные факторы, препятствующие развитию наркомании.....	48
Анализ основных профилактических подходов.....	48
Терапия наркологических заболеваний.....	51
Медикаментозная терапия наркозависимости.....	52
Психотерапия зависимости от ПАВ.....	54
Общая методология исследования.....	60
Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.....	70
Общие сведения.....	70
Структурно-функциональные уровни психического.....	71
Особенности формирования личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни психологического здоровья индивида.....	75
Базисные стратегии поведения.....	81
Основные принципы и технологии реформирования конфронтационной стратегии поведения в синергетическую.....	86

Общий алгоритм формирования психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.....	90
Неоабилитационный аспект концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.....	92
Превентивный аспект концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.....	94
Обобщение по теоретическому оформлению концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.....	97
Результаты обсервационных исследований.....	99
Результаты исследования репрезентативной выборки населения Республики Казахстан.....	99
Группа наркозависимых и группа внешнего контроля сопоставимого по полу, возрасту, образованию и этнической принадлежности.....	115
Выводы.....	136
Научно-организационные принципы неоабилитационной программы (клинический эксперимент).....	139
Прикладная теория неоабилитационной программы в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых.....	139
Практическая модель неоабилитационной программы в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых.....	150
Результаты клинического эксперимента.....	163
Клинический эксперимент “До-После”.....	163
Динамические характеристики подгрупп на момент окончания клинического эксперимента.....	174
Показатели динамики психотерапевтического процесса в подгруппах клинического эксперимента (объективная оценка).....	175
Динамика клинических психопатологических синдромов в исследуемых подгруппах клинического эксперимента.....	182
Клинико-динамический аспект больных опийной наркоманией с коморбидной психической патологией.....	188

Клинические особенности опийной наркомании у лиц с коморбидной психической патологией.....	189
Особенности динамики психотерапевтического процесса у больных опийной наркоманией с коморбидной психической патологией.....	190
Результаты клинического эксперимента. Психолого-динамический аспект.....	195
Динамика личностных характеристик и свойств психологического здоровья в исследуемых подгруппах клинического эксперимента на момент окончания терапии (субъективная оценка).....	195
Динамика характеристик самооценки ФАНУ в исследуемых подгруппах клинического эксперимента.....	199
Показатели свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в исследуемых подгруппах клинического эксперимента (объективная оценка).....	201
Результаты клинического эксперимента. Клинико-психолого-динамический аспект.....	219
Корреляционный регрессионный анализ частоты симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику.....	219
Корреляционный анализ состояния отмены (абстинентного синдрома) в отношении длительности его проявления.....	221
Результаты клинического эксперимента. Анализ длительности ремиссии и некоторых психосоциальных характеристик у пациентов – участников клинического эксперимента (спустя 12 месяцев после выписки из стационара).....	224
Длительность ремиссии.....	224
Ресоциализация (объективная оценка).....	225
Личностная регенерация (субъективная оценка).....	226
Оценка качества жизни по данным опросника SF-36.....	228
Выводы.....	230
Заключение.....	232
Выводы.....	243
Список использованной литературы.....	247

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы: Общим знаменателем сложных личностно-социальных проблем, с которыми мировое сообщество вступило в третье тысячелетие является проблема индивидуального и социального психического здоровья (Дмитриева Т.Б., Вострокнутов Н.В., Дудко Т.Н. и др., 2002). Данная проблема имеет два актуальных аспекта: *клинико-эпидемиологический*, связанный с неконтролируемым ростом заболеваемости, болезненности психических заболеваний и связанных с ними эмоционально-поведенческих расстройств и соответствующих с этим экономических потерь; *социальный*, обусловленный снижением качества психического здоровья с сопутствующими артефактами кризисного социального развития (Иванец Н.Н., 2002, Катков А.Л., 2002-2003, Сидоров П.И., 2004).

Несостоятельность личности и социума в главной своей, самоорганизующей функции проявляется в следующих знаках современной реальности как: очевидное расслоение значительной части населения планеты по уровню и качеству жизни; перманентный социальный (включая экономический, идеологический и политический) кризис во многих густонаселенных районах мира; рост преступности, включая распространение мирового терроризма; изобилие локальных политических и вооруженных конфликтов; эпидемия наркомании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа; резкое ухудшение экологической ситуации.

В условиях, когда степень агрессивности и нестабильности информационной среды постоянно возрастает, а базисные, адаптационные свойства личности и социума, напротив, ухудшаются, данное качество – способность к самоорганизации – выступает основополагающей характеристикой здоровья (Катков А.Л., 1998, 2002). Крайне острой проблемой современности является стремительный рост пограничных нервно-психических расстройств (Александровский Ю.А. 1985, 1997, Семичов С.Б., 1987, Семке В. Я., Положий Б.С., 1990, Семке В.Я., Аксенов М.М., 1996, Чуркин А.А. и соавт., 1998, Аксенов М.М. и соавт., 2001), психодезадаптационных состояний (Острецов О.В., 1995, Семке В.Я., 2000-2003, Россинский Ю.А., 2001), аддиктивного поведения (Бохан Н.А., Мандель А.И., 2000, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000, Мандель А.И., Бохан Н.А., 2002, 2003, Четвериков Д.В., 2002, Нургазина и соавт., 2003), аффективных (депрессивных) нарушений (Корнетов Н.А. 1998-2003) суицидального поведения (Корнетов Ал.Н., 1998-2000). Некоторые яркие сравнения четко характеризуют актуальность проблемы, связанной с вышеуказанными расстройствами: низкая адаптационная способность невротической личности в

современных условиях определяет ее как своеобразный “барометр нашего времени” (Семке В.Я. 2001), а рост депрессивных расстройств как “неинфекционную эпидемию XXI века” (Семке В.Я., Корнетов Н.А., 2003).

Другой важной проблемой, связанной с качеством индивидуального и социального психического здоровья, является проблема формирования и развития зависимости человека от психоактивных веществ – ПАВ (Валентик Ю.В., 2001, Кошкина Е.А., 2004) рост наркомании (Иванец Н.Н., 2001, Кошкина Е.А., 2001, Алтынбеков С.А., 2003) являющийся в настоящее время “одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира” (Генайло С.П., 1995, Дресвянников В.Л., 1998, Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000, Погосов А.В., 2003). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологических заболеваний у детей и подростков (Сирота Н.А. с соавт., 2001, Алтынбеков С.А., 2002, 2003, Каражанова А.С., 2003, Цыганков Б.Д., Барыльник Ю.Б., 2003, Селедцов А.М., 2004). Проблема наркомании в последние годы достигнув глобальных масштабов, обрела многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты. По данным ВОЗ, с начала 80-х годов масштабы проблемы распространения наркозависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза, а в некоторых регионах зависимость от ПАВ приняла характер эпидемии (WHO, 1992).

Таким образом, низкой способностью к самоорганизации и неудовлетворительной адаптацией личности к быстроизменяющимся условиям внешней, часто агрессивной среды, можно объяснить отмечаемый рост вышеуказанных заболеваний, и связанной с этим острой социальной проблемой современного общества.

Способность личности к самоорганизации А.Л. Катков (2001, 2003) определяет как качественный уровень психического здоровья, выделяя ее в отдельную категорию – психологическое здоровье. Разделение категорий психического и психологического здоровья позволяют дифференцированно подходить к вопросам охраны и развития здоровья человека. Развитие психологического здоровья позволит личности быть более устойчивой в агрессивной быстро меняющейся среде. Только развитие качественно новых психологических свойств (ранее не развитых в достаточной степени) позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной: “В настоящее время речь уже не может идти только об охране психического здоровья, современная ситуация диктует необходимость формирования и развития психического и психологического здоровья” (Катков А.Л., 1998). В.Я. Семке (2001) так же отмечает идею разработки новейших методов и

способов формирования здоровой, гармоничной личности. О развитии психологического здоровья отмечают и другие авторы (Adkins M.A. с соавт. 1999, Silver M., 1999, Parker M.W., et al. 2001, Ricketts J., 2002).

Таким образом, основной способ повышения уровня индивидуально-го и социального здоровья в постиндустриальную, информационную эпоху заключается в *развитии* самоорганизующих способностей человека (психологического здоровья), а не только *охране* его биологического статуса (Катков А.Л., 2002, 2003, Россинский Ю.А., 2002, 2003). Данная концепция позволяет разработать реальные стратегии сквозной модели превенции зависимости от ПАВ являющиеся методом эффективной блокады социально-опасных тенденций распространения наркозависимости.

Вышесказанное говорит об актуальности обсуждаемой проблемы.

Основной целью работы было исследование взаимосвязей между психическим здоровьем и наркоманией на основе эпидемиологического исследования (репрезентативная выборка из общего населения РК), клинко-динамического (терапевтического) анализа с определением этиопатогенетических предпосылок и принципов ранней превенции и неоабилитации данного заболевания (репрезентативная выборка больных наркоманией). В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи.

Основные задачи исследования

1. Исследование распространенности наркозависимости среди общего населения Республики Казахстан и этио-патогенетических аспектов, коррелирующих с болезненностью наркомании.
2. Исследование взаимосвязи превалентных рисков и клинко-динамических аспектов наркомании со свойствами психического / психологического здоровья – антинаркотической устойчивостью на примере репрезентативных выборок из общего населения Республики Казахстан и больных опиоидной наркоманией.
3. Разработка концепции психологического здоровья (качества психического здоровья) – антинаркотической устойчивости и модели сквозной превенции наркозависимости .
4. Разработка терапевтической модели неоабилитации в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН) и ее экспериментальная апробация.
5. Сравнительный анализ клинических проявлений, терапевтической динамики наркомании и ее ремиссии по результатам клинического эксперимента.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И НАРКОМАНИЯ, РЕАЛИИ СОВРЕМЕННОСТИ: КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Эпидемиологический аспект проблемы наркомании

Масштабы и основные тенденции распространения зависимости от ПАВ в мире

Употребление наркотиков человечеством с мистическими и сакральными целями имеет многовековую историю (Максимова Н.Ю., 2000, Шпаков А.О., 2000, Schnoll S.H., Daghestani A.N., 1986). В то время как период, связанный с переходом к массовому применению для изменения психического состояния (через этап лекарственного использования) совершился очень быстро (Керфут Б.П. и соавт., 2000, Лит Ю. и соавт., 2000, Лоскен А. И соавт., 2000, Хёрш Д. и соавт., 2000, Stenbacka M. et. al., 1993, Warner E.A., 1993). Уже первая четверть XX века поставила вопрос о связи употребления наркотика с уголовными преступлениями (Ларин Н.С., 1983, Матузок, Э.Г., 1993, Кошкина Е.А., 2001), в связи с осознанием тяжести последствий данного явления (Пелипас В.Е., Мирошниченко А.Д., 1992, Иванец и соавт., 1997, Козлов А.А., 2002) и его стоимости для общества (Gerstein D., Harwood H., 1990, Rice D.P. et. al., 1991, Collins D.J., Lapsley H.M., 1996).

На современном этапе проблема наркозависимости достигла глобальных масштабов и имеет многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты (Габбани А.А., 1987, 1990; Бабаян Э.А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г.Г., 1993; Врублевский А.Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И.Н., 1994, 1995; Корчагина Г.А., Никифоров И.А., 1994; Боголюбова Т.А., 1995; Рохлина М.Л. и соавт., 2001; Gossop M., 1984; Grant B.F., 1995; Kendler K. et.al., 1997).

Особенностью зависимости от ПАВ в наше время является изменение основных мотивов потребления наркотиков и динамика процесса (Иванец Н.Н. и соавт., 1997-2000). Общим мотивом для всех поражаемых групп стал изменение настроения (поиск эйфории) и сознания (уход от реальности). Именно это является главным в процессе приобщения к потреблению наркотиков (Курек Н.С., 1996). С 60-х годов резко изменились причины и динамика наркотизации в обществе. Происходит своеобразная смена “эпидемий” – переход от традиционного потребления к, так называемой, молодежной культуре потребления (Романова О.Л., 1993, Романова О.Л., Швецова О.В., 1993). В 60-70-е годы вместо волнообразности

процесса, связанного с политическими молодежными движениями, такими как хиппи и др., наблюдается рост потребления наркотиков вне связи с “модой” и политикой (Коэн Г., и соавт., 2000, Lowinson J., Ruiz P., 1992). На основании проведенного анализа И.Н. Пятницкая (1995) делает основной вывод: “Тенденции наркотизма настолько серьезны и угрожающи обществу, что это явление требует к себе не просто внимания, но чрезвычайных социальных мер” (Пятницкая Н.И., 1995). Эту мысль разделяют М.Г. Цетлин и В.Е. Пелипас, заявляя, что наркомания стала “одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира” (Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000).

В начале 80-х годов ООН была сделана попытка оценить число наркоманов в мире по данным, полученным из 146 стран (Hughes P.H., 1983). Анализ показал, что около 1% населения в мире было причастно к злоупотреблению наркотиками. При этом 84,3% от общего числа наркопотребителей в мире приходилось на США, на Европу – 1,6%, на страны Юго-Восточной Азии – 8,3%, Восточного Средиземноморья – 2,4%, Африки – 1,7% (ООН, 1987, 1990; Рексед Б. и соавт., 1987; Hughes P.H., 1983).

Впервые о наркомании, как о серьезной и медицинской проблеме было заявлено в конце 50-х годов в США, после того как К. Laemmel (1961) отметил резкое увеличение числа наркоманов в стране вообще и среди подростков в частности. По его данным в США в тот период подростки составляли до 45% пациентов наркологических клиник (Laemmel K., 1961).

По различным данным 80-х – 90-х годов число наркоманов в США в этот период составляло от 30 до 50 млн. человек (Hughes P.H., 1983; MacDonald D.L., 1986; Miller N., 1990). Довольно показательным в этом смысле исследование N.Miller (1990), которое обнаружило, что у трети людей, подвергшихся тестированию на наркотики при трудоустройстве, обнаружены положительные результаты, а также тот факт, что среди больных алкоголизмом в возрасте до 30 лет, в добавление к алкоголю 80% употребляют наркотики (Miller N., 1990, Desland M.L., Batey R.G., 1992).

В Европу наркотики пришли относительно позже, чем в другие страны, и последствия этого процесса здесь оказались особенно тяжелыми (Кошкина Е.А., 2002). В странах Юго-Восточной Азии и Индокитая уровень распространенности наркозависимости достиг высокого предела, особенно среди молодежи и маргинальных групп населения (Colbach E.M., Grove R.E., 1970; Westermeyer J., 1988). Подобная картина в Австралии (Hartland N., McDonald D. et. al., 1992), Египте (Soulif M. et. al., 1986). В африканских странах, где наркомания стала распространяться сравнитель-

но недавно, так же отмечается рост злоупотребления психоактивными веществами (Asuni A., Pela A., 1986).

Обнаруживаются общие черты “портретного сходства” наркозависимых в странах Европы, Африки и Америки – это молодой мужчина, житель города, холостой, малообразованный, рабочий низкой квалификации, безработный или не имеющий постоянной работы человек (Ryan T.M. et. al., 1988).

Эпидемиологические исследования в различных странах мира показали, что распространение наркоманий происходит, прежде всего, за счет лиц подростково-юношеского возраста (Baselga E., 1972; Fejer D., Smart R.G., 1973; Bernstein K., 1982; Kandel D.B., 1983; Bachman J.G. et. al., 1991; Bush P.J., Iannotti R.J., 1992, Jensen B.B., 1993). По данным D. McDonald (1986) в США 40-50% всех злоупотребляющих наркотическими средствами пациентов впервые употребили наркотик за 3 года до окончания средней школы.

Масштабы и основные тенденции распространения зависимости от ПАВ в СНГ (России и Центрально-Азиатском регионе)

Большинство проявлений злоупотребления и торговли наркотиками достаточно успешно пресекалось в бывшем Советском Союзе, особенно в первые десятилетия коммунистического правления. Традиционное употребление гашиша и опиума оставалось только в Средней Азии и Дальнем Востоке. С конца 70-х годов стал заметен рост незаконного использования наркотиков среди неформальной молодежи, в большей степени в европейских областях. В последующие десятилетия в орбиту наркотизма вовлекался все больший спектр населения (Россинский Ю.А., 2001, Алтынбеков, С.А., 2003).

Изменения наркоситуации в рассматриваемом регионе начиная с 1990 г. были драматическими. Многие страны СНГ (главным образом, Таджикистан, Кыргызстан, Казахстан, Россия) стали главным маршрутом для торговли героином. К концу десятилетия общее число только зарегистрированных наркопотребителей в некоторых странах Центрально-Азиатского региона, значительно возросло, по некоторым данным на 400% (Асанов Т.К., 2004, Мустафин О.С., 2004. Онищенко А.А., 2004).

Быстрое расширение злоупотребления наркотиками в СНГ было связано с тревожными тенденциями: 1) устойчивое увеличение использования героина и других “тяжелых” наркотиков; 2) внутривенного способа введения наркотиков, распространение ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов; 3) резкое снижение возраста вовлекаемых в наркозависимость (подростки, дети) (ООН, 2000).

За истекшее десятилетие в России число наркозависимых состоящих на учете увеличилось за 10 лет (1991-2000 г.г.) почти в 9 раз и составило в 2000 г. 269 093 человека или 185,8 на 100 тыс. населения (в 1991 г. – 21,2 на 100 тыс. населения). Так же произошло и утяжеление контингента потребляющих наркотики (Кошкина Е.А., 2002).

Вызывает особую тревогу рост наркомании среди школьников, прежде в крупных городах. Согласно данным П.Д. Шабанова (2002) наркотические вещества пробовали и/или употребляют в Санкт-Петербурге до 30% школьников, свыше 50% учащихся ПТУ, свыше 50% учащихся техникумов, около 50% учащихся ВУЗов (Шабанов П.Д., 2002). Все более доступными для молодежи становятся “тяжелые” наркотики (Наркомания в России. Аналитический доклад, 1998).

В тоже время общая тенденция к обретению процессом распространения наркозависимости среди населения РФ, особенно подростков и молодежи, характера эпидемиологического, сохраняется и в отдельных регионах Российской Федерации, и в стране в целом (Гусев С., 1988; Казанцев И.И. и соавт., 1991; Колесников В.В., Койкова И.А., 1992; Гречаная Т.Б. и соавт., 1993; Егоров В.Ф. и соавт., 1995; Кошкина Е.А., 1996; Волгина Т.Л. и соавт., 1997; Ложбанидзе А.Б., 2001). Некоторые эксперты в пределах и вне Правительственной оценки отмечают, что общее число наркопотребителей в Российской Федерации в 2002 г. составляет 2,5-3-х миллионов человек (ООН, 2002 г.; Наркомания в России. Аналитический доклад, 2000).

Уровень распространения зависимости от психоактивных веществ в Казахстане и Центрально-Азиатских странах, в сравнении с показателями других стран мира, очень высок (Алтынбеков С.А., 2001-2003, Кумпл Ф., Франке С., 2002). Этому способствует комплекс специфических геополитических, географических социально-экологических и психологических факторов последних десятилетий (Бейсенов М.С., 2001), а так же общих факторов, определяющих развитие наркоситуации в мире (Алимханов Ж.А., 2001). Количество вновь выявленных лиц, употребляющих наркотики за последние 10 лет (показатель первичной заболеваемости) выросло в 20 раз, обнаруживая стабильную тенденцию к росту (Кумпл Ф., Франке С., 2002). По данным официальной статистики Министерства здравоохранения Республики Казахстан, состоящих на учете с диагнозом наркомании в 2001 составляли 45 тысяч. По данным нашего исследования эта цифра значительно превышает официальные данные и составляет 254 тысячи, т.е. 1,7% общего населения (Многоуровневое... 2001).

Патогенные факторы, способствующие развитию наркомании

Среди изучаемых факторов риска в отношении формирования и развития зависимости от психоактивных веществ обсуждаются: биологические/ генетические факторы, определяющие онтогенез (Москаленко В.Д., Ванюков М.М., 1988, Ремшмидт Х., 1994, Анохина И.П., 2000, Анохина И.П., Москаленко В.Д., 2002, Мандель А.И., Бохан Н.А., 2003, Koob G.B., Bloom F.E., 1988), личностно-средовые факторы (Белокрылов И.В., Даренский И.Д., 2002), психические/психологические (Мандель А.И., 1992, Катков А.Л., 2001-2004, Россинский Ю.А., 2002-2004, Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В., 2002, Четвериков Д.В., 2002, Johnson R.J., Kaplan H.B., 1991, Davies J., Coggans N., 1991), социальные факторы (Фридман Л.С. и соавт., 2000, Флеминг Н.Ф. и соавт., 2000), семейные (Москаленко В.Д., 2002), этнокультуральные (Танг В.В.Х., Бигби Дж.-Э., 2000, Семке В.Я. и соавт., 2001, Bachman J.G. et. Al., 1989, Trimble J. E., Boiek C. S., 1992), экологические факторы (Семке В.Я. и соавт., 2001).

Наследственная предрасположенность

О наследственной предрасположенности к развитию психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий говорят целый ряд исследователей (Полищук И.А., Булахова Л.А., 1981, Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф., 1983, Личко А.Е., 1985, Пятницкая И.Н., 1988, Личко А.Е., Битенский В.С., 1991, Носов Г.Н., 1991, Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994, Шмидт Р., 1999, Кискер К.П. и соавт., 1999). Еще в начале двадцатого столетия М.Я. Серейский (1925) предложил разделить наркоманию на два вида – “генуинную” и “симптоматическую”, считая, что в развитии “генуинной” наркомании, основным фактором является наследственность (Серейский М.Я., 1925).

И.П. Анохина и В.Д. Москаленко (2002) предлагают 12 маркеров для диагностики индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ, первым из которых является: наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманией (Анохина И.П., Москаленко В.Д., 2002). Эти же авторы в обзоре исследований, посвященных вопросам генетики алкоголизма и наркоманий ссылаются на близнецовые исследования в отношении употребления и злоупотребления как разрешенных (табак, кофеин), так и запрещенных (опиатов, стимуляторов, галлюциногенов), проведенные авторами M. Van den Bree et al. (1997), K.S. Kendler, C.A. Prescott (1999), H.H. Maes et al. (1999). Результаты данных исследований показали, что дети, рожденные биологическими родителями, больными алкоголизмом, и воспитанные другими родителями, имеют повышенный риск алкоголизма по сравнению с приемными детьми, рожденным не больным алкоголизмом родителем. Относительный риск забо-

леваемости алкоголизмом у выросшего в приемной трезвой семье сына алкоголика в сравнении с сыном здоровых родителей выше от 1,3 раза до 32 раз, по мнению разных авторов (Cadoret R.J., Gath A., 1978, Cadoret R.J. et al. 1981, Goodwin D., 1985, 1988).

На основании изучения особенностей функционирования катехоламинаминовой системы у потребителей психоактивных веществ, И.П. Анохина и Ю.Л. Арзуманов (1999) сделали заключение о возможных маркерах наследственной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ. Ими являются: высокий уровень эмоциональной нестабильности и напряженности, выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария, изменение кругооборота нейромедиаторов катехоламинаминовой природы (Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., 1999).

В.Д. Москаленко (1991) в обзорной информации, посвященной способам распознавания и устранения факторов риска развития алкоголизма у детей, поднимает вопрос: “Является ли алкоголизм родителей фактором риска наркомании у детей?” (цит. по: Каражанова А.С., Денисова Е.В., 2003). Ряд данных позволяет ответить на этот вопрос утвердительно (Макаров В.В., 1992, Михлин В.М., Дюбин В.А., 1989, Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д., 1991, Москаленко В.Д., Рожнова Г.М., 1997, Ковецкий С.Н и соавт., 1995, Кругликов Р.И., Майзелис М.Я., 1987, Иванова Н.В. и соавт., 1993, Москаленко В.Д., Шевцов А.В., 2001). Изучение генеалогий пробандов, больных наркоманиями, выявляют стойкую семейную отягощенность алкоголизмом: в ряде исследований были получены данные, что в среднем алкоголизм поражает не менее 25% отцов и братьев больных алкоголизмом, так же была обнаружена высокая частота алкоголизма среди сибсов (цит. по: Анохина И.П., Москаленко В.Д., 2002). W. Maier (1995) пришел к мнению, что распространенность алкоголизма в мужской популяции превышает по меньшей мере в 5 раз. Ряд ученых (цит. по: Анохина И.П., Москаленко В.Д., 2002) обнаружили, что частоты алкоголизма во всех группах родственников больных алкоголизмом превосходят частоты алкоголизма у родственников больных психическими заболеваниями по меньшей мере в 3 раза и в 5 раз превосходят частоты алкоголизма у родственников больных соматическими заболеваниями (Сороки-на Т.Т., 1987, Москаленко В.Д., Ванюков М.М., 1988, Cotton N.S., 1979). Maddux J.F., Desmond D.P. (1989), в своих исследованиях отметили превышение распространенности опийной наркомании в семьях больных наркоманией в сравнении с показателями общей популяции.

Н.А. Сирота (1990) наряду с такими факторами как пренатальная, перинатальная, постнатальная патология и фактора нарушенного онтогенеза,

так же выделяет фактор наследственной отягощенности (Сирота Н.А., 1990). А.В. Утин и С.А. Утин (1989) провели анализ заболеваемости потомства лиц, употреблявших гашиш. Анализ полученных данных свидетельствовал о значительном (в 1,5-5 раз), статистически значимом повышении частоты алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в потомстве больных наркологическими заболеваниями. При исследовании больных первитин-эфедроновой наркоманией М.Л. Рохлина и В.В. Новак (1994) выявили у них в 1/3 случаев наследственную отягощенность, преимущественно алкоголизмом (17,6%).

Н.А. Бохан (2002) исследовал коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях, в частности влияние наличия преморбидно тревожного склада личности на возрастные сроки формирования алкоголизма. Е.В. Батурич, Н.В. Паленая (2002) исследовали гендер-зависимые особенности наследственно-мотивационного фона у подростков с героиновой наркоманией, в частности степень наследственной отягощенности и глубину мотивации, где выявили большую степень превалентных рисков развития наркомании у лиц мужского пола (Батурич Е.В., Паленая Н.В., 2002).

Ряд авторов исследовали такой фактор как употребление ПАВ матерью во время беременности. При этом дети рождаются с уже развитым синдромом зависимости (Колушева Г.В., 1990, Тимошенко Л.В. и соавт., 1999). М. Granier-Doyeux (1973) также отмечал, что в этиологии наркомании играет роль врожденное предрасположение, в том числе связанное с приемом наркотиков матерью во время беременности.

Таким образом, на современном уровне научных знаний факт генетической предрасположенности к развитию наркомании, занимает одно из основных мест в ряду патогенных факторов развития данного заболевания.

Онтогенетические факторы риска

Существует определенная взаимосвязь генетической предрасположенности и критических фаз онтогенеза индивидуума в плане формирования и развития наркомании. Так, например, по мнению Th. Ziehen (1905), “период полового созревания является тем утесом, о который разбиваются именно те, кто имеет тяжелую наследственность” (цит. по Гурьевой В.А. и Семке В.Я. 1994). Однако сама по себе периодизация развития в детском возрасте может определять проблемы стадийности онтогенеза и дизонтогенеза (Буторина Н.Е., Буторин Г.Г., 2001). Фактор возраста, нередко выступая в качестве ведущей причины отклонения в поведении, в большинстве случаев является той благодатной почвой, на которую действуют множество других факторов (Илешева Р.Г., 1990, Гурьева В.А. и соавт., 1994).

Пожалуй, одной из самых важных критических фаз онтогенеза, в плане развития отклоняющегося поведения, в том числе наркомании является подростковый возраст (Гурьева В.А., 1971, 1976, Личко А.Е., 1985, Буторина Н.Е., 1987, Ремшмидт Х., 1994, Бюлер Ш., 1997, Кле М., 1997, Надеждин А.В., 1995, 1999), в частности особенности его протекания, которые квалифицируются, как “патологическое” или “аномальное” течение пубертата (Гурьева В.А. и соавт., 1994, Буторина Н.Е. Полецкий В.М., 1998, Дозорцева Е.Г., 2000, Masterson J.F., 1977) с критическими осложнениями (Bilikiewicz T., 1973, Haslam M.T., 1975, Ladame F., 1984). Заслуживает внимания концепция, сформулированная Сухаревой Г.Е. (1959), согласно которой критический характер развития в период пубертата объясняется незаконченностью в развития разных органов и систем, интенсивностью и неравномерностью созревания, а также повышенной реактивностью, обуславливающей чрезвычайную чувствительность к психотравмированию (Сухарева Г.Е., 1959). Психическая незрелость и гормональная перестройка организма, как фактор наркотизации детей среднего и старшего подросткового возраста указывается в работах И.Н. Пятницкой (1988, 2002). Э.А. Бабаян и М.Х. Гонопольский (1990) придерживаются обратного мнения, считая, что причинами нарушения онтогенетического развития (дизонтогенеза) могут стать такие “причины как интоксикации, например, отравление алкоголем, никотином и т.п.” (Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х., 1990).

По мнению Н.W. Lownau (1960, 1982) и R. Werner (1979), показателем типичности критического протекания пубертатного криза является частота поведенческих нарушений в этом возрасте. Трудности разграничения нормального и патологического созревания, по К.С. Лебединской (1969), связаны с тем, что пубертат, как правило, оформляется как кризисное состояние.

Эрик Эриксон (1963, 1968) в своей теории психосоциального развития личности отмечает, что употребление алкоголя и наркотиков может временно ослаблять эмоциональный стресс, сопровождающий кризис идентичности. Конфликтуя с родителями, вступая в хрупкие и ненадежные отношения со сверстниками, несовершеннолетние могут относиться к наркотикам как к средству, помогающему немедленно выйти за пределы себя (Erikson E.N., 1968). И.А. Агеева (1990), исследуя личностные особенности алкоголизирующихся девочек-подростков отмечает, что незаконченность в развитии основных систем организма, незавершенность биологического и психологического гомеостаза, неравномерность созревания и скачок в становлении гормонального профиля, характерных для пубертатного криза, определяют хрупкость нервной системы подростка и высокий уровень реактивности, тенденции образования в эмоциональной

сфере отрицательно окрашенных доминантных очагов и пр. (Лебединская К.С. и соавт., 1982, Агеева А.И., 1990). Н.С. Курек (1991) установила, что готовность к наркотизации у детей и подростков обусловлена, прежде всего, особенностями их эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью и т.д. Учитывая все три компонента эмоций – когнитивный, экспрессивный, субъективный, автор рассматривает эмоциональные расстройства у наркоманов как интегративные индикаторы различных форм социального неблагополучия и дезадаптации (Курек Н.С., 1991).

К дезадаптации и отклоняющему поведению, в том числе химической аддикции может привести и несоответствие биологического и психологического возраста не в плане инфантильности, а в плане акселерации (Сердюковская Г.Н., Гельница Г., 1985, Буянов М.И., 1986, Валивач М.Н. и соавт., 2000, Россинский Ю.А., 2001).

Исследуя роль возрастного фактора в динамике развития наркомании, Н.В. Оганесян (1987) установил, что вне зависимости от формы наркомании ранний возраст приобщения к наркотикам в плане патогенеза и прогноза заболевания играет двойную роль. С одной стороны, будучи результатом неблагоприятной комбинации предрасполагающих факторов (наследственная отягощенность, преморбидные личностные девиации, дефекты семейного и школьного воспитания, влияние асоциальной микросреды), он является фактором риска развития наркомании. С другой стороны, он выступает как патокинетически-патопластический фактор, определяющий, в целом, более прогрессивное течение заболевания и менее благоприятный, как в социальном, так и в клиническом плане, его прогноз (Оганесян Н.В., 1987).

Ю.П. Лисицин (1980), Г.И. Шурыгин (1981), В.В. Егоров (1983), А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая (1988), М. Schuchit (1985) подчеркивают, что чем более раннее приобщение к спиртным напиткам в подростковом возрасте даже без преморбидной патологической отягощенности, тем течение алкоголизма более злокачественно. Рядом авторов так же был рассмотрен синдром патологии влечений у детей и подростков во второй кризисный период – 7-9 лет, который сопровождался следующими нарушениями: уходы, побеги, склонность к бродяжничеству и воровству, агрессивность, повышение сексуальности и характеризовал данный контингент детей как группу риска в плане употребления ПАВ (Лусс Л.А., 1996, Морозова И.Г., 1996, Шоркуте А., 1999, Feldman R., 1979).

Таким образом, особенности стадийного развития, особенно критические фазы онтогенеза, могут выступать как совокупные, так и са-

мостоятельные факторы риска развития зависимости от ПАВ, в том числе наркомании.

Психические и психологические факторы риска

Изучение роли психологических факторов в формировании и развитии зависимости от ПАВ в современных условиях является весьма важной проблемой (Надеждин А.В. и соавт., 1998).

Психологические факторы, играющие существенную роль в формировании и развитии зависимости от ПАВ можно условно представить в виде следующего континуума: характерологические и личностные особенности личности, адаптационные свойства личности, психологические механизмы совладания с конфликтной или проблемной ситуацией – аллопсихическая адаптация (Березин Ф.Б., 1988) или активные копинг-стратегии (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2001) и интрапсихическая адаптация (Березин Ф.Б., 1988) или психологическая защита (Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000), психоадаптационные-психодезадаптационные состояния – ПАС-ПДАС (Семке В.Я., Аксенов М.М., 1996, Семке В.Я., 1999-2001), аддиктивное поведение (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000, Четвериков Д.М., 2002, Воеводин И.В., 2000, Бохан Н.А. и соавт., 2001, Мандель А.И., Бохан Н.А., 2003), особенности мотивации аддикции (Четвериков Д.М., 2002, Мандель А.И., 2003).

На взаимосвязи особенностей развития и клинических проявлений химических аддикций (алкоголизма, наркомании) с характерологическими и преморбидными особенностями личности указывают многие авторы (Гурьева В.А., 1971, Личко А.Е., 1985, Личко А.Е., Битенский В.С., 1991, Гурьева В.А. и соавт., 1994, Волгина Т.Л., 1997, Бурно М.Е., 2000, Пятницкая И.Н., 2002).

А.В. Надеждин (2002) в своей работе отмечает, что значительный удельный вес таких преморбидных особенностей личности, как психический инфантилизм, неустойчивые, астено-невротические, демонстративные черты характера, является важным предрасполагающим фактором развития наркомании в подростковом возрасте. Ю.Б. Тузикова (2001) подтверждает эти данные своими исследованиями: раньше других – в 11-12 лет начинали эксперименты с алкоголем подростки из подгрупп стеничных, истерических и неустойчивых личностей. Подростки с характерологическими особенностями астенического круга в подавляющем большинстве решались на эти пробы гораздо позже. М.Л. Рохлина (1981) отметила в преморбиде у большинства больных с осложненными формами опийной наркомании наличие личностных девиаций, которые в основном проявлялись повышенной возбудимостью, истероформностью либо патологи-

ческой конформностью. Г.Ф. Колотилин и В.И. Михайлов (1979) установили, что акцентуация характера может быть одним из важных факторов асоциального и антисоциального поведения подростков.

О психологических особенностях личности, которые могут быть обусловлены и детерминированы условиями личностного развития, социального влияния мы скажем ниже. Отметим только, что А.Н. Леонтьев (1975) подчеркивал, что личность выше, чем характер, в том плане, что личность, имеющая выраженную доминанту – мотив, контролирует и часто справляется с определенными характерологическими своими особенностями, такими как возбудимость, раздражительность и т.д., которые могут мешать в реализации жизненного мотива (Леонтьев А.Н., 1975). Мысль о психологическом уровне личности, не связанным с наличием психических расстройств и играющем большое значение в успешности жизненной адаптации отмечал Б.С. Братусь (1997), подчеркивая, то, что “разве не может быть психически здоровый человек ущербной личностью” (Братусь Б.С., 1997). В этом плане, многие авторы, изучая личностные психологические особенности, в том числе и в отношении превалентных рисков и рисков развития химической зависимости (алкоголизма, наркомании) уделяли большое внимание: психофизиологической и психической (психологической) адаптации (Вейн А.М., 1971, 1974, Александровский Ю.А., 1976, 1985, 1994, Вальдман А.В., Александровский Ю.А., 1987, Березин Ф.Б., 1988, Александровский Ю.А. и соавт., 1991); способам совладания с конфликтными и травмирующими ситуациями (Максимова Н.Ю., 2000, Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000, Сирота Н.А. с соавт., 2001); эмоциональным особенностям (Василук Ф.Е., 1994, Ильин Е.П., 2002), в частности социализации эмоций (Панин Л.Е., Соколов В.П., 1981, Изард К.Э., 1999); стилевой саморегуляции поведения (Конопкин О.А., Моросанова В.И., 1989, Моросанова В.И., Коноз Е.М., 2000), фрустрационной толерантности (Небылицын В.Д., 1976), антинаркотической устойчивости (Катков А.Л., 2001-2003, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002, Катков А.Л. и соавт., 2003, Россинский Ю.А., 2001-2003).

Таким образом, психические особенности индивидуума и психологические особенности личности могут являться факторами риска развития наркомании и других зависимостей от ПАВ.

Социальные факторы риска

Согласно модели экологических систем Ури Бронфенбреннера (1979), развитие человека – это динамический, идущий в двух направлениях реципрокный процесс. “Растущий индивидуум активно реструктурирует свою многоуровневую жизненную среду и в то же время сам испытывает

воздействие со стороны элементов этой среды и взаимосвязей между ними, а также со стороны более широкого окружения” (цит. по Крайг Г., 2000). Т.е., социальные факторы определяют особенности личностного развития в социальной культуре.

В этом отношении человека можно условно сравнить с суммой детерминантных производных различных культур: общечеловеческой культуры (“Я, человек планеты Земля”), национальной культуры (“Я сын или дочь своей нации”), религиозной культуры (“Я сын или дочь своей веры в своего Господа”), этнической культуры, где могут быть представлены различные аспекты вышеуказанных культур (“Я сын или дочь своей Родины”), семейно-клановой культуры (“Я сын или дочь своих родителей, своей семьи”), что в итоге определяет личностную культуру.

Несомненно, влияние культур определяет и детерминирует личностное развитие (Bronfenbrenner U., 1979), поведение (Чалдини Р., 1999, Зимбардо Ф., Ляйппе М., 2000), систему координат личностного мифа (Катков А.Л., 2001), жизненный сценарий (Берн Э., 1996, 2002), самооценку или Я-концепцию (Бернс Р., 1986), иерархическую структуру потребностей (Леонтьев А. Н., 1975, 2002, Maslow A.H., 1954), основных жизненных мотивов и мотиваций (Хекхаузен Х., 2003, Ильин Е.П., 2002), личностную установку (Майерс Д., 1999, Зимбардо Ф., Ляйппе М., 2000, Узнадзе Д.Н., 2002) восприятие определенных жизненных событий, как стрессоров (Космолинский Ф.П., 1976, Березин Ф.Б., 1988, Никитин В.Н., 2000, Райс Ф., 2000, Holmes T.H., Rahe R.H., 1967, Cofer Ch. N., Appley M.H., 1972 Chan K.B., 1977), уровень качества жизни (Семке В.Я., 2001), возможности личностной самоактуализации (Роджерс К., 2002, Маслоу А., 2002), т.е. определяют основную структуру личности (Ананьев Б.Г., 2002, Братусь Б.С., 2002, Мясищев В.Н., 2002, Рубинштейн С.Л., 2002, Юнг К., 2002, Фромм Э., 2002). Так же, несомненно, что влияние культур создает или не создает благоприятные условия для прохождения и полноценного завершения личностного развития (Хэвигхэрст Р., 2000, Выготский Л.С., 2002, Эриксон Э., 2002). Вышеуказанные культуры, детерминирующие личностное развитие выступают в виде сложных взаимодействий и взаимовлияний и в настоящее время получили свое самостоятельное направление: транскультуральная психотерапия (Пезешкиан Н., 1993, 1995, 1998) и транскультуральная наркология (Семке В.Я. с соавт., 2001).

Помимо культуральных влияний, одной из причин высокой распространенности употребления алкоголя и наркотиков среди подростков Голдобина О.А. и соавт., (2003) определяют легкую доступность данных веществ. Г.М. Энтин (1990) в своих исследованиях показал, что приобще-

нию несовершеннолетних к ПАВ и формированию зависимости способствует микросоциально-педагогическая запущенность. По мнению некоторых авторов, асоциальные формы отклоняющегося поведения в ряде случаев отмечались до начала злоупотребления ПАВ, но чаще бывают их следствием (Роттер М., 1987, Кондрашенко В.Т., 1988, Асанова Л.М., 1981). Ряд исследований был посвящен влиянию социальных факторов на частоту рецидива наркомании (Салтангазинова З.Б., Барматина Л.К., 2003).

Из основных социальных факторов, способствующих развитию наркоманий и токсикоманий у несовершеннолетних А.В. Надеждин с соавт. (1998) выделяет следующие: нестабильная экономическая ситуация, снижение жизненного уровня, снижение деловой активности, существенным уровнем безработицы, состояние “социальной депрессии”, отсутствие чувства личной перспективы и значимости (Надеждин А.В. и соавт., 1998). Г.В. Козловская (2002) выделяет другие социальные факторы способствующие развитию химической зависимости: разрушение или искажение общественного института материнства и семьи, а так же связанных с ними внутрисемейных систем – мать-дитя и отец-дитя, неготовности родителей к родительской роли, некомпетентности их в вопросах материнства и отцовства, неуверенность в жизненных позициях, материальные трудности, множественные макро- и микросоциальные стрессы (Козловская Г.В., 2002). Ю.В. Валентик (2002) среди факторов усугубляющих употребления ПАВ у несовершеннолетних отмечает разрыв или деформацию связей с их ближайшим позитивным социальным окружением. В.М. Волошин с соавт. (2002), оценивая состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России, отмечают зависимость формирования психических и поведенческих нарушений от социальных параметров, среды, роста, развития и воспитания ребенка.

Козинская Т.И., Байкенава Б.С. (2003), Голдобина О.А. и соавт., (2003) в проведенном социально-гигиеническом скрининге среди подростков отметили факт легкой возможности приобретения наркотиков и алкоголя в школе. Об употреблении ПАВ в школах отмечают Имангазинов С.Б. с соавт. (2003), Абдраимов С.Б. и соавт. (2004). Результаты исследования проведенного А.Б. Лобжанидзе (2001) показали, что лично пробовали наркотические вещества 3,1% учащихся восьмых-десятых классов и за последние пять лет их численность возросла на 2% (Лобжанидзе А.Б., 2001). По данным Е.А. Кошкиной, И.Д. Паронян (1993, 1999) в средних школах г. - Москвы число школьников, пробовавших наркотические и токсические вещества, возросло с 5,5% в 1987 г. до 16% в 1991 г. Среди учащихся СПТУ выявленная тенденция еще более выражена: если в 1987 году доля лиц,

попробовавших наркотические и токсические вещества, составляла 8,6%, то в 1992 году – 18,9%.

Сочетание отсутствия у молодежи реальных форм индивидуального самовыражения, сокращение позитивных форм досуга, излишняя коммерциализация досуговых и образовательных учреждений также являются предикторами наркотизма (Надеждин А.В. и соавт., 1998).

Некоторые авторы исследуют влияние информационного воздействия СМИ (Катков А.Л., 1998-2003, Зимбардо Ф., Ляйппе М., 2000), в частности рекламы, как фактора провоцирующего употребление ПАВ (алкоголь, табак) (Райс Ф., 2000). Так, например, О.Г. Юсопов (2002) в своей работе поднимает вопрос о рекламе наркотических веществ в СМИ, как о скрытой, так и о явной. При этом, автор отмечает, что сопровождающая рекламу информация (например: “Полная свобода...”, “Всегда первый...”, “Свежий взгляд на вещи...” и т.п.) прочно связывает в сознании детей и подростков табак и алкоголь с ценностями жизни – свобода, достижения, престиж, дружба. При этом обращается внимание на наличие этих связей, которые возможно обнаружить только с помощью психодиагностики, что делает их еще более опасными (Юсопов О.Г., 2002).

В.Е. Пелипас с соавт. (2001) обсуждая некоторые результаты наблюдений за участием печатных СМИ в профилактике наркоманий, констатируют факт большинства “некачественных” или некомпетентных в проанализированном ими материале. Кроме того, авторы отмечают, что то обилие публикаций и упоминаний о наркотиках “всуче” для молодого читателя служит “сигналом распространения этого явления в обществе, моды на наркотики, деформирует его представление о том, что “нормально, а что – устаревшие правила жизни” (Пелипас В.Е. и соавт., 2001).

Во многих работах, посвященных изучению вопроса о воздействии на развитие зависимости института семьи, отмечается ряд факторов, способствующих развитию нарко- и токсикоманий. К ним были отнесены: нарушение “семейной структуры”, неблагоприятные психологические отношения в семье, дефекты воспитания (безнадзорность и жестокое отношение к подростку в семье, противоречивое воспитание, в меньшей степени – доминирующая или потворствующая гиперпротекция) (Морозов Г.В., Боголепов Н.Н., 1984, Петрищев А.М., Мостовой С.М., 1981, Жмуров В.А, Огородников Т.Г., 1988, Битенский В.С. с соавт. 1989, Личко А.Е., Битенский В.С., 1991, Kaufman E., 1985).

Психическое здоровье и проблема наркомании

Если рассматривать наркозависимость в контексте психического здоровья и психического нездоровья личности, можно выделить следующие

основные группы: особенности употребления ПАВ лицами, страдающими психотическими формами психических расстройств (Измаилова Н.Т., Илешева Р.Г., 2003); психические и психотические расстройства вследствие употребления ПАВ (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1998, Аболонин А.Ф., 2001); особенности изменения личности в результате употребления ПАВ (Братусь В.С., Сидоров П.И., 1984, Братусь В.С., 1988) и особенности формирования и клинического проявления наркомании или иной зависимости у лиц, уже имеющих какую-либо психическую, неврологическую или соматическую т.е., коморбидную патологию (Бохан Н.А. с соавт., 2001, Бохан А.Н., 2002). Психические расстройства психотического уровня в свою очередь можно разделить на: психотические расстройства вследствие приема или употребления ПАВ (Аболонин А.Ф., 2001, Погосов А.В., Козырева А.В., 2001), и психотические расстройства возникшие в процессе лечения (Стрелец Н.В., 2000). Разные авторы отмечают следующие психические расстройства при употреблении ПАВ: аффективные нарушения (Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., 1990, Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001), преимущественно депрессивные расстройства (Рохлина М.Л., 1981, 1994, Рохлина М.Л., Новак В.В., 1995, Макаров В.В. и соавт., 2003, Толстикова А.Ю., 2003), делирии, (Стрелец Н.В., 2000), патологическое влечение к ПАВ (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002), тревожные расстройства и фобии (Толстикова А.Ю., 2003), психоорганический / псевдолобный синдром (Абакумов Е.Г., 2002, Звягин А.В., 2002, Валивач М.Н. и соавт., 2003). Изучение коморбидной патологии является крайне актуальной на сегодняшний день. Бохан Н.А. с соавт. (2001), исследовали коморбидность в контексте проблемы клинической гетерогенности аддиктивных состояний. Иваничко П.В., Бохан Н.А. (2001) особенности клинических проявлений алкоголизма у женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга. Многие авторы исследуют проблемы коморбидных состояний в контексте соматических расстройств: Польшковский А.А. (2000) занимался вопросами лечения и профилактики нарушений со стороны сердечно-сосудистых заболеваний при алкоголизме, Н.Б. Мусабалинова и Ж.А. Оспанова (2003) общей соматической патологии при алкоголизме.

Психотические расстройства, в виде острых эффектов употребления и передозировки описаны различными авторами, по основным группам ПАВ. Так, например, психотические расстройства при употреблении летучих органических соединений (ЛОС), в том числе закиси азота по наблюдениям Брукса Д.Т. и соавт., (2000), могут наблюдаться в виде помрачения сознания. Такие осложнения, как галлюцинации, судорожный синдром с нарушением сознания в результате употребления ЛОС – ингалян-

тов описаны R.A. Crider (1988), R.J. Flanagan et al., (1990), C.H. Linden (1990), L.S. Andrews, R. Snyder (1991), C.W. Sharp et al. (1992). Психотические нарушения в результате употребления стимуляторов описаны Ю. Лит и соавт. (2000), D. Smith (1979), F.N. Gawin (1988), P. Gross (1989), в виде эпилептического судорожного синдрома с нарушением сознания, делирия, нарушения мышления в виде параноидного бреда. Расстройства психической сферы в результате употребления галлюциногенов, в основном в виде расстройств сознания с нарушением ориентации в пространстве, времени и собственной личности, онейроидных нарушений, слуховых и зрительных галлюцинаций, аффективных расстройств, дисморфопсии, бредовых расстройств описаны Брендэл Д., с соавт. (2000), Q. Frederking (1955), J.B. Leikin et al. (1989), S.B. Karch (1993). Расстройства психической сферы в результате употребления опиатов аффективными расстройствами в виде возбуждения, дисфории, судорожного синдрома, расстройств сознания, компульсивными проявлениями описаны Д. Хёрш с соавт (2000), V.P. Dole, M.A. Nyswander (1965), W. Ling, D.R. Wesson (1990), J. Lowinson, P. Ruiz (1992). Нарушения психической сферы при употреблении кокаина в виде судорожных состояний, бредовых расстройств, тревожных и аффективных нарушений (эйфории, дисфории, депрессия), суицидального поведения описаны Б.П. Керфуттом и соавт. (2000), L.L. Cregler (1986), F.N. Gawin, E.H. Jr. Ellinwood (1988), M.S. Gold (1992), S.B. Karch (1993), R.D. Weiss et al. (1994).

Употребление ПАВ при психических заболеваниях психотического уровня исследовались в контексте особенностей клинической и социальной адаптации данного контингента (Сиденкова А.П., 2002). Изменения личности в результате употребления ПАВ отмечали Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М. (2003). С.М. Gliro с соавторами (1997), изучая психический статус молодых наркоманов, выявили высокую частоту пограничных нарушений личности. E.J. Khantzian, G. Treece (1985), B.J. Rounsaville et al. (1982, 1986), W. Hall с соавторами (1993) описали при героиновой зависимости психопатологические нарушения приблизительно в 61% случаев, проявляющимися депрессией, тревогой и антисоциальными формами поведения. Причем у женщин психопатологические расстройства были более выражены, чем у мужчин, особенно дисфорические состояния (Hall W. et al., 1993). Психические нарушения при злоупотреблении ПАВ отмечали (Regier D.A. et al., 1990; Kessler R.C. et al., 1994; Menezes P.R., 1996; Farrell M., 1998).

По данным В.С. Fogel с соавторами (1996) распространенность психических заболеваний среди пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, составляет 53,1%, что в 4,5 раза выше, чем у не злоупот-

ребляющими ПАВ. Распространенность алкоголизма среди лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, составляет 47,3%, что в 7,1 раза выше этого показателя в общей популяции. Совокупная распространенность психических заболеваний и алкогольных нарушений среди наркоманов составляет 71,6%, что в 6,5 раз выше по сравнению с общей популяцией (Fogel B.S. et al., 1996).

И.П. Михайличенко (1982) в своей работе также подчеркивает связь психических заболеваний с наркотизацией. По результатам его исследований у больных шизофренией и больных с психоорганическим синдромом наркотическая зависимость характеризуется более прогрессивным течением по сравнению с наркоманией, развившейся у психопатических личностей шизоидного типа (Михайличенко И.П., 1982).

Исследования, которые были проведены Национальным институтом наркомании США (Khantzian E.J., Treece G., Rounsaville B.J. et al., 1986; Woody G.E. et al., 1990), обнаружили у опийных наркоманов в 50-60% случаев депрессию, в 20-50% – “антисоциальное изменение личности”, в 20-50% – алкоголизм и в 10-20% – тревожное состояние. Другие расстройства, в основном, связанные с аффективной сферой, найдены в 2-10% случаев.

Nunes E.V. с соавторами (1994), Kokkevi A., Stefanis C. (1995) выявили, что у опийных наркоманов и полинаркоманов самыми стойкими психопатологическими расстройствами являются беспокойство, тревога, расстройства настроения. B.J. Rounsaville с соавторами (1986) изучали психические нарушения в группе пациентов, которые повторно поступали в стационар для лечения от злоупотребления наркотиками один раз в 6 месяцев в течение 6 лет. В группе больных, злоупотреблявших стимуляторами, значительно возросла частота шизофреноподобной симптоматики, особенно паранойяльных и маниакальных состояний (Rounsaville B.J. et al., 1986).

В последние десятилетия расстройства и особенности поведения у детей и подростков по-разному понимаются и классифицируются различными исследователями (Michaux L., 1953, Stutte H., 1960, Ушаков Г.К., 1973, 1978, Ковалев В.В., 1981, 1995). Из традиционно рассматриваемых в клинике подростковой и детской психиатрии специфических возрастных психопатологических синдромов (странных увлечений, метафизической интоксикации и гебоидного) чаще встречается лишь последний. По Т.П. Пантелеевой и соавт. (1986), при наркоманиях гебоидный синдром может служить как этиологическим фактором в отношении потребления ПАВ, так и следствием нарастающей токсической энцефалопатии и психогенного аномального развития личности наркомана. А.В. Надеждин (1998) считает, что если гипертрофированные черты психического инфантилизма со-

четаются с явлениями задержки психического развития или “амбулаторными” формами олигофрении, риск приобщения к систематической наркотизации значительно возрастает. Н.В. Вострокнутов (1989) установил, что токсикоманическое поведение в возрастной группе до 12 лет чаще всего формируется у больных олигофренией с аффективно-волевыми нарушениями. В возрастной группе 13-15 лет ведущую роль имели личностные девиации и личностно-психологические особенности, связанные с влиянием микросоциального окружения.

Ф.В. Кондратьев (1990) установил, что прогноз наркомании и токсикоманий более неблагоприятен у лиц молодого возраста с резидуальной церебрально-органической патологией, начавших употреблять токсикоманические и наркотические средства в период патологического пубертатного криза, а также у психопатических личностей с синдромом расстройства влечений.

“Психическое здоровье” и “психологическое здоровье” в контексте проблемы химической зависимости

История развития представлений о “психическом здоровье” и его современное понимание

Как одна из центральных, проблема “психического здоровья и болезни” активно изучалась в рамках психоанализа (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г.Юнг, К. Хорни, Э. Фромм, Э. Берн, Э. Эриксон). Представление о психически здоровом, благополучном человеке сформировалось в процессе изучения больных людей. При этом он характеризуется аналитиками уравновешенностью всех частей психики и их интегрированностью вокруг Эго, подконтрольностью ему. Здоровый человек умеет благополучно разрешать конфликты психосексуального и психосоциального характера, которые возникают в процессе кризисов естественного развития. Это происходит в процессе их осознания человеком, через преодоление психологических защит. В случае болезни конфликты, напротив, вытесняются в бессознательное, а защиты гипертрофируются. В процессе разрешения кризисов развития человек обретает внутреннюю идентичность, целостность. Поэтому он умеет творчески сублимировать фрустрированные потребности, тревогу, умеет любить, творить, может быть спонтанным и естественным. Здоровый человек характеризуется хорошей социальной адаптацией на фоне выраженного социального интереса, умением эффективно взаимодействовать с социумом, умением осознавать и выходить из бессознательных сценариев и игр, навязываемых ему окружаю-

щими или своими фрустрированными потребностями. Залогом психического здоровья является благополучное детство в любящей семье, внимательные спокойные принимающие родители, особенно мать. Таким образом, прошлое в рамках психоанализа предопределяет будущее.

Психическое здоровье с точки зрения телесно-ориентированного подхода (В. Райх) выражается в свободном течении энергии по организму, благодаря отсутствию мышечных зажимов, “панциря”; в соматическом здоровье, так как психика и сома для него неразрывно связаны; в свободе самовыражения.

Гештальт-терапия (Ф. Перлз) подчеркивает такое свойство психически здорового человека как целостность, интегрированность и, в силу этого, способность “к внутренней саморегуляции без опоры на среду”. Психически здоровый человек легко формирует и завершает гештальты. При этом он не стремится к росту и развитию, а становится зрелым через повышение осознанности восприятия внешнего и внутреннего мира (“жизнь в настоящем”), преодоление стереотипов поведения и внутренних защит.

Бихевиоральный подход Б. Скиннер, А. Бандура, Д. Роттер, Д. Келли особое внимание уделяет нормальному и нездоровому поведению и путям его формирования (Хекхаузен Х., 1986, Хьелл Л., 1998). Нездоровое поведение – это или отсутствие навыков эффективного взаимодействия или ошибочные схемы поведения. Как правило, оно возникает благодаря социуму, особенно семье, через неэффективное подкрепление (например, наказание). Кроме того, человек способен обучаться адаптивному или дезадаптивному реагированию путем наблюдения за другими людьми и путем саморегуляции через самоподкрепление. Для развития адаптивного поведения важно осознавать свою способность реагировать эффективно в разных ситуациях. Степень этого осознания влияет на формирование мотивации успеха или неудачи и проявляется в уровне притязаний личности.

Также бихевиористы предполагают, что поведение определяется не прошлыми проблемами, не настоящими восприятиями, а ожиданиями от будущего. Ожидание подкрепления во многом зависит от ценности потребности и свободы путей ее реализации. Высокая ценность потребности при низкой свободе ее реализации формирует неврозы и другие психические заболевания, а адаптивное поведение управляется реально достижимыми целями. Здоровый человек склонен считать себя ответственным за происходящие события, имеет интернальный локус контроля. Кроме того, он располагает, широкой, открытой, гибкой конструктивной системой для оценки действительности и хорошо развитым репертуаром ролей.

Представители гуманистического направления (Г. Олпорт, А. Маслоу, В. Франкл, К. Роджерс) перенесли акцент с изучения психически здорового человека на изучение зрелой личности (Хекхаузен Х., 1986, 2003). За основу своих классификаций они взяли состояние потребностной сферы и самосознания. Общепринятыми качествами зрелой личности стали: открытость переживанию; непосредственность и естественность самовыражения; принятие себя, мира и окружающих; стремление к самоактуализации; философский взгляд на мир, целостность мировоззрения, осознание экзистенциальности бытия; креативность; приверженность гуманистическим ценностям и общественный интерес; неконформизм; честность и ответственность; независимость поведения и автономия внутренней жизни; центрированность на любимом деле.

В психическом плане зрелые, психически здоровые люди характеризуются единством структуры и интеграцией всех частей психики, их “Я-концепция” положительна и мало расходится с “Я-идеальным”. Они имеют адекватные защиты и живут в настоящем, их элементарные потребности удовлетворены и они перешли к удовлетворению экзистенциальных потребностей, к самоактуализации, они конгруэнтны ситуации и хорошо адаптированы в окружающем мире. Залогом развития психически здорового человека является безусловное позитивное внимание ребенку со стороны родителей.

О.С. Васильева и Ф.Д. Филатов доказывают, что подходы психоанализа, бихевиоризма и гуманистической психологии имеют глубокие “корни”. Им удалось выявить три инвариантных историческому развитию социо-культурных эталона, действующих как “формирующие матрицы представлений, установок и стереотипов здоровья”: античный, адаптационный и антропоцентрический, и, соответствующие им три типа интерпретации болезни: субъектный, объективирующий и телеологический.

Античный эталон здоровья, развиваемый в греческой философии и Средневековье, предполагает согласованность всех компонентов психики, из взаимодействия которых возникает личность как многоуровневая система, поддерживающая свою целостность и иерархичность. Нарушение психического здоровья будет выражаться в рассогласовании этих элементов, угрожающим целостности системы. Причиной этого, как правило, считался сам субъект, ведущий неумеренную, неупорядоченную и греховную жизнь. К качествам здоровой личности согласно античному эталону относятся уравновешенность, самообладание, господство разума над страстями, духовная автономия.

Адаптационный эталон здоровья основан на идеи гармонии человека с внешним миром, отношений “индивид-среда”. Нарушение гармонии чаще рассматривается как связанное с травмирующим действием среды, а болезнь как закономерная природная реакция организма, которую можно распознать по четко фиксируемым, конкретным признакам. Для врача, история болезни - это скорее портрет самой болезни, чем больного. Личность в рамках данного эталона становится пассивной жертвой объективных процессов, ожидающая медицинской помощи и поддержки. Как писал Э. Фромм, она не рассматривается как “цельное, уникальное единство, которое можно понять полностью только в акте абсолютной связи с ним, в акте сопереживания и любви” (Фромм Э., 1990, с. 166). К качествам здоровой личности согласно этому эталону относятся: приспособленность к природному окружению, соответствие социальным нормам, способность поддерживать оптимальный уровень функционирования (стрессоустойчивость).

Важно отметить, что именно в русле адаптационного эталона впервые был поставлен вопрос об оценке психического здоровья человека. Для его решения было введено понятие “нормы”, в качестве которой рассматривалась совокупность среднестатистических показателей восприятия, мышления, эмоционального поведения и реагирования, в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Однако, жизнь доказала ограниченность нормоцентрического подхода и неправомерность сведения “психического здоровья” к “соответствию человека нормативным показателям” (Зиновьев П.М., 1929, с.5).

Кроме того, считают О.С. Васильева, Ф.Д. Филатов (2001), что “здоровье не может быть ограничено рамками нормальности уже потому, что все однажды устоявшееся, привычное и нормальное со временем неизбежно истощает себя и преодолевается в ходе духовного, социального и личностного развития, тогда как стремление быть здоровым исконно, имманентно присуще человеческой душе, а потому не может быть преодолено как нечто отжившее. В отличие от жестко закреплённой и однозначной социальной нормы, здоровье не может препятствовать, оно как раз наоборот – способствует творческой эволюции человека”. “Все это доказывает”, – продолжают они, – “что никакая норма не может служить универсальным, надёжным и устойчивым критерием оценки таких явлений, как здоровье и болезнь, что для их научного постижения требуется историческое и культурологическое исследование, расширяющее контекст и преодолевающее влияние внушенных нам социальных стереотипов” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 13).

Антропоцентрический эталон здоровья связан идеей всесторонней самореализацией, то есть раскрытия творческого и духовного потенциала личности в конкретных социально-исторических условиях. Болезнь рассматривается как испытание на пути самосовершенствования. В телеологической интерпретации она становится продуктивной, позитивной, наделенной скрытым смыслом и направленностью, стимулом и движущей силой духовного роста. К качествам здоровой личности согласно антропоцентрическому эталону относятся стремление к самоактуализации, творческая спонтанность, конгруэнтность, духовная автономия, целостность.

Как указывают авторы, каждый эталон, применяемый изолированно, весьма ограничен. Например, античный не согласуется с понятием “личностные кризисы”, которые, несмотря на тяжелые переживания, являются естественными источниками внутреннего развития и новой качественной интеграции с современной точки зрения. Ограничение адаптационного подхода связано с его неприемлемостью для изучения творческих и духовных возможностей человека, реализация которых в значительной мере определяет здоровье, а также его индивидуальности. В антропоцентрическом эталоне недостаточно представлены социальные детерминанты здоровья, например, самореализация личности, может включать раскрытие и актуализацию не только светлых, но и “теневого” аспектов психики. Следовательно, человек должен быть здоров не вообще, а здоров в социуме. Поэтому, “эти три параметра скорее представляют собой три самостоятельные и дополняющие друг друга измерения психического здоровья, совмещение которых и дает объемную картину, целостное представление. Это три оси единой системы координат, в рамках которой феноменология здоровья предстает в максимальной полноте” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 233).

Несмотря на длительную историю данной проблемы, сам термин “психическое здоровье” был введен ВОЗ, в экспертном докладе “Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей” только в 1979 году (Психическое здоровье..., 1979). Там было сказано, что соматические заболевания, дефекты физического развития, неблагоприятные социальные факторы, воздействующие на психику, могут привести к нарушению психического здоровья. Как наиболее патогенные были выделены две ситуации: недостаточность общения с взрослыми или их враждебность и семейные конфликты. Было установлено, что нарушения психического здоровья в детстве представляют собой лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития и многие их проявления можно рассматривать как реакцию на специфические ситуации или воздействия.

В качестве критериев психического здоровья рассматривались: осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического “Я”; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам; соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами; способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Дж. Ронно и Дж. Портнер рассматривают психическое здоровье как синоним эмоционального благополучия, нарушение которого есть результат психического насилия и унижения личности и может привести к росту агрессивности, подрыву самооценки, негативизму, бесчувственности, нестабильности, ощущению неполноценности (Дубровина И.В., 1997). А. Эллис включает в перечень критериев психического здоровья интерес к самому себе, общественный интерес, самоуправление (самоконтроль), высокую фрустрационную устойчивость, гибкость, принятие неопределенности, ориентацию на творческие планы, научное мышление, принятие самого себя, способность к риску, длительный гедонизм, нон-утопизм и ответственность (Панкратов В.Н., 2001).

По мнению И.В. Дубровиной (1997), термин “психическое здоровье” требует междисциплинарного комплексного исследования со стороны психологов и врачей (Дубровина И.В., 1997). Однако, в настоящий момент, как показали Васильева О.С. и Филатов Ф.Д., представления о здоровье и здоровом человеке для медиков связаны с такими понятиями как нормальность, адекватность, работоспособность, для психологов они ассоциируются с развитием, творчеством (творческой жизни, коммуникабельности), а для педагогов – с гармонией, уверенностью, уравновешенностью, спокойствием. Все специалисты сходятся во мнении, что “здоровье” – это не только отсутствие болезней или дефектов, но и состояние полного душевного, физического и социального благополучия.

А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский (1990) указывают, что “душевное благополучие” как основа психического здоровья проявляется в отсутствии болезненных психических проявлений и обеспечении адекватной условиям окружающей действительности регуляции поведения, деятельности (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1990). К психологическим критериям психического здоровья, по их мнению, могут быть отнесены сле-

дующие: “соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности; соответствие характера реакций внешним раздражителям, значению жизненных событий; адекватный уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности; адаптивность в микро-социальных отношениях; способность самоуправления поведением; способность разумного планирования жизненных целей и поддержания активности в их достижении и др.” (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1990, с. 301). Более полный перечень предлагает Г.К. Ушаков (1987). К значимым критериям нормальной, здоровой активности он относит: “детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность и упорядоченность; соответствующую возрасту индивида зрелость чувства постоянства (константность) места обитания; максимальное приближение формирующихся субъективных образов отражаемым объектам действительности; гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением к ней индивида: адекватность реакций его на окружающие физические, биологические и психические влияния и адекватную идентификацию образов впечатлений с образами однотипных памятных представлений; соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей; чувство положения в среде себе подобных, гармония отношений с ними; умение уживаться с иными лицами и с самим собою; критический подход к обстоятельствам жизни; способность к самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций; самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных членов его; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь” (Ушаков Г.К., 1987, с. 68).

В.Я. Семке (1999) рассматривает психическое здоровье как “состояние динамического равновесия индивида с окружающей средой, когда все заложенные в его биологической сущности способности проявляются наиболее полно и все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью” (Семке В.Я., 1999, с. 9). Е.Р. Калитеевская (1999) полагает, что это есть собственная жизнеспособность индивида, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата.

Г.С. Никифоров (2000) считает, что психически здоровая личность — гармоничная, консолидированная, уравновешенная. Психические процес-

сы здорового человека характеризуются максимальным приближением субъективных образов, отображаемым объектам действительности, адекватным восприятием себя, развитыми способностями концентрировать внимание, удерживать в памяти информацию, к логической обработке информации, критичностью мышления, креативностью и др. Психические состояния – эмоциональной устойчивостью, зрелостью чувств в соответствии с возрастом, свободным проявлением чувств и умением совладать с негативными эмоциями. В сфере психических свойств ее отличают такие качества как оптимизм, уравновешенность, нравственность, уверенность в себе, ответственность, независимость, интерес к окружающему миру, направленность на дело, эмпатичность, демократизм, адаптированность и др. (Никифоров Г.С., 2000, с. 337).

За рубежом понятие “здоровье” стало центральным в рамках нового направления – “Психология здоровья” (1977) возникновение было связано с тем, что, существовавшие ранее, клиническая и медицинская психология, с одной стороны, поведенческая и психосоматическая медицина, с другой, лишь тщательно изучили этиологию различных заболеваний и методы их исследования, взаимоотношений врача и пациента в ходе лечения, а также формы патологичного поведения, приводящие к болезням, стрессам (Blos P., 1967, Furnham A., Brewin C., 1990, Murray M., Chamberlain K., 1998, Murray M., 2000). Однако, они не смогли реально перейти к решению задач психопрофилактики. “Психология здоровья” стала развиваться на стыке медицинских, психологических и социальных наук, стремясь акцентировать внимание не на изучении болезней, а на изучении “здоровья” как особого состояния физической, психической и социальной сферы жизнедеятельности человека, не сводимого к отсутствию болезней. Дж. Стоун указывает, что с 1980 года произошел настоящий взрыв всемирного интереса к применению достижений, знаний к проблемам здоровья и его психопрофилактике.

В Health Psychology понятие “здоровье” определяется как благополучие в самом широком смысле (wellbeing). М. Маркс, М. Мюррей, В. Эванс и др. указывают, что “wellbeing – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Это сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития” (Marks I.E., 1981, с. 8).

Также в рамках этого направления было введено понятие “субъективное ощущение благополучия” (Фернхем А., Хейвен П., 2001), которое, по данным Эммонса и Динер, является функцией от соотношения пережива-

ний радости/счастья и печали/страха, от удовлетворенности жизнью как глобальной оценки собственной жизни в целом и от наличия/отсутствия психосоматических симптомов (Furnham A., Brewin C., 1990). Рифф и Киз разработали модель субъективного ощущения благополучия, основанную на таких параметрах как: адекватная самооценка; позитивное отношение к другим (доверие и забота о них); автономность (независимость); умение взаимодействовать со средой (наличие чувства контроля, умение выбирать ситуации, соответствующие собственным потребностям и ценностям); наличие цели, направленности в жизни; личностный рост (вера в свою способность реализовывать свой собственный потенциал). Маршалл и др. подчеркнули значимость для него способности выражать, а не сдерживать сильные эмоции, оптимистического взгляда на жизнь и надежного внутреннего контроля.

В.Е. Каган (1993) для характеристики “психического здоровья” оперирует такими терминами как “внутренняя картина здоровья” и “внутренний психологический комфорт”, связывая его в целом со стремлением личности найти пути гармонизации взаимоотношений между системой внешнего окружения и человеком как частью этой системы (Каган В.Е., 1993). В.Н. Панкратов (2001) также полагает, что “центральной понятием в определении здоровья является субъективное благополучие... Об этом говорит значительная согласованность оценок своего настроения с осознанием их вероятных причин” (Панкратов В.Н., 2001, с. 27).

Как отмечает Н.Б. Мешалкина (1999), в России термин “психическое здоровье” и пути профилактики его нарушений активно осмыслялись в медицине на протяжении более ста лет Мержеевским И.П., Сикорским И.А., Россолимо Г.И., Бехтеревым В.М. (Мешалкина Н.Б., 1999).

Таким образом, мы, ссылаясь на мнение О.С. Васильевой, Ф.Р. Филатова, отмечаем, что современное состояние проблемы здоровья, в том числе психического, характеризуется:

- признанием глобальной значимости проблемы, то есть в настоящее время здоровье осмысляется как значимый феномен социального бытия, “структурообразующий фактор социальности” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 3);

- приданием ей статуса междисциплинарной, то есть “здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 15). При этом оно рассматривается как его универсальная ценность;

- приматом целостности при выборе путей решения, то есть большинство специалистов считает, что здоровье не может быть сведено к простой сумме нормативных показателей и рассматривают его как системное качество, характеризующее бытие в его целостности. Его обретение означает личностную зрелость (Г. Олпорт), интеграцию жизненного опыта (К.Роджерс) и примирение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования или интрапсихических полярностей (К.-Г. Юнг);

- фокусировкой на социокультурном аспекте проблемы, в рамках которого здоровье и болезнь рассматривается как “сложные артефакты, обусловленные как современными культурными дискурсами (концепциями, картинками мира, знаниями), так и, в не меньшей степени, социальными институтами и технологиями” (Розин В.М., 2000, с. 17).

Соотношение “психического здоровья” и “психологического здоровья” и проблема химической зависимости

В отечественной медицинской и психологической науке представления о психическом здоровье базируются на понятиях “нормальное развитие” в течение жизни, результатом которого и становится обретение качеств “психического здоровья” и “аномальное развитие”, которое рассматривается как отклонение в каких-то ключевых точках от нормальной линии развития, приводящее человека к психическим нарушениям как неким “тупикам”, из которых он зачастую не может выбраться сам.

Так, Е.Р. Калитеевская (1999) подчеркивает, что “если понимать личность не как застывшую структуру, а как процесс, то и критериями здоровья могут выступать только характеристики процесса, а отнюдь не текущее состояние” (Калитеевская Е.Р., 1999, с. 233). Истоки такого понимания можно обнаружить в концепции психосоциальных кризисов развития Э. Эриксона. Согласно его теории развития в каждой новой фазе созревания личности должны сформироваться “новые свойства психики”. “Не сформированное” свойство будет проявляться в виде каких-либо проблем “снова и снова на каждой последующей стадии развития”, ухудшая качество жизни или делая его социально некомпетентным (Erikson E.H., 1963, 1968). Понятие идентичности в его теории включает в себя субъективное чувство непрерывной тождественности самому себе; глубокое функциональное единство собственной личности; осознание собственной временной протяженности; осознание уникальности собственной личности; чувство общности социальным идеалам и ценностям той группы, к которой относит себя личность; чувство социальной поддержки и признания. Идентичность личности является условием эффективного функционирования индивида в определенной культуре, в системе определенных общественных отношений.

В отечественной психологии в качестве психологического критерия могут рассматриваться, по П.А. Мясоеду (1993), “закономерности психического развития, установленные в рамках деятельностного подхода. В этом случае психической нормой будет являться процесс последовательного становления психических новообразований данного периода” (Мясоед П.А., 1993, с. 50). Он вводит понятие “ненормативное психическое развитие” как “особый тип онтогенеза, протекающий в границах между психической аномалией и психической нормой, который обуславливается социальными, биологическими и психологическим факторами” (Мясоед П.А., 1993, с. 55).

К биологическим факторам относятся генетически и не генетически обусловленные отклонения в работе физиологических систем организма. Социальными факторами считаются условия жизни, препятствующие освоению ребенком культуры: нездоровый психологический климат семьи, формирующий страх, неуверенность, тревожность; неправильное воспитание в семье, ответственное за деформацию личности и индивидуальности ребенка; неполное воспитание, предопределяющее дефицит необходимых образцов поведения взрослого; воспитание вне семьи, приводящее к фрустрации основных потребностей ребенка и носящее условный характер. Действие этих факторов прослеживается в 50-90% случаев.

Биологические факторы вызывают ненормативное психическое развитие на уровне организма, связанное с отклонением в степени опосредованности функций психики: недоразвитие или сверхразвитие познавательной функции (построения образа мира); недоразвитие регулятивной (воплощения образа) – незрелость эмоционально-волевой сферы; инструментальной (психологических средств деятельности) – нарушения темперамента.

Социальные факторы предопределяют ненормативность на уровне индивида, нарушая условия и возможности, необходимые для нормального развития. В ответ на неудовлетворение потребностей, особенно потребности в общении, формируются ненормативные (или квазинормативные – компенсаторные) свойства характера.

На уровне личности ненормативное развитие связано ненормативными способами удовлетворения потребностей и, прежде всего, потребности в самореализации, воплощении своего “Я” в мире. Если психическая норма - самореализация через поступок, то ненормативность – через проступок (активность, отрицательно оцениваемую с позиций норм морали). Так, потребность в самореализации может приобрести характер эгоцентризма – отношение к окружающим как к средству удовлетворения своих потребностей, стремление своими действиями (проступками) подчинить образ мира своему “Я”. “Я” охраняется от влияния мира средствами пси-

хологической защиты. Децентрированная же личность поступком согласовывает образ мира и образ “Я”.

Ряд психологов, работая, по сути, в русле антропоцентрического эталона, считают, что основные качества, обретаемые в процессе нормального развития и составляющие залог “психического здоровья”, кроются в ценностно-потребностной сфере человека. Так, С.А. Капустин (1994) полагает, что каждый человек ощущает противоречивость своего существования, поэтому жизнь задается как проблема, а не как ее решение. Не справляясь с этим ощущением и чувством ответственности за каждый шаг, “невротик признает значимой для себя реализацию только одних жизненных требований и обесценивает реализацию противоположных (поляризация оценочной позиции)” (Капустин С.А., 1994, с. 8). Поэтому его жизнь становится однозначно определенной, несвободной. А невротические симптомы есть нормальные реакции человека, выполняющие сигнальную функцию, которые символически выражают конфликт невротика со своей человеческой природой.

Об этом же в свое время писал К. Ясперс, “который рассматривал “анормальное” как изменение самого способа существования, когда мир “сжимается” вместо того, чтобы “расширяться”, включая в себя новые содержания, когда он теряет эмоциональный тон, связанный с чувством обладания духовными и материальными содержаниями” (Роговин М.С., Залевский Г.В., 1988).

Е.Т. Соколова (1995) подчеркивает, что здоровый человек находит другой выход из объективной противоречивости человеческой жизни – в диалогических отношениях с окружающим миром. “В основе диалогичной позиции лежит переживание самоценности и глубокой близости с миром, бескорыстный интерес к Другому, ибо он лежит не в отношении этого Другого к моим потребностям, а в его и моей самоценности. Диалогичная позиция расширяет сознание и самосознание, “впускает” в него мир и Я во всех его противоречиях и конфликтах. Она является важным условием саморазвития, обеспечивающим доступность к переживанию и саморефлексии любой части Я опыта: благодаря ней, полнокровно звучит “многогласица” самосознания, то есть пересечением и переплетением жизнедеятельности, образы и чувства “Я”” (Соколова Е.Т., 1995, с. 30). А феномены пограничного самосознания могут быть поняты как следствие несформированности смысловой диалогичной позиции “Я” в целостной системе жизнедеятельности субъекта.

Зрелое интегрированное самосознание “предполагает репрезентированность “Я” как объекта отражения во всем объеме непосредственно

переживаемых чувственных образов, объективированных в понятиях индивидуальных значений и “пристрастных” личностных смыслов. Образ Я, существующий в трехмерном пространстве образующих самосознания, обладает конкретно-чувственной витальностью, живостью и “полихромностью”, присущей его организмическому уровню; он вербализуем, осознан, подконтролен и коммуницируем благодаря своей означенности, и он индивидуален, пристрастен как “мой” образ Я” (Соколова Е.Т., 1995, с. 36-37.). Он может быть переведен как на язык телесности, так и значений.

В то же время “пограничной личностью “производится” тотальна зависимая или фрагментарно репрессивная структура самосознания, жестко и однозначно дихотомизированная в зависимости от удовлетворения/фрустрации базовых потребностей и потому – пристрастно искаженная, суженная” (Соколова Е.Т., 1995, с. 31). “Целостная интеграция образующих самосознания при пограничном развитии разрушается, относительную самостоятельность начинают приобретать отдельные его составляющие, которые трансформируются либо в автономные и конфронтующие уровни самосознания, либо в сцепленные и слитные монолитные структуры” (Соколова Е.Т., 1995, с. 36), что приводит либо к внутренней неустойчивости, нестабильности, либо к бедности отражения образов “Я”, делая самосознание хрупким и сверхзависимым от оценок других.

Близкое к Е.Т. Соколовой, понимание психического здоровья высказывает и Б.С. Братусь (1988). Он рассматривает психическое здоровье как образование, имеющее сложное поуровневое строение:

1. высший уровень – личностно-смысловой: ответственен за производство смысловых ориентации, определение общего смысла и назначения своей жизни, отношения к другим людям в процессе самоосуществления, то есть в процессе обретения полноты своего существования как человека, оценивается по качеству смысловых отношений человека;

2. средний уровень – индивидуально-психологический: отвечает за реализацию этих отношений, оценивается по способности человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений;

3. нижний – психофизиологический – обуславливает возможность функционирования процессов психического отражения, существенные особенности строения и динамики и определяется особенностями внутренней мозговой нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

Высший и средний уровни – социально обусловленные, а низший – биологически детерминированный. “Несмотря на тесную взаимосвязь и взаимообусловленность уровней, возможны разные варианты их разви-

тия, различное качество психического здоровья” (Братусь Б.С., 1988, с. 10-11). Высший – личностно-смысловой уровень рассматривается как ведущий в контексте проблемы психического здоровья.

Личность как способ организации деятельности человека считается “нормальной”, если ее конкретная позиция, направленность способствуют приобщению к родовой человеческой сущности и “анормальной” – если, напротив, разобщает с этой сущностью, запутывает и усложняет связи с ней. При выработке этой направленности центральным является отношение человека к другим. В этом смысле, человек разрешает внутреннее противоречие между стремлением к уникальности и стремлением к тождественности.

Условиями и одновременно критериями “нормального развития” являются: “отношение к Другому как самоценности, как существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода человек; способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творческий, целотворящий характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волеизъявлению; возможность самопроектирования будущего; способность к мобилизирующей вере в осуществление намеченного; внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; стремление к обретению сквозного, общего смысла своей жизни” (Братусь Б.С., 1988, с. 66).

Аномальным является развитие, которое “не согласуется, подавляет самоосуществление, ведет к фрустрации, извращению его сути, к отъединению, отрыву от его всеобщей родовой сущности. Условиями и критериями его являются: отношение к человеку как средству, как конечной, заранее определяемой вещи; эгоцентризм и неспособность к самоотдаче и любви; причиннообусловленный, подчиняющийся внешним обстоятельствам характер жизнедеятельности; отсутствие или слабая выраженность потребности в позитивной свободе; неспособность к свободному волепроявлению, самопроектированию своего будущего; неверие в свои возможности; отсутствие или крайне слабая внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни” (Братусь Б.С., 1988, с. 67).

И.В. Дубровина (1997), осмысливая взгляды психологов-гуманистов и, по сути, развивая концепцию Братуса Б.С., вводит в научный лексикон новый термин “*психологическое здоровье*”, отражающий способность человека к самореализации, нахождению внутреннего смысла своего существования, его духовные качества, отличающие человека от животных. Духовность она понимает как особое эмоционально-нравственное состо-

яние личности, как такое сознание человека, которое ориентировано на абсолютные ценности – Истину, Красоту, Добро – и пытается реализовать их в предметно-целесообразной деятельности и общении, что приводит к таким преобразованиям внутреннего мира человека, которые позволяют приблизиться к пониманию истины. “Если термин “психическое здоровье” имеет отношение, по нашему мнению, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин “психологическое здоровье” относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов” (Дубровина И.В., 1997, с. 39-40).

Катков А.Л. (2002) рассматривает психологическое здоровье, как фундаментальную способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде.

Определения категории психологического здоровья были даны и другими авторами, что также можно рассматривать, как тенденцию растождествления данной категории (психологического здоровья) с категорией психического здоровья. Так, например, З. Фрейд отмечал, что психологически здоровые люди могут “хорошо жить, хорошо любить, хорошо работать, хорошо отдыхать/развлекаться, хорошо надеяться” (цит. по Sanson A., Lewis V., 2001). Э. Фромм (1955) определяя психологическое здоровье, сосредотачивается на различных аспектах здоровых или положительных человеческих отношений. А. Wisdom, М. Faith (1995-2002) относят в категорию психологического здоровья то, как мы функционируем, как мы можем регулировать путь которым мы идем и приспосабливать мир вокруг нас, как мы относимся к себе и другим. Н.В. Faw (1995) отождествляет психологическое здоровье со способностью каждого “успешно справляться с разнообразием вызовов жизни и рикошетом неудач”. М.А. Adkins и соавт., (1999) обозначают психологическое здоровье как качество психического здоровья и отмечают два его компонента: “психологический” – внутренний опыт благосостояния и “поведенческий” – маркеры, заметные другими, которые указывают, способен ли индивидуум обращаться с вызовами жизни адаптивными способами. “Психологическое здоровье определяет способность ответственно справляться с трудностями и требованиями жизни, переживать радость и удачу, огорчаться, когда жизнь призывает к этому и дальше жить, преодолевая болезненные

и трагические времена в жизни” (Adkins M.A. et al., 1999). J. Kunst, Siang-Yang Tan (1996) отмечают, что “психологическое нездоровье” наступает тогда, когда личность не способна удовлетворить свои жизненно важные потребности и не способна быть социально компетентной в плане проживания в сложном мире, сохраняя удовлетворительные отношения, и адаптивное поведение.

Представители отечественной психологии считают, что “психологическое здоровье” делает личность самодостаточной. Не мы извне задаем ей рамки, нормы, ориентиры, не мы ее оцениваем привычным образом: личность должна быть вооружена средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира” (Никифоров Г.С., 2000, с. 8).

Подход, связанный с разведением “психического” и “психологического” здоровья, уже получил свое развитие в дальнейших исследованиях (Шувалов А.В., 2000, Слободчиков В.И., Шувалов А.В., 2001). По мнению А.В. Шувалова (2000), основой “психического здоровья” является полноценность развития и функционирования психических и соматических систем жизнеобеспечения, а основу “психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности в онтогенезе” (Шувалов А.В., 2000, с. 5). Интеграл жизнеспособности и человечности есть максима психологического здоровья. Его неотъемлемыми атрибутами являются интенции самоконтроля и саморазвития. В результате нормального развития субъективной реальности ребенок обретает все большую собственную определенность и укорененность в человеческом сообществе. Психологическое здоровье, по мнению автора, складывается в процессе детско-взрослой со-бытийной общности, которая имеет два аспекта функционирования, реализуясь в “защитной функции – апологетике сохранности детской самобытности, наращивании собственной жизнеспособности, самостоятельности ребенка и воспитательной функции как приобщения ребенка к родовой сущности” (Шувалов А.В., 2000, с. 11). Их взаимосвязь подчеркивается тем, что, по мнению автора, “реализация защитной функции в пределе стремится к осуществлению воспитательных потенций в совместной жизнедеятельности взрослого и ребенка; воспитательная функция, как минимум, предполагает поддержание режима психической и духовной асептики, исключающего возможность откровенно болезнетворного влияния на мир ребенка” (Шувалов А.В., 2000, с. 11).

Следует отметить, что хотя разделение психического и психологического здоровья крайне важно, но все же трудно рассматривать психичес-

кое здоровье как условие психологического. Например, человек имеет фобические нарушения, тревожность означает ли это, что он стал менее духовной личностью, меньше стал “Человеком”, менее стремиться к духовным ценностям, способен на аморальные поступки? Нет, не означает. Действительно, есть такие нарушения психических функций, прежде всего, органически обусловленные, которые приводят к аморальности, эмоциональной тупости и ни о какой духовности здесь тоже речь не идет. Но возможно и противоположное, психически здоровый человек (спокойный, уверенный в себе, устойчивый к стрессу, не фрустрированный и не тревожный, адаптированный в социуме, способный к саморегуляции, самоопределению и планированию своей активности) может совершенно не стремиться к духовным ценностям, быть аморальным и безнравственным.

С точки зрения А.В. Ворониной (2002), необходимо рассматривать психическое и психологическое здоровье как различные уровни такого типа функционирования человека, отражающего его “здоровье и благополучие”, при котором он обретает гармонию с окружающим миром, внутреннюю целостность и осознает смысл своего существования, направляя его на творческую, созидательную и гуманистическую по своей природе деятельность. Рассматриваемые А.В. Шуваловым (2000) защитная и воспитательная функции детско-родительского со-бытия, по сути, отражают пути формирования психического и психологического здоровья ребенка. В практике взаимодействия родителя и ребенка реализуются обе эти функции примерно в равном соотношении.

Это возможно делать педагогам, психологам, психотерапевтам, помогая подрастающему поколению в кризисные моменты, развивая способности, отслеживая полноценность развития на каждом возрастном этапе и его направленность на наиболее сензитивные качества, стимулируя процесс самоопределения и развития способностей ребенка.

Таким образом, следует отметить значительную разноплановость, существующих представлений о психическом здоровье. В одних концепциях “психическое здоровье” предстает как состояние, в других как процесс. Их интеграция, по мнению современных исследователей, возможна на основе принципа системности. Еще Ананьев Б.Г., в своей работе “Человек как предмет познания” писал о необходимости исследования целостной личности как многоуровневой системы, отличающейся по многим параметрам неповторимым своеобразием.

Современный подход к этой проблеме также связан со структурно-уровневым пониманием психической реальности (Роговин М.С., Залевский Г.В., 1988). Исследование уровней структур предполагает их анализ

как “относительно инвариантных характеристик объекта, в которых выражается такое определенное отношение составляющих его элементов, благодаря которым объект существует и функционирует как целое по отношению к составляющим его элементам и, в то же время, сам представляет элемент более сложного и доминирующего отношения”. Существенной характеристикой многоуровневых систем является относительная автономия и определенная соподчиненность, входящих в него уровней, что является условием их оперативной и эффективной саморегуляции.

Достаточно проработанная и целостная структурно-уровневая концепция “психического здоровья” разработана О.С. Васильевой, Ф.Д. Филатовым (2001). Они рассматривают его как интегративное системное качество личности, которое необходимо осмыслять и со структурной точки зрения, как устоявшееся на данный момент соотношение компонентов психики, и с динамической (процессуальной) – как непосредственный результат взаимовлияния основных процессов, поддерживающих единство личности и обеспечивающих ее развитие.

В качестве основных структурных элементов авторами были выделены уровни функционирования личности: телесных ощущений и реакций; образов и представлений; самосознания и рефлексии; межличностных отношений и социальных ролей; уровень социокультурной детерминации; экзистенциальных (сущностных) или трансперсональных переживаний; самоактуализации. Каждый из уровней системы может выступать в качестве доминирующего (ведущего) в определенных ситуациях и на определенных этапах развития личности. Ценности обеспечивают общую иерархию уровней, а также направляют активность личности на каждом из них. Со структурных позиций болезнь понимается как такое рассогласование, при котором происходит блокада психической активности на одном или нескольких уровнях (например, хроническая мышечная напряженность и психосоматические симптомы на первом уровне, кошмары или галлюцинации на втором, сниженная самооценка и неуверенность в себе на третьем, неадекватные ролевые стереотипы на четвертом, переживания маргинальной личности на пятом, депрессивные переживания, страх смерти, экзистенциальный кризис на шестом, отказ от самоактуализации на седьмом), которая начинает препятствовать функционированию всей системы в целом. “Подобные блокировки обусловлены нарушением оптимального распределения психической энергии на каждом из уровней и связаны с фрустрацией тех или иных базовых потребностей личности. ... Различные виды психотерапии (телесно-ориентированная, имажинативная, психоаналитическая, транзактная, экзистенциальная) призваны

обеспечить разблокирование психической энергии и достижение интеграции на каждом из уровней. Поэтому, психокоррекция, направленная на достижение психического здоровья, должна комбинировать различные методы и применять комплексный подход, рассматривая личность как многоуровневое единство” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 273).

Процессуальную сторону здоровья, по мнению О.С. Васильевой и Ф.Д. Филатова (2001) составляют три механизма психической активности: саморегуляции, социальной адаптации и самореализации, существование которых доказывается социокультурными эталонами здоровья. Эти процессы поддерживают психофизиологическое единство личности, обеспечивают ее гармоничную включенность в социальное окружение и всестороннее развитие на протяжении жизни. “Для здоровья человека вовсе недостаточно, чтобы каждый из этих процессов в отдельности разворачивался во всей полноте (например, личность может стремиться к полноте самореализации, но выбирать способ неприемлемый для социального окружения); необходимо, прежде всего, чтобы они протекали скоординировано и сонастроено, совместно обеспечивая стабильность и целостность личности... в процессе становления индивидуальности” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 267).

“Структурная согласованность и согласование этих динамических составляющих – таковы две взаимодополняющие характеристики здоровой личности, которые образуют сущностное единство” (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, с. 266). Так, процессуальная согласованность может быть достигнута только при соблюдении принципа иерархической соподчиненности структурных уровней. Например, процесс саморегуляции оптимально осуществляется тогда, когда телесные состояния и реакции координируются такими образами и представлениями, а последние, в свою очередь, подчинены Эго-сознанию, которое способно дифференцировать и преобразовывать их. В противном случае, болезненные (соматические) состояния или деструктивные образы могут оказывать деформирующее влияние на самосознание личности.

С процессуальной точки зрения, “психическое здоровье” рассматривается как результат нормального развития (своевременного становления психических новообразования через преодоление кризисов индивидуального развития), в ходе которого человек «приобщается к человеческой сущности», обретает духовные качества и согласованность структурных и процессуальных компонентов психической активности (механизмов саморегуляции, адаптации и самоактуализации).

Практически во всех концепциях “психическое здоровье” означает наличие у человека большего количества “степеней свободы” для выбора

адекватного способа реагирования на действие факторов окружающей среды. Ригидность, чрезмерная заостренность индивидуальных черт, поляризованная оценочная позиция, чувственное и рациональная бедность отражаемых в самосознании образов “Я”, аномальное развитие снижают количество “степеней свободы”, делая активность менее гибкой, продуктивной и свободной. В результате возникает отношение к Другому не как самооценности, а как к средству. С этих позиций профилактика и коррекция может быть рассмотрена как путь к увеличению “степеней свободы” человека.

Мы, разделяя точку зрения А.Л. Каткова, считаем, что, если психическое здоровье является генетически обусловленным фундаментом организма, определяющим способность его хозяина – человека разумного быть психически здоровым и устойчивым в меняющемся мире, то психологическое здоровье является производной социального развития этого человека, определяющее его не только, как представителя класса млекопитающих, но и как *личность*, способную или неспособную быть социально-компетентной. Именно психологическое здоровье определяет восприятие жизни, формирование жизненных мотивов, их иерархическую структуру и уровень качества жизни. О. Кемберг (1976) отмечает, что качество жизни отражает удовлетворенность своим социальным функционированием. Известно, что есть “несчастливые короли” и “счастливые нищие-бродяги”. В.Я. Семке и М.Ф. Белокрылова (2001) устраняют данное противоречие, определяя качество жизни как “достигаемость желаемого и удовлетворенность достигнутым” (Семке В.Я., 2001).

Но здесь вновь возникает вопрос: а какая структура или организация организма/личности, а вернее, какая категория здоровья определяет способность человека достигать желаемого и быть удовлетворенным достигнутым? Естественно и соматическое и психическое здоровье играют важнейшую роль в том, чтобы быть удовлетворенным своей жизнью, т.е. человек соматически и психически должен быть здоров: “в здоровом теле – здоровый дух”. Но отсутствие психической болезни не является достаточным для того, чтобы быть удовлетворенным собственной жизнью. И здесь мы вновь приводим слова Б.С. Братуся (1997), о том, что разве психически здоровый человек не может быть личностно ущербным? В равной степени история знает множество примеров, когда люди, имеющие физические увечья и телесные дефекты были воистину – “*во их истину*” – счастливыми и самодостаточными.

Таким образом, в соотношении психического и психологического здоровья нами отмечается:

1. Отсутствие психической патологии и клиническая норма психических процессов и характеристик личности (интеллект, сознание, память, мышление, воля и т.д.) с нашей точки зрения, определяют количественные характеристики психического здоровья.

2. Способность личности достигать желаемого и быть удовлетворенным достигнутым; быть самодостаточным успешно адаптируясь к изменениям окружающего мира, определяет качественные характеристики психического здоровья, которые мы выделяем в отдельную категорию интегрального здоровья – здоровье психологическое (Катков А.Л., 1998, 2001-2003, Катков А.Л., Россинский Ю.А., Россинский Ю.А., 2002-2003).

Следовательно, разделение категорий психического и психологического здоровья позволяют нам дифференцированно подходить к вопросам охраны и развития здоровья человека: какое здоровье охранять, какое – развивать. Если мы говорим о соматическом и психическом здоровье, то концепция охраны здоровья вполне оправдана. Но когда мы говорим о психологическом здоровье, то только его развитие позволит личности быть более устойчивой в агрессивной быстро меняющейся среде. Только развитие качественно новых психологических свойств (не развитых в достаточной степени ранее) позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной.

А.Л. Катков (1998, 2001) отмечает, что в настоящее время речь уже не может идти только об охране психического здоровья, что современная ситуация диктует необходимость формирования и развития психологического здоровья: “Мы, в отличие от основной массы теоретиков в области ментальных дисциплин, полагаем, что на данном этапе в качестве основного ядра психотерапии, катализирующего процесс идентификации данного направления деятельности, должна выступать не единая теория личности, или какой-либо другой теоретический концепт субъективности, а выделение функционального ядра психотерапии, определяемого как развитие” (Катков А.Л., 2001). В.Я. Семке (2001) так же отмечает идею разработки новейших методов и способов формирования здоровой, гармоничной личности.

Необходимость развития психологического здоровья отмечают и другие авторы. М.В. Parker et al. (2001) говорят о методах, направленных на развитие психологического здоровья у солдат для успешного продвижения по службе, а так же у пожилых людей для “успешного старения”. М.А. Adkins с соавт. (1999) отмечает значимую роль учителей в системе образования и психотерапевтов в целях улучшения качества психического здоровья или развития психологического здоровья у взрослых эмиг-

рантов и беженцев. J. Ricketts (2002) считает необходимым обучение навыкам жизни или развитие психологического здоровья у школьников и студентов. M. Silver (1999) в контексте развития психологического здоровья у учащихся говорит о мероприятиях, которые помогают ученикам развить стратегии для разрешения сложных ситуаций, связанных с культуральными особенностями.

Когда мы говорим о восстановлении биологического, соматического, психического здоровья, основной лечебной стратегией является реабилитация, т.е. восстановление прежних способностей (re-возврат, ability-способности). Совсем другое дело представляется нам, когда мы говорим о психологическом здоровье и аспектах его составляющих. Если у личности изначально не развиты те свойства, которые определяют ее личностно-социальную компетентность, если она в силу этих причин, изначально не способна адаптироваться и удовлетворить свои жизненно важные потребности в сложном и быстроменяющемся мире, как в этом случае мы будем восстанавливать то, что изначально не развито или развито недостаточно? Целесообразно ли восстанавливать прежний “статус”, приведший личность к проблеме или болезни? В этом случае, выход будет найден только через развитие новых личностных качеств, через развитие психологического здоровья, через формирование новой личности. Как отмечают Д. Бразье и К. Бич (2001): “Речь идет не о починке чего-либо, но о вырастании из существующего состояния. Дело не в выздоровлении от чего-то минувшего, а в обучении искусству переплетения прошлого и настоящего в новый узор” (Д. Бразье, К. Бич, 2001).

Ц.П. Короленко и Б. Сигал (1990) определяют аддиктивное поведение как стремление ухода от реальности посредством изменения своего психического состояния (Segal B., Korolenko C., 1990), а Кэрл М. Хау (2003) как “способ общения с миром, чтобы оградить себя от страха, боли, ужаса, одиночества, чувства неадекватности и отчужденности” (Хау К.М., 2003, с. 15). Т.е., если личность не способна быть адаптивной в быстроменяющемся, часто агрессивном мире, если уровень аллопсихической адаптации низкий, то она может неосознанно искать те формы психической активности или иные способы, которые могут повысить уровень адаптации и, соответственно уровень комфорта. Ц.П. Короленко и Дмитриева Н.В. (2000) разделяют аддикции на химические и нехимические. Нехимические аддикции в свою очередь подразделяются на социально-приемлемые, социально-одобряемые или неdestructивные и destructивные, социально осуждаемые. К первым относятся трудоголизм, коллекционирование, спорт. Ко вторым – рискованные, азартные, сексуальные, пищевые

и т.д. К химическим аддикциям относятся алкоголизация, наркотизация. Таким образом, личность с низким адаптационным потенциалом или с низким уровнем психологического здоровья будет склонна к формированию аддиктивного поведения. Т.е., низкий уровень развития психологического здоровья определяет потенциальное развитие аддикции, в том числе химической – алкоголизма, наркомании.

Таким образом, современные методы профилактики должны ориентироваться на концепцию развития психологического здоровья (Катков А.Л., 1998, 2001-2003), стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности (Россинский Ю.А., 2002-2003), а терапевтические модели больных наркоманией должны быть ориентированы не только и не столько на реабилитацию, сколько на неоабилитацию (нео-новые, ability-способности) – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых способностей и личностный рост (Катков А.Л., 2002, Катков А.Л., Россинский Ю.А. 2002, Россинский Ю.А., Бохан Н.А. 2003, Россинский Ю.А. 2002, 2003).

Саногенные факторы, препятствующие развитию наркомании

Анализ основных профилактических подходов

Большинство стран, подписавших Конвенцию “О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ” придерживается двух основных направлений политики предупреждения распространения наркотиков и их немедицинского потребления: 1) решительная и жесткая борьба с незаконным распространением наркотиков и их нелегальным рынком; 2) гуманизация отношения к лицам, страдающим наркоманиями.

Если говорить о противодействии распространению наркозависимости в сфере социальной политики, то в настоящее время основные направления данной политики в отношении наркотических средств во многих странах отражаются не столько законодательством, сколько в национальных программах по предупреждению злоупотребления наркотиками, алкоголем и их распространения (Klingemann H., Bergmark A., 1999). Значение таких программ заключается в концептуальном осмыслении социальных издержек, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами (Noto A.R., 1993, Collins D.J., Lapsley H.M., 1996, United Kingdom..., 2002), а также методов и возможностей ее решения, в разработке и комплексном проведении мероприятий по решению двух общих задач: 1) снижение предложения наркотиков и алкоголя; 2) снижение по-

требности в них (Klingemann H., Hunt G., 1998). Целенаправленно и последовательно Всемирная Организация Здравоохранения проводит в жизнь политику сокращения спроса и уменьшения вреда в связи с употреблением алкоголя (Эдвардс Дж. и соавт., 1978; Рутман И. и соавт., 1988).

В уголовных законодательствах стран Западной Европы существуют системы поощрения к лечению правонарушителей – наркоманов, которым в качестве альтернативы уголовному наказанию может быть назначено лечение, однако в случае несоблюдения режима лечения приговор приводится в исполнение – Дания, Испания, Бельгия, Греция, Ирландия, Люксембург, Португалия, Великобритания, Нидерланды (Пелипас В.Е., Соломоницина И.О., 1998; Караганов С.А. и соавт., 1998; United Nation publication, 2000-2001). В этом отношении, Inciardi J.A. (1988) и Roman P. (1988) отметили, что результаты лечения пациентов, которые были направлены на принудительное лечение в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, схожи с результатами лечения лиц, обратившихся за лечением по собственной инициативе и, по всей видимости, обладающих более высокой “внутренней мотивацией” (Inciardi J.A. 1988, Roman P., 1988).

Самыми общими профилактическими мероприятиями считаются разработка и внедрение программ, стимулирующих стремление к здоровому образу жизни. В данной связи объектом целенаправленной социальной политики во многих странах является средства массовой информации, где протекционизируется соответствующая социальная реклама и не допускается прямая и косвенная реклама психоактивных веществ (Пелипас В.Е., Соломоницина И.О., 1998; Соломзес Д.А. и соавт., 1998).

В США и странах Западной Европы национальные программы противодействия наркотикам ставят задачу сделать свободными от наркотиков, преступности и насилия школы, рабочие места и улицы, поощряя все формы партнерства между бизнесом, школами, религиозными группами, органами социального обеспечения, правоохранительными органами, СМИ и общественными деятелями (Маккэффри Б.Р., 1999; Модзельски У., 1999; Диаз Б., 1999). Большое внимание уделяется адресным программам антинаркотической деятельности в перспективных группах населения (молодежь; военнослужащие; лица, несущие альтернативную гражданскую службу; родители) и развитию конструктивного сотрудничества между врачами, учителями, фармацевтами, полицейскими, социальными служащими в аспекте повышения эффективности и улучшения координации антинаркотической деятельности (Musto D.F., 1973, Room R. et al., 1991).

В настоящее время учеными и практиками СНГ разработано достаточное число базисных концепций эффективной социальной и профилактической антинаркотической деятельности. Так, А.А. Самошкин, И.Б. Васильев (2001) отмечают эффективность следующих технологий профилактики: 1) *информационные технологии* профилактики наркомании и алкоголизма, направленные, прежде всего, на устранение информационного вакуума и реализацию трех информационных проектов: а) создание постоянно-действующего “конвейера” антинаркотических публикаций и рекламы в СМИ; б) создания служб телефонного консультирования; в) создание специализированных антинаркотических сайтов в Интернете; 2) *технологии активизации общественного мнения* в целях профилактики наркомании и алкоголизма; 3) *образовательные технологии*, включающие: а) просветительские программы для всего населения; б) программы обучения родителей учащихся детей, подростков, молодежи; в) программы обучения педагогов, психологов, социальных работников, действующих в образовательных учреждениях; г) обучение руководителей предприятий, организаций; д) образовательные программы для учащихся; 4) *превентивные диагностические технологии* профилактики наркомании и алкоголизма; 5) *административные технологии*; 6) *технологии занятости в профилактике наркомании и алкоголизма*; 7) *системные технологии*, используемые для профилактики наркомании и алкоголизма (Самошкин А.А., Васильев И.Б. 2001).

По мнению П.И. Сидорова (2002) в настоящее время можно говорить о формировании такого международного научно-практического направления как превентивная наркология. Принципы превентивной наркологии – социальная активность, информированность, гуманность, научность, системность, раннее предупреждение, дифференцированность, программно-целевое планирование. Основные стратегии, превентивной наркологии следующие: экстранозологическая (выход за пределы медицинской парадигмы); гуманистическая (сочетающая все измерения личности); воспитательно-просветительная; прогностическая; экологическая; интегральная; экономическая; нормативная (законодательная). Близкие по значению тезисы аргументируются в работах В.Б. Якимова (1996), Н.А. Сироты и соавт. (2001), В.А. Деречи (2002). Перспективной является транстеоретическая профилактическая модель изменения поведения человека или группы, где рассматривается алгоритм приобретения необходимых навыков изменения рискованного поведения и достижения устойчивого желаемого статуса (Аканов А.А., 2001, 2002).

Сообщается о возрастании антинаркотической активности в деятельности СМИ (Худяков А.В., 2000; Калачев Б.Ф., Тихомирова Ю.С., 2000; Пелипас В.Е. и соавт., 2001). В последние годы профилактические антинаркотические программы широко внедряются в систему образования (Аканова С.А. и соавт., 1998; Министерство Образования России ... 1999). Предпринимаются осмысленные попытки профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков путем целенаправленной работы с семьей. При этом акцент делается на конструктивное решение проблемных семейных ситуаций, ведущих к экспериментированию подростков с наркотиками: дефицит положительных эмоций, изоляция семьи, самоустранение семьи, разрыв поколений, дефекты воспитания, некомпетентность родителей в проблеме наркотиков и алкоголя, размытость нравственных запретов, ошибочная тактика профилактики (Пелипас В.Е., и соавт., 2000). Издаются специальные пособия по организации мероприятий по профилактике наркоманий для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов, социальных педагогов (Латышев Г.В. и соавт., 1998).

Терапия наркологических заболеваний

Для успешного проведения терапии наркологических заболеваний необходимо использование комплексных и комбинированных подходов (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002) в связи с мультифакторным характером этиопатогенеза болезней зависимости от ПАВ (Иванец Н.Н. и соавт., 1991, Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2000).

Факторы, оказывающие влияние на эффективность терапии наркологических заболеваний можно разделить на две основные группы: факторы, характеризующие терапию и факторы, характеризующие пациента (Современные методы лечения наркомании... 2003).

К факторам терапии наркологических заболеваний, влияющих на ее эффективность можно отнести следующие: условия проведения лечения (стационарные, полустационарные, нестационарные) (Kang S.-Y., 1991, Alterman A.I., 1994, McKay J.R., 1994), факт завершения и непрерывности лечения (полный курс или досрочное прекращение лечения) (Hubbard R.L., 1989, Ball J.C., Ross A., 1991, Grella Ch.E., 1999, Gossop M., 1999), фармакотерапия (применение агонистов и антагонистов) (O'Brien C.P., 1997), психотерапия (Катков А.Л. и соавт., 2003-2004, Пак Т.В., 2003), психологическое консультирование (Hser. Y.L., 1995, Fiorentine R., Anglin D., 1996), влияние психолога-консультанта и лечащего врача (Катков А.Л., Титова В.В., 2003, Катков А.Л. и соавт., 2003, Lovejoy M., 1995, Simpson D.D., 1995, Joe G.W. et al., 1999), участие в группах самопомощи (McKay J.R., 1997) и соответ-

ствие метода лечения особенностям пациента (метод соответствия пациента/лечения и метод соответствия проблем/услуг) (Carroll K.M. et al., 1995, Project MATCH... 1997, McLellan A.T., 1997).

К факторам, характеризующим пациента, влияющим на эффективность проводимой терапии можно отнести следующие: интенсивность потребления психоактивных веществ (Joe G.W. et al., 1999 Rounds-Bryant J.L. et al., 1999, Simpson D.D., 1999), степень тяжести психических расстройств (McLellan A.T., 1983, DeLeon G., 1984, Carroll K.M., 1993, Alterman A.I., 1994, McLellan A.T., Wisner C., 1996, Gossop M., 2001), готовность и мотивация к лечению (Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000, Inciardi J.A., 1988, Roman P., 1988, Simpson D.D. et al., 1997), занятость (Simpson D.D. et al., 1986, Dennis M.L. et al., 1992, French M.T., 1992, McLellan A.T., 1994, Platt J.J., 1995), семейная и социальная поддержка (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002, McLellan A.T., 1980, Finney J.W., Moos R.H., 1984, McKay J.R., 1994, Longabaugh R., 1995).

Медикаментозная терапия наркозависимости

Медикаментозная терапия направлена на дезинтоксикацию, детоксикацию, купирование осложнений течения заболевания (соматических и психических) поддерживающее лечение, и заместительную терапию.

Рохлина М.Л. (2002) отмечает, что процесс терапии наркомании на начальном этапе включает в себя проведение дезинтоксикационных мероприятий и купирование абстинентного синдрома с нормализацией соматоневрологических нарушений и коррекцией психопатоподобных расстройств, с дальнейшим купированием нарушений метаболизма, поведенческих расстройств и нормализацией психического состояния (включая сон). Margolin A., Kosten T.R. (1991) определяют дезинтоксикацию как процесс, в рамках которого пациенту оказывается медицинская помощь и проводятся фармакотерапевтические мероприятия, с тем, чтобы обеспечить его воздержание от наркотиков и нормальное функционирование организма с минимальными соматическими и эмоциональными расстройствами (Margolin A., Kosten T.R., 1991). Главными целями этого этапа являются безопасное лечение осложнений, обеспечение воздержания от наркотиков и формирование у пациента установки на дальнейшую реабилитацию. Этот этап следует рассматривать как подготовку к продолжительному лечению, которое преследует цель поддерживать воздержание от наркотиков и способствовать реабилитации пациента (Gerstein D., Harwood H., 1990; Mattick R.P., Hall W., 1996).

В отношении фармакотерапии при опиоидной зависимости разработано несколько основных форм (O'Brien C.P., 1997). По имеющимся дан-

ным (Gowing L.R. et al., 2000), детоксикацию при отравлениях героином и другими опиоидами можно проводить: с помощью агонистов опиоидных рецепторов в убывающих дозах – главным образом метадона (Ball J.C., Ross A., 1991, Marsch L.A., 1998) и его аналога пролонгированного действия левоальфаацетилметадола – ЛААМ (Freedman R.R., Czerko G., 1981, Rawson R.A., 1998, Clark N., 2002); частичного опиоидного антагониста – бупренорфина (Jasinski D.R., Pevnick J.S., 1978, Moatti J.P. et al., 1998, Uehlinger C., 1998, Fischer G. et al., 1999, Ward J. et al., 1999); и двух неопиоидных средств – лофексидина и клонидина (которые являются агонистами α_2 -адренергических рецепторов) (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2000, Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002, Рохлина М.Л., 2002). По данным L.J. Cheskin et al. (1994) бупренорфин лучше снимает остроту абстинентного синдрома и вызывает меньше побочных действий. В 80-х годах были разработаны процедуры ускорения опиоидной детоксикации с помощью антагонистов опиоидных рецепторов (National Research Council... 1978, Riordan C.E., Kleber H.D., 1980). В процессе быстрой опиатной детоксикации (БОД) начальная фаза абстиненции ускоряется путем введения налоксона или налтрексона, а ультрабыстрая опиатная детоксикация (УБОД) осуществляется путем введения налоксона или налтрексона на фоне общей анестезии или глубокой седации. Оба метода, индуцирующих тяжелый, но непродолжительный абстинентный синдром, разрабатывались и изучались в ряде стран (Seoane A. et al., 1997, Kleber H.D., 1998; Bearn J. et al., Bell J.R. et al., 1999, Tucker T.K., Ritter A.J., 2000). Налтрексон так же используется в качестве противорецидивного лечения. Одним из самых важных моментов лечения налтрексоном является строгое соблюдение режима воздержания от наркотиков (National Research Council... 1978). Kirchmayer U. и соавт. (2002) отмечено, что терапевтический подход лечения налтрексоном приемлем в основном для пациентов с твердой установкой на выздоровление в сочетании с различными психотерапевтическими мероприятиями. Этой же точки зрения придерживаются Washton A.M., Pottash A.C. (1984), Brahen L.S. (1984). Пациенты, которые заявляют, что они готовы и испытывают потребность пройти лечение, как правило, более успешно интегрируются в терапевтическую программу и дольше продолжают лечение (Simpson D.D. et al., 1997).

Были предприняты попытки разработки антагонистов кокаина, для лечения кокаиновой зависимости, однако результаты оказались малоэффективными (Fulco C.E. et al., 1995, O'Brien C.P., 1996). В настоящее время научные исследования в этой области продолжаются, и некоторые данные говорят о том, что может быть разработана эффективная “вакцина”,

которая сможет мгновенно преобразовывать и инактивировать метаболиты кокаина (Fox B.S., 1997).

Вопросы заместительной терапии не получают единой оценки (Алтынбекова Г.И. и соавт., 2003, Надеждин А.В., 2004). В некоторых штатах США и странах Западной Европы заместительная поддерживающая терапия метадонотом запрещена, в некоторых – разрешена. Из стран постсоветского пространства поддерживающая заместительная терапия метадонотом проводится в Литве, Киргизстане. Пилотные проекты данной терапии готовятся к реализации в Казахстане и Таджикистане (Асанов Т.К., 2004). Эффективность терапии метадонотом отметили (Ball J.C., Ross A., 1991; Marsch L.A., 1998; Gossop M., 1997, 2000, 2001).

Психотерапия зависимости от ПАВ

Признанное становление психотерапии в наркологической практике связано с использованием гипноза и лечебных внушений в нем для целей отвращения, злоупотребляющих спиртными напитками от алкоголя французским психиатром Voisin (1885), жене́вским врачом Ladame (1888), шведом Wetterstrand (1888). Использовали гипноз при лечении больных алкоголизмом известные психиатры XIX века Forel, Hamelton, Osgood, Neilson, Verillan (цит. по В.Е.Рожнову, 1979).

В России первые сообщения Б.Н. Шани, А.Н. Успенского, Я.В. Рыбалко об успешной гипнотерапии больных алкоголизмом появились в 90-х годах XIX века. В последующие годы (конец XIX, начало XX столетия) многие известные ученые, врачи-психиатры, интернисты занимались изучением и практическим применением гипноза и других методов психотерапии для лечения больных алкоголизмом – А.Л. Токарский, В.М. Бехтерев, А.Л. Певницкий, Ф.Е. Рыбаков и др. Методику коллективной психотерапии больных алкоголизмом В.М. Бехтерева творчески развивали К.К.Спицын, Д.С. Озерецковский. Традиция Российской психотерапевтической школы в наркологической практике продолжалась в исследованиях В.И. Иванова, В.Е. Рожнова, И.В. Бокий, Л.Н. Лежнековой и других ученых-практиков (Спицын К.К., 1928; Штерева Л.В., 1980; Щиголев И.И., 1992; Иванов Н.В., 1997).

Становление психотерапевтической методологии лечения больных алкоголизмом и наркоманией, отличной от гипнотерапии, происходило параллельно с развитием других научных направлений психотерапии – психоаналитического (Фрейд, Адлер, Фромм, Хорни и др.), когнитивно-бихевиорального (Бек, Вольпе, Волберг, Эллис и др.), экзистенциально-гуманистического (Ясперс, Хайдеггер, Бинсвангер, Ялом, Роджерс и др.). Тракто́вка формирования алкоголизма, наркомании в каждом из данных

направлений психотерапии, методология терапевтических вмешательств соответствовали основной системе взглядов на динамику развития и функционирования личности (цит. по В.Е. Рожнову, 1979).

В XX веке, благодаря усилиям Джозефа Пратта (1905), Джейкоба Морено (1910), Альфреда Адлера, Луиса Вендера, Пауля Шиндлера (1929-1934) получила развитие групповая психотерапия соматических, психогенных, психических расстройств, в том числе – зависимостей от психоактивных веществ (Рудестам К., 1998; Frank J.D., 1979). Термин “групповая психотерапия” был введен, по свидетельству Corsini (1955), Джейкобом Морено в 1932 г. (цит. по К. Рудестаму, 1990).

В 30-х годах прошлого столетия групповая психотерапия активно интегрируется в программы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. В конце 40-х годов в американском штате Миннесота была разработана первая модель организации лечебного процесса с применением программы “12 шагов”, которая, в сущности, представляет собой модифицированный вариант групповой психотерапии (Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000). Об опыте успешного использования групповой психотерапии в различных вариантах реабилитационных программ, реализуемых в Западной и Восточной Европе, сообщают И. Кочуровска (2001, 2002), Я. Владонь (2001), Ю.В. Валентик (2002). О важности направленности психотерапии на повышение мотивации прекращения употребления психоактивных веществ и планомерного восстановления сообщает W.R.Miller (2000), а также В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота (2003).

На территории постсоветского пространства вопросам развития психотерапевтических технологий в практике реабилитации зависимых от психоактивных веществ в последние годы уделяется существенное внимание. Разрабатываются вопросы психологической и психотерапевтической коррекции отношений и установок в системе реабилитации больных алкоголизмом (Гриненко А.Л., 1991). Рассматриваются особенности использования психотерапевтических технологий при реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (Дудко Т.Н. и соавт., 2001). Изучаются особенности психотерапевтических стратегий в зависимости от уровня реабилитационного потенциала зависимых от ПАВ (Дудко Т.Н. и соавт., 2001). Уделяется внимание особенностям использования психотерапии в условиях стационарной реабилитации (Носачев Г.Н., 2001; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2001). А также при реабилитации в амбулаторных условиях (Валентик Ю.В. и соавт., 2003). При этом особое внимание уделяется необходимости сочетания семейного консультирования, работы с созависимостью, групповых занятий с

родственниками (“родительские группы”). Перспективным в амбулаторных условиях считается использование поведенческой, мотивационной психотерапии, транзактного анализа. Об удачном сочетании рациональной, семейной и стрессшоковой психотерапии, используемых на разных этапах программы МСР в центре Назаралиева, сообщают Г. Аджибекова (2001), Ж.Б. Назаралиев, Е.Б. Бешкемпиров (2001), Ж.Б. Назаралиев и соавт., (2001).

В настоящее время психотерапия широко используется в комплексном лечении алкогольной, табачной, наркотической зависимости (Алексеев Б.Е., 1992; Леонтьева Н.И. и соавт., 2000; Назаралиев Ж.Б. и соавт., 2000; Шугайкин В.А., 2000; Яковлева М.Б., Залевский Г.В., 2001; Павлов И.С., Корень С.В., 2001, 2002; Россинский Ю.А., Валивач М.Н., 2002). Все более активно обсуждаются на территории постсоветского пространства основания и реальный базис для формирования интегративного движения в психотерапии (Цапкин В.Н., 1992; Мягер В.К., 1993; Василюк Ф.Е., 1998; Завьялов В.Ю., 2000, 2002; Баранников А.С., 2002; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002; Катков А.Л., Титова В.В., 2002; Криндач В.П., 2003; Макаров В.В., 2003, Катков А.Л., 2003, Пак Т.В., 2003, Россинский Ю.А., 2002, 2003).

В Республике Казахстан в последние годы отмечается интенсивное развитие психотерапевтических практик в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ (Мусинов С.Р. и соавт., 2001; Россинский Ю.А., 2001) эффективно используется трансперсональная психотерапия и эриксоновский гипноз (Бутенко П.В., 2001), различные виды и методы индивидуальной психотерапии (Пак Т.В., 2001). Разрабатываются новые направления медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ, опирающиеся на новые психотерапевтические технологии (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Алтынбеков С.А., 2002; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002).

Таким образом, прогресс психотерапии на территории постсоветского пространства, как и во всем мире, обеспечивается свободным развитием методов, их объединением в эклектические, синтетические, интегративные системы. Однако именно интегративные системы отражают новую содержательную реальность психотерапии (Семке В.Я., Куприянова И.Е., 1998; Макаров В.В., Обухов Я.Л., 1999; IX конгресс ЕАП “Традиции и перемены”. Хроника, 2002).

Медико-социальная реабилитация

Важнейшим направлением реабилитации наркологических больных являются терапевтические сообщества (ТС) (Дудко Т.Н., 2002). На сегодняшний день, по мнению многих специалистов в области реабилитации

ТС, являются наиболее эффективной организационной структурой медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ (Johnes M., 1979, Manning N., 1979, Manning N., Blake R., 1979, Kennard D., 1983, Broecaert E. et al., 1997, De Leon G., 1984, 1997). Терапевтические сообщества (ТС) или терапевтические общины для лиц, зависимых от наркотиков, возникли в 60-е годы и в настоящее время образуют спектр более чем из 500 описанных резидентских программ (Валентик Ю.В., 2001, 2002). Из них наиболее известные программы Daytop Village, Phoenix House, Getway House, MONAR. Существуют Всемирная и Европейская федерации терапевтических сообществ. Кардинальным для понимания ТС является то, что индивидуальные изменения должны происходить через взаимопомощь и самопомощь в условиях совместной деятельности равных по положению людей – персонала и пациентов (Дудко Т.Н., 2002, Цетлин М.Г. и соавт., 2002). Сверхзадача ТС – полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от употребления психоактивных веществ, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и изменений, развитие новых ценностных ориентаций (Зинберг Н., 2004). Традиционно – это долгосрочная программа реабилитационного стационара, эффективность которой давно не вызывает сомнения (Ю.В. Валентик, 2001; Владонь Я., 2001, Кочуровска И., 2001, 2002). Так, например, в США, на период к 1988 г. По программе 12 шагов бросали пить 1,5 млн. алкоголиков (Alcoholics Anonymous World Services, 1989).

Наиболее известные на сегодняшний день являются: Ассоциация “Casa Famiglia Rosetta” (ACFR) в Италии; “Хассела” в Швеции; “МОНАР” в Польше; “Синанон” в Германии; “Феникс”, “Дей Топ” в США и др. Компонентами реабилитации здесь являются специально конструируемая реабилитационная среда, психотерапия, трудовая занятость, работа с семьей, образовательные программы (Валентик Ю.В., 2001, Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

Наиболее приемлемыми программами ТС в странах постсоветского пространства является модель Ассоциации “МОНАР” (Польша), которая реализует специализированную программу лечения и социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ. Более чем за 20 лет своей деятельности “МОНАР” создал специализированную сеть лечебных, реабилитационных, консультационных клиник и центров – 27 терапевтических и консультационных пунктов и диспансеров, 6 центров долгосрочной терапии, 18 центров среднесрочной терапии, 1 центр интенсивной терапии, 4 центра для подростков и 3 центра для детей, страдающих наркозависимостью. Кроме того, были созданы 2 программы “Школы преодоле-

ния”, которые представляют собой ступень между детоксикацией и реабилитационной программой. “МОНАР” создал программу поддержки наркозависимых, прошедших все ступени реабилитации данной программы. 24 особые терапевтические группы проводят терапию в тюрьмах на всей территории Польши. Основные элементы системы “МОНАР” – это: 1) адекватная информация об ассортименте услуг и наличие возможности выбора; 2) амбулаторные службы с многообразными целевыми программами краткосрочной и среднесрочной помощи; 3) дневные стационары для лиц, нуждающихся в интенсивной помощи; 4) стационарные центры для лиц, не способных правильно функционировать в своем месте жительства; 5) стационарный центр для лечения детей и подростков; 6) программа готеля (жилищная программа для лиц, окончивших интенсивные терапевтические курсы); 7) вспомогательные группы для лиц, не входящих в программу готеля, но нуждающихся в поддерживающей мотивационной терапии. “МОНАР” тесно сотрудничает с терапевтическими, психиатрическими, дерматологическими, инфекционными отделениями многопрофильных больниц; судами; прокуратурой; полицией; организациями, осуществляющими общественную помощь; религиозными организациями; клубами, домами культуры и т.д. (Владонь Я., 2001; Адамяк П., 2001; Кочуровска И., 2002).

По принципу “МОНАР” и Минесотской модели (12 шагов) в странах СНГ работают следующие ТС: “Страна живых”, “Марьяна школа” (Россия), “Ступени” (Украина), “Реальный мир” (Белоруссия), “Асар” (Казахстан). Существуют совместные программы и сообщества, например, “Выздоровление” – “Recovery”, “Динамическая молодежь” – “Dynamic Youth” (США-Россия) и др.

Основные усилия системы специализированной наркологической помощи в Российской Федерации направлены как на усвоение эффективного международного опыта, так и на разработку национальных моделей борьбы с распространением алкоголизма и наркозависимости (Бохан Н.А. и соавт., 2000; Иванец Н.Н., 2002; Шабанов П.Д., 2002). Акцент делается на улучшение ранней выявляемости зависимых от психоактивных веществ (Голенков А.В., 2000; Кабалин А.П. и соавт., 2002), разработке и внедрению системных и фрагментарных инновационных моделей организации наркологической помощи населению (Игонин А.Л., 1998; Теркулов Р.И. и соавт., 2000; Егоров В.Ф., 2000; Гусарова Г.И., 2001; Литвинцев С.В., 2002; Михайлов В.И. и соавт., 2002). Основное внимание уделяется отходу от исключительно медикаментозной практики лечения алкоголизма и наркозависимости и расширению использования комплексной реабилитацион-

ной практики (Ревенко В.И. и соавт., 1999; Михайлова Л.А., 2000; Булыгина И.Е. и соавт., 2001; Букреева Н.Д., 2002). При этом используются как заимствованные, так и оригинальные комплексные программы медико-социальной реабилитации наркозависимых, эффективность которых не вызывает сомнений (Батищев В.В., 1998-2000; Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000; Валентик Ю.В., 2001; Дудко Т.Н. и соавт., 2001; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2001; Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

Практически непрерывно идет процесс усовершенствования отдельных аспектов или блоков реабилитационного процесса (Батищев В.В., 2000; Дудко Т.Н., 2000; Тактаров В.Г., Новиков И.А., 2001; Валентик Ю.В., 2002; Валентик Ю.В. и соавт., 2002). Создаются новые эффективные формы работы с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми (Рохлина М.Л., Иванец Н.Н., 1999; Должанская Н.А., Бузина Т.С., 2000-2001; ЮНЕЙДС 2001-2002).

Таким образом, общая тенденция развития наркологической помощи населению в здравоохранении на постсоветском пространстве заключается в частичном отходе от исключительно медицинских (лекарственных) подходов в лечение алкоголизма и наркозависимости; разработке и внедрении реабилитационных программ разной степени сложности; проведении необходимых структурных, технологических и кадровых инноваций.

ОБЩАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предметом исследования явились свойства психологического здоровья – антинаркотическая устойчивость и наркомания.

Настоящее исследование состояло из двух частей. Первая часть исследования охватывала 7500 случайную выборку общего населения Республики Казахстан. Во второй части исследовались больные наркоманией (189 человек) проходившие курс лечения в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар). Для данной группы в качестве контроля использовались жители общей популяции города Павлодара (378 человек), отобранные по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности соответственно распределению этих показателей в основной группе (matched control).

Генеральная совокупность исследования – жители крупных городов Казахстана (с населением 150 000 и более) в возрасте 12-55 лет. Выборка исследования – 7 500 интервью. Выборка исследования включала не менее 750 выборочных точек и являлась репрезентативной в отношении населения крупных городов Казахстана. Общее количество интервью было поделено между регионами и городами пропорционально численности населения.

Распределение случайной выборки общего населения Республики Казахстан по тематическим группам

Настоящее исследование предполагало выделение следующих тематических групп из общего населения Республики Казахстан (таблица № 1).

Таблица № 1. Описание тематических групп.

№	Наименование тематических групп
Результирующие группы (номера от 0 до 12)	
№ 0	Репрезентативная выборка населения Республики Казахстан (респонденты)
№ 1	Наркозависимые (общая группа)
№ 2-7	Наркозависимые по группам (опиоиды, каннабиноиды, стимуляторы и др.)
№ 8	Зависимые от алкоголя

Продолжение таблицы № 1.

№	Наименование тематических групп
№ 9	Зависимые от табака
№ 10	Группа риска
№ 11	Группа пассивно воздерживающихся от употребления наркотических веществ
№ 12	группа активно устойчивых в отношении вовлечения в орбиту наркотизма
Многофакторные концептуальные группы (номера от 13 по 30)	
№ 13-15	Группы соматического здоровья: высокого, низкого, среднего уровней
№ 16-18	Группы психического здоровья: высокого, низкого, среднего уровней
№ 19-21	Группы психологического здоровья: высокого, низкого, среднего уровней
№ 22-24	Группы общего психического здоровья: высокого, низкого, среднего уровней
№ 25-27	Группы социального здоровья: высокого, низкого, среднего уровней
№ 28-30	Качество жизни: высокое, низкое, среднее
Монофакторные концептуальные группы (номера с 31-51)	
№ 31-33	Социальная динамика: восходящая, нисходящая, нейтральная
№ 34-36	Интернальность (локус контроля): внутренняя, внешняя, средняя
№ 37-39	Скорость адаптации: высокая, низкая, средняя
№ 40-42	Заинтересованность собственным здоровьем: высокая, низкая, средняя

№	Наименование тематических групп
№ 43-45	Позитивные цели и установки (показатели): выражены, отсутствуют, средние
№ 46-48	Информированность о вреде наркотиков: высокая, низкая, средний уровень
№ 49-51	Уровень вовлеченности в религиозное мировоззрение
Стандартные монофакторные группы (номера 52-92)	
№ 52-53	Гендерные группы
№ 54-60	Группы возрастной принадлежности
№ 61-64	Группы по образовательному цензу
№ 65-67	Группы по семейному статусу
№ 68-76	Группы по профессиональному статусу
№ 77-82	Группы по социальному статусу и уровню доходов
№ 83-92	Группы по национальной принадлежности
№ 101-102	Личностная идентификация (признаки): завершена, неполное завершение
№ 103-104	Навыки ответственного выбора (признаки): сформированность, несформированность

Группа стационарных больных наркоманией

Исследуемую группу составили стационарные больные наркоманией ($n = 189$), поступившие в плановом порядке на стационарное лечение в Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) и прошедшие полный реабилитационный курс лечения – 60 суток. Данное исследование не включало пациентов, проходивших курс в РНПЦ МСПН с алкогольной, табачной зависимостями, а так же с токсикоманиями и каннабиноидной формой зависимости.

Группа внешнего контроля сопоставимого по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности (matched control)

Группа внешнего контроля сопоставимая по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности формировалась из работающих, служащих и города Павлодара, Аксу. В общей сложности в нашем распоряжении были списки из 8456 человек с данными о поле, возрасте, образовании и национальности. В общей сложности было отобрано, по принципу случайной выборки – 378 человек (соотношение 1:2).

Методы исследования

При исследовании использовались две методологии, а именно: наблюдательные и экспериментальные методы. Наблюдательную часть настоящей работы можно отнести к кросс-секционному методу, поскольку производилась одномоментная регистрация параметров психического, психологического состояний и социального статуса (Kleinbaum D., et al., 1982).

Клинический эксперимент проводился на основе случайной выборки (Альбом А., Норелл С., 1996) из пациентов исследуемой группы с оценкой результата по схеме “до-после” (Флэтчер Р. с соавт., 1998). Данный подход основан на предположении, что любое улучшение, наблюдаемое после лечения, обусловлено именно лечением и является вариантом лонгитудинального исследования (Флэтчер Р. с соавт., 1998).

Во избежание систематической ошибки (bias) при регистрации симптомов, признаков и параметров, замеры одного и того же показателя проводил один и тот же исследователь, использовались одни и те же инструменты и наборы лабораторных реактивов. Опрос производился на добровольной основе, при этом следует отметить, что после разъяснения целей данного исследования, отказов от участия в интервью не было.

Методология психологического обследования у стационарных больных и у группы внешнего контроля (matched control)

Теоретико-методологической основой исследования послужил принцип единства сознания и деятельности С.Л. Рубинштейна, определяющий психологические условия развития самосознания личности (идентичность, ценности, цели, самооценка, образ жизни, их коррекция в рефлексивной деятельности в условиях психотерапии); в определении методологии нашего исследования мы опирались на идеи гуманистической психологии, разработанные в теории самоактуализации А. Маслоу, на концепцию формирования личностной идентичности Э. Эриксона, функциональную концепцию психического и концепцию интегрального здоровья А.Л. Каткова (1998). Психологическое исследование стационарным больным проводилось дважды: в начале и в конце курса лечения. Обязательным являлось сохранение конфиденциальности информации.

*Методы терапевтического вмешательства
Детоксикация и медикаментозная терапия*

Метод детоксикации и купирования проявлений абстинентного синдрома проводился согласно рекомендациям Сиволап Ю.П., Савченков В.А. (2000), Рохлиной М.Л. (2002), по возможности дифференцированно в зависимости от длительности заболевания, величины дозировок наркотиков, психопатологической картины болезни и в среднем составлял от 15 до 20 дней. Использовались наиболее эффективные патогенетические средства купирования опийного (героинового) абстинентного синдрома: клонидин (клофелин) – агонист альфа-2-адренорецепторов ЦНС, тиапридал (тиаприд) – атипичный нейролептик из группы замещенных бензаминов и трамал (трамадола гидрохлорид) – обезболивающее средство центрального действия. Комплексное применение данных препаратов позволяло наиболее оптимально купировать основные проявления опийного абстинентного синдрома.

Реабилитация в контрольной подгруппе клинического эксперимента

Общим правилом для участников обеих подгрупп клинического эксперимента являлось необходимость выполнения условий контракта, заключаемого пациентом при госпитализации в РНПЦ МСПН. Так же общим являлся лечебный режим (подъем, отбой, перерывы на прием лекарств и пищи).

С пациентами контрольной подгруппы проводились индивидуальная и групповая психотерапия с частотой 1-2 раза в неделю. Психотерапевтические сессии проводились в первой половине дня. Во второй половине дня пациенты занимались спортивными мероприятиями и имели личное свободное время. Периодически проводились социально-психологические тренинги в виде дискуссионных тренингов общения. В контрольной подгруппе клинического эксперимента не было полной занятости пациента терапевтическими мероприятиями.

Модель неоабилитации в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых в основной подгруппе

Режим программы реабилитации-неоабилитации выстраивался с учетом интенсивного терапевтического прессинга – пациенты практически были полностью заняты с 7.00 до 23.00 часов.

В утреннее время проводилось общее собрание резидентов программы (пациентов) и тематическая лекция. Лекцию проводили либо врачи, либо старшие резиденты – пациенты, участники программы, находящиеся на этапе ее завершения. Так же в первой половине дня (до обеда) проходили групповые психотерапевтические сессии (ИРГПН). Курс психотера-

психотерапевтических сессий в основной подгруппе продолжался в течение 2-х месяцев, каждое занятие не менее 3 часов. Занятия проводились ежедневно, в том числе – в субботные дни, в заранее точно определенное время. График работы отделения не позволял пациентам выключаться из процесса психотерапии в течение всего рабочего дня.

В одну психотерапевтическую группу входило 10-12 человек. Группы были открытыми. Пациенты входили в групповой психотерапевтический процесс по мере поступления в отделение психотерапии и реабилитации, что сопровождалось проведением ритуала “принятие в семью”.

Интегративно-развивающая групповая психотерапия проводилась со второго этапа МСР, после дезактуализации патологического соматического статуса. Мишенью являлся патологический личностный статус, социальный статус наркозависимого, патологическое влечение к ПАВ, целью – формирование и развитие психологических свойств антинаркотической устойчивости в групповом процессе.

Во второй половине дня, ежедневно, в течение всего лечебного курса (2 месяца) в качестве основных терапевтических практик модели реабилитации-неоабилитации проводились тематические социально-психологические тренинги. Данные тренинги носили континуальный характер как в плане непосредственно тематики самих тренингов, так и в плане их взаимосвязи с сессиями групповой интегративно-развивающей психотерапии. Продолжительность тренингов (в зависимости от тематики) составляла 3-4 часа. При необходимости тренинги проходили в формате марафона (6-8 часов).

Терапевт или тренер придерживались динамического стиля руководства. В начале второго этапа МСР в период манипулятивной групповой психотерапии была активность и инициатива терапевта в определении целей и задач группы. Определялась директивная тактика психотерапевта в ведении группового процесса, в межличностных взаимодействиях, в установлении условий безопасности, в соблюдении правил и возложении ответственности за их несоблюдение. Затем наблюдался дальнейший переход от манипулятивной групповой психотерапии к развивающей. В течение второго и третьего этапа МСР (как правило, начиная с рабочей фазы групповой динамики) проявлялась активность и инициатива членов группы или позитивной подгруппы в отношении целей, задач и норм группы, апробации новых способов взаимодействия, направленных на решение актуальных проблем. Позиция психотерапевта – снижение активности, а затем минимальная активность и недирективность, партнерство, поддержка и помощь в раскрытии и решении актуализированных проблемных

тем. Для достижения глубинного постоянного уровня психотерапевтического процесса пациенты самостоятельно продолжали работу над актуальными проблемными темами после групповых сессий, находили несколько вариантов решений проблем, помогали друг другу в реализации конкретных действий, вели дневники самонаблюдения, выполняли индивидуальные задания, данные психотерапевтом или старшим по прохождению программы МСР, участвовали в создании терапевтического сообщества в отделении.

Данные, регистрируемые как результаты клинического эксперимента

Регистрируемые данные клинического эксперимента были разделены на две группы: 1) данные, регистрируемые в стационаре и 2) данные, регистрируемые после выписки из стационара.

1) В стационаре регистрировались: степень развития свойств антинаркотической устойчивости, признаки вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации, динамика показателей биохимических и нейрофизиологических параметров, динамика психологического и клинико-психопатологического состояния, динамика редукции клинических вариантов синдрома отмены. Для определения свойств антинаркотической устойчивости и регистрации динамики их развития использовались показатели разработанных нами вопросников, которые включены в “карту стационарного больного” и данные психологических тестов. Таким же образом проводился мониторинг признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и динамики психологического и клинико-психопатологического состояний.

2) После выписки пациента из стационара отслеживался катамнез. Данные катамнеза включали как субъективные (самооценка состояния самим пациентом), так и объективные данные (оценка состояния пациента его близкими родственниками, участковым врачом-наркологом и другими бывшими пациентами, находящимися в ремиссии). Регистрировался срок, через который наступал рецидив употребления наркотиков, либо воздержание от употребления наркотиков до окончания периода наблюдения. В случаях рецидива регистрировалась так же его тяжесть (однократное употребление (срыв), эпизодическое, систематическое употребление). Кроме этого регистрировались показатели психологического здоровья (свойств антинаркотической устойчивости), социальной и психологической динамики.

Для определения качества жизни участников клинического эксперимента, через 12 месяцев после завершения лечебной программы нами использовалась русская версия (шкала VITAR) опросника качества жизни

SF-36 (Бримкулов Н.Н. и соавт., 1998), краткая форма – Medical Outcomes Study Short Form SF-36® Health Survey Update, разработанного J.E. Ware и соавторами (Ware J.E., 1992, 1993, Ware J.E. et al., 1993).

Показатели, отражающие терапевтическую динамику в стационаре

Клиническими показателями, отражающими терапевтическую динамику в стационаре являлись следующие:

1) Динамика редукции синдрома зависимости, состояния отмены и основных его клинических проявлений в виде: резидуального аффективного расстройства (депрессивного синдрома); психических расстройств органического характера (Kaplan H.I., Sadock B.J., 1994) или органического расстройства личности (синдром лобной доли, псевдолобный синдром) (МКБ-10); симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику; астенического расстройства; анозогнозии. Из характеристик указанных синдромов и симптомов регистрировались:

- длительность проявлений психопатологического синдрома/симптома (в днях);
- степень выраженности проявлений психопатологического синдрома;
- количество зарегистрированных случаев проявлений психопатологического синдрома.

Таким образом, анализировались в основном клинические и клинико-психопатологические характеристики, идентифицирующие квалификацию и динамику психического состояния.

2) Динамика данных лабораторного исследования – показатели по биохимическим тестам крови (13 количественных признаков).

3) Динамика данных нейрофизиологического исследования.

4) Динамика данных психологического исследования.

5) Динамика оценки степени вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации: а) субъективная оценка степени вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (22 атрибутивных признака); б) объективная оценка степени вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (8 количественных признаков);

6) Динамика оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости: а) субъективная оценка степени развития свойств антинаркотической устойчивости (8 количественных признаков).

Регистрация длительности ремиссий и частоты рецидивов

а) показатели длительности ремиссии (воздержания);

б) оценки уровня социальной и психологической динамики;

в) срыв (единичный эпизод, регулярное употребление).

Базы данных

База данных для накопления и обработки информации о случайной выборке из общего населения Республики Казахстан

База данных для накопления и обработки информации о случайной выборке из общего населения Республики Казахстан проводилась с использованием SPSS – “Statistical Package for Social Scientists”. SPSS является стандартным пакетом программного обеспечения для накопления информации в форме сложных электронных баз данных и углубленной их статистической обработки (SPSS for Windows, Release 8.0.0, Standard Version, Copyright © 2003, SPSS Inc., <http://www.spss.ru/index.htm>. SPSS Rus. © 1995 – 2002 SPSS Rus (095) 125 0069). Для ввода данных использовалась программа SET DATA Version 1.1 (final) for MS Windows (ТОО АСМИ Brif).

База данных для накопления и обработки информации о группе стационарных больных наркоманией и группе внешнего контроля

Сбор информации осуществлялся в базе данных пакета экспертной системы ЭС-АГ, произведенной по заказу РНПЦ МСПН и максимально приближенной к условиям работы и потребностей Центра. Данная программа позволяет работать со следующими типами параметров: логические параметры (да, нет, неизвестно); параметрические данные – числа в диапазоне от “–” $10e30$ до “+” $10e30$; дата; время; перечисляемые параметры (номер параметра в фиксированном списке); строковой параметр (текст любой длины).

Методы статистического анализа

Математический анализ осуществлялся с помощью Agstat.exe, входящая в экспертную систему ЭС-АГ. В кросс-секционном исследовании вычислялись средние коэффициенты корреляции, линейная и нелинейная регрессия, множественные корреляции и регрессия. Эти вычисления производились в соответствии с руководствами Г.Ф. Лакина (1980) и М.В.Славина (1989). Сравнение групп производилось в программе по методике Стентон Гланц “Медико-биологическая статистика” (1999). Программа Agstat.exe позволяла так же оценивать следующие статистические показатели: выборочные средние; определение достоверности разности средних (или относительных) величин; объединенная оценка дисперсии обоих выборок; стандартные отклонения каждой выборки; степень свободы обоих выборок; доверительные интервалы для параметров, для средних и для разности средних сравниваемых групп; доверительный интервал для среднего значения; средняя ошибка средней арифметической; средняя ошибка относительной величины (Р); коэффициент корреляции; средне-квадратическое отклонение; относительный риск и соотношение шансов;

Доверительный интервал для относительного риска RR; доверительный интервал для отношения шансов OR и др. Для получения статистической достоверности сравниваемых величин (P) использовались параметрический t-критерий Стьюдента, и непараметрические W-критерий Уилкоксона, U-критерий Манна-Уитни. При регрессионном анализе использовались коэффициент ранговой корреляции Спирмена и Пирсона (Флэтчер Р. с соавт., 1998, Гланц С., 1999).

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Общие сведения

Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости является основной теоретической базой настоящего исследования. Данная концепция позволит систематизировать разнонаправленные усилия по блокированию процессов распространения зависимости от ПАВ. Собственно теоретический, концептуальный блок фокусирует усилия профессионалов (теоретиков и практиков), имеющих отношение к обсуждаемой проблеме, на комплексе взаимозависимых составляющих, являющихся сутью процессов вовлечения в зависимость от ПАВ. Прикладной блок концепции позволяет сформулировать новые, более эффективные подходы к медико-социальной реабилитации химически зависимых лиц. А также, новые направления в сфере превенции распространения зависимости от ПАВ.

Преимущество с доступным уровнем знания в рассматриваемой области

Теоретические конструкции концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости опираются: на исследования А. Маслоу (1954) об иерархии индивидуальных потребностей; Э. Эриксона (1959) о жизненных кризисах и формировании личностной идентичности; Д. Роттера (1947) о личностных свойствах интернальности – экстернальности; Р. Хэвигхерста (1972) о задачах личностного развития; Ю.В. Валентика (1998) о потребностных циклах и форсировании зависимости от ПАВ; А.Л. Каткова (1998) о функциональной концепции психического, концепции интегрального здоровья.

Оригинальные положения

Оригинальными положениями настоящей концепции являются: теория личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в зависимость от ПАВ; описание базисных стратегий поведения индивида в агрессивной среде; разработка принципов переформирования конфронтационной стратегии поведения на синергетическую; обоснование общего алгоритма формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; обоснование новой модели неоабилитации наркозависимых лиц; разработка прикладной концепции превенции распространения зависимости от ПАВ.

Практический выход

Разработка основных положений концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости позволяет: эффективно опреде-

лять степень как индивидуального, так и социального риска вовлечения в орбиту зависимости от ПАВ; проводить эффективный мониторинг наркологической ситуации по наиболее важным параметрам; определять глубину и качество ремиссии у зависимых от ПАВ по критериям, анализ которых позволяет установить степень вероятности повторного вовлечения в орбиту химической зависимости; разрабатывать адекватные промежуточные параметры эффективности программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ; разрабатывать адекватные оценочные критерии для различных развивающих практик, используемых в данных программах. Внедрение базисных элементов рассматриваемой концепции позволяет существенно модифицировать развивающие практики, используемые в лечении химически зависимых лиц и повысить их эффективность. Кроме того, данные практики, адаптированные в соответствии с потребностями социальной сферы (институты семьи, воспитания, образования), будут способствовать эффективному блокированию процессов распространения зависимости от ПАВ среди населения.

Основные принципы построения центральных понятий (концептов)

Главные теоретические концепты (выделяемые личностные свойства, совокупности личностных свойств, определения психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, понятия о базисных стратегиях поведения и т.д.) сформулированы в соответствии со следующими основными принципами: *дифференциации* (каждое теоретическое положение имеет свое четкое определение и признаки, по которым надежно идентифицируется); *измеряемости* (динамику каждой исследуемой модели можно отследить по соответствующим количественным и атрибутивным признакам); *единства* (понятия, рассматриваемые в теоретической части концепции, объединяются в единый функциональный блок. Данный блок выполняет миссию надежного барьера, отделяющего личность и социум от немедицинского употребления психоактивных веществ).

Структурно-функциональные уровни психического

В соответствии с функциональной концепцией психического (Катков А.Л., 2003) нами рассматриваются следующие структурно-функциональные уровни организации свойств психики, имеющие отношение к понятию психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Первый, синергетический уровень дифференциации психических процессов

Данный уровень включает такие понятия, как сознание с функциями первичного растожествления суперреальности на осознаваемую

личность, бессознательное и, так называемую, объектную реальность. Помимо первичной – аналитической, сознание по А.Л. Каткову (2003) выполняет еще и ресурсно-синтетическую функцию, обеспечивая доступ к суперресурсным инстанциям психического при изменении параметров фиксируемого импульса изменений (ФИИ). Названные параметры функционирующего сознания являются важнейшими, гибкими константами, определяющими масштаб восприятия реальности индивидом.

Следующее ключевое понятие данного уровня – осознаваемая личность с функцией ориентации в реальности, произвольного целеполагания, осмысленной организующей и самоорганизующей (в том числе, диалогизированной) активности. Под диалогизированной активностью, в данном случае, понимается осмысленное воспроизведение феномена диалогизированного сознания (изменение параметров импульсной активности функционирующего сознания), существенно повышающего ресурсные кондиции индивида.

Объектная реальность или одномерный пространственно-временной план, конструируемый в условиях монологизированной активности функционирующего сознания индивида, выполняет роль непосредственного, развивающего стимула и объекта промежуточного целеполагания.

Категория бессознательного – еще одно ключевое понятие данного уровня – идентифицируется как целостный объект лишь в условиях диалогизированной активности личности (диалогизированного режима функционирующего сознания), с одновременным доступом к ресурсному потенциалу данной целостности. Таким образом, главная функция бессознательного, прежде всего, ресурсная.

При анализе функциональной активности данного уровня организации психического по А.Л. Каткову (2003) наше внимание привлекают способности личности к самоорганизации, в том числе осмысленному расширению доступа к ресурсным инстанциям психического. Названные свойства являются базисными для формирования искомых уровней психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Следовательно, рассматриваемый уровень организации психического должен включать и эту важнейшую функцию.

Второй, абстрактно-аналитический уровень организации психических процессов

Данный уровень обобщает следующие структурные характеристики психических процессов:

- *система собственно Я с эндогенными характеристиками (обеспечивает функции темперамента и способностей);*

- *система собственно Я с идентификационными характеристиками* (обеспечивает функции рефлексии, идентификации, метапозиции по отношению к главным агентам со-бытия);

- *система собственно Я с экзогенными характеристиками* (поддерживает динамические тенденции развития личности, организует функции потребностей, интересов, склонностей, идеалов, ценностей, установок, коммуникации, памяти, мышления, представления, воображения, фанатизма, формирования идей, внимания, воли, действия, поведения, деятельности);

- *система взаимодействия Я с объектной реальностью* (организует функцию ощущения и восприятия);

- *система взаимодействия Я с категорией бессознательного* (организует функции глубинных эмоций, мотивов, желаний, сна, сновидений, интуиции, трансперсонального опыта).

В большей или меньшей степени все 5 структурных дифференциалов данного уровня организации психического имеют непосредственное отношение к реализации самоорганизующей функции личности. Однако, с нашей точки зрения, определяющими свойствами, обеспечивающими целенаправленную активность личности по достижению высоких уровней психологического здоровья, являются следующие: идентификация и рефлексия; интересы, склонности, идеалы, ценности; установки; метапозиция по отношению к главным агентам со-бытия; способности, мышление, память, внимание, коммуникации, интуиция.

В обобщенном формате, обеспечивающем высокие уровни самоорганизующей активности личности и, соответственно, психологического здоровья индивида, данные свойства – функции – целесообразно представить следующим образом:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- сформированный, конструктивный, идентификационный жизненный сценарий;
- сформированный навык ответственного выбора;
- качество внутреннего локуса-контроля;
- ресурсная достаточность личности в отношении возможностей реализации основного, жизненного сценария.

Вышеназванные свойства соотносятся между собой по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Между тем, сами по себе, они достаточно дифференцированы и представляют различные структуры организации личности.

Третий, индивидуально-пластический уровень организации психических процессов

Данный уровень обобщает следующие индивидуальные характеристики психических процессов:

- возрастные различия (включая описание Э. Эриксоном варианты прохождения жизненных кризов);
- индивидуальные различия (включая комбинации личностных черт, типов личности);
- адаптационные различия (включая уровни адаптации с позиции оценки степени развития ключевых, самоорганизующих параметров личностной идентификации, идентификационных смыслов – сценариев, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля, ресурсной достаточности);
- дифференциация болезненных деформаций психики (включающая дефицитарность Я-функции, степени вовлеченности Я в психотические переживания, изменения личности в результате воздействия эндогенных и экзогенных вредностей, личностные дисгармонии различного уровня).

Общая функция данного уровня организации психических процессов – формирование уникальных субъектно-объектных отношений. Следовательно, характеристики данных отношений и формируют качество жизни индивида.

Как следует из данной классификации индивидуально-пластических дифференциалов психики, качество жизни индивида зависит, в первую очередь, от уровня адаптации, обеспечиваемого степенью развития самоорганизующих функций личности. Соответственно, из теории возрастных кризов Э. Эриксона следует, что степень адаптационных различий индивида находится в прямой причинно-следственной связи с вариантом прохождения жизненных кризисов (всего – 16). В то же время, болезненные деформации психики являются, в значительной мере, следствием дезадаптации, а не ее причиной (здесь речь идет о психических расстройствах пограничного уровня, наиболее распространенных среди населения). Индивидуальные различия не оказывают существенного влияния на уровень адаптации и качество жизни индивида.

Таким образом, дифференцированный анализ психических функций позволяет выделить *самоорганизующую активность личности* как основное условие, обеспечивающее высокий уровень адаптации и качества жизни индивида. Эффективность данной интегративной функции зависит, в свою очередь, от степени развития определенных личностных свойств, квалифицируемых как соответствующие уровни психологического здо-

ровья индивида. Условия формирования данных свойств личности имеют определяющее значение в общем векторе развития индивида (от адаптации до деформации).

Особенности формирования личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни адаптации и психологического здоровья индивида

Углубленный анализ особенностей формирования личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни адаптации и психологического здоровья индивида – необходимое условие для последующей, эффективной разработки прикладных концептуальных блоков (неоабилитация – превенция). Таким образом, главная задача раздела сводится к детальному анализу данных свойств и проработке полярных вариантов их развития.

Анализ исследуемых личностных свойств

Личностная идентификация – одна из основных интегративных характеристик, наиболее подробно описанная Э. Эриксоном. Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени индивид должен четко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторять навязанные извне сценарии – стереотипы (пусть и социально-позитивные). Перед индивидом, полноценно завершившим этап личностной идентификации, появляется завораживающая перспектива собственного жизненного пути, по которой его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс достижения целей включаются более мощные ресурсы, обеспечивающие более эффективное удовлетворение потребностного цикла. Отсюда – более высокое качество жизни индивида.

Конструктивный, идентификационный жизненный сценарий – данное свойство выделяется нами из идентификационных характеристик личности в отдельное. Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс идентификации, 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса, идентификационный жизненный сценарий может еще только формироваться и окончательно сложиться к возрасту 19-20 лет. К этому времени индивид должен точно знать, что ему нужно делать для исполнения своих “главных”, идентификационных желаний. Конструктивный сценарий жизни – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой

сценарий полярно различается с намерениями или мимолетными планами, за которыми, обычно, не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях индивида, являются основным, отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – резкое снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности индивида, порождаемых неопределенной системой координат. Таким образом, конструктивный жизненный сценарий выполняет важнейшую функцию базисной системы координат индивида, существенно повышающей качество его жизни. В совокупности с идентифицируемым ядром личности, данные свойства – характеристики обеспечивают устойчивое продвижение субъекта в реализации намеченных целей и постоянное позитивное подкрепление с чувством деятельного удовлетворения.

Навыки ответственного выбора

Данное личностное свойство является, в значительной степени, определяющим в формировании антинаркотической устойчивости личности. В связи с этим, вопросам адекватного формирования навыков ответственного выбора придается исключительное значение. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет). Собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Свойство ответственного выбора отличается от предпочтений или альтернатив тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или мягкие альтернативы псевдовыбора наличие таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность. Индивид, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные решения в неопределенной ситуации (наличие, хотя бы, одной или нескольких равно-привлекательных альтернатив). Во-вторых, держаться избранного, не смотря ни на что. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, существенно повышает вероятность его адекватной и своевременной реализации. Данная, своевременно предпринятая, акция обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, “отбивая” внешне привлекательные, но конфронтационные и агрессивные, по сути, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению психоактивных веществ с целью получения эйфорических, стимулирую-

щих или релаксационных эффектов). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации ответственного выбора – является деятельностное удовлетворение от воплощения того плана (в нашем случае – конструктивного жизненного сценария, в отношении которого потребление психоактивных веществ представляет, возможно, привлекательную внешне, но губительную, по сути, сценарную альтернативу), на пользу которого было принято ответственное решение. “Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем и, в результате, оказался прав” – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, получающего деятельностное удовлетворение и высокое качество жизни.

Качество внутреннего локуса-контроля

Данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано Джулианом Роттером (1947). Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности и последующая деятельность в данном направлении, первоначально, исходит от личностной метапозиции с качеством внутреннего локуса-контроля. Данное качество структурно оформляется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует формирование таких свойств личности как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Индивид, с развитым качеством внутреннего локуса контроля, на вопрос, кто несет ответственность за то, что происходит с ним в жизни, отвечает: “Я сам несу ответственность за то, что происходит со мною в жизни”. Данная, оформленная позиция оставляет шансы на существенное повышение качества жизни индивида, если его не устраивают существующие кондиции. Изменить себя, или что-либо в себе (например, получить более широкий доступ к глубинным ресурсам психического) хотя бы признать необходимость данных изменений – уже существенный шаг в сторону развития. У индивида с характеристиками интернальности этот шаг абсолютно реален и является прелюдией к поиску и принятию профессиональной или какой-либо другой помощи и поддержки. Качество внутреннего локуса-контроля – своего рода гарантия ресурсного разворота личности. Индивиду, обладающему данным качеством, при необходимости, можно эффективно помочь. Для того чтобы помочь человеку с характеристиками внешнего локуса-контроля (за все, что с ним происходит, несут ответственность внешние агенты) следует изменить мир вокруг него – что невозможно – или, для начала, переформировать личностную метапозицию. Отсюда выводится главное, стратегическое звено реабилитационных программ, обеспечиваю-

щее эффективное вовлечение химически зависимых лиц (обладающих, преимущественно, характеристиками внешнего локуса-контроля) в развивающие практики.

Ресурсная достаточность личности

Данное свойство личности является, с одной стороны, интегрирующим и включающим вышеназванный перечень функциональных характеристик, поскольку к ресурсам личности следует отнести и факторы полноценного завершения идентификации, конструктивного формирования жизненного сценария, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля. Однако, личность, действующая в режиме самоорганизующей активности, может эффективно управлять и биологическими ресурсами организма. А также получать доступ к суперресурсным инстанциям психического за счет манифестации активности в духе диалогизированного сознания. В данной связи нами разработана схема расширения ресурсного доступа, форсированное развитие и реализации которой существенно повышает шансы на воплощение конструктивных идентификационных сценариев и качество жизни индивида. Схема предусматривает типологическое разграничение ресурсов в зависимости от видов адаптационных реакций на ситуацию. Так, выделяются преимущественно висцеральные адаптационные реакции с опорой на *стереотипные биологические ресурсы*. Актуализация ресурсов данного типа способствует активизации агрессивно-избегающего поведения, стимулируемого массивным гормональным выбросом. Далее, выделяются преимущественно идеаторные адаптационные реакции с опорой на *стереотипные психологические ресурсы* – существующие знания, умения, навыки. Актуализация ресурсов данного типа способствует более или менее эффективному совладанию со стандартной ситуацией. Однако, их недостаточно для удовлетворительной адаптации в новых, нестандартных условиях. Следующий вид адаптационных реакций – творческой концентрации с опорой на *креативно-пластические ресурсы*. Актуализация ресурсов данного типа обеспечивается за счет активности глубинных инстанций психики, обозначаемых как подсознательное, неосознанное, предсознательное, доступ к которым закономерно расширяется с изменением параметров импульсной активности сознания. Весь вопрос в том, является ли облегченный ресурсный доступ достоянием осознаваемой личности (в данном случае самоорганизующая активность личности вмещает и навыки функционирования в режиме диалогизированного сознания). И, тогда, высокий уровень адаптации, и соответствующие кондиции качества жизни – постоянные “спутники” индивида на его жизненном пути, сколько

бы сложным он не был. Или, если этого не происходит, индивид сознательно (или, чаще, неосознанно) избегает сложностей, новизны и теряет в результатах и качестве жизни.

Обсуждаемое свойство личности формируется на протяжении всей жизни индивида. Однако наиболее активная, структурированная фаза имеет место в возрасте 12-25 лет.

Полярные сценарии развития исследуемых личностных свойств

Исследование условий формирования обсуждаемых свойств личности, как уже отмечалось, имеет прямое отношение к эффективности профильных реабилитационных и профилактических программ. Наиболее полно базисные сценарии формирования анализируемых личностных свойств описаны Э. Эриксоном (1959). Согласно систематизированным исследованиям названного автора, личностное развитие индивида предусматривает прохождение жизненных кризов, в следующих возрастных рамках и полярных вариантах:

1) в первый год жизни у ребенка формируются базисное *доверие* или *недоверие* к основным агентам со-бытия;

2) в возрасте после года до 3 лет формируются такие характеристика как *автономность, уверенность* или (деструктивный вариант прохождения настоящего жизненного кризиса) *сомнение, стыд*;

3) в возрасте 3-6 лет формируется *инициатива* (конструктивный сценарий) или чувство *вины и скованность*;

4) в возрасте 6-12 лет формируются *трудолюбие, ответственность*, либо чувство *неполноценности, избегание сложностей*;

5) в возрасте 12-18 лет завершается личностное *самоопределение, идентификация (эго-идентичность)* либо формируется *недифференцированность, серость, конформизм (смешение ролей)*;

6) в возрасте 20-25 лет формируются *инициатива, общительность, открытость*, либо (альтернативный вариант) *изоляция, избегание интимности, отклонения в психике*;

7) в возрасте 26-64 лет формируются *творчество, передача опыта следующим поколениям* или *застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация*;

8) в возрасте 64 года и старше формируются *целостность, принятие жизни, смирение* (конструктивный вариант), либо *отчаяние, переживание бессмысленности жизни* (деструктивный вариант прохождения жизненных кризов).

Среди разнообразных факторов, определяющих деструктивный или конструктивный вектор развития исследуемых свойств, главная роль от-

водится основным агентам развития, в частности, родителям. Имеют значение характеристика внутрисемейных отношений, отношений со значимыми другими лицами. Правила, по которым строятся эти отношения: или гуманны – способствуют конструктивному развитию личности, им легко следовать, или, напротив – деструктивны, устанавливают дистанцию между индивидом и ресурсным окружением, им невозможно следовать.

Наиболее рельефно вышеописанные различия в конструктивном и деструктивном сценарии анализируемых личностных свойств сказываются на реализации индивидуального потребностного цикла (Валентик Ю.В., 1998). Анализ типичных различий в реализации данного цикла является основой для понимания механизмов зависимости. Для проведения такого анализа нами используется схема иерархии потребностей, разработанная А. Маслоу (1957). Данная схема представлена в виде пирамиды, основание которой составляют физиологические потребности. Следующий уровень – потребности в безопасности. Далее – потребности в принадлежности и любви. Затем – в уважении. Вершину пирамиды представляет треугольник потребностей в самоактуализации. Мы полагаем, что этот верхний уровень потребностей достаточно близко, но, все же, не полностью соотносится с потребностями в самоорганизации, отличительной особенностью которых является не спонтанный, а осознанный характер их манифестации. Формированию потребностей в самоорганизации отводится значительная роль в прикладных блоках концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Основная закономерность в реализации потребностного цикла, отмеченная А. Маслоу, заключается в том, что каждый последующий уровень описанной иерархии актуализируется лишь после того, как потребности базисного, по отношению к нему уровня, в основном, удовлетворены. Эта закономерность, не всегда адекватная для каждой конкретной личности, подтверждается в репрезентативных социологических исследованиях, проводимых на больших выборках.

Согласно исследованиям Ю.В. Валентика (1998), нереализованные потребности (таких нереализованных потребностей существует больше у индивидов, развивающихся по деструктивному сценарию) приводят к накоплению блокированной энергии, сопровождающейся, как правило, ощущением достаточно выраженного дискомфорта. Блокированная энергия требует разрядки. Индивиды с деструктивным жизненным сценарием практикуют деструктивные способы разрядки блокированной энергии: удовлетворение других потребностей; реакции “мимо”; уход в мир фантазий и грез; сублимация; прием психоактивных веществ. Уникальное

свойство последних – быть сверхбыстрым, универсальным заменителем потребностей человека. Конструктивные способы разрядки блокированной энергии, практикуемые индивидами с конструктивным сценарием прохождения жизненных кризов, следующие: знать истинные потребности и быть в состоянии их удовлетворить; использовать ресурсы окружения и внутренние ресурсы (отметим, что перечисленные функции представляют базисные характеристики исследуемых свойств личности). Выделяются, кроме того, непосредственные способы разрядки блокированной энергии: физическая активность; психологическая разрядка (плач, смех, истерика); рискованное поведение; агрессия; аутоагрессия. Последние два способа, в случае их повторения и фиксации, с полным основанием могут быть отнесены к деструктивному полюсу.

Таким образом, неадекватная реализация потребностного цикла, характерная для лиц с деструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов и низким уровнем самоорганизующей активности личности (соответственно, неполноценной идентификацией, отсутствием конструктивного жизненного сценария, навыков ответственного выбора, внешним локусом контроля, затрудненным доступом к внутренним и внешним ресурсам), является одним из наиболее значимых факторов вовлечения в зависимость от психоактивных веществ. На схеме 1 отражены рассмотренные варианты реализации потребностных циклов с использованием теоретических положений А. Маслоу, Э. Эриксона, Ю.В. Валентика.

Между тем, данная схема нами существенно дополняется за счет выведения личностных свойств, развитие которых в максимальной степени способствует реализации конструктивного способа разрядки блокированной энергии. А также, еще одного уровня осознаваемых потребностей – потребностей в самоорганизации, которые выходят на первый план у самоактуализированной личности. Дальнейшее совершенствование развивающих технологий связано с удовлетворением этого, последнего уровня потребностей.

Базисные стратегии поведения

Ситуацию, иллюстрирующую процесс вовлечения в зависимость от ПАВ (представленную на схеме № 1 с позиции классических подходов), дополняют разработанные нами теоретические положения о базисных стратегиях поведения. Данные положения концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, переносят фокус внимания на возможность разработки технологий эффективного блокирования процессов распространения зависимости от ПАВ.

Варианты реализации потребностного цикла с конструктивным и деструктивным сценарием прохождения жизненных кризов

Схема № 1. Варианты реализации потребностного цикла с конструктивным и деструктивным сценарием прохождения жизненных кризов

Конструктивный сценарий по Э. Эриксону		Иерархия потребностей по А. Маслоу	Деструктивный сценарий по Э. Эриксону	
Возраст до 1 года	Доверие		Недоверие	Возраст до 1 года
Возраст 2-3 года	Автономность, уверенность		Сомнение, стыд	Возраст 2-3 года
Возраст 3-6 лет	Инициатива		Вина, скованность	Возраст 3-6 лет
Возраст 6-12 лет	Трудолюбие, ответственность		Чувство неполноценности, избегание сложностей	Возраст 5-12 лет
Возраст 12-18 лет	Личностное самоопределение		Недифференцированность, серость, конформизм	Возраст 12-18 лет
Возраст 18-25 лет	Инициатива, общительность, открытость		Изоляция, избегание интимности, отклонения в психике	Возраст 20-45 лет
Возраст 26-64 лет	Творчество, передача опыта следующим поколениям		Застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация	Возраст 45-60 лет
Возраст 64 лет и старше	Целостность принятия жизни, смирение		Отчаяние, переживание, бессмысленность	Возраст 60 лет и старше
Конструктивные способы разрядки блокированной энергии (по Ю.В. Валентуку): - знать истинные потребности и быть в состоянии их удовлетворить; - использовать ресурсы окружения и внутренние ресурсы;		Непосредственные способы разрядки блокированной энергии (по Ю.В. Валентуку): - физическая активность (разрядка); - психологическая разрядка (плач, смех, истерика); - рискованное поведение; - агрессия, конфликты, аутоагрессия	Деструктивные способы разрядки блокированной энергии (по Ю.В. Валентуку): - удовлетворение других потребностей (реакция «мимо»); - уход в мир фантазий и грез; - сублимация (компенсаторная деятельность); - прием ПАВ.	

Нами выделяются следующие базисные стратегии поведения индивида, являющиеся полярными по своим основным характеристикам: а) обеспечивающая устойчивость в агрессивной среде (конфронтационная стратегия поведения); б) обеспечивающая пластику – развитие в динамично меняющейся среде (синергетическая стратегия поведения).

Конфронтационная стратегия поведения

Основными характеристиками статуса индивида с доминирующей конфронтационной стратегией поведения в *эмоциональной сфере* являются: страх, тревога, неуверенность, дискомфорт, блокирование эмоций (эмоциональное “оцепенение”). В *сфере межличностных отношений*: враждебность, агрессия, недоверие, непринятие, отсутствие или неадекватное разделение статусных и человеческих отношений, сопротивление или пассивная подчиняемость в решении производственных или любых других задач по совместной деятельности. В *сфере собственно поведения*: паника, агрессия, бегство, формирование неконструктивных защит, низкая эффективность и продуктивность. В *ресурсной сфере*: опора на стереотипные биологические и стереотипные психологические ресурсы.

Данные особенности в полной мере проявляются при соприкосновении индивида с какими-либо новыми обстоятельствами. Согласно неосознаваемым, внутренним установкам (метапозиции) основной тип взаимодействия с данными обстоятельствами выдерживается в агрессивно-пассивном ключе, что предопределяет достаточно низкий уровень адаптации и соответствующее качество жизни.

Синергетическая стратегия поведения

Основными характеристиками статуса индивида с доминирующей синергетической стратегией поведения являются в *эмоциональной сфере*: интерес, подъем, творческое предощущение, вдохновение, деятельностное удовлетворение. В *сфере межличностных отношений*: доверие, поддержка, уважение, адекватное разделение статусных и человеческих отношений, осознанная субординация, полноценное сотрудничество, высокая активность в решении производственных или любых других задач по совместной деятельности. В *сфере собственного поведения*: осмысленная активность, поиск возможностей для сотрудничества, высокая эффективность и продуктивность (на схеме 2 обозначены основные характеристики конфронтационной и синергетической стратегии поведения).

Данные особенности также проявляются достаточно отчетливо при возникновении в ближайшем окружении индивида каких-либо новых обстоятельств. Согласно неосознаваемым внутренним установкам (метапозиции), основной тип взаимодействия с данными обстоятельствами выдерживает-

Схема 2. Базисные характеристики конфронтационных и синергетических стратегий поведения и соответствующих статусов индивида в динамично меняющейся среде.

Признаки	Синергетический статус индивида и соответствующая стратегия поведения	Конфронтационный статус индивида и соответствующая стратегия поведения
1. Эмоции	Интерес, подъем, творческое предощущение, вдохновение, деятельностное удовлетворение	Страх, тревога, дискомфорт, неуверенность, блокирование эмоций (оцепенение)
2. Межличностные отношения	Доверие, уважение, поддержка; адекватное разделение статусных и человеческих отношений, осознанная субординация в решениях производственных проблем	Враждебность, агрессия, недобросовестная конкуренция, неприятие; отсутствие или неадекватное разделение статусных и человеческих отношений, сопротивление или пассивная подчиняемость в решении производственных задач
3. Поведение	Осмысленная активность, поиск возможностей для сотрудничества, высокая продуктивность	Паника, бегство, агрессия, формирование неконструктивных защит, низкая продуктивность
4. Адаптационные ресурсы	Использование креативно-пластических ресурсов	Использование стереотипных психологических и биологических ресурсов

ся в ключе конструктивного сотрудничества. Что является основой для высокого уровня адаптации и соответствующего качества жизни.

Наиболее важным различием приведенных, полярных по своим характеристикам, индивидуализированных стратегий поведения являются возможности конструктивных изменений, в частности, обучения, а также генерирования новой, адаптирующей информации. Конфронтационная стратегия поведения перераспределяет энергию индивида на формирование психологических, физиологических и моторных (мышечных) защит. Синергетическая стратегия эффективно энергизирует креативные процессы генерации новой информации и адекватное усвоение имеющейся, эффективное изменение статуса индивида за счет максимальной пластич-

ности последнего. Свойство пластичности является диаметральной противоположностью психологической и мышечной “броней” индивида с конфронтационной доминантой, не позволяющей ему эффективно развиваться.

Существенной особенностью статуса индивида с синергетической доминантой является наличие специфических, объективных и субъективных признаков особой восприимчивости к информационному воздействию, обозначаемых нами как состояние “разлитого” транса. В отличие от состояния акцентированного транса, вышеназванный статус индивида не предполагает каких-либо явных свидетельств измененности сознания, снижения моторной активности, “выпадения” субъекта из общего ритма действительности. Напротив, активность индивида в зоне основной коммуникации существенно возрастает.

В соответствии с данными положениями нами разработаны основные параметры определения субъективных и объективных признаков состояния разлитого транса, свидетельствующего о максимальной пластичности индивида, следовательно, о доминантном синергетическом статусе. К их числу относятся следующие *субъективные признаки*: изменение течения времени, изменение значения текстов и контекстов (понимаемых широко, в том числе и в проблемном плане), идентификация уровня глубинных инстанций психического и коммуникация на данном уровне субъектов или группы. К числу *объективных признаков*, свидетельствующих о состоянии разлитого транса в коммуникации, относятся: сокращение дистанции между участниками коммуникации, аналогии в моторике, аналогии в мимических реакциях, присоединение по тембру и интонации речи, синхронизация дыхательного ритма, появление вегетативных реакций, оптимальная мышечная релаксация.

Таким образом, пребывая в синергетической доминанте и состоянии разлитого транса, субъект отнюдь не теряет, но существенно выигрывает в скорости и целенаправленной активности. Но, главный выигрыш синергетического статуса – возможность приобщения к креативно-пластическим ресурсам, генерации новой, адаптирующей информации. В сущности, это и есть внутренний механизм, обеспечивающий возможность значительных изменений за короткие временные периоды у индивида или группы. Главной особенностью данного процесса является то, что снимается проблема “цены” изменений, поскольку отсутствуют энергетические затраты на преодоление сопротивления или организацию агрессивно-защитной доминанты. Наоборот, ресурсные кондиции индивида, в данном случае, существенно повышаются.

Исходя из всего сказанного, представляется возможным формулирование главной задачи и глубинного контекста развивающей коммуникации – технологической основы всех развивающих практик – перевода конфронтационной стратегии поведения субъекта в синергетическую. Выполнение названной задачи предполагает выведение данной проблемы на осознаваемый уровень и последующую детальную проработку в соответствующих психотерапевтических или коррекционных технологиях. Следующим стратегическим этапом развивающих (лечебно-реабилитационных или профилактических) практик, в нашем случае, является форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, осуществляемое в режиме двухуровневой коммуникации с опорой на креативно-пластические ресурсы индивида.

Основные принципы и технологии переформирования конфронтационной стратегии поведения в синергетическую

Решение основной стратегической задачи процесса форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости – перевода конфронтационной метапозиции и доминирующей стратегии поведения в синергетическую – предполагает разработку соответствующей коммуникативно-технологической базы. В данной связи нами разработана принципиально-новая модель развивающей коммуникации, отвечающая следующим требованиям:

- актуализация потребностей к развитию за счет эффективного удовлетворения потребностей в безопасности (например, в технологиях организации “пространства психотерапии” или психотерапевтического режима в реабилитационных программах разного уровня);
- выведение трилеммы амбивалентных тенденций поведения: а) тенденции экстернальности – интернальности; б) тенденции к консервации – развитию; в) тенденции к пассивности – активности) на осознаваемый уровень;
- переформирование неосознаваемых механизмов “переключения” базисных стратегий поведения в осознаваемые;
- обеспечение доступа к креативно-пластическим ресурсам в условиях психотерапевтического пространства с позитивным подкреплением развивающего поведения и наглядной демонстрацией дивидендов данной базисной стратегии (перевод монологизированного режима деятельности сознания – личности в диалогизированный);

- переформирование вектора локуса контроля (экстернальный на интернальный) и метапозиции индивида по отношению к основным инстанциям со-бытия (осознаваемая личность; неосознаваемые, глубинные, суперресурсные инстанции психического; значимые лица; они (другие); мир (физический мир, информация, события));
- переформирование вектора активности (от консервации к изменениям);
- осознанный перевод конфронтационной стратегии поведения в синергетическую с формированием устойчивой доминанты в синергетическом полюсе;
- формирование устойчивых (вторичных) ресурсных состояний с перспективой высокого качества жизни индивида.

Адекватная реализация данных принципов в модели двухуровневой, развивающей коммуникации является необходимым условием для форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

На схемах 3 и 4 отражены основные характеристики глубинного и структурно-технологического уровней психотерапевтической коммуникации – основной развивающей практики, используемой в программах медико-социальной реабилитации. На схеме 5 указаны возможности эксплуатации данного коммуникативного уровня с активным вовлечением универсальных развивающих механизмов и в русле других институализированных технологий (воспитание, образование). Из данной схемы, также, следует, что основная база психологического здоровья индивида формируется за счет активности глубинного уровня развивающей коммуникации, ключом к “запуску” которого являются определенные кондиции главных агентов развития (в нашем случае, профессионалов в области ментальных дисциплин – психотерапевтов, консультирующих психологов, консультантов по реабилитации). На структурно-технологическом уровне конкретные задачи (например, образовательные, воспитательные), или проблемы, выдвигаемые участниками реабилитационных программ, решаются тем эффективнее, чем более активно и полноценно используются универсальные механизмы глубинного уровня развивающей коммуникации. Схема 4, при необходимости, может быть дополнена другими структурированными (не психотерапевтическими) развивающими технологиями, эффективность которых, также прямо пропорциональна “присутствию” в данных институализированных практиках глубинного уровня развивающей коммуникации.

Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

Схема 3. Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

Основные уровни терапевтической коммуникации	Иерархия целей психотерапии/развитие уровней психологического здоровья	Основные психотерапевтические механизмы	Содержание профессионального образования
Неосознаваемый, глубинный уровень	1) Достижение внутриличностной гармонии (<i>полноценное завершение личностной идентификации</i>) 2) Достижение целостности между основными инстанциями психического (<i>развитие вторичных ресурсных состояний – укоренение личности в бессознательном</i>) 3) Достижение внешней гармонии – персонального и социального (<i>формирование внутреннего локуса контроля, навыков ответственного выбора</i>) 4) Обретение целостной, развивающей стратегии бытия, где сложности не фатальны, необходимость изменений приветствуется (<i>наличие позитивного,</i>	1. Идентификация с личностью психотерапевта 2. Перевод охранно-мобилизационной стратегии поведения клиента в синергическую 3. Наделение клиента пластическими и энергетическими ресурсами 4. Позитивное подкрепление развивающего поведения 5. Скрытое убеждение и внушение 6. Облегченная трансляция социальных паттернов поведения от терапевта к клиенту	Парадигма новой реальности; функциональная концепция психического и психотерапии; модель двухуровневой психотерапевтической коммуникации; феномен психотерапевтического пространства; универсальные психотерапевтические механизмы. Практика – ресурсные технологии двухуровневого развивающего психотерапевтического процесса; основные методики технологического уровня; углубленные (режим диалогизированного сознания) курсы самопознания, личностного роста, личной терапии, интервизии, супервизии; проработка базисных проблем, достижение высоких уровней психологиче-

Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

Схема 4. Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

Основные уровни терапевтической коммуникации	Иерархия целей психотерапии / развитие уровней психологического здоровья	Основные психотерапевтические механизмы	Содержание профессионального образования
Осознаваемый, структурно-технологический уровень	1) Решение поверхностной проблемы, заявляемой клиентом (<i>достижение относительного комфорта</i>) 2) Решение глубинных проблем – инсайты I-III уровня (<i>достижение психологического комфорта, расширение адаптационных возможностей</i>) 3) Решение унифицированных проблем развития – инсайты IV-V уровня (<i>достижение высокого качества жизни</i>)	<i>Утилизация</i> (дезактуализация) неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов); <i>Развитие</i> (актуализация) конструктивной, облегчающей адаптацию активности психического за счет: - преимущественной коррекции эмоционального опыта; - преимущественного расширения когнитивного репертуара; - преимущественной модификации поведения (оперантное, позитивно-негативное подкрепление соответствующих поведенческих паттернов)	Традиционные гуманитарные теории; классические теории психического; прикладные концепции основных направлений, моделей, методов, форм психотерапии. Практические навыки – основные технические (методические) блоки; (личная терапия, супервизия)

Общий алгоритм формирования психологического здоровья – антинаркотической устойчивости

Алгоритм формирования психологического здоровья – антинаркотической устойчивости можно рассматривать в 2-х вариантах.

Профилактический вариант, предусматривающий полноценное прохождение индивидом кризисных периодов формирования личности по Э.Эриксону. В данном варианте усилия основных агентов развития сосредотачиваются на конструктивном сценарии прохождения первых 5 жизненных кризисов. Что, в результате, обеспечивает адекватное завершение процессов личностной идентификации и формирования синергетической стратегии поведения. Конструктивное прохождение жизненных кризисов, кроме того, является базой для формирования таких свойств антинаркотической устойчивости как идентификационный (конструктивный) жизненный сценарий, навык ответственного выбора, внутренний локус контроля. В совокупности с доминирующей, синергетической стратегией поведения, данные свойства обеспечивают опору на креативно-пластические ресурсы и высокий уровень адаптации индивида.

Таким образом, первая, основная фаза данного цикла состоит из следующих этапов:

- формирование базисной синергетической стратегии поведения с обеспечением доступа к креативно-пластическим ресурсам;
- полноценное завершение личностной идентификации;
- формирование конструктивного, идентификационного сценария;
- формирование характеристик внутреннего локуса контроля;
- формирование достаточной ресурсной базы для обеспечения эффективного продвижения по направлению целей идентификационного сценария.

Следующая, вспомогательная фаза данного цикла предусматривает наличие следующих этапов:

- доступ к адекватной информации о вреде наркопотребления по отношению к значимым ценностям основного (идентификационного) жизненного сценария;
- реальный конфликт сценария (дивидендов) наркопотребления и позитивных ценностей основного жизненного сценария, которые находятся в позиции антагонистов;
- “перевес” доминирующих, позитивных ценностей идентификационного сценария;
- нейтрализация дивидендов сценария потребления психоактивных веществ;

- исключение сценария наркопотребления из осознаваемых проекций будущего;

- вытеснение возможности наркопотребления из неосознаваемых жизненных горизонтов.

В данном алгоритме формирования антинаркотической устойчивости ключевой является зона конфликта антагонистических сценариев, избежать которых в современной ситуации перенасыщенности молодежно-подростковой среды соответствующими наркопредложениями не представляется возможным. Следовательно, единственно-возможная, на сегодняшний день, эффективная защита молодежи и подростков от наркотиков и других ПАВ – доминирование в антагонистическом противостоянии жизненного сценария над сценарием наркопотребления. Такого рода доминирование обеспечивается за счет согласованной активности свойств, в совокупности обеспечивающих функцию антинаркотической устойчивости индивида. Момент кризиса характерен еще и тем, что по его минованию дивиденды наркопотребления (возможность получения ощущений эйфории и т.д.) перестают быть привлекательными – “заразительными”.

Форсированный (терапевтический) вариант развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости предусматривает кризисное, форсированное прохождение вышеописанного сценария в условиях развивающего психотерапевтического прессинга. Основой алгоритм базисной психотерапевтической стратегии и стратегии использования других структурированных развивающих практик (психологическое консультирование, социально-психологические тренинги, программы социальной терапии и т.д.) следующий:

- установление контакта с нормативным полюсом личности (личностным статусом) пациента;

- достижение тройного растожествления – неоабилитационный личностный статус, патологический личностный статус, ресурсные инстанции психического пациента;

- эффективная актуализация и закрепление синергетической модели поведения пациента;

- достижение критической редукции патологического влечения к ПАВ;

- эскалация внутриличностного конфликта неоабилитационного и патологического личностного статусов у пациента;

- форсированное развитие неоабилитационного личностного статуса пациента (завершение личностной идентификации, формирование конструктивных жизненных сценариев, навыков осознанного выбора, качеств

внутреннего локуса контроля, ресурсной достаточности, адекватной информированности о вреде наркопотребления);

- эффективное подавление и редукция патологического личностного статуса;

- полноценное формирование искомого уровня психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (форсированное прохождение фазы конфликта позитивного жизненного сценария и сценария наркопотребления с доминированием конструктивных смыслов первого над дивидендами второго; этапов дезактуализации дивидендов сценария наркопотребления, исключения данного сценария из осознаваемых планов и неосознаваемых сценариев жизни);

- полное освобождение от наркотической или иной химической зависимости;

- эффективное формирование эволюционных сценариев, способностей саморазвития, механизмов повышения устойчивости к повторному вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ.

Реализация вышеприведенного варианта форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости достигается тем успешнее, чем выше неоабилитационный потенциал пациентов, чем более полно и адекватно используются возможности двухуровневой, развивающей коммуникации.

Вариант последовательного (эволюционного) формирования свойств, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ является стержнем прикладной концепции эффективной первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ.

Вариант форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости является теоретической и практической основой для разработки соответствующих неоабилитационных программ.

Неоабилитационный аспект концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости

Основные составляющие данного прикладного аспекта следующие:

- термин *реабилитация* (*ре-абилитация*) в буквальном смысле означает: “возврат прежних способностей”. Подобное определение адекватно для обозначения процессов активного восстановления функций в хирургической, неврологической, психиатрической практике. Однако данный термин не вполне точно отражает сущность процессов, необходимых для освобождения пациентов/клиентов от наркотической или иной химической зависимости;

- в свете накопленных данных об изначальном дефиците адаптационных психологических способностей в той или иной степени присущему зависимым от психоактивных веществ, а также лицам, входящим в группу риска по данному профилю, более адекватным обозначением процесса форсированного развития этих новых для индивида, психологических свойств будет термин *неоабилитация* (*нео-абилитация*), что означает: “развитие новых способностей”;

- полное определение процесса неоабилитации следующее: неоабилитация – есть комплекс взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач:

а) избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости;

б) актуализация имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации;

в) форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

- основным стержнем непрерывного, интенсивного неоабилитационного процесса является ежедневная многочасовая интегративно-развивающая психотерапия, реализуемая в групповом, индивидуальном или смешанном формате, отличительной особенностью которой является возможность достижения значительных и стойких изменений в статусе и личностной метапозиции пациентов/клиентов в относительно короткие временные периоды.

Уровень и качество достигаемых изменений эффективно способствует освобождению от наркотической зависимости и формированию конструктивных эволюционных сценариев, для которых характерно постоянное развитие самоорганизующих свойств личности;

- сопутствующие развивающие практики (консультирование, социально-психологические тренинги, обучение, труд и т.д.) реализуются в синергетическом режиме с максимально возможным вовлечением универсальных механизмов форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, в режиме “пространства психотерапии” – феномена, обеспечивающего максимальную пластику изменений;

- технологическое оформление неоабилитационной программы (режим, правила оформления контракта, подбор, подготовка и деятельность персонала и т.д.) также подчинены основной неоабилитационной идее – форсированному развитию свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

На схеме 5 отображены этапы реализации неоабилитационных программ, приоритетные задачи каждого этапа, зона компетентности и ответственности специалистов, основные технологии, за счет которых достигается выполнение названных задач. Вместе с тем, стержневая цель неоабилитационных программ – форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости – находится в фокусе внимания специалистов, начиная с первого дня пребывания пациента в реабилитационном центре. Эффективное достижение данной цели, определяется в системе промежуточных индикаторов (объективно- и субъективно-фиксируемое продвижение по шкале психологического здоровья – антинаркотической устойчивости), а также, в системе конечных индикаторов (длительность и качество ремиссии).

Превентивный аспект концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости

Основные составляющие данного прикладного блока следующие.

Базисные понятия, используемые в первичной профилактике распространения зависимости от ПАВ выводятся из общей концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Это, во-первых, *уровень самоорганизации личности*, который складывается из понятий второго уровня: а) *диспозиция* (степень выраженности свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; б) *кондиция* (здесь имеется в виду характеристики качества жизни, соматического, психического и социального здоровья); в) *информированность* (здесь имеется в виду степень адекватной информированности субъекта о последствиях приема психоактивных веществ, препятствующих достижению его основных жизненных целей); г) *позиция* (имеется в виду позиция по отношению к приему психоактивных веществ, занимаемая субъектом в определенное время).

Следующее базисное понятие – *уровень профильной агрессивности среды*, складывающийся из индексируемых характеристик мобильных и стабильных информационных каналов (по классификации А.Л. Каткова, 1998), по которым поступает информация о психоактивных веществах.

Третье базисное понятие – *степень риска вовлечения в зависимость от ПАВ*. Данное понятие является производным первого уровня, зависящего от взаимодействия первого и второго базисных понятий (сущностей).

Четвертое базисное понятие – *стратегия снижения риска вовлечения в зависимость от ПАВ* является производным второго уровня, зависящего от индексированных характеристик степени риска вовлечения в зависимость от ПАВ (третьего базисного понятия).

Концепция комплексной медико-социальной реабилитации наркозависимых

Определение: медико-социальная реабилитация зависимых от ПАВ – это система комплексных, взаимосвязанных мероприятий, направленных на эффективное выполнение следующих задач:

Схема 5. Концепция комплексной медико-социальной реабилитации наркозависимых

№ задачи	Формулировка задачи	Основной уровень	Зона компетенции и ответственность	Этап р/п	Основные методы реализации	Основные специалисты координаторы
1	<u>Избавление</u> от физической зависимости <u>Дезактуализация</u> психической зависимости	Соматический (тело)	Здравоохранение	I	Медикаментозная терапия психотерапия	Врачи – реаниматологи, врачи психиатры – наркологи, врачи – психотерапевты
2	<u>Восстановление</u> навыков биологической и социальной адаптации	Личности (душа)	Социальная и гуманитарная сфера, в том числе – здравоохранения	II	- Психотерапия - Консультирование - Социально-психологические тренинги - Терапия средой - Трудотерапия - Терапия занятостью - Социальное обучение - Медикаментозная терапия - Закаливание, спорт	Врачи - психиатры наркологи; психотерапевты, психологи, социальные работники, волонтеры-консультанты Специалисты по трудотерапии (социальные педагоги); терапии средой; валеологи
3	<u>Развитие</u> индивидуальной и микросоциальной антинаркотической устойчивости	Социума (дух)	Социальная и гуманитарная сфера	III	Те же + социальная и семейная терапия, активный досуг, общение со значимыми другими лицами	Те же + ЗДЛ, представители религиозных конфессий

Процесс индексирования каждого из приведенных выше, базисных понятий проводится согласно разработанным шкалам и программам снижения превалентных рисков вовлечения в орбиту зависимости от ПАВ. Основным стержнем такого рода программ является форсированное воспроизведение алгоритма формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у индивида или группы.

Прикладными понятиями концепции первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ являются:

- индивидуальные комбинации (характеристики развития) свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, определяемые у конкретного индивида;
- характеристики тематического воздействия контактных аудиторий (семья, ближайшее окружение – значимые другие, учебные, рабочие коллективы);
- характеристики тематического воздействия основных агентов развития (педагоги, наставники, воспитанники и т.д.);
- характеристики тематического воздействия референтных групп;
- характеристики тематического воздействия семьи;
- характеристики опосредованного, тематического воздействия основных социальных институтов (образование, здравоохранение, религия).

Данный план прикладных понятий дает главные ориентиры (векторы) основных профилактических действий. Но, что еще важнее, он определяет специфику данных воздействий.

Так, например, понятно, что индивидуальная комбинация свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости требует достаточно специфической модификации основных развивающих практик и применения их в такой комбинации и последовательности, которая обеспечивает максимальный эффект за минимальное время.

То же самое следует сказать о мобильных и стабильных, непосредственных и опосредованных информационных каналах. Необходимо переформирование содержания и вектора информационного воздействия с тем, чтобы информация носила не запретительный, а, больше, антагонистический, организующий конфликт между позитивными ценностями жизненных сценариев и дивидендами наркопотребления, характер.

Поименованные *векторы – ориентиры* представляют собой третий класс понятий прикладной концепции профилактики распространения зависимостей от ПАВ, детальная разработка которых дает возможности адекватной диагностики степени риска вовлечения конкретного индивида в зависимость от ПАВ и, соответственно, степень его устойчивости к дан-

ному варианту развития событий. Следовательно, открывается возможность широкого, профильного скрининга, выявляющего истинную группу риска по профилю формирования зависимости от ПАВ и целенаправленной работы с данной группой населения.

Наконец, четверым классом понятий являются развивающие, профилактические программы, специфика которых ориентирована на уникальное сочетание представленности свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у конкретных субъектов. Что подразумевает возможность эффективной групповой, а не только индивидуальной, работы с ними.

В данной связи необходима энергичная инициация процесса модификации соответствующих психотерапевтических технологий, их внедрения в институализированные практики воспитания и образования.

Таким образом, идентификация свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, алгоритм их форсированного и эволюционного формирования, разработка базисных и прикладных понятий, составляющих практическую основу эффективной первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ, дают, в совокупности, модель социальной психотерапии, адекватную современной ситуации в обществе. В частности, ситуации с распространением зависимости от психоактивных веществ.

Обобщение по теоретическому оформлению концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости

Из всего сказанного следует, что главными теоретическими концептами в обсуждаемой проблеме, являются следующие:

- выведение интегральной функции психики, обеспечивающей повышение устойчивости индивида к агрессивным влияниям внешней среды, в том числе, к вовлечению в зависимость от ПАВ;
- выведение и дифференциация (в потребностной иерархии субъекта) индивидуальной потребности в самоорганизации, которая удовлетворяется за счет развития и активности названной психической функции;
- определение важнейших слагаемых интегральной функции психики, обеспечивающей свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости: завершения личностной идентификации, формирования конструктивного жизненного сценария, навыков ответственного выбора, качеств внутреннего локуса контроля, ресурсной достаточности;
- определение алгоритма эволюционного и форсированного формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Не менее важным представляется разработка теоретических основ развивающих технологий, способствующих ускоренному воспроизводству обсуждаемых свойств личности:

- выведение концептов базисных стратегий поведения;
- выведение механизмов перевода конфронтационных стратегий поведения в синергетические;
- определение правил ресурсного доступа, в частности, за счет развития феномена диалогизированного сознания;
- разработка трехуровневой классификации индивидуальных ресурсов с определением сектора эффективности каждого из них.

Наконец, наиболее существенной, практической частью разрабатываемой концепции являются:

- неоабилитационный аспект с определением стратегии практических действий эффективно развивающих свойств антинаркотической устойчивости у пациентов, охваченных программами медико-социальной неоабилитации;
- профилактический аспект с выведением алгоритма и всех составляющих эффективной первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ.

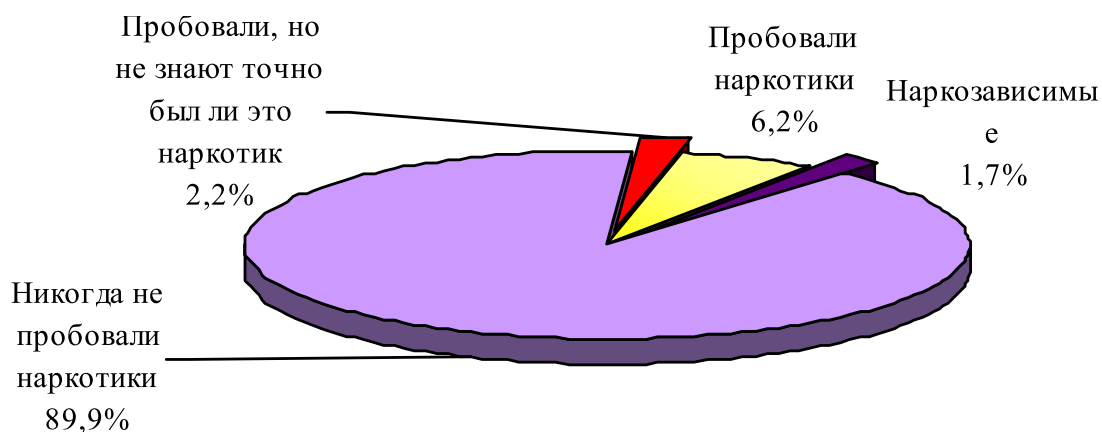
РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЕРВАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результаты исследования репрезентативной выборки населения Республики Казахстан

Распространенность наркозависимости в Республике Казахстан

Анализ результатов исследования общей репрезентативной выборки населения Республики Казахстан показал следующее. В целом, в Казахстане на сегодняшний день большая часть населения (89.9%) никогда не пробовала наркотических веществ. Но при этом каждый десятый опрошенный (10.1%) пробовал наркотики или имеет устойчивую зависимость от наркотических веществ. 2.2% пробовали разные субстанции, но точно не знают, был ли это наркотик. 1.7% опрошенных имеют устойчивую зависимость от наркотиков, что составляет приблизительно 254203 человека (рисунок № 1). В то время, как в учреждениях наркологического профиля государственного медицинского сектора на момент исследования состояло на учете с диагнозом наркомания – 45000 человек, это так называемый учтенный контингент. Из числа наркозависимых* 81.3% имели пристрастие к наркотикам каннабиноидной группы, а 41.1% – опиоидной группы.

Рисунок № 1. Распределение респондентов общей репрезентативной выборки РК (n=7502) в отношении употребления наркотических веществ.



* Группы зависимых от опиоидов и каннабиноидов в сумме дают более 100%, так как данные группы формировались из многозначного вопроса, т.е. один респондент мог отметить несколько наркотических веществ, которые он употребляет, и от которых зависим.

Таким образом, учтенные больные наркоманией в среднем составляют 17.7% от фактически полученного количества, характеризующего предполагаемую истинную распространенность наркозависимости в Республике Казахстан. Распределение зависимости от наркотиков по национальностям отражено в таблице № 8.

Таблица № 8. Распределение зависимости от наркотиков по национальному признаку.

Пол и национальность	Общая выборка (n = 7 029)	Всего наркозависимые (n = 137)	Зависимые от каннабиноидов (n = 111)	Зависимые от опиоидов (n = 43)
Мужчины	47.6%	84.6%	89.2%	81.7%
Женщины	52.4%	15.4%	10.8%	18.3%
Казахи	33.2%	9%	7.3%	13.8%
Русские	47.9%	65.8%	67.8%	58.3%
Узбеки	2.1%	1.3%	1.6%	1.6%
Корейцы	1.5%	2.9%	1.2%	3%
Немцы	2.7%	3.2%	2.9%	5.2%
Украинцы	4.3%	7.5%	8.4%	2.3%
Татары	3%	2.9%	3.6%	2.5%
Другие	5.3%	7.4%	7.1%	13.4%

В отношении распределения по полу результаты observationalного исследования показали, что в большей степени болезненность наркомании присуща мужчинам (84,6%). Распределение по национальному признаку позволило сделать вывод, что наибольший процент распространенности наркотической зависимости представлен в группе лиц, имеющих русскую национальность (65.8%). Коренные жители – казахи составили 9% от общего количество наркозависимых. В цели нашего исследования не входило подробное изучение и анализ национальных, гендерных характеристик. Поэтому мы ограничимся представленными результатами.

Характеристики наркозависимого

В таблицах № 9-11 представлены данные, раскрывающие социально-демографический портрет наркозависимого. Большинство респондентов

из общей популяции, страдающих наркотической зависимостью являются мужчины (более 84%). В то время, как в женской популяции, распространенность наркозависимости в 5.5 раз ниже (15%). Мужчинам так же в большей степени, чем женщинам присущи зависимость от алкоголя (82.3% и 17.7%), а так же от табака (76.2% и 23.8%).

Таблица № 9. Характеристики наркозависимого в целом (группа № 2, n = 127), в сравнении с респондентами, не имеющими наркотической зависимости (группа № 1, n = 7029).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 7029	Группа № 2 n = 127	P
Пол	мужской	47.6 ± 0.007%	84,6 ± 0,2%	P < 0.0005
	женский	52.4 ± 0.007%	15,4 ± 0,2%	P < 0.005
Возраст	12-16 лет	14.3 ± 0.005%	2,4 ± 0,1%	P < 0.001
	17-21 год	13.4 ± 0.005%	23,5 ± 0,3%	P > 0.05
	22-26 лет	12.3 ± 0.005%	18,2 ± 0,3%	P > 0.05
	27-35 лет	21.2 ± 0.006%	33 ± 0,3%	P > 0.05
	36-47 лет	28 ± 0.006%	20,3 ± 0,3%	P > 0.05
	48-55 лет	10.7 ± 0.004%	2,6 ± 0,1%	P < 0.05
Зависимые от табака		33,5 ± 0,007%	83.9 ± 0.3%	P < 0.0005
Зависимые от алкоголя		3,5 ± 0,003%	13.4 ± 0.2%	P > 0.05

В 13,4% случаев в сочетании с наркозависимостью отмечалась алкогольная зависимость и в 83.9% случаев – никотиновая зависимость. Была обнаружена положительная корреляция в отношении зависимости от алкоголя и табака у лиц зависимых от наркотиков, в сравнении с лицами, не имеющими данной зависимости. Так, например, зависимость от алкоголя в 3.8 раза чаще встречаются у лиц, имеющих наркотическую зависимость, в сравнении лицами, не имеющими данной зависимости, а никотиновая зависимость – в 2.5 раза соответственно.

Основную возрастную группу, страдающую наркотической зависимостью, составили лица от 17 до 47 лет (77.3%). Наибольшее количество,

страдающих наркотической зависимостью, являются лица от 27 до 35 лет (33%), т.е. наиболее важная группа, как в социально-экономическом, так и репродуктивном отношении. На эту же возрастную группу (27-35 лет) приходится максимальные процентные соотношения: 34.9% – зависимые от наркотических веществ каннабиноидной группы и 41.7% зависимые от опиоидов.

Важным представлялся факт, сопоставления категорий интегрального здоровья: соматического, психического, психологического. Результаты данного сравнения приведены в таблице № 10.

Таблица № 10. Характеристики категорий интегрального здоровья у наркозависимых (группа № 2, n = 127), и лиц, не имеющих наркозависимости (группа № 1, n = 7029).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 7029	Группа № 2 n = 127	P
Соматическое здоровье	Высокое	24.8 ± 0.006%	18.7 ± 0.3%	P > 0.05
	Среднее	73.7 ± 0.006%	78.6 ± 0.3%	P > 0.05
	Низкое	1.5 ± 0.02%	2.8 ± 0.1%	P > 0.05
Психическое здоровье	Высокое	29.8 ± 0.007%	13.8 ± 0.3%	P < 0.02
	Среднее	69.2 ± 0.007%	86.2 ± 0.3%	P < 0.02
	Низкое	1 ± 0.001%	0%	P < 0.01
Психологическое здоровье	Высокое	4.6 ± 0.003%	1.4 ± 0.1%	P > 0.05
	Среднее	94.9 ± 0.003 %	65.4 ± 0.4 %	P < 0.0005
	Низкое	0.5 ± 0.001%	33.2 ± 0.4%	P < 0.0005

В отношении категории соматического здоровья, не было получено достоверных различий в сравниваемых группах. В отношении психического здоровья было обнаружено, что среди наркозависимых, значительно меньше людей имеющих высокий уровень психического здоровья (13.8%) в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (29.8%). К многофакторной концептуальной группе с высоким уровнем психического здоровья (группа № 16) относились те люди, которые не страдали психическим расстройством, не состояли на диспансерном учете у врача-психиатра и в течение последних двух лет не обращались к

врачам (психиатр, психотерапевт, психоневролог) по поводу своего психического состояния. У представителей этой группы не отмечались беспричинные изменения настроения; несвойственные им мысли, поступки; признаки какого-либо психического неблагополучия. Эти люди степень своего психического комфорта по шкале от “минус” 50 до “плюс” 100 баллов, субъективно оценивали от 80 до 100 баллов.

Представлял интерес уровень психологического здоровья у наркозависимых и у людей, не имеющих данной зависимости. К группе лиц, имеющих высокий уровень психологического здоровья (многофакторная концептуальная группа № 19) относились те, у которых редко возникают сложные или трудные жизненные ситуации, так как они способны легко и быстро найти удачное решение в этих ситуациях. Это творческие и жизнерадостные люди, которые легко придумывают “что-то новое” на работе (учебе), в быту и предпочитают развитие в жизни и личностное развитие. У них много увлечений, которые доставляют им радость и интерес. Они достаточно легко входят в контакт с новыми или незнакомыми людьми, испытывая, как правило, при этом интерес (иногда интерес и легкую тревогу), и хорошо адаптируются в быстро меняющейся ситуации. Поэтому у них, как правило, нет особых проблем в общении с людьми, и если они возникают, то достаточно быстро и легко разрешаются. Эти люди степень своего психологического комфорта (условия обеспечивающие удобство, спокойствие) по шкале от “минус” 50 до “плюс” 100 баллов, субъективно оценивают выше 70 баллов.

Соответственно, к группе лиц, имеющих низкий уровень психологического здоровья (многофакторная концептуальная группа № 20) относились те, у которых достаточно часто возникали сложные или трудные жизненные ситуации, в связи с тем, что они не способны легко и быстро найти удачное решение в проблемных ситуациях. У них мало, или нет вовсе доставляющих радость и интерес увлечений. Они не ориентированы на личностный рост, для них более привычны стабильность и отсутствие жизненных изменений. Они испытывают затруднения в общении с людьми, трудно входят в контакт и при решении межличностных проблем у них возникают затруднения. Степень своего психологического комфорта они оценивают ниже “0 баллов”.

Проведенное исследование не обнаружило достоверной разницы в отношении высокого уровня психологического здоровья в группе наркозависимых и лиц, не имеющих наркотической зависимости. Однако с высокой степенью достоверности ($P < 0.0005$) было выявлено следующее различие: среди наркозависимых гораздо больше тех, у кого низкий уровень психологического здоровья (33.2%), в сравнении с людьми не имеющими наркотической зависимости (0.5%). С этим связана разница среднего уровня психологического здоровья: 65.4% у наркозависимых и 94.9% у людей, не имеющих наркотической зависимости.

Важным представлялся анализ тех характеристик психологического здоровья, которые, согласно выдвигаемой концепции психологического здоровья, определяют антинаркотическую устойчивость личности. В результате были обнаружены достоверные различия таких качеств и свойств личности как: интернальность (локус-контроля), жизненные мотивы и цели, скорость психологической и социальной адаптации, полноценность завершения личностной идентификации, сформированность навыков ответственного выбора, уровень общей осведомленности о вреде наркотиков у лиц, имеющих наркотическую зависимость и лиц, не страдающих наркоманией (таблица № 11).

Таблица № 11. Характеристики психологического здоровья у наркозависимых (группа № 2, n = 127), и лиц, не имеющих наркозависимости (группа № 1, n = 7029).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 7029	Группа № 2 n = 127	P
Скорость адаптации	Высокая	1.6 ± 0.002%	0.8 ± 0.07%	P < 0.001
	Низкая	1.7 ± 0.002%	1.6 ± 0.01%	P > 0.05
Личностная идентификация	Завершена	57.2 ± 0.007%	16.5 ± 0.3%	P < 0.0005
	Не завершена	42.8 ± 0.007%	83.5 ± 0.3%	P < 0.0005
Локус контроля	Внутренний	12.7 ± 0.005 %	2.4 ± 0.1%	P < 0.005
	Средний	85 ± 0.005%	59.8 ± 0.3%	P < 0.0005
	Внешний	2.3 ± 0.002%	37.8 ± 0.4%	P < 0.0005
Цели и мотивы	Позитивные	68 ± 0.007%	28.3 ± 0.3%	P < 0.0005
	Среднее	24.5 ± 0.006%	8.3 ± 0.2%	P < 0.001
	Отсутствие позитивных	7.5 ± 0.004%	63.4 ± 0.4%	P < 0.0005
Навыки ответственного выбора	Развиты	67.7 ± 0.007%	45.7 ± 0.04%	P < 0.001
	Не развиты	32.3 ± 0.007%	54.3 ± 0.04%	P < 0.001
Информированность о вреде наркотиков	Высокая	76.6 ± 0.006%	68.5 ± 0.3%	P > 0.05
	Средняя	7.7 ± 0.004%	10.8 ± 0.2%	P > 0.05
	Низкая	15.7 ± 0.005%	20.7 ± 0.3%	P > 0.05

Данные характеристики являются свойствами психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Психосоциальная адаптация. Люди с высоким уровнем психологического здоровья отличались высокой степенью психосоциальной адаптации, и соответственно у людей с низким уровнем развития психологического здоровья отмечались низкий уровень и скорость адаптации. Среди наркозависимых достоверно реже встречались те, у кого высокий уровень адаптации (в среднем в 2 раза), в сравнении с лицами, не имеющими наркотическую зависимость. Для людей с химической аддикцией, психоактивное вещество на начальном этапе выполняет свою адаптивную функцию, являясь своеобразным адаптогеном. В данном исследовании не было выявлено достоверной разницы в средних и низких показателях уровня адаптации, что соответствует данному положению. Впоследствии употребление наркотика постепенно становится главным мотивом, вытесняя мотивы более высокого порядка, и в результате происходит инверсия из адаптогена в механизм деструкции.

Признаки полноценного завершения личностной идентификации. Согласно теории Э. Эриксона (1959) о жизненных кризисах и формировании личностной идентичности; Р. Хэвигхерста (1972) о задачах личностного развития, Ю.В. Валентика (1998) о потребностных циклах, к моменту достижения юношества и наступления ранней зрелости (17-20 лет) индивидум должен идентифицировать себя как личность, в совокупной целостности личностных статусов (Я-телесное, Я-ребенок, Я – мужчина/женщина, Я-партнер (Я-сексуальное), Я-родитель, Я-профессионал). К этому возрасту личность должна достичь осознания и четкого представления: “Кто я в этой жизни” и “Чего я хочу в жизни”. Согласно концепции психологического здоровья, полноценное завершение личностной идентификации является признаком и составляющей его высокого уровня. Данное исследование обнаружило те результаты, которые подтверждают выше-названные положения. Так, например, у 83,5% наркозависимых были отмечены признаки, свидетельствующие о том, что они не прошли этап полноценного завершения личностной идентификации, в то время как в остальной группе, таких людей оказалось фактически в два раза меньше – 42.8 %. Наоборот, процент людей имеющих признаки завершенности прохождения этапа полноценной личностной идентификации в группе устойчивых к наркотикам и не имеющих химической зависимости в 3.5 раза выше, чем у людей зависимых от ПАВ (57.2% и 16.5%).

Мотивы и цели. По мнению А.Н. Леонтьева (1975), жизнеутверждающие цели и мотивы являются определяющими составляющими конструи-

тивного жизненного сценария. Согласно концепции психологического здоровья, наличие позитивного жизненного сценария является одной из характеристик свойств антинаркотической устойчивости. Результаты исследования показали, что среди наркозависимых при достаточно высокой степени достоверности в 2.2 раза реже встречаются те, у кого есть жизнеутверждающие цели и мотивы, и в 8.5 раз чаще встречаются те, кто не имеет позитивных жизненных мотивов и целей в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости.

Интернальность – локус-контроля. В исследовании была отмечена достоверная разница между наркозависимыми и лицами, не имеющими наркотической зависимости в отношении интернальности. Так, например, среди людей имеющих наркотическую зависимость более чем в 5 раз реже встречаются те, кто имеет внутренний локус-контроля (2.4%) в сравнении с лицами, не имеющими данной зависимости (12.7%), и в 16 раз чаще встречаются те, кто имеет внешний локус-контроля (37.8% и 2.3% соответственно).

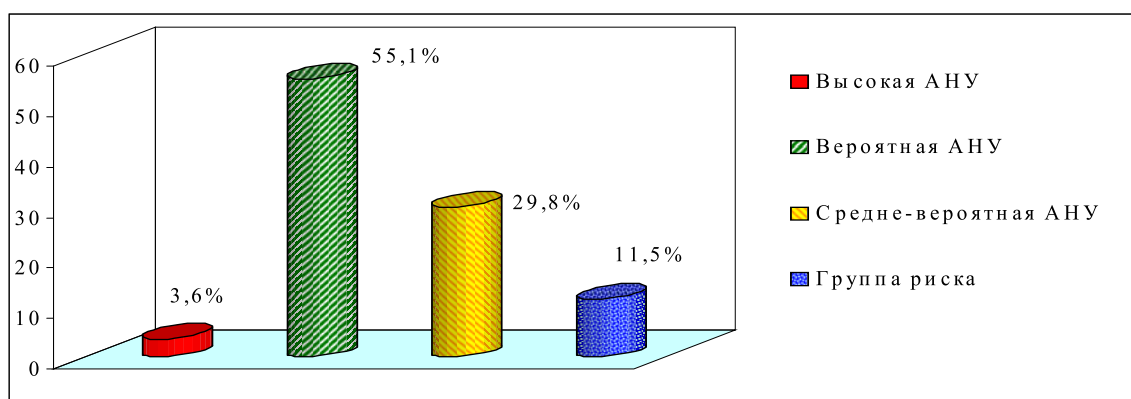
Навыки ответственного выбора. Согласно концепции психологического здоровья, навыки ответственного выбора являются теми характеристиками, которые в совокупности с другими определяют уровень развития психологического здоровья, в том числе свойств антинаркотической устойчивости личности. Результаты наших исследований, показали, что среди лиц не имеющих химической зависимости в сравнении с теми, кто имеет пристрастие от наркотиков, достоверно больше процент тех, у кого сформированы навыки ответственного выбора (67.7% и 45.7%, при $P < 0.001$) и меньше процент тех, у кого эти навыки не сформированы в достаточной степени (32.3% и 54.3% при $P < 0.001$).

Характеристики лиц, не имеющих наркозависимости

Представлялось интересным и важным проанализировать характеристики лиц, не имеющих наркозависимости с позиций концепции психологического здоровья, в том числе его свойств антинаркотической устойчивости. Результаты исследования показали, что большинство опрошенных (78.7%) твердо решили ни при каких обстоятельствах не употреблять наркотические вещества в будущем (результатирующая группа № 12). Однако, было интересно проанализировать распределение респондентов общей репрезентативной выборки РК по степени их антинаркотической устойчивости (АНУ). Лица с вероятной антинаркотической устойчивостью (более или менее полный набор составляющих компонентов) в среднем составили – 58.7%, в их числе с высокой степенью АНУ – 3.6% респондентов. Лица со средне вероятной антинаркотической устойчивостью (опре-

деляемая решением не употреблять наркотические вещества с неполным набором составляющих компонентов) – 29.8%. Группа риска (определяемая отсутствием твердой позиции в отношении употребления ПАВ, несформированными компонентами антинаркотической устойчивости) в среднем составила 11.5%. Соотношение среди лиц, не имеющих наркотической зависимости по степени устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, отображено на рисунке № 2.

Рисунок № 2. Распределение респондентов общей репрезентативной выборки РК (n=7502) в отношении не имеющих наркотической зависимости.



Из выделенных в ходе исследования групп, наибольший интерес представляла группа объективно активно-устойчивых к наркозависимости. Поэтому из “общей” группы лиц, не имеющих наркотической зависимости, была выделена подгруппа с высокой степенью АНУ, которая была определена как “объективно активно-устойчивые к наркотической зависимости” ($4.6 \pm 0.004\%$ от результирующей группы № 12 и $3.6 \pm 0.002\%$ от группы общей репрезентативной выборки).

Этими лицами являлись граждане, которые никогда не употребляли ПАВ, у которых нет табачной, алкогольной, наркотической и иной зависимости. У этих людей есть твердая уверенность, что не при каких обстоятельствах они не будут употреблять наркотики, что человека к употреблению наркотика “приводит” его собственное решение. У них проблема наркомании вызывает озабоченность за собственное будущее, будущее своих детей и государства. Они считают, что проблема наркомании касается в какой-то степени их, их близких, и поэтому воспринимают ее как личную. Они переживают личную ответственность за проблему наркомании в обществе и готовы сделать все необходимое для решения данной проблемы. Они считают, что рост наркомании в Республики Казахстан в

основном связан с низкой антинаркотической активностью ее граждан и уверены в том, что основное влияние на ситуацию распространения наркомании в РК в ближайшие 3-5 лет будет оказывать личная активность граждан. Так же дополнительным критерием отнесения к указанной группе были средний и высокий уровни психологического здоровья.

Важным представлялся анализ различия лиц, имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости – “объективно активно-устойчивые к наркотической зависимости” (группа № 2, n = 271) с другими представителями общей популяции, не имеющими наркотической зависимости (группа № 1, n = 7029), поскольку лица, имеющие высокую степень антинаркотической устойчивости, представляют противоположный полюс, полюсу лиц, имеющих зависимость от наркотиков. Представляли интерес характеристики категорий интегрального здоровья и распространенность зависимости от других ПАВ (табака, алкоголя) в этих группах (таблица № 12).

Таблица № 12. Характеристики категорий интегрального здоровья “объективно активно-устойчивых” к наркозависимости (группа № 2, n = 271) в сравнении с другими респондентами, не имеющими наркотической зависимости (группа № 1, n = 7029).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 7029	Группа № 2 n = 271	P
Соматическое здоровье	Высокое	24.8 ± 0.006%	28.9 ± 0.2%	P > 0.05
	Среднее	73.7 ± 0.006%	69.5 ± 0.3%	P > 0.05
Психическое здоровье	Высокое	29.8 ± 0.007%	42.9 ± 0.4%	P < 0.05
	Среднее	69.2 ± 0.007%	56 ± 0.3%	P < 0.05
Психологическое здоровье	Высокое	4.6 ± 0.003%	36.3 ± 0.4%	P < 0.0005
	Среднее	94.9 ± 0.003%	63.7 ± 0.4%	P < 0.0005
Зависимые от табака		33.5 ± 0.007%	0%	P < 0.0005
Зависимые от алкоголя		3.5 ± 0.003%	0%	P < 0.0005

Данная таблица иллюстрирует тот факт, что у “объективно активно-устойчивых” к наркозависимости в 7.8 раза чаще встречаются люди с высоким уровнем психологического здоровья в сравнении с представителя-

ми общей репрезентативной выборки, не имеющих наркотической зависимости (36.3% и 4.6% соответственно) и в 1,4 раза чаще с высоким уровнем психического здоровья (42.9% и 29.8%). Достоверных различий в отношении низкого уровня психологического, психического, а так же в категории соматического здоровья обнаружено не было.

Как отмечалось выше, среди лиц имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости отсутствовали те, кто употребляет табак и алкоголь. В то время как среди представителей общей популяции, не имеющих наркотическую зависимость, распространенность алкогольной зависимости составила в среднем 3.5%, никотиновой зависимости – 33.5%.

Помимо указанных характеристик, представляли интерес качественные параметры психического (психологического) здоровья, определяющие антинаркотическую устойчивость. Этими характеристиками являются следующие: интернальность (локус-контроля), жизненные мотивы и цели, полноценность завершения личностной идентификации, сформированность навыков ответственного выбора, уровень общей осведомленности о вреде наркотиков, а так же качество жизни, скорость психологической и социальной адаптации. Эти данные приведены в таблицах № 13.

Психосоциальная адаптация и качество жизни. Из таблицы № 13 видно, что люди с развитой антинаркотической устойчивостью (“объективно активно-устойчивые к наркотической зависимости”, группа № 2, n=271) более успешны в плане социальной адаптации в сравнении с представителями общей популяции, не имеющими наркотической зависимости (группа № 1, n = 7029). Среди “объективно активно-устойчивых” достоверно больше тех, у кого существенно выше скорость адаптации в сравнении с респондентами общей репрезентативной выборки, не употребляющих наркотики (45% и 1.6%) и больше тех, у кого высокий уровень и восходящая социальная динамика (23.4% и 5,6%). Так же среди людей имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости в сравнении с общей группой, не имеющих зависимость от ПАВ, в среднем, более чем в 4 раза чаще встречаются лица с высоким качеством жизни (29.5% и 7.2%). Эти люди способны достигать поставленных целей и довольствоваться достигнутым (Семке В.Я., 2001).

Признаки полноценного завершения личностной идентификации. Среди имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости подавляющее большинство тех, кто имеет признаки завершения этапа личностной идентификации (86.9%), в то время как среди остальных граждан, не имеющих наркотическую зависимость их немного более половины (57.2%).

Мотивы и цели. Среди “объективно активно-устойчивых” к зависимости от ПАВ с высокой степенью достоверности, гораздо чаще встречаются те, кто имеет осознанные позитивные жизненные мотивы и цели (95.2%) в сравнении с остальными представителями общей популяции, не имеющими наркотической зависимости (68%).

Интернальность – локус-контроля. Более половины имеющих высокую антинаркотическую устойчивость имеют внутренний локус-контроля (50.2%), в то время, как среди остальных респондентов имеющих вероятную и средне вероятную антинаркотическую устойчивость – 12.7%.

Таблица № 13. Характеристики некоторых свойств психологического здоровья “объективно активно-устойчивых” к наркозависимости (группа № 2, n = 271) в сравнении с другими респондентами, не имеющими наркотической зависимости (группа № 1, n = 7029).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 7029	Группа № 2 n = 271	P
Качество жизни	Высокое	7.2 ± 0.004%	29.5 ± 0.4%	P < 0.0005
	Среднее	87 ± 0.005%	70.1 ± %	P < 0.001
	Низкое	3.8 ± 0.003%	0.4 ± 0.05%	P > 0.05
	Очень низкое	2 ± 0.003%	0 %	P < 0.0005
Скорость адаптации	Высокая	1.6 ± 0.002%	45 ± 0.2%	P < 0.0005
	Низкая	1.7 ± 0.002%	0%	P < 0.0005
Социальная динамика	Высокая	5.6 ± 0.003 %	23.4 ± 0.3 %	P < 0.002
	Средняя	92.3 ± 0.004%	76.6 ± 0.3%	P < 0.001
	Низкая	2.1 ± 0.002%	0%	P < 0.0005
Личностная идентификация	Завершена	57.2 ± 0.007%	86.9 ± 0.1%	P < 0.0005
	Не завершена	42.8 ± 0.007%	13.1 ± 0.1%	P < 0.0005
Мотивы и цели	Позитивные	68 ± 0.007%	95.2 ± 0.1%	P < 0.0005
	Среднее	24.5 ± 0.006%	4.8 ± 0.2%	P < 0.0005
	Отсутствие позитивных	7.5 ± 0.004%	0%	P < 0.0005

Продолжение таблицы № 13.

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 7029	Группа № 2 n = 271	P
Локус-контроля	Внутренний	12.7 ± 0.005%	50.2 ± 0.4%	P < 0.0005
	Средний	85 ± 0.005%	47.6 ± 0.3%	P < 0.0005
	Внешний	2.3 ± 0.002%	2.2 ± 0.1%	P > 0.05
Навыки ответственного выбора	Развиты	67.7 ± 0.007%	91.1 ± 0.1%	P < 0.0005
	Не развиты	32.3 ± 0.007%	8.9 ± 0.1%	P < 0.0005
Информированность о вреде наркотиков	Высокая	76.6 ± 0.006%	88.5 ± 0.2%	P < 0.05
	Средняя	7.7 ± 0.004%	11.5 ± 0.2%	P > 0.05
	Низкая	15.7 ± 0.005%	0%	P < 0.0005

Навыки ответственного выбора. Среди людей, имеющих высокую степень АНУ в среднем 91.1% тех, у кого сформированы и развиты навыки ответственного выбора, в то время, как у представителей общей популяции, не имеющих зависимости от наркотиков такие люди составляют 67.7%. Среди “объективно активно-устойчивых” в сравнении с остальными гражданами общей популяции (исключая наркозависимых) в 3.6 раза реже встречаются те, у кого эти навыки не сформированы и не развиты (8.9% и 32.3%). Так же среди них достоверно больше тех, у кого высокий уровень адекватной информированности о вреде наркотиков (88.5% и 76.6%).

Сравнение лиц, имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости, и лиц, имеющих зависимость от наркотиков

Итак, мы рассмотрели по отдельности некоторые характеристики, касающиеся категорий интегрального здоровья, в том числе психологического здоровья у наркозависимых и лиц с высокой степенью антинаркотической устойчивости – “объективно активно-устойчивых к наркозависимости”, по отношению к остальным респондентами общей выборки, не имеющим наркотической зависимости. Как уже было отмечено, эти группы представляют два полярно противоположных полюса одной проблемы, проблемы зависимости от ПАВ: наличие наркотической зависимости и наличие свойств высокой антинаркотической устойчивости. В связи с этим представляло интерес, каким образом распределялась распространенность исследуемых параметров у наркозависимых и лиц имеющих

высокую степень антинаркотической устойчивости (характеристики каждого “полюса”) в контексте интересующей нас проблемы – свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости и наркомагии. Некоторые сравнительные характеристики наркозависимых (группа № 2, n = 127) и “объективно активно-устойчивых” к наркозависимости (группа № 1, n = 271) приведены в таблице № 14.

Категории интегрального здоровья. Среди активно-устойчивых к зависимости от ПАВ в сравнении с имеющими наркотическую зависимость, более чем в 3 раза чаще встречаются те, у кого высокий уровень психического здоровья (42.9% и 13.8%), более чем в 25 раз чаще встречаются те, у кого высокий уровень психологического здоровья (36.3% и 1.4%) и полностью отсутствуют люди, у которых низкий уровень психологического здоровья. В то время как каждый третий с наркотической зависимостью имеет низкий уровень психологического здоровья.

Таблица № 14. Сравнительные характеристики наркозависимых (группа № 2, n = 127) и лиц имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости (группа № 1, n = 271).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 271	Группа № 2 n = 127	P
Психическое здоровье	Высокое	42.9 ± 0.2%	13.8 ± 0.3%	P<0.0005
	Среднее	56 ± 0.2%	86.2 ± 0.3%	P<0.0005
Психологическое здоровье	Высокое	36.3 ± 0.2%	1.4 ± 0.1%	P<0.0005
	Низкое	0%	33.2 ± 0.4%	P<0.0005
Скорость адаптации	Высокая	45 ± 0.2%	0.8 ± 0.07%	P<0.0005
Качество жизни	Высокое	29.5 ± 0.2%	3.5 ± 0.1 %	P<0.0005
Социальная динамика	Высокая	23.4 ± 0.2%	3.4 ± 0.1 %	P<0.0005
Информированность о вреде наркотиков	Высокая	88.5 ± 0.1%	68.5 ± 0.3%	P<0.01
	Низкая	0%	20.7 ± 0.3%	P<0.0005
Зависимые от табака		0%	83.9 ± 0.3%	P<0.0005
Зависимые от алкоголя		0%	13.4 ± 0.2%	P<0.01

Как уже было отмечено выше, среди лиц, имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости, отсутствуют люди, имеющие вообще какую-нибудь химическую зависимость. В то время, как среди наркозависимых в 83.9% случаев встречается коморбидная патология в виде табачной (никотиновой) зависимости (F 17) и в 13.4% случаев – алкоголизма (F 10).

Психосоциальная адаптация и качество жизни. Среди активно-устойчивых к зависимости от ПАВ в сравнении с имеющими данную зависимость почти в 7 раз чаще встречались те, у кого высокий уровень и восходящий тип социальной динамики (23.4% и 3.4%), в 8.5 раз чаще встречались те, у кого высокий уровень качества жизни (29.5% и 3.5%), и более чем в 56 раз чаще встречались лица с высоким уровнем психосоциальной адаптации (45% и 0.8%). Последний факт, особенно подчеркивает, что наркотик в жизни аддикта играет псевдоадаптивную роль. Полученные результаты данного исследования в отношении уровня адаптивных свойств личности полностью укладываются в положения выдвигаемой концепции психологического здоровья. В таблице № 15 приведены некоторые характеристики психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Таблица № 15. Сравнительные характеристики свойств психологического здоровья у наркозависимых (группа № 2, n = 127) и лиц имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости (группа № 1, n = 271).

Исследуемый параметр		Группа № 1 n = 271	Группа № 2 n = 127	P
Личностная идентификация (признаки)	Завершена	86.9 ± 0.1%	16.5 ± 0.3%	P<0.0005
	Не завершена	13.1 ± 0.1%	83.5 ± 0.3%	P<0.0005
Цели и мотивы	Позитивные	95.2 ± 0.1%	28.3 ± 0.3%	P<0.0005
	Отсутствие позитивных	0%	63.4 ± 0.4%	P<0.0005
Локус-контроля	Внутренний	50.2 ± 0.2%	2.4 ± 0.1%	P<0.0005
	Внешний	2.2 ± 0.05%	37.8 ± 0.4%	P<0.0005
Навыки ответственного выбора	Развиты	91.1 ± 0.1%	45.7 ± 0.04%	P<0.0005
	Не развиты	8.9 ± 0.1%	54.3 ± 0.04%	P<0.0005

Признаки полноценного завершения личностной идентификации. Из данной таблицы видно, что среди наркозависимых более чем в шесть раз, чаще встречались люди, у которых присутствовали признаки, свидетельствующие о том, что они не завершили этап личностной идентификации, в сравнении с лицами с высокой степенью антинаркотической устойчивости (83.5% и 13.1%). А среди лиц, “объективно активно-устойчивых” к вовлечению в зависимость от ПАВ более чем в пять раз, чаще встречались люди, у которых присутствовали признаки, свидетельствующие о своевременного успешного завершения этапа личностной идентификации (86.9% и 16.5%).

Мотивы и цели. Среди лиц, имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости в сравнении с лицами, имеющими зависимость от наркотиков, почти в 3.5 раза чаще встречались люди с осознанными позитивными целями и жизненными мотивами (95.2% и 28.3%) и вовсе отсутствовали те, кто не имел позитивных мотивов и целей. В то время как среди зависимых от ПАВ более чем в 63% случаев встречались лица, не имеющие позитивных жизненных мотивов и целей.

Интернальность – локус-контроля. Среди имеющих наркотическую зависимость в сравнении с лицами, имеющими высокую степень АНУ, более чем в 17 раз чаще встречались люди, имеющие внешний локус-контроля (37.8% и 2.2%), а среди “объективно активно-устойчивых” к зависимости от ПАВ более чем в 20 раз чаще встречались люди, имеющие внутренний локус-контроля (50.2% и 2.4%).

Навыки ответственного выбора. Среди лиц, “объективно активно-устойчивых” к вовлечению в зависимость от ПАВ в сравнении с наркозависимыми в 2 раза чаще встречались те, у кого развиты навыки ответственного выбора (91.1% и 45.7%). И, наоборот, в группе наркозависимых в 6.1 раза чаще встречались те, у кого эти навыки не развиты (8.9% и 54.3%).

В группе “объективно активно-устойчивых” к наркозависимости отсутствовали люди, имеющие низкий уровень объективной и адекватной информированности и осведомленности о вреде наркотиков и на 20% больше в сравнении с наркозависимыми тех, у кого высокий уровень объективной информированности и осведомленности о вреде наркотиков. Среди зависимых от ПАВ более чем в 20% случаев встречались лица с низким уровнем объективной информированности и осведомленности о вреде наркотиков.

Таким образом, сравнение достоверных различий у людей с высокой степенью устойчивости к зависимости от ПАВ и людей, имеющих наркотическую зависимость, позволило выделить следующий континуум: *ан-*

Схема № 6. Континуум антинаркотическая устойчивость ↔ наркотическая зависимость.

Характеристики психического и психологического здоровья	Антинаркотическая устойчивость →	Наркотическая ← зависимость
Уровень психического здоровья	Высокий →	← Низкий
Уровень психологического здоровья	Высокий →	← Низкий
Этап личностной идентификации	Завершен →	← Не завершен
Позитивные жизненные мотивы и цели	Наличие →	← Отсутствие
Интернальность – локус-контроля	Внутренний →	← Внешний
Навыки ответственного выбора	Сформированы →	← Не сформированы
Скорость психосоциальной адаптации	Высокая →	← Низкая
Качество жизни	Высокое →	← Низкое
Осведомленность о вреде наркотиков	Адекватная →	← Неадекватная
Тип социальной динамики	Восходящий →	← Статичный – нисходящий

тинаркотическая устойчивость – наркотическая зависимость и соответствующие данному континууму параметры и характеристики психического (психологического) здоровья, которые мы изобразили в виде следующей схемы (схема № 6).

Группа наркозависимых и группа внешнего контроля сопоставимого по полу, возрасту, образованию и этнической принадлежности (matched control)

Выше уже были распределены общие личностные характеристики у наркозависимых и активно-устойчивых к зависимости от ПАВ на примере репрезентативной выборки из общей популяции жителей Республики Казахстан. Наиболее существенная разница определилась по характери-

стикам психологического здоровья, в частности свойств антинаркотической устойчивости. Выше уже были обозначены характеристики лиц, имеющих высокий уровень психологического здоровья (многофакторная концептуальная группа № 19): “редко возникают сложные или трудные жизненные ситуации, так как они способны легко и быстро найти удачное решение в этих ситуациях” – высокая степень адаптации; открытость новому опыту, высокая креативность и успешная идентификация личностных статусов “Я-профессионал” (“легко придумывают что-то новое” на работе (учебе), предпочитают развитие в жизни и личностный рост”) “Я-телесное” (“меня полностью устраивает мое тело”, “я люблю свое тело”), “Я-партнер” (в семье и быту у них нет существенных проблем, а если они появляются, то быстро и легко разрешимы); сформированность базисного доверия, согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона (“жизнерадостные люди, легко входят в контакт с новыми или незнакомыми людьми испытывая, как правило, при этом интерес”) – успешная идентификация личностного статуса “Я-член группы”; субъективная оценка степени психологического комфорта выше 70 баллов.

Для более подробного анализа и подтверждения полученных результатов на общей репрезентативной выборке населения РК в отношении достоверных различий некоторых личностных характеристик был проведен сравнительный анализ наркозависимых пациентов, проходивших лечение в РНПЦ МСПН (исследуемая группа) и лиц, не имевших химической зависимости, сопоставимыми по полу, возрасту, этнической принадлежности и образованию (группа внешнего контроля). Данные люди были отобраны в случайном порядке в соотношении 1:2.

Результаты опроса и психологического обследования наркозависимых и лиц из группы внешнего контроля (matched control)

Ниже приводятся результаты опроса и психологического обследования больных наркоманией (2 группа $n = 189$) и лиц из группы внешнего контроля (1 группа $n=378$), где представлены следующие характеристики: степень адаптации, открытость новому опыту, базисное доверие, креативность, степень психологического комфорта, самооценка психического состояния (таблица № 16).

Психосоциальная адаптация. Как видно из таблицы № 16 среди зависимых от ПАВ почти в 2 раза чаще встречались те, кто свою личностную способность к новому решению любой проблемы оценивали как “скорее трудно”, а люди не имеющие наркотической зависимости в 2 раза чаще оценивали данную способность как “легко” при $P < 0.01$.

Так же с достоверным преимуществом лица, не имеющие наркотической зависимости в сравнении с наркозависимыми свою способность к общению с окружающими почти в 3 раза чаще оценивали как “очень легко”, в 5 раз чаще оценивали как “легко” и никто из группы внешнего контроля не оценил данную способность как “скорее трудно”. В то время как среди наркозависимых более чем в 30% случаев данным образом охарактеризовали данную способность.

Таблица № 16. Соотношение показателей степени адаптации, базисного доверия, открытости новому опыту в группе внешнего контроля (1 группа n = 378) и общей исследуемой группы наркозависимых (2 группа n = 189).

Исследуемый параметр		1-я группа n = 378	2-я группа n = 189	P
Способность к новому решению любой проблемы	Скорее трудно	18.5 ± 3.9%	35.4 ± 6.8%	P<0.01
	Легко	15.3 ± 3.6%	8.5 ± 4%	P<0.05
Реакция на новую ситуацию	Интерес	29.9 ± 4.6%	9.5 ± 4.1%	P<0.01
	Интерес, легкую тревогу	50 ± 5%	21.7 ± 5.9%	P<0.01
Способность к общению с окружающими.	Очень легко	29.9 ± 4.6%	10 ± 4.3%	P<0.01
	Легко	57.7 ± 5%	11.6 ± 4.6%	P<0.01
	Скорее трудно	0 < 1.66%	30.7 ± 6.6%	P<0.01
Оценка степени психологического комфорта		77.4 ± 3.36	35.1 ± 4.38	P<0.01
Оценка степени психического здоровья		81 ± 3.60	49.5 ± 4	P<0.01

Лица, не имеющие наркотической зависимости самостоятельны в плане принятия решений, но они все же учитывают мнение признанных авторитетов. В то время как среди наркозависимых в 2 раза чаще, чем среди лиц, не имеющих данную зависимость, встречаются ригидные личности, не способные гибко выстраивать свои поведенческие стратегии в соответствии с новыми жизненными требованиями. Они отвергают любые авторитеты и живут “только своим умом” (34.4% и 16.9%).

По субъективной самооценке уровня психического здоровья и степени психологического комфорта, лица, не имеющие наркотической зависимости в сравнении с наркозависимыми, более чем в 2 раза выше оценивали степень психологического комфорта (77.41 и 35.15 баллов соответственно) и в 1,6 раза выше оценивали уровень психического здоровья (80.95 и 49.5 баллов) в сравнении с наркозависимыми.

Соотношение показателей характеризующих признаки, свидетельствующие об успешном прохождении этапа личностной идентификации в группе внешнего контроля (1 группа $n = 378$) и общей исследуемой группы наркозависимых (2 группа $n = 189$) отражены в таблице № 17.

Жизненные мотивы и цели. Как видно из таблицы № 17, среди людей, не имеющих наркотической зависимости в сравнении с наркозависимыми, более чем в 2.5 раза чаще встречались люди с осознанием смысла жизни и наличием жизненных целей и планов (69.8% и 19%) и меньше одного процента тех, кто таковых не имел.

Не имеющие наркотической зависимости – это те люди, кто в своем большинстве точно знают кто они, чего они хотят в этой жизни и точно знают, что нужно делать для того, чтобы достичь своих жизненных целей и планов. Они принимают себя такими, какими они являются в жизни. Среди них чаще встречались те, которые живут не только для себя, но и для родных, близких и других людей, которые им симпатичны, а так же, среди них нет тех, кто не смог ответить на вопрос “для чего и для кого я живу”, в то время как среди наркозависимых затруднялись с ответом на этот вопрос в среднем 20.6%. Смысл здоровья ими воспринимается как необходимое условие для достижения собственных жизненных целей. Среди наркозависимых почти в 8 раз чаще встречались лица либо с отсутствием целей (10.1%) либо с нечетким осознанием жизненных смыслов и отсутствием конкретных жизненных мотивов (31.7%), в сравнении с лицами, не имеющими зависимости от ПАВ (4.5%).

“Я-телесное”. Был проведен анализ субъективной оценки отношения к своему телу, с целью исследовать личностный статус “Я-телесное”, как один из признаков, характеризующий этап завершения личностной идентификации. Лица, не имеющие наркотической зависимости в сравнении с наркозависимыми, достоверно выше оценивали и лучше принимали свое тело. Так при субъективной оценке своего тела по пятибалльной шкале они оценили свое тело в среднем в 4.008 балла, в то время, как наркозависимые оценили его в 2.726 балла. Субъективная оценка своего тела, нами была предложена сознательно, так как самооценка принятия своего тела и удовлетворенности им позволяет судить об отношении, внутренней ори-

Таблица № 17. Соотношение показателей свидетельствующих об успешном прохождении этапа личностной идентификации в группе внешнего контроля (1 группа n = 378) и общей исследуемой группы наркозависимых (2 группа n = 189).

Исследуемый параметр		1-я группа n = 378	2-я группа n = 189	P
Наличие жиз- ненных моти- вов и целей	Да	69.84 ± 4.6%	19.05 ± 5.6%	P < 0.01
	Скорее нет	4.5 ± 2.1%	31.75 ± 6.6%	P < 0.01
	Нет	0.79% 0.5 < 2.6%	10.05 ± 4.3%	P < 0.01
	Затрудняюсь с ответом	0% 0 < 1.66%	12.7 ± 4.75%	P < 0.01
Осознание пу- тей достижения целей и планов	Однозначно нет	2.6 ± 1.6%	33.9 ± 6.7%	P < 0.01
	Однозначно есть	31.8 ± 4.7%	6.9 ± 3.6%	P < 0.01
Я живу только для себя		4.8 ± 2.15%	19.6 ± 5.7%	P < 0.01
Я живу для родных и близких		69.3 ± 4.7%	44.4 ± 7.1%	P < 0.01
Я живу для всех людей, которые мне симпатичны		15.9 ± 3.7%	8.5 ± 3.97%	P < 0.05
Затрудняюсь с ответом на вопрос для чего я живу		0% 0 < 1.659%	20.6 ± 5.8%	P < 0.01
Отвергаю любые авторитеты и живу «своим умом»		16.9 ± 3.8%	34.4 ± 6.8%	P < 0.01
Прислушиваюсь к их мнению, но поступаю так, как считаю нужным		65.3 ± 4.8%	26.4 ± 6.3%	P < 0.01
Необходимость личного здоровья: Достичь своих жизненных целей		60.1 ± 4.9%	22.2 ± 6%	P < 0.01
Я не знаю, кто я в этой жизни и чего хочу в жизни		1.3% 0.81 < 3.22%	50.8 ± 7.1%	P < 0.01
Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни		32.80 ± 4.7%	10.58 ± 4.4%	P < 0.01
Я люблю свое тело		40.7 ± 4.9%	15.3 ± 5.1%	P < 0.01
Я хотел(а) бы иметь другое тело		2.6 ± 1.6%	19.6 ± 5.7%	P < 0.01
Мое тело приносит мне неприят- ности		1.1 0.65 < 2.91%	24.3 ± 6.1%	P < 0.01
Субъективная оценка своего тела		4.008 ± 0.089	2.726 ± 0.198	P < 0.01

ентации (Кочунас Р., 2000) и, соответственно, успешной или неуспешной идентификации таких личностных статусов, как “Я-телесное” и “Я-ребенок”, что подтверждается высказыванием Ролло Мэя (цит. по Р. Кочунас,

1999): “Некрасивая девушка может жаловаться, что такой родилась, однако надо помочь ей понять, что некрасивость появляется из-за неумения подать свою внешность в выгодном свете вследствие ошибочных установок” (May R., 1967). Пациентам предлагалось оценить отношение к своему телу по шкале 5 баллов: 1 балл – меня полностью не устраивает мое тело, и я хотел бы иметь другое тело; 2 балла – мое тело мне не нравится, оно меня не устраивает, но я не хотел бы его менять; 3 балла – мое тело часто приносит мне неприятности, но, в общем, оно меня устраивает; 4 балла – у меня нормальное тело, оно мне больше нравится, чем не нравится, 5 баллов – мне нравится мое тело, я люблю свое тело и полностью его принимаю.

У людей, не страдающих наркотической зависимостью в сравнении с наркозависимыми, достоверно оказалось больше тех, кто любит и принимает свое тело таким, какое оно есть на самом деле. В то время как среди наркозависимых в 2.6 раза реже встречались те, кто любит и принимает свое тело (15.3% и 40.7%), в 7.4 раза чаще встречались те, кто отвергает свое и хотел бы иметь другое тело (19.6% и 2.6%) и в 23 раза чаще определяли, что их тело приносит им неприятности (24.3% и 1.1%).

Условия воспитания в родительской семье. Среди людей, не имеющих наркозависимости в сравнении с наркозависимыми, в 2,5 раза чаще встречались те, чье воспитание и родительно-детские отношения были партнерскими и поощрялась самостоятельность ребенка (66.9% и 27% соответственно, при $P < 0.01$). В то время как среди наркозависимых в 2 раза чаще встречались те, которые воспитывались в условиях гиперопеки (10% и 5%). Эта информация интересна тем, что в дисфункциональных семьях гораздо чаще нарушаются процессы личностной идентификации.

Личностная идентификация (объективная оценка). Выше мы уже коснулись вопроса личностной идентификации, которая с позиций концепции психологического здоровья является одной из характеристик, определяющих антинаркотическую устойчивость личности. Согласно теории Роберта Хэвигхерста (1972) личность к моменту наступления юности должна решить восемь основных задач, в плане личностного развития и идентификации (Havyghurst R.J., 1972). Это: принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом (идентификация личностного статуса “Я-телесное”); формирование новых и более зрелых отношений со сверстниками обоего пола (гендерная идентификация, личностные статусы “Я-мужчина/женщина”); принятие мужской или женской социально-сексуальной роли (идентификация личностных статусов Я-мужчина/женщина”, “Я-сексуальное”); достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых (психосоциальная самостоятельность, лич-

ностная автономность, идентификация личностного статуса “Я-ребенок”); подготовка к трудовой деятельности, которая могла бы обеспечить экономическую независимость (идентификация личностного статуса “Я-профессионал”); подготовка к вступлению в брак и семейной жизни (идентификация личностных статусов “Я-партнер”, “Я-родитель”); появление желания нести социальную ответственность и развитие соответствующего поведения (идентификация личностных статусов “Я-родитель”, “Я-другой”); обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни, то есть формирование собственной идеологии (эго-идентичность или личностная идентификация).

Для объективизации признаков полноценного завершения личностной идентификации в исследуемой и контрольной группах, мы использовали самоактуализационный тест “личностных ориентаций” Э. Шострома. Обоснованием выбора данного теста является тот факт, что 12 шкал определяют, по сути, соответствуют и могут в достаточной степени охарактеризовать основные признаки завершения личностной идентификации (описание этих шкал приводится ниже). Данная методика позволяет регистрировать количественные и качественные параметры уровня самоактуализации у субъекта в контексте понимания А. Маслоу (1999, 2002) “самоактуализирующей личности”. Данный самоактуализационный тест или опросник “личностных ориентаций” Э. Шострома (Personal Orientation Inventory – POI), измеряет самоактуализацию как многомерную величину (Shostrom E., 1964, 1966). POI разрабатывался на основе теории самоактуализации А. Маслоу, концепций психологического восприятия времени и временной ориентации субъекта Ф. Перла и Р. Мэя, идей К. Роджерса и других теоретиков экзистенциально-гуманистического направления в психологии. Конкретные вопросы POI были отобраны из большого набора критических, поведенческих и ценностных индикаторов, отличающих самоактуализирующегося человека, идентифицировавшего себя как личность от невротика (Алешина Ю.Е. и соавт., 1987).

Шкала “Тс” – “Компетентность во времени” является основной в данном вопроснике. Более высокий балл по этой шкале свидетельствует, во-первых, о способности субъекта жить настоящим, то есть переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, а не просто как фатальное следствие прошлого или подготовку к будущей “настоящей жизни”; во-вторых, ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, то есть видеть свою жизнь целостной. Именно такое мироощущение, психологическое восприятие времени субъектом предполагает наличие *позитивного жизненного сценария*, а так же свидетельствует о высоком

уровне самоактуализации и *самоидентификации личности*. Низкий балл по шкале означает ориентацию человека лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути. Ряд эмпирических исследований также свидетельствует о непосредственной связи ориентации во времени с уровнем личностного развития (Головаха Е.И., Кроник АА., 1984).

Шкала “I” – “Внутренняя-внешняя поддержка” измеряет степень независимости ценностей и поведения субъекта от воздействия извне и является базовой шкалой данной методики. Человек, имеющий высокий балл по этой шкале, относительно независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, что, однако, не означает враждебности к окружающим и конфронтации с групповыми нормами (*навыки ответственного выбора и позитивный жизненный сценарий*). Он свободен в выборе, не подвержен внешнему влиянию (“изнутри направляемая” личность), что соответствует понятию самоактуализирующей личности и признаку *успешного завершения личностной идентификации*. Низкий балл свидетельствует о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта (“извне направляемая” личность), *внешнем локусе контроля*.

Шкала “SAV” – “Ценность самоактуализации”. Чем выше балл, тем испытуемый больше принимает ценности самоактуализации по А. Маслоу. Согласно мнению А. Маслоу (1999, 2002), самоактуализирующая личность – это личность зрелая, самодостаточная, сумевшая реализовать свои таланты, способности, потенции, уверенная в себе, добрая, благожелательная, уважаемая людьми, обладающая глубоко личными философскими, религиозными и аксиологическими убеждениями движимая потребностью в саморазвитии, в самовыражении и в самовоплощении, способная к принятию ответственности (*внутренний локус-контроля*). Это личность прошедшая и *успешно завершившая этап личностной идентификации*. Поэтому, данная шкала учитывалась нами для объективной оценки уровня *идентификации личностного развития*.

Шкала “Ex” – “Экзистенциальность” (гибкость поведения), измеряет способность конкретного человека перестраивать основные принципы и правила поведения, что характерно для зрелой личности с высоким уровнем психологического здоровья и полноценной *личностной самоидентификацией*. Чем выше балл, тем более гибко и менее догматично поведение испытуемого (*ресурсы для реализации жизненного сценария*).

Шкала “Fr” – “Реактивная чувствительность” измеряет уровень отзывчивости на чувства и нужды других людей. Чем выше балл данной шкалы,

тем испытуемый отзывчивей к чувствам и нуждам других людей. Реактивная чувствительность может являться внешним проявлением сформированного базисного доверия личности, эмпатии и наличия *позитивного жизненного сценария*. Способность сопереживать может являться способностью личности распознавать чувства и состояния различных личностных статусов другого человека, присоединяться к эмоциональному состоянию личности в каждый конкретный момент, при этом отслеживая свое эмоциональное состояние. Таким образом, данная способность является свойством человека, свидетельствующая об успешном прохождении и завершении *этапа личностной идентификации*.

Шкала “S” – “Спонтанность” измеряет, насколько свободно человек может быть самим собой и спонтанно реагировать на ситуацию. Чем выше балл, тем выше спонтанность выражения чувств. Низкий балл по этой шкале означает, что испытуемый боится проявлять свои истинные чувства в поведении. Это так же является показателем сформированного базисного доверия личности, адекватно сформированной Я-концепции, позитивной самооценки. Данная характеристика так же говорит об аутентичности личности в понимании К. Роджерса (2000), что собственно, так же характеризует *полноценность завершения личностной идентификации*.

Шкала “Sr” – “Самоуважение”. Чем выше балл, тем больше человек считает себя достойным любви и уважения вне зависимости от тех результатов, которые он демонстрирует. При полноценном прохождении и полном завершении этапа личностной самоидентификации личность принимает, уважает и любит себя такой, какой она является на самом деле. Поэтому данная шкала, так же объективно характеризует *признаки личностной самоидентификации, в частности таких личностных статусов, как: “Я-телесное”, “Я-мужчина/женщина”, “Я-партнер”, “Я-ребенок”, “Я-родитель”, “Я-профессионал”*.

Шкала “Sa” – “Принятие себя”. Измеряет уровень принятия своих слабостей и недостатков. Высокий балл по этой шкале означает более полное принятие себя и своих слабостей, низкий балл – глобальное недовольство собой. Данная шкала выступает совместно с предыдущей и в совокупности отражает *признаки личностной самоидентификации, в частности вышеуказанных личностных статусов*.

Шкала “Ns” – “Природа человека” измеряет склонность испытуемого оценивать людей в целом как “хороших”. Высокий балл свидетельствует о склонности испытуемого рассматривать людей как добрых по своей природе, что соответствует наличию *позитивного жизненного сценария* и базисного доверия. Низкий балл означает, что у испытуемого проявляется

тенденция считать других людей плохими и злыми. Чем выше балл, тем сильнее выражена способность целено воспринимать глубинные противоречия человеческой природы: добро и зло, мужественность и женственность, эгоистичность и бескорыстие, духовное и плотское и т.д. Показатели данной шкалы можно интерпретировать как индикатор базисной жизненной установки “Я – хороший и Ты – хороший” и базисного доверия, что свидетельствует о *успешном завершении этапа личностной идентификации*.

Шкала “Sy” – “Целостность”. Чем выше балл, тем выше способность личности за очевидными противоречиями жизни устанавливать их значимую связь. Показатели данной шкалы, так же могут свидетельствовать о признаках полноценного или неполноценного прохождения этапа *личностной идентификации*.

Шкала “А” – “Принятие агрессии”. Чем выше балл, тем выше способность принимать гнев и агрессию как естественные человеческие проявления. Низкий балл свидетельствует о том, что испытуемый отрицает наличие у себя таких чувств, подавляет их проявление и избегает их выражения. Следовательно, высокий балл данной шкалы будет говорить о толерантности к тревоге и агрессии, аутентичности, *успешном завершении этапа личностной идентификации*, в то время, как низкий балл – об обратном. Согласно дифференциальной теории эмоций К. Изарда (2000), люди, принимающие свои слабости, а так же гнев и агрессию как естественные человеческие проявления воспитывались родителями в атмосфере большей любви и безусловного принятия своего ребенка, что, безусловно, способствует успешной идентификации личностного статуса “Я-ребенок”.

Шкала “С” – “Способность к близким контактам” Измеряет способность вступать в контакт и развивать близкие взаимоотношения с людьми. Чем выше балл, тем испытуемый лучше способен развивать глубокие, близкие, неформальные взаимоотношения с другими людьми – “Я-Ты-Здесь-и-Теперь” (идентификация личностных статусов “Я-ребенок”, “Я-мужчина/ женщина”, “Я-партнер”). Низкий балл означает наличие трудностей у человека в установлении теплых межличностных взаимоотношений, сверхответственность и высокие требования к другим. Данный показатель так же говорит о базисном доверии, способности принимать себя самого, что так же является результатом *успешного завершения личностной идентификации*.

Сравнения основных шкал самоактулизационного теста (САТ) (личностной ориентации Э. Шострома) характеризующих признаки завершения личностной идентификации и других характеристик психологическо-

го здоровья у наркозависимых (2-я группа n = 189) и лиц, не имеющих наркотической зависимости (1-я группа n = 378), отражены в таблице № 18.

Таблица № 18. Данные САТ наркозависимых (2-я группа n = 189) и лиц, не имеющих наркотической зависимости (1-я группа n = 378).

Исследуемый параметр		1-я группа n = 378	2-я группа n = 189	P
Самоактуализационный тест (САТ) (личностной ориентации Э. Шострома)	шкала Тс	49.881 ± 1	25.585 ± 0.421	P < 0.01
	шкала I	49.399 ± 0.988	29.824 ± 0.442	P < 0.01
	шкала Sav	50.21 ± 0.9	37.16 ± 0.65	P < 0.01
	шкала Ex	48.66 ± 1.03	39.5 ± 0.58	P < 0.01
	шкала Fr	48.15 ± 0.9	39.98 ± 0.56	P < 0.01
	шкала S	49.48 ± 0.89	36.36 ± 0.72	P < 0.01
	шкала Sr	54.14 ± 0.96	37.1 ± 0.6	P < 0.01
	шкала Sa	48.68 ± 1.1	36.82 ± 0.7	P < 0.01
	шкала Ns	51.05 ± 0.96	37.5 ± 0.73	P < 0.01
	шкала Sy	47.7 ± 0.91	36.51 ± 0.5	P < 0.01
	шкала А	49.23 ± 0.98	35.91 ± 0.68	P < 0.01
	шкала С	50.78 ± 1.3	35.95 ± 0.7	P < 0.01

Как видно из таблицы № 18, практически по всем шкалам были получены достоверные различия в исследуемой (наркозависимые) и контрольной (лица, не имеющие наркотической зависимости (внешний контроль), сопоставимые по возрасту, полу, национальности и образованию) группах с преимущественным перевесом показателей в пользу последней группы, т.е. лиц, не имеющих наркотической зависимости.

Шкала “Тс” – “Компетентность во времени”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых из группы внешнего контроля (не имеющие наркотической зависимости) почти в 2 раза превышают средние показатели наркозависимых (49.881 и 25.585 баллов).

Шкала “I” – “Внутренняя-внешняя поддержка”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.7 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (49.399 и 29.824 баллов).

Шкала “SAV” – “Ценность самоактуализации”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.5 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (50.21 и 37.16 баллов).

Шкала “Ex” – “Экзистенциальность”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.2 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (48.66 и 39.5 баллов).

Шкала “Fr” – “Реактивная чувствительность”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.2 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (48.15 и 39.98 баллов).

Шкала “S” – “Спонтанность”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.4 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (49.48 и 36.36 баллов).

Шкала “Sr” – “Самоуважение”. Показатели данной шкалы в 1.5 раза выше у людей, не имеющих наркотической зависимости, в сравнении с наркозависимыми (54.14 и 37.1).

Шкала “Sa” – “Принятие себя”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.3 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (48.68 и 36.82).

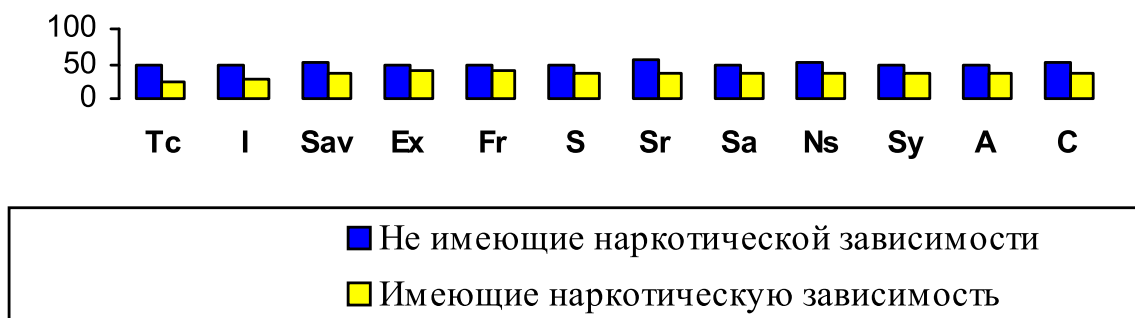
Шкала “Ns” – “Природа человека”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.4 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (51.05 и 37.5).

Шкала “Sy” – “Целостность”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1,3 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (47.7 и 36.51).

Шкала “A” – “Принятие агрессии”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.4 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (49.233 и 35.91).

Шкала “C” – “Способность к близким контактам”. Средние показатели данной шкалы у исследуемых группы внешнего контроля в 1.4 раза выше средних показателей лиц, имеющих наркотическую зависимость (50.78 и 35.95).

Рисунок № 3. Средний психологический профиль наркозависимых и лиц, не имеющих наркотической зависимости.



Таким образом, по результатам объективной оценки теста личностных ориентаций Э. Шострома (САТ) можно сделать вывод, что данные, характеризующие свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости: признаки, свидетельствующие о прохождении и полноценном завершении этапа личностной идентификации; наличие конструктивного жизненного сценария; внутренний локус-контроля; навыки ответственного выбора; наличие ресурсов для реализации жизненного сценария у лиц, не имеющих наркотической зависимости объективно выше аналогичных показателей, характеризующих группу больных наркоманией.

Данный факт полностью соответствует положению концепции психологического здоровья, в частности значение уровня его развития в формировании личностных свойств антинаркотической устойчивости. Разница показателей основных шкал самоактулизационного опросника личностной ориентации Э. Шострома наглядно отражена на рисунке № 3.

Интернальность – локус-контроль (субъективная оценка). Выше уже обсуждалась важность такого параметра, как интернальность, и было отмечено, что в исследовании проведенном на репрезентативной выборке общего населения РК была обнаружена достоверная разница того, что у лиц имеющих высокую степень АНУ преимущественно встречался внутренний локус-контроль в сравнении с наркозависимыми, в то время как у наркозависимых гораздо чаще встречались люди, для которых характерным был внешний локус-контроль. Интересным представлялся сравнительный анализ данного параметра в группе наркозависимых (проходивших лечение в РНПЦ МСПН) и группе людей, не имеющих наркотической зависимости, сопоставимых с наркозависимыми по полу, возрасту, этнической принадлежности и образованию. Данные характеристики приведены в таблице № 19.

Как видно из таблицы, среди людей из группы объективно активно-устойчивых к наркозависимости чаще в 5 раз чаще встречались те, кто осознает, что с употреблением наркотиков связаны многие проблемы, в том числе мешающие реализации жизненных планов и жизненных мотивов (82.8% и 16.4%), в 8 раз чаще те, кто однозначно исключает для себя возможность употребления наркотиков из всех горизонтов своей жизни (81.8% и 10.1%), в то время как среди наркозависимых в 6 раз чаще встречались те, кто эту возможность не исключает (27% и 4.5%). Среди людей, имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости встречались в 6 раз чаще, чем среди имеющих наркотическую зависимость те, кто однозначно умеет делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что (41.5% и 6.9%), а среди лиц имеющих наркотическую зависи-

мость в 14 раз встречались чаще те, кто не имеет этой способности (41.8% и 2.9%). Среди лиц активно-устойчивых к наркозависимости в сравнении с наркозависимыми достоверно чаще встречаются те, кто сам несет ответственность за то, что происходит с ним в жизни, а так же те, кто уверен, что уровень собственного здоровья зависит от сознательного отношения к нему.

Таблица № 19. Интернальность (субъективная оценка) в группе внешнего контроля (1 группа n = 378) и общей исследуемой группы наркозависимых (2 группа n = 189).

Исследуемый параметр		1-я группа n = 378	2-я группа n = 189	P
Здоровье зависит:	от психологического благополучия	33.6 ± 4.8%	17.5 ± 5.4%	P < 0.01
	от сознательного отношения к нему	28.8 ± 4.6%	20.6 ± 5.8%	P < 0.05
«Я сам отвечаю за то, что происходит в жизни»	Нет	0.3% 0.16 < 1.97%	62.4 ± 6.9%	P < 0.01
	Да	59.8 ± 4.9%	7.9 ± 3.8%	P < 0.01
Субъективная оценка наличия собственных ресурсов	Нет	1.1% 0.65 < 2.91%	50.8 ± 7.1%	P < 0.01
	Да	46.8 ± 5%	10.1 ± 4.3%	P < 0.01
Способность делать ответственный выбор	Нет	2.9 ± 1.7%	41.8 ± 7%	P < 0.01
	Да	41.5 ± 5%	6.9 ± 3.6%	P < 0.01
Исключение употребления наркотиков из всех жизненных горизонтов	Нет	4.5 ± 2.1%	27 ± 6.3%	P < 0.01
	Да	81.8 ± 3.9%	10.1 ± 4.3%	P < 0.01
Адекватная осведомленность о вреде наркотиков		75.4 ± 4.3%	14.8 ± 5.1%	P < 0.01
Осознание конфликта сценариев: цели и мотивы жизни – употребление наркотиков		82.8 ± 3.8%	16.4 ± 5.3%	P < 0.01

Таким образом, анализ субъективной оценки интернальности подтверждает положение концепции психологического здоровья о роли внутреннего локуса-контроля, как составляющей антинаркотической устойчивости.

Интернальность – локус-контроль (объективная оценка). Для объективного исследования интернальности (внешний локус-контроля и внутренний локус контроля) в исследуемой группе (наркозависимые, 2 группа, n = 189) и группе внешнего контроля (1 группа, n = 378), мы использовали методику диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера

(адапт. Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998). Полученные данные отражены в таблице № 20.

Шкала «Ио» – «Общая интернальность». Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом (*внутренний локус-контроль*). Низкий показатель по шкале «Ио» соответствует низкому уровню субъективного контроля.

Таблица № 20. Интернальность (объективная оценка) в группе внешнего контроля (1 группа n = 378) и общей исследуемой группы наркозависимых (2 группа n = 189).

Исследуемый параметр		1-я группа n = 378	2-я группа n = 189	P
Методика диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера	шкала «Ио»	4.12 ± 0.19	2.83 ± 0.16	P < 0.01
	шкала «Ид»	5.15 ± 0.2	3.12 ± 0.16	P < 0.01
	шкала «Ин»	4.24 ± 0.21	2.69 ± 0.18	P < 0.01
	шкала «Ис»	5.05 ± 0.18	3.28 ± 0.18	P < 0.01
	шкала «Ип»	4.01 ± 0.17	2.89 ± 0.15	P < 0.01
	шкала «Им»	5.69 ± 0.19	4.24 ± 0.18	P < 0.01
	шкала «Из»	5.39 ± 0.2	3.43 ± 0.17	P < 0.01

Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей (*внешний локус-контроль*). Как видно из таблицы, у лиц, не имеющих наркотической зависимости показатель данной шкалы достоверно превышает, практически в 1,5 раза средний показатель наркозависимых (4.12 и 2.83 баллов).

Шкала «Ид» – «Интернальность в области достижений». Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и, что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем (*внутренний локус-контроль*). Низкие показатели по шкале «Ид» свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи,

достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей (*внешний локус-контроль*). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы у лиц, не имеющих наркотической зависимости в 1,6 раза, превышают таковые у лиц, имеющих наркозависимость (5.15 и 3.12 баллов).

Шкала “Ин” – “Интернальность в области неудач”. Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях (*внутренний локус-контроль*). Низкие показатели “Ин” свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать эти события результатом невезения (*внешний локус-контроль*). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы у лиц не страдающих наркоманией в 1,5 раза превышают средние показатели лиц, имеющих наркотическую зависимость (4.24 и 2.69 баллов).

Шкала “Ис” – “Интернальность в семейных отношениях”. Высокие показатели шкалы “Ис” означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни (*внутренний локус-контроль*). Низкие показатели шкалы “Ис” указывает на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье (*внешний локус-контроль*). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы у лиц из группы внешнего контроля в 1,5 раза превышают средние показатели наркозависимых (5.05 и 3.28 баллов).

Шкала “Ип” – “Интернальность в области производственных отношений”. Высокий шкалы “Ип” свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т.д. (*внутренний локус-контроль*). Низкий уровень данной шкалы указывает на то, что человек склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению – невезению (*внешний локус-контроль*). Из таблицы № 20 видно, что средние показатели шкалы “Ип” у лиц, не имеющих наркотической зависимости, в 1,4 раза превышают средние показатели наркозависимых (4.01 и 2.89 баллов).

Шкала “Им” – “Интернальность в области межличностных отношений”. Высокий показатель шкалы “Им” свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию (*внутренний локус-контроль*). Низкие показатели данной шкалы, напро-

тив, указывают на то, что человек не может активно формировать свой круг общения, и склонен считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров (*внешний локус-контроль*). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы у лиц не зависящих от наркотиков в 1,4 раза превышают средние показатели имеющих наркотическую зависимость (5.69 и 4.24 баллов).

Шкала “Из” – “Интернальность в отношении здоровья и болезней”. Высокие показатели шкалы “Из” свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье. Если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий (*внутренний локус-контроль*). Человек с низкими показателями шкалы “Из” считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей (*внешний локус-контроль*). Из таблицы № 20 видно, что средние показатели данной шкалы у лиц с антинаркотической устойчивостью в 1,6 раза превышают средние показатели лиц, имеющих наркотическую зависимость (5.39 и 3.43 баллов).

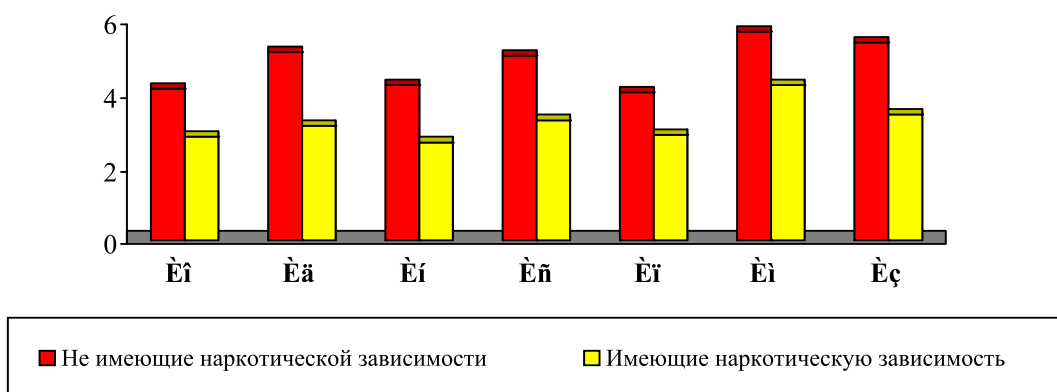
Средние психологические профили в отношении интернальности наркозависимых и лиц, не имеющих наркотической зависимости, отражены на рисунке № 4. Данный рисунок наглядно иллюстрирует тот факт, что у людей, не имеющих наркотической зависимости отмечается смещение интернальности в сторону внутреннего локуса-контроля, а у наркозависимых лиц, данное смещение отмечается в сторону внешнего локуса-контроля.

Таким образом, данные субъективного и объективного исследования интернальности (локуса-контроля) в группе наркозависимых лиц и лиц, не имеющих наркотической зависимости, сопоставимых по полу, возрасту, национальности, образованию, полностью соответствуют данным аналогичных исследований репрезентативной выборки из общей популяции жителей РК. Полученные данные подтверждают основные положения концепции психологического здоровья, в частности в отношении значения характеристики интернальности (внутреннего локуса-контроля) в формировании антинаркотической устойчивости личности.

Результаты сравнения основных копинг-стратегий в исследуемой группе (наркозависимые) и группе внешнего контроля (matched control)

Согласно концепции психологического здоровья, стратегии совладания с конфликтными или проблемными ситуациями, отражающие общие свойства личности в адаптации и самоорганизации, как *ресурсы личности для реализации конструктивного идентификационного жизненного сценария*. В этой связи представлялось важным проанализировать взаимо-

Рисунок № 4. Средние психологические профили в отношении интернальности (методика диагностики УСК Дж. Роттера).



связи основных копинг-стратегий личности (варианты аллопсихической и интрапсихической адаптации) с такими характеристиками психологического здоровья, как: локус-контроля; признаками личностной идентификации, наличия конструктивного жизненного сценария и навыков ответственного выбора. Для этого мы из общей группы (внешний контроль – не имеющие наркотической зависимости и наркозависимые) отобрали людей, чьи стратегии совладания с проблемной или конфликтной ситуацией мы обозначили как неконструктивные или деструктивные (1 группа, $n=111$). К ним были отнесены такие копинг-стратегии, как уход от решения проблемы, гетероагрессивное и аутоагрессивное поведение, различные варианты аддиктивного поведения (пищевая аддикция, химическая аддикция (употребление табака, прием алкоголя), гэмблинг, сексуальная аддикция). В этом случае не учитывался параметр “употребление наркотиков”. Во вторую группу были отнесены лица, с конструктивными или не деструктивными копинг-стратегиями: копинг нацеленный на анализ ситуации, на активное изменение ситуации, на изменение отношения к ситуации, а так же такие формы копинг-поведения, как аффилиация, уход в работу, спорт, искусство (группа 2, $n = 209$). Отобранные две группы мы сравнили по показателям двух вышеуказанных тестов: тест “Личностных ориентаций” Э. Шострома в адаптации Рукавишникова (2002) и Алешиной Ю.Е. и соавт. (1987) – самоактуализационный тест (САТ) и методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адапт. Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998). Сравнение по психологическим параметрам группы с неконструктивными, деструктивными копинг-стратегиями (1-я группа, $n = 111$) и конструктивными копинг-стратегиями (2-я группа $n = 209$) отражено в таблице № 21.

Таблица № 21. Сравнение по психологическим параметрам группы с неконструктивными и деструктивными копинг-стратегиями (1 группа, n = 111) и конструктивными копинг-стратегиями (2 группа, n = 209).

Исследуемый параметр		1-я группа n = 111	2-я группа n = 209	P
Методика диагностики УСК Дж. Роттера	шкала «Ио»	2.84 ± 0.18	4.44 ± 0.25	P < 0.01
	шкала «Ид»	3.16 ± 0.22	5.3 ± 0.27	P < 0.01
	шкала «Ин»	2.68 ± 0.21	4.49 ± 0.29	P < 0.01
	шкала «Ис»	3.27 ± 0.22	5.21 ± 0.26	P < 0.01
	шкала «Ип»	2.86 ± 0.19	4.302 ± 0.22	P < 0.01
	шкала «Им»	4.36 ± 0.24	5.77 ± 0.25	P < 0.01
	шкала «Из»	3.41 ± 0.19	5.58 ± 0.27	P < 0.01
Опросник личностных ориентаций Э. Шострома (SAT)	шкала «Sav»	37.62 ± 0.91	49.95 ± 1.24	P < 0.01
	шкала «Ex»	39.86 ± 0.8	48.82 ± 1.41	P < 0.01
	шкала «Fr»	40.69 ± 0.87	47.54 ± 1.2	P < 0.01
	шкала «S»	36.56 ± 1.17	49.61 ± 1.25	P < 0.01
	шкала «Sr»	37.54 ± 0.88	54.12 ± 1.26	P < 0.01
	шкала «Sa»	37.42 ± 0.99	48.52 ± 1.39	P < 0.01
	шкала «Nc»	37.81 ± 0.94	50.39 ± 1.23	P < 0.01
	шкала «Sy»	36.70 ± 0.71	47.69 ± 1.23	P < 0.01
	шкала «A»	36.4 ± 0.98	48.96 ± 1.38	P < 0.01
	шкала «C»	36.48 ± 1.02	51.59 ± 1.66	P < 0.01

Как видно из таблицы, прослеживается достоверная корреляция конструктивных форм копинг-стратегий с более высокими показателями шкал опросника личностных ориентаций Э. Шострома и методики диагностики субъективного контроля Дж. Роттера (Бажин Е.Ф. и соавт., 1984 1998), которые отражают такие параметры психологического здоровья как: признаки полноценной личностной идентификации; идентификационный конструктивный (позитивный) жизненный сценарий; внутренний локус-контроля, наличие навыков ответственного выбора. В то время как деструктивные формы копинг-стратегий коррелируют с более низкими показателями шкал, вышеуказанных тестов.

Каждая представленная группа по отдельности была разделена на две подгруппы: в первую подгруппу отбирались представители группы внешнего контроля (лица, не имеющие наркотической зависимости), во вто-

рую подгруппу отбирались представители исследуемой группы (наркозависимые). Были получены следующие результаты.

Первую группу – лица, имеющие деструктивные и неконструктивные копинг-стратегии ($n = 111$) составили: наркозависимые – 101 человек (91%) и 10 человек (9%) – лица входящие в группу внешнего контроля. Вторую группу – лица, имеющие недеструктивные и конструктивные копинг-стратегии ($n = 209$) составили: наркозависимые – 5 человек (2,4%) и 204 человека (97,6%) – лица, входящие в группу внешнего контроля.

Таким образом, индивидуум, использующий конструктивные стратегии совладания и адаптации – синергетическую модель поведения в большей степени соответствует определению личности имеющий высокий уровень психологического здоровья (Adkins M.A. et al., 1999, Faw H.W., 1995, Kunst J., Tan S.Y., 1996, Wisdom A., Faith M., 1995-2002), и, соответственно более высокий уровень антинаркотической устойчивости, что соответствует основным положениям концепции психологического здоровья.

Результаты сравнения субъективных оценок характеристик свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости

Исследования и анализ достоверных различий в различных группах населения (имеющие наркотическую зависимость, не имеющие наркотической зависимости и имеющие высокую антинаркотическую устойчивость), позволили выделить некоторые характеристики психологического здоровья, которые определяют личностные свойства антинаркотической устойчивости. Достоверность этих характеристик была подтверждена валидными психологическими тестами при сравнении исследуемой и контрольной (matched control) групп. Этими характеристиками являются следующие: 1) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития; 2) сформированные навыки ответственного выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев; 3) качество “внутренней” ответственности (внутреннего локуса-контроля); 4) наличие адекватно сформулированного, “собственного” конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ; 5) наличие достаточных ресурсов для реализации вышеуказанных сценариев; 6) полноценная информированность и адекватная осведомленность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев. Мы создали опросник, субъективной оценки вышеуказанных параметров, который отражал все шесть идентифицированных характеристик, совокупность которых мы обозначили как *феномен антинаркотической устойчивости (ФАНУ)* и исследовали лиц, имеющих наркотичес-

кую зависимость (исследуемая группа) и лиц, не имеющих зависимости от ПАВ (группа внешнего контроля).

Характеристика завершения личностной идентификации соответствовала утверждению “Я точно знаю, кто я такой в этой жизни и чего я хочу в этой жизни”; характеристика наличия конструктивного сценария соответствовала утверждению “У меня есть цель в жизни, и я точно знаю, что нужно делать для ее достижения и реализации моих планов” и “Я сделал(а) свой выбор в отношении наркотиков, и для себя исключаю эту возможность, не смотря ни на что” (исключение наркопотребления из жизненного сценария); характеристика развития навыков ответственного выбора соответствовала утверждению “Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что”; характеристика внутреннего локуса-контроля соответствовала утверждению “Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни”; характеристика наличия ресурсов для реализации жизненного сценария соответствовала утверждению “У меня есть внутренние силы и возможности, чтобы добиться поставленных целей”; характеристика полноценной информированности и адекватной осведомленности о вреде наркотиков соответствовала утверждению “Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков помешает реализации моих жизненных планов” и “Я хорошо знаю о всех проблемах связанных с наркотиками”.

Ответы данного опросника были ранжированы следующим образом: 1 балл – “однозначно нет”; 2 балла – “затрудняюсь ответить”; 3 балла – “есть, но это – начало пути”; 4 балла – “есть – середина пути”; 5 баллов – “есть, но развился не до конца”; 6 баллов – “однозначно есть, развит в полной степени”. Результаты полученных данных отражены в таблице № 22.

Из таблицы видно, что по всем параметрам опросника субъективной оценки ФАНУ, средний балл достоверно был выше в группе внешнего контроля, т.е. у лиц, не имеющих наркотической зависимости. Наибольшая разница касалась внутренней интернальности или внутреннего локуса контроля, наименьшая – осведомленности о вреде употребления наркотических веществ. У лиц, не имеющих наркотической зависимости в два раза выше балл, характеризующий завершение личностной идентификации в сравнении с имеющими зависимость от наркотиков (4.446 и 2.223 баллов), более чем в два раза – балл, характеризующий навыки ответственного выбора (4.768 и 2.186 баллов), и наличие жизненных целей (4.344 и 2.373 баллов). Мы так же включили вопрос, который позволяет нам определить исключение любой возможности употребления наркотиков из всех жизненных горизонтов (жизненный сценарий) и так же обнаружили, что у лиц, не имеющих зависимости от наркотиков средний балл, характеризу-

Таблица № 22. Субъективная оценка характеристик ФАНУ в группе внешнего контроля (1 группа, n = 378) и исследуемой группе (2 группа, n = 189).

Субъективная оценка ФАНУ	1 группа n = 378	2 группа n = 189	P
Завершение личностной идентификации	4.446 ± 0.157	2.223 ± 0.244	P < 0.01
Наличие конструктивного жизненного сценария	4.344 ± 0.162	2.373 ± 0.214	P < 0.01
Развитие навыков ответственного выбора	4.768 ± 0.148	2.186 ± 0.217	P < 0.01
Внутренний локус-контроля	5.198 ± 0.132	1.963 ± 0.227	P < 0.01
Наличие ресурсов для реализации жизненного сценария	4.958 ± 0.136	2.185 ± 0.237	P < 0.01
Полноценная информированность о вреде наркотиков	5.327 ± 0.155	4.185 ± 0.171	P < 0.01
Адекватная осведомленность о вреде наркотиков	5.567 ± 0.132	3.862 ± 0.199	P < 0.01
Исключение наркопотребления из жизненного сценария	5.555 ± 0.134	2.656 ± 0.219	P < 0.01

ющий данный параметр более чем в 2 раза превышает средний балл у наркозависимых (5.555 и 2.656 баллов).

Таким образом, по шкале субъективной оценки характеристик антинаркотической устойчивости, полученные результаты достоверно свидетельствовали о более высоких показателях характеристик ФАНУ у лиц, не имеющих наркотической зависимости в сравнении с наркозависимыми. Данный факт соответствует основным положениям концепции психологического здоровья. Взаимоотношения и значение свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в контексте изучаемого континуума психическое здоровье – психологическое здоровье (ФАНУ) – наркомания схематически представлены схемой № 7.

Выводы

В результате анализа проведенного многоуровневого исследования на большой репрезентативной группе общего населения РК, а так же исследования наркозависимых, проходивших лечение в РНПЦ МСПН и лиц сопоставимых по возрасту, полу, этнической принадлежности, образованию с этими больными (группа внешнего контроля) были получены результаты, которые позволили сделать следующие выводы.

Схема № 7. Психическое здоровье – психологическое здоровье
(ФАНУ) – наркомания.

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ Антинаркотическая устойчивость	→Свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Феномен антинаркотической устойчивости→		
	← Завершение	Личностная идентификация	Незавершенность →
	← Наличие	Конструктивный, позитивный жизненный сценарий	Отсутствие →
	← Сформированность и развитость	Навыки ответственного выбора	Несформированность, неразвитость →
	← Внутренний	Интернальность, локус-контроля	Внешний →
	← Достаточность	Ресурсы для реализации жизненного сценария	Недостаточность →
	← Полноценность и адекватность	Информированность и осведомленность о вреде наркотиков	Неполноценность, неадекватность →
	←Свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Феномен антинаркотической устойчивости ←		
	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ Наркотическая зависимость		

1. На сегодняшний день в Республике Казахстан распространенность наркомании составляет в среднем 1.7% от общего населения (приблизительно 254203 человека), что в 5.6 раза превышает показатели официальной статистики (учтенная распространенность) в отношении больных наркоманией (45 тысяч человек).

2. Среди людей, не страдающих наркотической зависимостью, выделяются лица, имеющие высокую степень антинаркотической устойчивости – объективно активно устойчивые к вовлечению в зависимость от ПАВ. В среднем эти люди составляют 3.6% от общего населения РК.

3. Таким образом, существуют “разнополюсные” категории людей, определяющие закономерность следующего континуума: психическое здоровье - психологическое здоровье (антинаркотическая устойчивость – ФАНУ) - наркотическая зависимость.

4. Для той и другой категории людей характерны общие личностные и психологические признаки (свойства психологического здоровья) с той лишь разницей, что в группе наркозависимых они являются дефицитарными (не развитыми) или отсутствуют, а в группе людей с высокой степенью антинаркотической устойчивости они развиты, сформированы и представлены в полном объеме.

5. Свойствами психологического здоровья, определяющими личностную антинаркотическую устойчивость являются следующие:

5.1. Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;

5.2. Адекватно сформированные навыки ответственного выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;

5.3. Качество “внутренней” ответственности (внутреннего локуса контроля);

5.4. Наличие адекватно сформулированного, “собственного” конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;

5.5. Наличие достаточных ресурсов (биологических и психических) для реализации вышеназванных жизненных сценариев;

5.6. Полноценная информированность и адекватная осведомленность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

6. Совокупность вышеуказанных признаков, мы обозначили, как *феномен антинаркотической устойчивости (ФАНУ)*;

7. Данный феномен антинаркотической устойчивости или свойства антинаркотической устойчивости личности являются характеристиками психологического здоровья или качественными характеристиками психического здоровья.

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕОАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ)

Прикладная теория неоабилитационной программы в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН)

Теоретическая аутоидентификация интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН) нами была подробно описана ранее (Катков А.Л., Пак Т.В., 2003, Ю.А. Россинский, 2001-2002, Катков А.Л. с соавт., 2003, Пак Т.В., 2003), где были рассмотрены цели, задачи, структурное оформление; область применения и границы эффективности ИРГПН зависимых от ПАВ и дан анализ основных отличий ИРГПН от других направлений и методов психотерапии зависимых от ПАВ.

Целью интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых является не только и не столько реабилитация (ре-возврат, ability-способности), т.е. возврат к прежним способностям (зачастую приведшим пациента к проблеме или болезни), а неоабилитация (нео-новые, ability-способности) – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых способностей и личностный рост. “Речь идет не о починке чего-либо, но о вырастании из существующего состояния. Дело не в выздоровлении от чего-то минувшего, а в обучении искусству переплетения прошлого и настоящего в новый узор. Мы говорим не о решении проблем, а о росте” (Бразье Д., Бич К., 2001).

Процесс неоабилитации в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых можно определить следующим образом: неоабилитация – есть комплекс взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач: а) избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости от ПАВ; б) актуализация имеющегося потенциала биологической, психологической и социальной адаптации; в) форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Обозначение неоабилитационной программы ИРГПН в общем поле профессиональной психотерапии

Принадлежность к направлениям психотерапии: описываемая Неоабилитационная программа является структурным уровнем оригинального интегративно-развивающего направления психотерапии, оформленного как самостоятельная концепция в 2001 г. (Катков А.Л., 2001). Интегра-

тивно-развивающая психотерапия эффективно объединяет подходы различных психотерапевтических направлений, не подпадая ни под одно из них. Главной особенностью интегративно-развивающей психотерапии является выделение функционального, а не узко-теоретического, системообразующего, фактора, что позволяет полноценно использовать и обогащать идею каждого из существующих психотерапевтических направлений.

Принадлежность к моделям психотерапии: описываемые психотерапевтические техники не имеют жесткой привязанности к какой-либо конкретной психотерапевтической модели (психологической, педагогической, социальной, философской, медицинской, магической и т.д.). Но, поскольку, основные мишени неоабилитационной программы описываются, в основном, в психологических и медицинских терминах, более адекватным теоретическим контекстом для нее будет являться психологическая и медицинская модели психотерапии.

Принадлежность к общепризнанным методам психотерапии: Неоабилитационная программа ИРГПН не является каким-либо определенным методом психотерапии. Отдельные фрагменты оформления конкретных технических действий имеют общие характеристики с психодрамой Д. Морено; гештальт-подходами Ф. Перлса, транзактным анализом Э. Берна. Однако эта общность носит формально-фрагментарный, а не сущностный характер и касается внешних атрибутов оформления технических действий программы.

Принадлежность к видам психотерапии: непосредственно описываемая Неоабилитационная программа ИРГПН является стационарной, требующей пребывания в ней пациента 16 часов ежедневно. Однако, структурированные техники интегративно-развивающей психотерапии могут реализовываться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Принадлежность к формам психотерапии: описываемая Неоабилитационная программа является формой индивидуальной и групповой психотерапии. Технические действия данной программы могут быть реализованы как в индивидуальном, так и в групповом формате, с использованием группы как фона, либо в виде модели группового терапевта.

Реализуемый уровень психотерапевтической коммуникации: основные психотерапевтические техники неоабилитационной программы ИРГПН реализуются на 3-ем и 4-ом глубинных уровнях психотерапевтической коммуникации (уровень переформирования отдельных психических свойств и поведенческих паттернов, а также уровень глубинной личностной реконструкции).

Временные параметры реализации технических действий неоабилитационной программы: структурированные техники неоабилитационной программы в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых реализуются, как правило, в продолжение одной или двух терапевтической сессии, длительностью от 1,5 до 3 часов.

Общие принципы работы терапевтической бригады с пациентом в неоабилитационной программе

Прикладные теоретические аспекты неоабилитационной программы в первую очередь касаются подготовки медицинского персонала – терапевтической бригады (врачи психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи, социальные работники), для создания единых практических (“рабочих”) подходов. Речь идет о единой команде, сотрудники которой представляют основные концепцию и стратегии терапевтической модели неоабилитации, придерживаются единых принципов и правил работы с пациентом, и владеют основными практическими технологиями (проведение групповых, индивидуальных сессий, тренинговых занятий, психотерапевтических техник). Отобранные сотрудники для терапевтической бригады (все имеющие необходимое базовое образование) до терапевтического процесса с пациентами, получают дополнительные теоретические знания, непосредственно сами проходят личную терапию и процесс профессиональной супервизии.

Общими принципами работы терапевтической бригады с пациентами являются:

- *Принцип профессиональной компетентности.* Специалист решает для себя вопрос: позволяет ли мне работать с данной проблемой багаж моих знаний. Данный принцип включает в себя обязательство специалиста постоянно повышать уровень своей профессиональной компетентности: участие в балинтовских группах, профессионально-образовательных программах, группах личностного роста (личной терапии).

- *Принцип этики и морали.* Специалист решает для себя вопрос: соблюдаю ли я деонтологию отношений и не нарушаю ли я экологию личности пациента. Данный принцип предусматривает регулярное проведение общих собраний участников терапевтической бригады, обсуждающих помимо организационных вопросов, динамику климата в терапевтической программе.

- *Принцип системности.* Специалист решает для себя вопрос, на какие системы организма, личности, микросоциума пациента нужно воздействовать вообще. Данный принцип является обязательным как для специалиста в частности, так и для терапевтической бригады в целом.

- *Принцип континуальности.* Терапевт решает для себя вопрос: на что нужно воздействовать в первую, во вторую и т.д. очередь. Данный принцип, как и предыдущий, так же является обязательным как для специалиста в частности, так и для терапевтической бригады в целом.

- *Принцип многоаспектности.* Терапевт и терапевтическая бригада решают для себя вопрос, какие научно-практические аспекты (медико-биологические, медико-психологические, педагогические, социальные) или их качественное сочетание необходимы для выработки терапевтической стратегии.

- *Принцип мультимодальности и максимальной дифференциации.* Терапевт решает для себя вопрос, какие методы, формы, системы психотерапии я выбираю для работы с данным пациентом.

- *Принцип стратегической целостности.* Терапевт решает для себя вопрос, в каком континууме и модальном сочетании я представляю терапевтический процесс в целом.

- *Принцип терапевтической солидарности или терапевтического альянса.* Терапевт решает для себя вопрос: я работаю в союзе с пациентом, мы с ним – одна команда;

- *Принцип легитимности.* Терапевт решает для себя вопрос: мои отношения с пациентом законно имеют определенные границы, оговоренные терапевтическим контрактом.

- *Принцип конфиденциальности.* Терапевт решает для себя вопрос: информация, которая касается личности пациента или рабочий материал никому не распространяется. В случае если психотерапевт считает необходимым пригласить других лиц на психотерапию, например членов семьи, то данная информация может быть открыта только с согласия пациента.

- *Принцип разделенной ответственности.* Психотерапевт несет ответственность за безопасность форм психотерапии, а пациент несет ответственность за то, что происходит с ним в процессе и после окончания психотерапии.

- *Принцип гуманности.* Психотерапевт может разгласить информацию о пациенте, если он представляет социальную угрозу и опасность, как для собственной жизни пациента, так и для жизни окружающих.

- *Коммунально-корпоративный принцип терапевтической бригады.* Сотрудники терапевтической бригады четко представляют свое место в общем рабочем альянсе – “я – часть команды” и общем терапевтическом процессе – “я – есть команда”, принимая ответственность за собственную часть деятельности и разделяя ответственность за общий результат.

Общие подходы и основные этапы построения терапевтического процесса

Выше мы отметили о единстве профессиональных подходов участников терапевтической бригады (знания общей концепции и основных стратегий). Ниже мы приводим общий алгоритм построения целостного лечебного процесса, включая биологическое лечение (программа детокс и фармакологическая терапия коморбидной патологии), психотерапию/психологическое консультирование и социальную коррекцию. Необходимо отметить, что данный алгоритм позволяет работать не только с наркозависимыми, но и другим контингентом: пациенты с пограничными нервно-психическими расстройствами, пациенты с психосоматическими расстройствами, здоровые люди, имеющие личностные проблемы.

Терапевтический процесс в целом можно представить в виде четырех основных этапов:

- 1) определение диагностической мишени;
- 2) определение терапевтической мишени;
- 3) разработка терапевтической стратегии;
- 4) непосредственно терапия, или терапевтическое вмешательство, которая включает в себя реабилитацию и неоабилитацию.

Каждый из этих этапов определяет свои цели и задачи. На каждом из этих этапов психотерапевт взаимодействует со следующими уровнями: клинико-биологический; психологический; социальный; духовный.

Этап I: Определение диагностической мишени

На этом этапе терапевт проводит инвентаризацию того, что есть на самом деле, что привело к данному состоянию (симптом, синдром, нозологическая дефиниция, проблема) анализируя четыре уровня (клинико-биологический, психологический, социальный, духовный) и определяя соответствующие им “диагностические мишени”.

1) Клинико-биологический уровень основывается на принципе трехуровневого подхода в диагностике: уровень клетки; гомеостатический уровень; фенотипический уровень. “Диагностическими мишенями” данного уровня являются клетка, орган, системы гомеостаза, внешний симптом-синдром, а целью – выявление нарушений биологического и физиологического гомеостаза (Валивач М.Н., 1998).

На клинико-биологическом уровне I этапа терапевт проводит инвентаризацию состояния пациента или клиента в настоящий момент: сопоставляет между собой жалобы клиента, биологические (симптомы и синдромы) и психологические (симптомы, феномены) проявления болезни или проблемы, личностный и социальный анамнез (изменения в жизни) и

после проясняет для себя “картину болезни”. Для более качественной диагностической оценки биологического уровня клинический психотерапевт так же исследует данные лабораторного обследования: результаты клиничко-биохимической лаборатории (анализы крови, мочи и т.д.); лаборатории функциональной диагностики (ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, Эхо-ЭС и т.д.). Особенно это важно, когда жалобы нервно-психической сферы носят следственный или вторичный характер.

2) Психологический уровень структурирован из: клинической беседы, или диагностического интервью; психологического тестирования и психологической диагностики поведения, эмоций, памяти, сознания (тесты, проективные методики и т.д.); психологического консультирования, как метода диагностики-анализа. “Диагностические мишени” данного уровня можно представить в виде следующего континуума: личностные статусы пациента (Валентик Ю.В., 2001-2003) → события-стрессоры → значимые другие лица (ЗДЛ) → эмоции → неудовлетворенные потребности → не-реализованные цели. Целью этого уровня на данном этапе является кристаллизация проблемы и идентификация причины, приведшей к проблеме.

Диагностика в рамках психологического консультирования предполагает следующие поэтапные шаги (этапы): знакомство с заявляемой проблемой или причиной обращения → кристаллизация существующей проблемы → идентификация причины существующей проблемы или болезненного расстройства. Консультирующий психотерапевт придерживается следующего принципа: “от общего к частному”, “от видимого к невидимому”, “от осознаваемого к неосознанному”. Каждый шаг (этап) соответствует определенному диагностическому уровню. Их, как и этапов – три: общий “жалобы как результат наличия проблемы” или внешний; следственный “проблема как следствие причины” или средний; причинный “причина” или глубинный. В данном случае мы оставляем определение “уровень”, хотя, по сути, они являются подуровнями психологического уровня. Структура процесса консультирования психологического уровня диагностической мишени изображена на схеме № 8.

Первый этап – знакомство с заявляемой проблемой или причиной обращения соответствует внешнему или поверхностному уровню. На этом уровне оцениваются жалобы пациента или клиента и видимые симптомы (“жалобы как результат наличия проблемы”). Если внешние болезненные проявления укладываются в какую-нибудь самостоятельную нозологическую дефиницию, то в этом случае уровень внешних проявлений можно еще обозначить как фенотипический. Основной диагностической мишенью этого этапа и уровня является пациент как персона с его жалобами:

Схема № 8. Структура процесса консультирования (диагностическая мишень, психологический уровень).

Этап I – диагностическая мишень, психологический уровень		
ЭТАПЫ ПРОЦЕССА	УРОВНИ	МИШЕНИ
Знакомство с заявляемой проблемой	Внешний «жалобы как результат наличия проблемы»	Пациент как персона
Кристаллизация проблемы	Следственный «проблема как следствие причины»	Пациент как целое составляющих ЛС События-стрессоры Взаимоотношения с ЗДЛ Эмоции
Поиск и идентификация причины	Причинный «причина»	Потребности/мотивы и цели

физиологические особенности или индикаторы (мышечное и нервное напряжение, вегетативные проявления и т.д.); психологические особенности или индикаторы (поведение, эмоции и т.д.); социальные индикаторы (особенности внешнего вида, одежда и т.д.).

Этап кристаллизации проблемы соответствует среднему или срединному уровню. На этом уровне “внешние” жалобы и симптомы теряют свою первостепенность и обретают второстепенное значение. Они оцениваются психотерапевтом не как самостоятельные и определяющие терапевтическую стратегию, а как результат какой-либо реально существующей проблемы имеющей свою причину (“проблема как следствие причины”). Изначально, реально существующая проблема может не осознаваться пациентом, не восприниматься им как проблема или неверно квалифицироваться окружающими (родителями, родными, педагогами, психологами, врачами). Например, поведенческие нарушения, являющиеся симптомами расстройства психической адаптации могут расцениваться как “дурной характер” или “каприз”, а не как проявления нарушения психической сферы, или употребление психоактивного вещества, как признак социальной деградации, а не результат наличия глубинной проблемы. На этой стадии выявляются и устанавливаются возможные “невидимые” причины этих жалоб и симптомов, которые находятся “глубже” поверхностного уровня. Например: склонность к воровству у подростка может не

являться симптомом клептомании, а являться следствием феномена отсутствующего отца, а девиантное и деленквентное поведение – проявлением депрессии и т.п.

После того, как установлена или кристаллизована реально существующая проблема, психотерапевт переходит к следующему этапу – идентификации причины, которая, в свою очередь, находится еще “глубже”. Этот этап соответствует глубинному “причинному” уровню. На этой стадии существующая проблема так же оценивается не как нечто самостоятельное и отдельное, а как следствие какой-то глубинной причины или нескольких причин (“проблема как следствие причины”).

Этап кристаллизации проблемы и идентификации причины определяет не одну, а несколько мишеней, которые подвергаются анализу (см. схему № 8). К этим мишеням относятся:

- личностные психосоциальные статусы пациента – ЛС (Валентик Ю.В., 1993, 2001);
- события, которые пациент определяет как стрессоры, “ранящие” один или несколько его ЛС;
- взаимоотношения со значимыми другими лицами (ЗДЛ), которые могут являться источником или “составляющей” события-стрессора (СС);
- эмоции, которые являются “ответом” какого- или каких-либо ЛС на различные СС и общение с ЗДЛ, а так же – результатом неудовлетворенных потребностей и нереализованных целей;
- потребности (неудовлетворенные) и значимые цели/мотивы (нереализованные) личности.

Психотерапевт проводит анализ, какой из *личностных статусов* пациента “реагирует” той или иной *эмоцией*, на то или иное *событие-стрессор* в процессе взаимоотношения со *значимыми другими лицами*. Данный анализ позволяет идентифицировать причину – выявить, какая из потребностей не удовлетворяется на данном временном этапе.

3) Социальный уровень. “Диагностическими мишенями” данного уровня являются: демографическая информация (возраст клиента, профессия, образование); общая социальная информация (доход, материальные условия, социальная динамика); характеристика личности пациента и рамок его микросоциума (“малая семья” и “большая семья” пациента); экологический анамнез (вредоносные факторы окружающей среды). “Малая семья” ограничивается партнером, детьми “большая семья” включает собственных родителей и родственников, родителей и родственников партнера, а так же семьи детей, родителей, прародителей, школу, другую малую группу. Цель – изучение влияния социальной сферы пациента на наличие и возникновение существующей проблемы.

4) Духовный уровень. “Диагностическими мишенями” данного уровня являются: личностная жизненная философия пациента; иерархическая структура мотивов (жизненных ценностей); и системой координат личного мифа по А.Л. Каткову (2002): система рациональных знаний; система иррациональных верований; собственный опыт. Цель – изучение иерархии жизненных ценностей и “ведущих” координат личного мифа пациента (клиента).

Этап II: Определение терапевтической мишени

Данный этап так же определяет четыре уровня оценки:

1) Клинико-биологический уровень. Цель – анализ причины приведшей к нарушению биологического и физиологического гомеостаза и выбор “достаточного” звена воздействия, для устранения нарушения и восстановления прежнего состояния (восстановление гомеостаза).

2) Психологический уровень. Цель – анализ причины проблемы (неудовлетворенные потребности и нереализованные цели), выбор “достаточного” звена воздействия для психологической и личностной регенерации и личностного роста.

3) Социальный уровень. Цель – выбор “достаточного” звена воздействия – социальной коррекции: микросоциум (семья), макросоциум (структурирование социальной жизни и распределение энергетики во времени, пространстве).

4) Духовный уровень. Цель – выбор конструктивных составляющих мифа или философии пациента/клиента, использование которых будет рациональным и “достаточным” для новой, более конструктивной жизненной философии и в результате – его выздоровления, исцеления.

Терапевтическая мишень вполне может совпадать с диагностической мишенью, хотя это не обязательно. В количественном отношении “достаточное звено воздействия” терапевтической мишени может быть меньше обоснованного “звена воздействия” диагностической мишени. Речь идет о “бережном” подходе к воздействию на организм или личность пациента/клиента, когда с меньшим воздействием терапевт достигает желаемого эффекта, с одной стороны, и индивидуальном для каждого пациента, с возможностью воздействовать на самые различные уровни – с другой.

Этап III. Разработка или формирование терапевтической стратегии

На этапе разработки и формирования терапевтической стратегии психотерапевт определяется в выборе “достаточного набора” форм и методов воздействия (фармакологических, физиотерапевтических, психотерапевтических, психосоциальных, педагогических, духовных) для достижения эффективного лечебного результата. Для этого так же необходим анализ четырех уровней жизнедеятельности пациента (клиента).

1) Биологический уровень. Цель – определение “достаточного набора” фармакологических и других методов воздействия для эффективного восстановления или реабилитации биологического гомеостаза. Необходимо отметить, что для восстановления биологического или физиологического гомеостаза одних фармакологических или физиотерапевтических мероприятий может быть недостаточно.

2) Психологический уровень. Цель – определение “достаточного набора” методов и средств терапевтического вмешательства (психотерапевтические модальности и соответствующие техники и практики психотерапии) направленных на эффективную реабилитацию и неоабилитацию пациента (клиента).

3) Социальный уровень. Цель – определение “достаточного набора” социальных мероприятий направленных на реабилитацию, неоабилитацию пациента (клиента). Лечебные мероприятия каждого уровня (в данном случае социального) могут касаться других или всех сфер жизни пациента – биологической, психологической, духовной. Например, рекомендации семье мальчика-подростка с феноменом отсутствующего отца – чаще быть с отцом (в случае физического наличия отца) или общаться с лицом способным заменить отца (в случае физического его отсутствия) касаются не только социальной сферы (восстановление социальных ролей и структуры семьи), но и психологической и духовной сфер подростка.

4) Духовный уровень. Цель – предоставление возможности пациенту (клиенту) для формирования новых жизнеустойчивых и жизнеутверждающих философских стратегий, за счет расширения личностного когнитивного пространства – неоабилитация.

Этап IV. Непосредственно терапия или интервенция (терапевтическое вмешательство), реабилитация, неоабилитация

Терапевтическое вмешательство включает в себя реабилитацию и неоабилитацию, которые определяют: медикаментозную терапию, физиотерапию, традиционную терапию (рефлексотерапия и т.д.) – биологический уровень; психологическое консультирование и психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная) – психологический уровень; социальная коррекция, терапия средой – социальный уровень; духовные практики, формирование личностной идеологии, религия – духовный уровень.

А) Цели и разновидности терапевтического вмешательства реабилитации:

1) Биологический уровень. Медикаментозная терапия, физиотерапия, традиционная терапия (рефлексотерапия и т.д.), восстано-

ние биологического гомеостаза и/или редукция некоторых психопатологических расстройств (например, нормализация настроения, поведения). Цель – восстановление биологического/физиологического гомеостаза.

2) Психологический уровень. Психологическое консультирование и психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная), редукция психопатологической симптоматики и восстановление прежних психологических свойств личности. Цель – удовлетворение личностно-психологических потребностей пациента.

3) Социальный уровень. Социальная коррекция, трудотерапия, терапия занятостью. Цель – удовлетворение психосоциальных потребностей и восстановление прежнего социального статуса пациента;

4) Духовный уровень – отсутствует, т.к. любое расширение когнитивного пространства и обретение другого, отличного от прежнего опыта есть новое – нео.

Б) Цели и разновидности терапевтического вмешательства неоабилитации:

1) Биологический уровень – отсутствует.

2) Психологический уровень. Психологическое консультирование и развивающие психотерапевтические практики, открывающие новые личностные качества и психологические свойства (например, феномен антинаркотической устойчивости, повышенной стрессоустойчивости и т.д.). Цель – личностный рост через развитие новых качеств и психологических свойств личности, зрелость, формирование и реализация новых жизненных целей. Основной психотерапевтической модальностью представленной модели неоабилитации является Интегративно-развивающая психотерапия наркозависимых (Катков А.Л. и соавт. 2003), а основной ее концепцией – представленная концепция развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

3) Социальный уровень. Формирование и развитие нового социального опыта, приводящего к новому социальному статусу, новые социальные потребности и возможности. Цель – формирование социально-компетентной личности, социальная компетентность в изменяющейся жизни.

4) Духовный уровень. Предоставление возможностей для формирования новой, более зрелой личностной идеологии, жизненной философии и развития новых духовных потребностей и интересов. Цель – формирование целостной автономной духовно-зрелой личности с жизнеутверждающей личностной философией, мудрость.

Практическая модель неоабилитационной программы в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых

Технологическое оформление неоабилитационной программы (режим, правила оформления контракта, подбор, подготовка и деятельность персонала и т.д.) подчинены основной неоабилитационной идее – форсированному развитию свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Структура неоабилитационной программы в условиях Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН)

Выше, мы уже отмечали, что основным стержнем непрерывного, интенсивного неоабилитационного процесса является ежедневная многочасовая интегративно-развивающая психотерапия, реализуемая в групповом, индивидуальном или смешанном формате. Так же мы отметили, что помимо ИРГПН, в течение всей неоабилитационной программы представлены тематические социально-психологические тренинги, другие лечебные и развивающие практики. Отличительной особенностью терапевтической программы (модель реабилитации-неоабилитации) является возможность достижения значительных и стойких изменений в статусе и личностной метапозиции пациентов/клиентов в относительно короткие временные периоды (структура режима программы – “расписание рабочего дня” и “расписание рабочей недели” отражены в схеме № 9, а качественное содержание неоабилитационной программы отражено в схеме № 10).

Такой результат достигается за счет осмысленного, целенаправленного использования возможностей глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации и технологического уровня (уровня структурированных психотерапевтических техник). Воздействие первого (глубинного) уровня, как правило, не осознается пациентом/клиентом и не всегда фиксируется психотерапевтом-ведущим (для этого требуется специальная подготовка, отслеживание соответствующих индикаторов, характеризующих степень вовлеченности пациента в глубинный уровень коммуникации). Структурно-технологический уровень психотерапевтической коммуникации вполне осознается и отслеживается всеми участниками психотерапевтического процесса.

Характеристика технических правил и основных технических блоков неоабилитационной программы в контексте ИРГПН

Модель неоабилитации в контексте ИРГПН сочетает общетехническое оформление групповой психотерапии в соответствии с классическими требованиями (Yalom I., 1995), а также технические правила проведе-

**Схема № 9. Расписание “рабочего дня” и “рабочей недели”
неоабилитационной программы в контексте ИРГПН.**

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
7:00-7:30.	Подъем. Гигиена. Обливание.						
7:30-8:00	Зарядка						
8:00-8:30	Ежедневные обязанности						
8:30-9:00	Лекция						
9:00-9:30	Завтрак. Прием лекарств						
9:30-10:00	Собрание сообщества (утренний сбор)						
10:00-13:00	Интегративно-развивающая групповая психотерапия					Тематические видео-сессии (экзистенциальное видео)	Самостоятельная работа «домашнее задание»
13:00-14:00	Обед. Прием лекарств						
14:00-16:00	Психотерапия, тематические СПТ-тренинги						Сообщества АН (АН-группы)
16:00-18:00	Тематические СПТ-тренинги					Тематические видео-сессии (экзистенциальное видео)	Генеральная уборка.
18:00-19:00	Ужин. Прием лекарств						
19:00-21:00	Участие в АН-группах, спортивные мероприятия, встречи с конфессиональными представителями					Самостоятельная работа («домашнее задание»)	
21:00-22:00	Собрание сообщества (вечерний сбор).						
22:00-22:30	Второй ужин						

Схема № 10. Движение пациента в терапевтической программе.

1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя	5 неделя	6 неделя	7 неделя	8 неделя
Клинико-лабораторное обследование. Физиотерапия, общеукрепляющая терапия (8:00-13:00 по показаниям)							
Курс детоксикации Индивидуальная, мотивационная психотерапия, аутогенная тренировка (АТ), БОС – тренинг, гипнотерапия (13:00 – 16:00)	Интегративно-развивающая групповая психотерапия (ИРГПН) – неоабилитация (10:00 – 13:00)						
	Медитативный тренинг, АТ, гипнотерапия, арт-терапия (14:00 – 16:00)	Коммуникативный тренинг и тренинг синергетического поведения (14:00 – 16:00)	Тренинг сензитивности, десенсилизации (14:00 – 16:00)	Тренинг конфронтации, асертивный тренинг (14:00 – 16:00)	Противорецидивный тренинг, тренинг аутентичности Работа с созависимыми (16:00 – 18:00)		
Релаксационный тренинг (16:00 – 18:00)	Тренинги, ориентированные на работу с ЛС («Я-телесное», «Я-ребенок», «Я-мужчина/женщина», «Я-партнер», «Я-родитель», «Я-профессионал»): Трансперсональный тренинг, телесно-ориентированная терапия, тренинг работы с внутренним ребенком, арт-терапия логотерапия по К. Роджерсу, группы встреч, транскультуральная позитивная психотерапия. Тематические видео-сессии (экзистенциальное видео). (16:00 – 18:00)						
Антиникотиновый Тренинг (19:00 – 21:00)	Участие в АН-группах, встречи с конфессиональными представителями Танц-терапия, динамическая медитация, спортивно-оздоровительные занятия (19:00 – 21:00)						Проведение АН-групп (19:00 – 21:00)
Самостоятельная работа «домашнее задание» (19:00 – 21:00)							

ния специальных, “встроенных” сессий с участниками, когда группа используется как “фон”. Данные “встроенные” сессии выполняют роль катализатора групповой динамики в направлении целей и задач, решаемых ИРГПН.

Технические действия, направленные на вхождение пациента в лечебную программу (модель неоабилитации)

Первым шагом вступления в лечебную программу является заключение терапевтического контракта пациента с лечебным учреждением. Терапевтический контракт является основным документом регламентирующим взаимоотношения в программе – режим программы. Перед подписанием контракта с пациентом и его родственниками врач проводит подробное собеседование, где оговариваются основные положения терапевтического контракта. В случае согласия пациента и его родственников с условиями контракта, происходит его заключение с уведомлением личных подписей пациента и его родственников. Контракт содержит ряд разделов и положений, некоторые из которых мы приводим ниже.

А. Общие положения

В данном разделе указывается проблема, по поводу которой пациент обратился за помощью, оговариваются гарантии оказания профессиональной помощи и соблюдения конфиденциальности информации в отношении пациента лечебным учреждением. Также оговариваются обязанности родственников пациента в отношении содействия лечебному процессу и по необходимости участия в нем.

Б. Положение о лечебной программе

В данном разделе оговариваются структура, режим лечебной программы, условия ее прохождения и требования, предъявляемые к пациенту как гарантии терапевтических отношений. Оговариваются права и обязанности сторон: лечебного учреждения, пациента, его родственников. Отдельно оговариваются условия досрочного прекращения программы и выхода из нее.

Технические действия, направленные на формирование и подготовку основной подгруппы клинического эксперимента

После прохождения курса детоксикации пациент максимально вовлекается в групповые психотерапевтические процессы, которые имеют несколько континуальных стадий. В данном разделе мы вкратце опишем основные блоки интегративно-развивающей психотерапии наркозависимых (Катков А.Л. и соавт., 2003), как одной из основных составляющих модели неоабилитации, которая, по сути, являлась лечебной программой основной подгруппы клинического эксперимента.

Техники начальной стадии групповой работы (ИРГПН), помимо обсуждения принципов ведения группы (это могут быть: откровенность и искренность, отказ от использования “ярлыков”, контроль поведения, принципы ответственности, правило “стоп”, соблюдение конфиденциальности, толерантность (терпимость) и другие принципы, способствующие конструктивному развитию группы), должны включать обсуждение основной терапевтической идеи: болеет (получает зависимость) один, выздоравливает (освобождается от зависимости) другой – “новый”, изменившийся. В этом случае складывающиеся групповые нормы, так или иначе, будут опираться на чрезвычайно важный и точно обозначаемый общетерапевтический контекст, а формирующиеся групповые ценности естественно включать в себя свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. В совокупности эти два обстоятельства обеспечивают более интенсивное продвижение группы к планируемому результату. Но, кроме того, пациенты с первых шагов имеют шанс избавиться от иррационального страха перед неизбежным возвратом влечения (“героин умеет ждать и т.п.”), имея перед собой ясную картину того, что действительно освобождает от зависимости. Информацию такого рода желательно подкреплять подлинными свидетельствами лиц, прошедших полноценные курсы неоабилитации и достигнувших желательного результата. На данном этапе важно использования техники “перезаключения контракта”, повышающие мотивацию пациентов на участие в группе с относительно высоким порогом доступа, способствующие конструктивной переработке и принятию терапевтического режима, профилактирующие прямые реакции отказа или скрытого саботажа неоабилитационного режима (Катков А.Л. и соавт., 2003).

Техники переходной стадии (псевдосплочение, конфронтация в групповой динамике) помимо традиционно рекомендуемых эскалаций напряжения, развития терапевтического конфликта, растождествления нормативного и патологического статусов, должны содержать процедуры, убедительно показывающие и доказывающие дивиденды базисной опоры на неоабилитационный личностный статус, постоянного “сотрудничества” с ресурсными инстанциями психики, синергетической метапозиции и стратегии поведения (терапевтический конфликт полярных статусов и стратегий в группе не препятствует, но способствует достижению этих целей).

Техники рабочей стадии (консолидация и сплочение), помимо использования модели “группового терапевта” для решения типичных для зависимых от ПАВ пациентов/клиентов проблем (неотреагированная вина, обида, базисная неуверенность в себя, страх перед будущим, внутренняя

“пустота и бессилье” и т.д.), должны быть максимально сконцентрированы на форсированном развитии свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у членов группы.

Техники заключительной стадии, помимо “обратной связи” – интеграции результата и отслеживания его эффективности – должны обеспечивать формирование базисных психологических свойств (ресурсная метапозиция; личности и стратегия синергетического поведения), существенно повышающих способность индивида к конструктивному саморазвитию.

Таким образом, основные факторы лечебного действия интегративно-групповой психотерапии, обеспечивающие терапевтическую динамику (универсальность, акцептация (принятие), альтруизм, отреагирование, самораскрытие, обратная связь, инсайт (осознание), коррективный эмоциональный опыт, проверка нового поведения и обучение новым способам поведения, предоставление информации) обогащаются, дополняются и активизируются за счет используемых психотерапевтических “катализаторов” – техник: конструктивного и ускоренного формирования терапевтически-активных групповых норм; избавления от иррациональных страхов, программирующих участников группы на отрицательный результат; формирования ясной и понятной терапевтической цели, мотивирующей на достижение требуемого результата; ускоренного формирования неоабилитационного личностного статуса, ресурсной метапозиции, синергетической стратегии поведения, обеспечивающих высокий уровень психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, дальнейшее развитие самоорганизующих способностей.

Особенности структурированных психотерапевтических техник неоабилитационной программы в работе с наркозависимыми в контексте ИРГПН

Главными отличительными особенностями структурированных техник неоабилитационной программы в контексте ИРГПН являются:

- реализация в контексте двухуровневой психотерапевтической коммуникации (с максимальным использованием универсальных, потенцирующих механизмов глубинного уровня);
- реализация в поле феномена “пространства психотерапии”, обеспечивающего максимальную пластику и скорость терапевтических изменений у пациента (группы);
- оформление структурированного технического действия с учетом “золотого” правила психотерапии: заболевает, получает проблему, какой-либо уровень дискомфорта, – один, выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта, – другой, существенно изменившийся (таким образом, в техниках интегративно-развивающей психотерапии дос-

таточно четко прослеживается дифференциация активности, направленной на форсированное развитие свойств “того – другого, избавляющегося от проблем и дискомфорта”, а также действий, способствующих эффективному решению конкретной проблемы, заявленной пациентом);

- оформление структурированного технического действия в соответствии с основной идеей интегративно-развивающей психотерапии зависимых от ПАВ: форсированного воспроизведения алгоритма развития свойств антинаркотической устойчивости (в отношении конкретных технических действий речь может идти об акцентированной проработке каких-либо более или менее объемных фрагментов данного алгоритма);

- оригинальная прикладная терапевтическая идея каждого структурированного технического действия (техники).

Основные клиничко-психологические мишени структурированных техник неоабилитационной программы в контексте ИРГПН

Основные клиничко-психологические мишени (концентрированные узлы клиничко-психологических механизмов, формирующих стойкую зависимость от ПАВ), выделяемые в модели неоабилитации в контексте ИРГПН (Катков А.Л. и соавт., 2003) являются следующие:

- *Мишень № 1* – патологический соматический статус зависимых от ПАВ (включает: признаки отравления (передозировки) психоактивным веществом; интоксикацию ПАВ; синдром зависимости от ПАВ (соматический уровень); признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии). Из перечисленных состояний непосредственно психотерапевтической мишенью являются соматические проявления синдрома зависимости без признаков угрозы развития терминальных состояний и выраженных психопатологических проявлений (бреда, галлюцинаций, синдрома нарушения сознания). Критическая редукция соматического дискомфорта в ходе начальных этапов ИРГП резко повышает мотивацию пациента на дальнейшее лечение и укрепляет веру в возможности терапевтического процесса;

- *Мишень № 2* – собственно патологическое влечение к психоактивному веществу (ПВ к ПАВ) во всех сферах непосредственного проявления данного феномена;

- *Мишень № 3* – патологический личностный статус зависимых от ПАВ (дефицит свойств психологического здоровья, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости);

- *Мишень № 4* – неоабилитационный (развивающийся) личностный статус зависимых от ПАВ;

- *Мишень № 5* – дефицитарный социальный статус зависимых от ПАВ (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме);

- *Мишень № 6* – уровень мотивации на освобождение от химической зависимости.

Обозначенные мишени, согласно основным задачам соответствующих этапов неоабилитационной программы (избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости – на первом этапе; актуализация имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации – на втором; и форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости), выстраиваются в следующую систему приоритетов:

- на первом этапе реализации неоабилитационных программ основными точками приложения ИРГПН являются мишени №№ 1, 2, 3 и 6;

- на втором этапе основными мишенями ИРГПН являются мишени №№ 4, 3, 6, 5;

- на третьем этапе – основные мишени №№ 4, 5, 6.

В соответствии с алгоритмом задач ИРГПН, решаемых в ходе неоабилитационного процесса, организация психотерапевтического процесса выстраивается следующим образом:

На первом этапе, в контексте выполнения начальных психотерапевтических задач (установление контакта с нормативным полюсом личности, достижение тройного растождествления, актуализация и закрепление синергетической модели поведения, критическая редукция ПВ к ПАВ), в основном реализуются: техники предварительной, начальной и переходной стадии групповой психотерапии; специальные техники – методики “перезаключения контракта”, “тройного растождествления”, “мертвая вода – живая вода”, “матрешка” (Катков А.Л. и соавт., 2003); адаптированные психотерапевтические методы – гештальт-терапия, мотивационная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, психодрама, экзистенциальная психотерапия, психотерапия реальностью по Уильяму Глассеру, трансперсональная психотерапия по Станиславу Грофу, арт-терапия.

На втором неоабилитационном этапе, в ключе выполнения соответствующих психотерапевтических задач, (эскалация внутриличностного конфликта неоабилитационного и патологического личностного статусов, форсированное развитие неоабилитационного личностного статуса, эффективное подавление и редукция патологического личностного статуса), в основном, реализуются: техники переходной и рабочей стадии групповой психотерапии; специальные техники – методики “ресурсные поля”,

“линия жизни”, “волчек”, “7 шагов к горизонту”, “второе рождение” (Катков А.Л. и соавт., 2003); адаптированные психотерапевтические методы – гештальт-терапия, трансактный анализ, психодрама, телесно-ориентированная психотерапия, логотерапия, экзистенциальная психотерапия, психотерапия реальностью по Уильяму Глассеру, трансперсональная психотерапия по Станиславу Грофу, арт-терапия.

На третьем неоабилитационном этапе, в плане выполнения заключительных терапевтических задач, (полноценное формирование искомого уровня психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, освобождение от химической зависимости, формирование способностей саморазвития механизмов повышения устойчивости к повторному вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ) реализуются: техники рабочей и заключительной стадии групповой психотерапии; специальные техники – методики “встреча с судьбой”, “ангел-хранитель”, “Ахилл, догоняющий черепаху” (Катков А.Л. с соавт., 2003); адаптированные психотерапевтические методы – гештальт-терапия, логотерапия, экзистенциальная психотерапия, психотерапия реальностью по Уильяму Глассеру, трансперсональная психотерапия по Станиславу Грофу, арт-терапия.

Подробное описание основных методик и техник ИРГП, применяемых в работе с наркозависимыми, нами описано ранее (Катков А.Л. и соавт., 2003).

Характеристика технических правил и методология тематических социально-психологических тренингов (ТСПТ) и других практик неоабилитационной программы

Выше мы описали основные закономерные этапы непосредственно ИРГПН (первый терапевтический континуум). Как видно из схемы № 10, тематические тренинги проводятся в процессе всего курса терапии, начиная с момента поступления до момента окончания программы. Каждый социально-психологический тренинг разработан на определенную тему таким образом, что является своеобразным продолжением утренних групповых сессий ИРГПН (второй терапевтический континуум). Сами ТСПТ расположены в определенной последовательности, в зависимости от их тематики, ориентированной на основные этапы ИРГПН (третий терапевтический континуум). Цель и задача ТСПТ (второго и третьего терапевтических континуумов) – форсировать личностные и групповые процессы и соответственно форсировать развитие личностных свойств антинаркотической устойчивости. Совокупность трех вышеуказанных терапевтических континуумов определяют четвертый терапевтический континуум – модель неоабилитации больных опийной наркоманией.

Первая-вторая недели неоабилитационной программы

В первую и вторую недели терапевтической программы пациенту проводится курс детоксикации. Основной психотерапевтической практикой в этот период является индивидуальная мотивационная психотерапия. Главная задача мотивационной терапии – повысить уровень мотивации пациента на дальнейшее лечение – полное прохождение программы. Дополнительной практикой, направленной, в том числе на повышение мотивации пациента на дальнейшее лечение, являются тематические лекции, которые проводятся ежедневно, до утреннего собрания дежурными врачами (психологами) и/или старшими резидентами (пациентами, находящимися в программе более 6-ти недель). Темы лекций ориентированы на освещение вопросов, связанных с особенностями терапевтической программы, условиями терапевтического контракта, особенностями поведения вновь пребывающих – “новичков” в программу и особенностям пребывания в программе, адекватной информированности о вреде наркотиков.

Тренинговые практики в основном представлены манипулятивными, директивно-суггестивными техниками: тренингом релаксации, обучением пациента аутогенной тренировке (АТ) и БОС-тренингом (тренинг биологической обратной связи или альфа-тренинг). БОС-тренинг выступает и как самостоятельная техника, и как дополнительная техника для более быстрого освоения навыков АТ. Удовлетворительные терапевтические результаты альфа-тренинга (БОС-терапии) при аддиктивных расстройствах отмечают ряд авторов: А.Б. Скок и соавт. (1998), Ю.В. Завьялов и соавт. (1999), А.Б. Скок (1999), J.P. Rosenfeld и соавт. (1995), E.G. Peniston, P.J. Kulkosky (1989, 1999), E. Baehr. и соавт (1999). Так же на данном этапе проводится гипносуггестивная психотерапия в виде классического гипноза и эриксоновского гипноза. Основная задача данных тренингов редуцировать неприятные субъективные переживания, связанные с синдромом отмены, такие как, алгические, тревожные проявления (страх ломки и т.п.), с одной стороны и научить пациента более точно распознавать и контролировать свое состояние (ощущения, эмоции, влечение к наркотику и т.п.). В этот период так же проводится антиникотиновый тренинг, цель которого справиться с влечением к табаку, которое значительно усиливается в период отмены наркотика.

Третья-восьмая недели неоабилитационной программы

Начиная с третьей недели и заканчивая завершением программы в первой половине дня, с 10.00 до 13.00 часов ежедневно, пять раз в неделю (кроме субботы и воскресенья) проводилась Интегративно-развивающая психотерапия. Как мы отмечали выше, теоретическая аутоидентифика-

ция интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН) нами была подробно описана ранее (Катков А.Л. и соавт., 2003).

Тренинговая часть этого периода состоит из двух взаимодополняющих направлений. Первое направление (время проведения с 14.00 до 16.00) – когнитивно-поведенческие тренинги и тематические тренинги умений, и второе (с 16.00 до 18.00) – тематические тренинги, ориентированные на работу с нормативными личностными статусами пациента (Валентик Ю.В. 1998, 2001-2003) – ЛС-тренинги.

Когнитивно-поведенческие тренинги и тематические тренинги умений представлены в виде следующего континуума: медитативно-релаксационный тренинг и АТ (3 неделя) → коммуникативный тренинг и тренинг синергетического поведения (4 неделя) → тренинг сензитивности и десенситизации (5 неделя) → тренинг конфронтации и ассертивного поведения (6 неделя) → противорецидивный тренинг, тренинг аутентичности и работа с созависимыми (7-8 недели). Такая последовательность наиболее оптимальна для более эффективного продвижения пациента в программе с одной стороны и освоения навыков, необходимых для более успешной адаптации и антинаркотической устойчивости после завершения программы – с другой.

Второе направление (с 16.00 до 18.00) – тематические тренинги, ориентированные на работу с нормативными личностными статусами пациента: “Я-телесное”, “Я-ребенок”, “Я-мужчина/женщина”, “Я-партнер”, “Я-родитель”, “Я-профессионал”. Данные тренинги в большей степени являются тренингами личностного роста и включают в себя элементы терапии.

Теоретический подход к тренингам личностного роста, ориентированным на работу с нормативными ЛС имеют следующий континуум: “Я-телесное” → “Я-ребенок” → “Я-мужчина/женщина” → “Я-партнер” → “Я-родитель” → “Я-профессионал”. Однако в практическом плане нет жесткой последовательности в отношении тематики ЛС-тренингов. Тренинг, рассчитанный на какой-либо определенный ЛС может проводиться в зависимости от контекста обсуждаемой проблемы какого-либо участника программы, заявленной (или непроработанной) в предыдущее время. Основными задачами данных тренингов являются своеобразная инвентаризация нормативных личностных статусов, выявление травмированных или дефектных нормативных ЛС и их терапия – регенерация и неоабилитация. ЛС-тренинги, как мы уже упомянули выше, являются тренингами личностного роста и содержат элементы терапии. В связи с этим в данных тренингах применяются методики и техники из различных психотерапевтических модальностей.

Одним из основных направлений, техники которого используются на протяжении всей неоабилитационной программы является телесно-ориентированная психотерапия. Проблемы, связанные с телом (ЛС “Я-телесное”), которые в последствии становятся проблемами личности, включая ее психологическую и духовную сферы, возникают одними из первых на ранних этапах развития личности (первые годы жизни): проблемы хронического мышечного напряжения (“мышечного панциря” по В. Райху и А. Лоуэну), которые являются результатом подавления, вытеснения, а впоследствии депонирования деструктивных эмоций (гнев, печаль, страх). В этом случае используются различные методики, которые можно отнести к телесно-ориентированной терапии или использовать в этих целях: классическое “распускание панциря” по В. Райху и А. Лоуэну, динамическая медитация и физические упражнения, танцедвигательная терапия, холлотно-ропное дыхание, ребефинг.

Не менее важными и ранними по своему возникновению, являются проблемы, связанные с детским возрастом (ЛС “Я-ребенок”), ранними детскими травматическими переживаниями: сепарационная тревога и сепарационный синдром (Дж. Боулби); неверная социализация базисных эмоций (интереса, радости, печали, гнева, страха, стыда, вины) (К. Изард), насилие и давление (физическое, моральное), сиблинговые проблемы (М. Боуэн), проблемы детско-родительских отношений. В этом случае использовался тренинг работы с внутренним ребенком, который включал техники из следующих психотерапевтических модальностей: транзактный анализ (ТА), гештальт-терапия, экзистенциальная терапия, телесно-ориентированная терапия. Важным в работе данного тренинга является использование арт-терапии и дыхательных техник в контексте трансперсональной психотерапии. Основными задачами данного тренинга являются осознание травматического опыта пережитого в детстве, осознание явлений переноса, проработка неотреагированных эмоций (гнев, страх, печаль), регенерация и неоабилитация личностного статуса “Я-ребенок”.

Гендерная идентификация формируется в детском возрасте, а гендерные социально-сексуальные установки в отношении собственной личности – в подростковом возрасте (личностные статусы “Я-мужчина/женщина”, “Я-партнер”, “Я-родитель”). И в этом отношении тематический тренинг, ориентированный на данные нормативные личностные статусы, содержит техники вышеуказанных психотерапевтических модальностей. Задачами данного тренинга являются идентификация данных личностных статусов и по мере необходимости их регенерация и неоабилитация.

В тренинге рассчитанным на работу с ЛС “Я-профессионал” в основном используются техники и теоретические концепты следующих психотерапевтических модальностей: логотерапия по К. Роджерсу, группы встреч, транскультуральная психотерапия по Н. Пезешкиану. Пациенты разрабатывают несколько альтернативных направлений в плане профессионального приложения обсуждаемого участника используя техники “мозговой штурм” и “НАОС” – наилучшая альтернатива обсуждаемой стратегии.

Последняя техника наиболее часто используется в противорецидивном тренинге (7-8 недели). Противорецидивный тренинг включает в себя проработку предыдущих тематических тренингов умений с осознанием своего состояния и ответственного отношения к нему (тренинг аутентичности).

Дополнительными развивающими практиками неоабилитационной программы являются следующие: участие в группах (а в дальнейшем самостоятельное их проведение) взаимопомощи “Анонимные наркоманы” – АН-группы; духовно-ориентированные практики и тренинги (12 Шагов, тренинги позитивного мышления по Л. Хей); встречи с представителями различных духовных конфессий; тематические видео-сессии (экзистенциальное видео).

Особого внимания заслуживают тематические видео-сессии (экзистенциальное видео). В программе имеется тематическая видеотека, где собраны фильмы экзистенциального содержания. Пациенты просматривают фильмы, совместно с психотерапевтом/психологом, и в дальнейшем проводят их обсуждение. Тематика фильмов подобрана таким образом, что видеофильм становится своеобразной проективной методикой возможных личностных проблем: тема детства, и травматических переживаний в детско-подростковом возрасте, тема жизни и смерти, тема одиночества, темы смысла жизни и т.п.

Тренинговая и психотерапевтическая работа неоабилитационной программы так же подразумевает обязательность выполнения “домашнего задания”: пациенту дается задание для самостоятельной работы (“задание на дом”), направленное в основном на интроспекцию и рефлекссию. Пациент имеет домашнюю рабочую тетрадь, где регистрирует и проводит анализ своих чувств (эмоций), которые он переживал за день и тех ситуаций, в которых эти чувства проявились. Далее пациенту предлагается распределить, какому личностному статусу данные чувства могут принадлежать, или какой личностный статус проявил данные чувства. Данный анализ может являться темой обсуждения на психотерапевтической сессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА

Клинический эксперимент “До-После”

Во II главе мы уже указали методологию клинического эксперимента “до-после” (Флэтчер Р. с соавт., 1998) в исследуемой группе. Данный подход основан на предположении, что любое улучшение, наблюдаемое после лечения, обусловлено именно лечением и является вариантом лонгитудинального исследования (Флэтчер Р. с соавт., 1998). Задачами данного эксперимента являлись оценка взаимосвязей качественного уровня психического здоровья (психологического здоровья), в частности личностных свойств антинаркотической устойчивости (АНУ) с клиническими аспектами наркомании (преимущественно опиоидной группы) и оценка эффективности различных моделей лечения, реабилитации и неоабилитации больных наркоманией. Для этого мы разделили исследуемую группу (больные наркоманиями $n = 189$) на две подгруппы: а) основная подгруппа клинического эксперимента ($n = 105$), которой проводилась разработанная нами модель реабилитации - неоабилитации – “интегративно-развивающая групповая психотерапии наркозависимых” (ИРГПН) и б) контрольная подгруппа клинического эксперимента ($n = 84$), которой проводилась модель лечения ориентированного на принципы реабилитации.

Характеристики подгрупп клинического эксперимента на момент начала лечения

Методология отбора подгрупп для клинического эксперимента осуществлялась по критериям случайной выборки. В этой связи представлялось важным проанализировать основные клинические характеристики основного заболевания, а так же характеристики психического и психологического здоровья, в контексте достоверных/недостоверных различий в исследуемых подгруппах клинического эксперимента. Таблица № 23 демонстрирует некоторые результаты, полученные в результате сравнения в основной и контрольной подгруппах клинического эксперимента. Как видно из таблицы № 23, на момент начала лечения нами не было обнаружено достоверных различий в субъективной оценке уровня психического здоровья, субъективной оценке психологического комфорта.

Клинические характеристики основного заболевания. Нами не было получено достоверных различий в отношении клинических форм и стажа заболевания. Отличие заключалось в том, что в основной подгруппе клинического эксперимента оказались: один человек с кокаиновой зависимостью (F 14) и один человек с зависимостью от галлюциногенов (F 16), в то

Таблица № 23. Исследование различий на момент начала лечения (“До-”) в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах клинического эксперимента.

До лечения		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Субъективная оценка уровня психического здоровья		48.762 ± 4.76	50.232 ± 5.952	P > 0.05
Субъективная оценка степени психологического комфорта		34.275 ± 4.518	36.031 ± 5.714	P > 0.05
Отношение к болезни	Некритичное	19 ± 7.5%	15 ± 7.7%	P > 0.05
	Псевдокритичное	40.9 ± 9.4%	48.8 ± 10.7%	P > 0.05
	Частично-критичное	16.2 ± 7.1%	15.5 ± 7.7%	P > 0.05
	Критичное	20 ± 7.6%	16.7 ± 8%	P > 0.05
	Уровень критичного восприятия болезни	2.386 ± 0.203	2.346 ± 0.21	P > 0.05
Алексетимия	Отсутствуют признаки	3.8% 1.92 <> 9.24%	4.8% 2.08 <> 11.93%	P > 0.05
	Присутствуют признаки	15.2 ± 6.9%	7.2 ± 5.6%	P > 0.05
	Выражена	58.1 ± 9.4%	62.6 ± 10.4%	P > 0.05
	Значительно выражена	22.9 ± 8%	25.3 ± 9.3%	P > 0.05
	Уровень алексетимии	3 ± 0.142	3.084 ± 0.157	P > 0.05
Инсайт не достигнут		90.3 ± 5.7%	95.2% 86.4 <> 97.4%	P > 0.05
Уровень достижения инсайта на начало (среднее значение)		0.124 ± 0.079	0.048 ± 0.046	P > 0.05
Органическое р-во, посткоммоционный синдром (F 07.2)		3,8% 1.2 <> 12.3%	3,5% 0.6 <> 13.3%	P > 0.05

время, как в контрольной подгруппе были все больные с опиоидной формой зависимости.

Коморбидность. В отношении коморбидности, в обеих подгруппах нами была диагностирована следующая коморбидная патология (процентное соотношение указано от общей группы наркозависимых): органическое расстройство, посткоммоционный синдром (F 07.2) – 3.7%; аффективные расстройства настроения – F 3 (в частности: F 33 – рекуррентное депрессивное расстройство) – 1.1%; расстройства зрелой личности и поведения у взрослых – F 6 (12.7%), в частности: F 60.31 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (4.8%); F 60.4 – истерическое расстройство личности (2.1%); F 60.6 – тревожное (уклоня-

яющееся) расстройство личности (2.1%); F 60.7 – зависимое расстройство личности (1.1%); F 60.8 – другие специфические расстройства личности (2.6%). Таким образом, общий процент больных опийной наркоманией, имеющих сопутствующую психическую патологию в среднем составил 17.5%. В количественном плане мы не обнаружили достоверных различий в отношении какой-либо коморбидной патологии в исследуемых подгруппах клинического эксперимента (распределение коморбидной патологии отображено в таблице № 24).

Таблица № 24. Количественное соотношение лиц с коморбидной патологией в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах клинического эксперимента.

Диагноз (МКБ-10)	1 группа (n = 105)		2 группа (n = 84)		P
	Средн. зн.	Доверит. инт.	Средн. зн.	Доверит. инт.	
F 07.2	3,8 %	0.5 < 8.4%	3,5%	1 < 8.6%	P > 0.05
F 33	1%	0.5 < 5.3 %	1.2%	0.5 < 6.7%	P > 0.05
F 60.31	4.8%	2.4 < 10.6%	4.8%	2.1 < 11.8%	P > 0.05
F 60.4	1.9%	1 < 6.6%	2.4%	1 < 8.4%	P > 0.05
F 60.6	1.9%	1 < 6.6%	2.4%	1 < 8.4%	P > 0.05
F 60.7	1%	0.5 < 5.3%	1.2%	0.5 < 6.7%	P > 0.05
F 60.8	2.9%	1.4 < 7.9%	2.4%	1 < 8.4%	P > 0.05

Коморбидность в отношении зависимости от табака нами не учитывалась. Нами так же не было отмечено случаев в отношении коморбидности алкоголизма или сочетанного употребления второго наркотика (полинаркомания).

Отношение к болезни. Так же не было обнаружено достоверных различий в отношении критического отношения к факту болезни. Распределения по уровню критичности восприятия болезни было приблизительно одинаковым в обеих подгруппах клинического эксперимента, и составляла следующие соотношения: пациенты в основной подгруппе клинического эксперимента по отношению к пациентам контрольной подгруппы клинического эксперимента составили: с некритичным отношением – 19% и 15% соответственно; псевдокритичным отношением – 40.9% и 48.8% соответственно; имеющих частичную критику восприятия болезни – 16.2% и 15.5% и пациентов с критичным отношением к болезни – 20% и 16.7%.

Мы создали ранжированный параметр среднего значения критичности восприятия болезни, где 1 баллу соответствовало критичное восприятие болезни и отношение к факту зависимости от наркотика, 2 баллам соответствовало частично критичное восприятие болезни, 3 баллам – псевдокритичное отношение к факту болезни и 4 баллам – соответственно некритичное отношение к факту зависимости от наркотика. На момент начала лечения, в отношении среднего уровня критичного восприятия болезни достоверных различий между подгруппами клинического эксперимента так же обнаружено не было (2.386 балла в основной и 2.346 балла в контрольной подгруппах клинического эксперимента, при $P > 0.05$).

Алексетимия. Мы так же исследовали проявления алексетимии, на момент начала лечения, и так же не обнаружили достоверных различий в исследуемых подгруппах клинического эксперимента. Так, например, по основным показателям, характеризующим уровень алексетимии (“Отсутствуют признаки”, “Присутствуют признаки”, “Алексетимия выражена”, “Алексетимия значительно выражена”) распределение было приблизительно равным как в основной, так и в контрольной подгруппах клинического эксперимента (см. таблицу № 23). Так же приблизительно одинаковым был средний уровень алексетимии (3 балла в основной и 3.084 балла в контрольной подгруппах клинического эксперимента, при $P > 0.05$). Ранжирование среднего показателя уровня алексетимии, было аналогичным ранжированию уровня критичности восприятия болезни.

Психологическое исследование. Для пациентов – участников клинического эксперимента применялся тот же набор психологических методик, что и при наблюдательном исследовании: опросник личностных ориентаций (адаптация Рукавишникова (2002) и Алешиной Ю.Е. и соавт. (1987) – самоактуализационный тест (САТ)); методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адапт., Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998). В клиническом эксперименте дополнительно использовался 16-ти факторный вопросник Кеттелла, форма “С” (Райгородский Д.Я., 1998). На момент начала эксперимента указанные тесты были проведены как участникам из основной, так и участникам из контрольной подгрупп. В результате сравнения, нами не было обнаружено достоверных различий в показателях основных шкал указанных вопросников. Таким образом, нами не были обнаружены различия объективных показателей свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития; навыки ответственного выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев; интернальность (внутренний локус-контроля); наличие конст-

руктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ; полноценную информированность и адекватную осведомленность о вреде наркотиков) в сравниваемых экспериментальных подгруппах. Так же не было обнаружено достоверных различий в субъективной оценке свойств антинаркотической устойчивости среди пациентов основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента.

Таким образом, на момент начала лечения исследуемые подгруппы клинического эксперимента по результатам проведенной оценки интересующих нас параметров (клинические характеристики основного заболевания, психическое здоровье, психологическое здоровье, личностные свойства антинаркотической устойчивости – ФАНУ), не обнаруживали достоверных различий, т.е. находились на равных уровнях и в равных условиях.

Таблица № 25. Достоверные различия на момент начала лечения («До-») в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах клинического эксперимента.

Наименование	1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Семейное положение: разведен(а)	25.9 ± 11.7%	5.7% 1.7 < 15.3%	P < 0.01
Жилищные условия: собственная квартира	20.4 ± 10.7%	41.5 ± 13.3%	P < 0.05
Проживает у родителей / родственников	63 ± 12.9%	37.7 ± 13%	P < 0.05
Не женат, не замужем	92.7% 77.9 < 97.2%	71 ± 14.4%	P < 0.05
Употребление наркотиков среди родственников	0% 0 < 6.9%	15.1 ± 9.6%	P < 0.01
Мотив начала употребления наркотика «из-за ощущения новизны»	43.5 ± 14.3%	20 ± 13.2%	P < 0.05
Первая реакция на употребление наркотика: дискомфорт	27.7 ± 12.8%	51.4 ± 16.6%	P < 0.05
Повышение толерантности к табаку: 1 год от начала употребления	45.2 ± 15%	71 ± 14.4%	P < 0.05
Определение ЗОЖ: «Воздержание от вредных привычек»	75.2 ± 8.3%	59.5 ± 0.5%	P < 0.05
Вектор предназначения жизни: «Для родных и близких»	53.4 ± 9.6%	34.5 ± 0.2%	P < 0.05
Предназначение жизни: «Для всего общества с его проблемами»	1% 0.5 < 5.3%	8.3 ± 5.9%	P < 0.05

Мы проанализировали достоверные различия в подгруппах клинического эксперимента, однако они в основном касались некоторых социальных характеристик и наследственной отягощенности. Достоверные различия, обнаруженные нами в исследуемых подгруппах клинического эксперимента отражены в таблице № 25.

Как видно из таблицы № 25, достоверные различия касаются в основном социального статуса пациента, наследственной отягощенности и некоторых характеристик психологического здоровья, в частности жизненных мотивов и целей.

Наследственность и клинические особенности. У пациентов основной подгруппы клинического эксперимента среди родственников (родители, братья, сестры) не было обнаружено тех, кто бы имел наркотическую зависимость, в то время как у пациентов контрольной группы клинического эксперимента родственники, имеющие наркотическую зависимость, составили 15.1% (при $P < 0.01$). В основной подгруппе клинического эксперимента меньше оказалось тех, у кого в течение первого года употребления табака появились признаки повышения толерантности (45.2% и 71%).

Социальный статус. В основной подгруппе клинического эксперимента больше оказалось тех, кто разведен или разведена, кто не женат или не замужем, и меньше тех, кто имеет личную квартиру и проживает с родственниками.

Мотивация аддикции. В основной подгруппе клинического эксперимента в два раза больше оказалось тех, кто на вопрос о причине начала употребления наркотиков ответили: “из-за ощущения новизны” (43.5% и 20%).

Мотивы и цели. В основной подгруппе клинического эксперимента достоверно больше тех, кто предназначение собственной жизни определяет как: “Для родных и близких” (53.4% и 34.5%). Хотя в контрольной подгруппе достоверно больше тех, кто предназначение собственной жизни определяет как: “Для всего общества с его проблемами” (1% и 8.3%). Данные различия не представляли особого интереса в рамках, поставленных нами задач, и не противоречили их выполнению, поэтому мы их не анализировали.

Результаты клинического эксперимента. Клинико-динамический аспект
Динамические характеристики подгрупп клинического эксперимента на момент окончания курса детоксикации (16-20 дни)

Выше мы указывали, что некоторые данные, касающиеся клинических особенностей заболевания и лечебного процесса, пациенты заполняли трижды: в начале лечения, после окончания курса детоксикации (16-20 дни) и в конце лечения (55-60 дни). Одним из различий структуры лечебно-

го реабилитационного процесса в исследуемых подгруппах клинического эксперимента являлось то, что в основной подгруппе клинического эксперимента во время прохождения детоксикации с пациентами проводились мотивационная психотерапия (индивидуальная и групповая), ежедневные семинары в виде лекций (на повышение адекватной осведомленности о причинах начала употребления и негативных последствиях употребления наркотиков) с интерактивным участием слушателей. В основной подгруппе клинического эксперимента данные лекции-семинары проводились в присутствии всего терапевтического сообщества, где рядом с “новичками” были пациенты находящиеся более длительно в терапевтической программе, соответственно принявшие ее режим, чего не было в контрольной группе клинического эксперимента. В связи с этим, нам показались интересными и важными обнаруженные достоверные различия в субъективных самооценках пациентов и данных психологического исследования исследуемых подгрупп клинического эксперимента, которые отражены в таблице № 26.

Как видно из таблицы № 26 произошли некоторые изменения в субъективной самооценке пациентов исследуемых подгрупп клинического эксперимента. Так, например, в основной подгруппе клинического эксперимента более чем 21% пациентов идентифицировали у себя атактическую мотивацию употребления наркотиков, в то время, как в контрольной подгруппе клинического эксперимента таких пациентов оказалось около 3%. Так же в основной подгруппе клинического эксперимента более чем в 2 раза (44.19%) оказалось пациентов, которые осознали и идентифицировали атактическую причину рецидива заболевания (срыва), в сравнении с пациентами контрольной подгруппы клинического эксперимента (17.86%). Данный факт свидетельствует о том, что способность идентифицировать мотив употребления или рецидива в плане самоанализа собственных эмоций или эмоционального реагирования характеризует личность как аутентичную, в понимании Карла Роджерса, что в свою очередь является характеристикой уровня развития психологического здоровья.

Соответственно, мы можем предполагать, что за период детоксикации (первые 20 дней пребывания в программе) у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента произошли изменения в плане развития некоторых свойств психологического здоровья. Данное предположение свидетельствует в пользу основных положений концепции психологического здоровья с одной стороны, и характеризует большую эффективность лечебной программы, ориентированной на принципы реабилитации-неоабилитации – с другой.

Таблица № 26. Достоверные различия в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах клинического эксперимента (16-й – 20-й дни).

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Абстинентный синдром с понижением настроением		77.3 ± 12.4%	39.3 ± 18.1%	P < 0.01
Абстинентный синдром с выраженными нарушениями сна		77.3 ± 12.4%	50 ± 18.5%	P < 0.05
Абстинентный синдром с соматическим дискомфортом		59.1 ± 14.5%	28.6 ± 16.7%	P < 0.05
Атарактическая мотивация рецидива заболевания		44.2 ± 14.8%	17.9% 4.9 < 37.1%	P < 0.05
Атарактическая мотивация начала наркотизации		21.7 ± 11.9%	2.9% 0.6 < 14.3%	P < 0.05
16-F опросник Р. Кеттелла	шкала «I»	5.221 ± 0.353	4.679 ± 0.355	P < 0.05
	шкала «L»	5.952 ± 0.247	5.369 ± 0.317	P < 0.01
	шкала «O»	6.269 ± 0.308	5.75 ± 0.34	P < 0.05
	шкала «Q ₁ »	4.163 ± 0.295	4.595 ± 0.296	P < 0.05
Опросник ЛИО Э. Шострома	шкала «Fr»	39.19 ± 0.695	40.976 ± 0.868	P < 0.01
	шкала «C»	36.829 ± 0.924	34.845 ± 1.031	P < 0.01
Опросник УСК Дж. Роттера	шкала «Ип»	3.019 ± 0.195	2.716 ± 0.224	P < 0.05
Адекватная осведомленность о вреде наркотиков		3.99 ± 0.242	4.429 ± 0.234	P < 0.05
Полноценная информированность о вреде наркотиков		3.686 ± 0.294	4.083 ± 0.253	P < 0.05

Так же в основной подгруппе клинического эксперимента увеличилось число тех пациентов, кто более точно стал отслеживать и характеризовать состояние отмены. Данные пациенты более точно стали идентифицировать состояние отмены с пониженным настроением, выраженными нарушениями сна, более выраженным соматическим дискомфортом, что может свидетельствовать о редукции алексетимии у данных пациентов с одной стороны и развития аутентичности – с другой. Эти изменения мы связываем с особенностями лечебно-реабилитационного процесса, модели реабилитации-неоабилитации (проведение семинаров-лекториев в условиях терапевтического сообщества и подключение мотивационной терапии на ранних этапах реабилитации) в основной подгруппе клинического эксперимента.

Выше мы отметили, что в клиническом эксперименте мы добавили еще один психологический тест – 16-ти факторный опросник Р. Кеттелла. Есть данные применения этого теста в исследовании зависимостей от ПАВ, в частности для определения личностного профиля у больных алкоголизмом с различным соматотипом (Мандель А.И., 1991), и для индивидуализации психотерапевтических вмешательств при алкоголизме (Мандель А.И., 1997). Данная методика представляется важной и информативной в плане объективных определений интересующих нас характеристик психологического здоровья, как в количественном, так и в качественном отношении. Этим был обоснован выбор данного вопросника.

Данные 16-ти факторного опросника Р. Кеттелла. В связи с этим интересным представлялась достоверная разница показателей шкал “I” – “жесткость-чувствительность”, “L” – “доверчивость-подозрительность”, “O” – “уверенность в себе-тревожность”, “Q₁” – “консерватизм-радикализм” 16-ти факторного вопросника Кеттелла на этот период. Шкала “I” определяет “жесткость-чувствительность” в отношениях. В исследуемой группе показатели данной шкалы незначительно выше показателей контрольной группы, т.е. у пациентов исследуемой группы более выражено стремление к покровительству. Эта же шкала так же определяет способность к сопереживанию/эмпатии, желание помочь другим. Одним из отличий режима и структуры терапевтической программы в основной подгруппе клинического эксперимента является то, что уже с первых дней пребывания в программе, пациент попадает в условия терапевтического сообщества, где жестко придерживаются его правилам, и где открыто проговариваются те формы поведения, которые не укладываются в рамки данных правил. Те пациенты, которые находятся в программе длительное время, сами оценивают и критикуют “новичков”. В этом случае, пациенты, попавшие в сообщество в первые дни переживают своеобразный разрыв шаблона взаимоотношений, где в отличие от предыдущих и привычных форм взаимоотношений направленных на поддержание патологического личностного статуса “Я-наркоман” – данный стиль поведения и личностный статус критикуются, что может вызвать фрустрированные переживания и соответственно повысить уровень тревоги, о чем свидетельствует разница в показателях шкалы “O” – “уверенность в себе-тревожность”: у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента уровень тревоги незначительно выше – 6.269, чем у пациентов контрольной подгруппы – 5.75 баллов. Это в свою очередь, может привести к внутреннему протесту, обострить потребность в покровительстве. Этим можно объяснить, появившуюся к этому времени разницу показателей

шкалы “Q₁” – “консерватизм-радикализм” и “L” – “доверчивость - подозрительность” данного теста.

Низкие показатели шкалы “Q₁” характеризуют стремление к поддержке установившихся понятий, сомнение в новых идеях, отрицание перемен. Показатели данных параметров незначительно ниже в основной подгруппе клинического эксперимента – 4.163 в сравнении с пациентами контрольной подгруппы – 4.595 баллов. Более высокие показатели шкалы “L” – “доверчивость-подозрительность”, свидетельствуют о том, что уровень подозрительности так же незначительно выше в основной подгруппе клинического эксперимента – 5.952, чем у пациентов контрольной подгруппы – 5.369 баллов. Это различие так же можно объяснить реакцией пациента на разрыв шаблона привычных отношений, направленных на поощрение патологического личностного статуса “Я-наркоман” в среде наркозависимых, и конфронтационных отношений к патологическому личностному статусу “Я-наркоман” в условиях терапевтического сообщества.

Данные опросника личностных ориентаций Э. Шострома. Модель реабилитации – неоабилитации направлена на работу с нормативными личностными статусами пациента и блокирование патологического статуса “Я-наркоман”. Этим, с нашей точки зрения, так же объясняются появившиеся различия в показателях шкал “Fr” – “реактивная чувствительность” и “C” – “способность к интимным контактам” опросника личностной ориентации Э. Шострома. Более высокие показатели шкалы “Fr” – “реактивная чувствительность” говорят о том, что испытуемый более отзывчив к нуждам других людей. Из таблицы № 26 видно, что показатели шкалы “Fr” данного опросника в основной подгруппе клинического эксперимента ниже (39.19 баллов), чем у пациентов контрольной подгруппы (40.976 баллов). То есть, в данном случае более высокие показатели реактивной чувствительности скорее говорят о псевдосплоченности, где поощряется поведение, поощряющее патологический личностный статус “Я-наркоман”. Этот вариант поведения менее травматичен, поскольку избегается неприятный в плане эмоциональных переживаний внутренний конфликт, связанный с конфронтацией нормативного поведения, нормативных личностных статусов и патологического личностного статуса “Я-наркоман”, наркоманического поведения.

В пользу нашего предположения о том, что данное поведение продиктовано псевдосплоченностью и поощряющим патологический личностный статус “Я-наркоман” является еще и тот факт, что показатели шкалы “C” – “способность к интимным контактам” опросника личностных ориентаций Э. Шострома выше у пациентов из основной подгруппы клини-

ческого эксперимента (36.829 баллов), в то время как у пациентов контрольной подгруппы они достоверно ниже (34.845 балла). Более высокие показатели данной шкалы свидетельствуют о более высокой способности личности к близким, *неформальным* взаимоотношениям с другими людьми (“Я-Ты-Здесь-и-Теперь”). То есть, у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента показатели конгруэнтности в общении достоверно выше, чем у пациентов из контрольной подгруппы, а показатели внешней групповой сплоченности ниже. Более низкая групповая сплоченность у пациентов находящихся в терапевтической программе (модель реабилитация-неоабилитация) на этот момент обоснована большей конгруэнтностью в общении, а стало бы большей готовностью к конфронтации и растождествлению патологического личностного статуса “Я-наркоман” с нормативными личностными статусами. С позиций динамики групповой психотерапии, этот факт так же свидетельствует о том, что пациенты из контрольной подгруппы находятся на более ранних этапах развития терапевтической группы (этап псевдосплоченности), в то время, как пациенты основной подгруппы клинического эксперимента находятся на более зрелых и рабочих отношениях (стадия конфликта) (Рудестам К., 1990, 1998, Ялом И., 2000).

Так же нам представляется важным, тот факт, что по результатам анализа методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера в некоторых показателях (в частности шкала “Ип” – “интернальность производственных отношений”) у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента появилась тенденция смещения интернальности в сторону внутреннего локуса контроля.

Как видно из таблицы № 26, в период вхождения в терапевтическую программу уровень адекватной осведомленности о вреде и возможных рисках употребления наркотиков в контрольной подгруппе клинического эксперимента выше. Так, например, в основной подгруппе клинического эксперимента уровень адекватной осведомленности о возможных рисках, употребления ПАВ по субъективной самооценке составил 3.99 балла, в то время как в контрольной подгруппе – 4.429 балла, а показатели полноценной информированности о вреде наркотиков составили 3.686 балла в основной подгруппе клинического эксперимента и 4.083 балла в контрольной подгруппе.

Это, возможно связано с тем, что в основной подгруппе клинического эксперимента, как мы указали выше, с первых дней пребывания в терапевтической программе ежедневно проводятся лекции, тема которых в основном касается возможных рисков и последствий употребления ПАВ.

В первичных беседах с лечащим врачом, пациенты в подавляющем большинстве отмечают свою “осведомленность” о вреде употребления наркотиков. В основном эта осведомленность касается таких сфер как: взаимоотношения с близкими (в первую очередь родителями), с органами правопорядка, возможного инфицирования вирусами ВИЧ и гепатита “С”. Однако, как правило, за поле осведомленности о вреде употребления наркотиков, выходят такие темы как: жизненные цели, мотивы и их реализация, наличие глубинной проблемы и осознание факта болезни (зависимости), риски, связанные с собственным потомством (дети, внуки) как в наследственном биологическом, так и в психосоциальном плане, касающимся жизненного сценария. На момент заполнения “карты” пациенты исследуемой группы, часто отмечают на группе или лечащему врачу, что “многие вещи”, связанные с риском употребления ПАВ им были либо не известны, либо они “не так глубоко” понимали эту проблему, т.е. у этих пациентов временно по отношению к собственным знаниям формируется когнитивная самооценка, по принципу: “оказывается я ничего не знаю”. С этим мы связываем разницу в показателях субъективной оценки общей осведомленности о вреде употребления наркотиков в основной и контрольной подгруппах клинического эксперимента.

Динамические характеристики подгрупп на момент окончания клинического эксперимента

В начале главы мы указали тот факт, что на момент начала лечения нами не было обнаружено достоверной разницы среди интересующих нас параметров (психическое здоровье, психологическое здоровье, личностные свойства антинаркотической устойчивости – ФАНУ) в исследуемых подгруппах клинического эксперимента. Согласно нашей концепции развития психологического здоровья (развития антинаркотических свойств личности) и неоабилитации, как основной терапевтической стратегии зависимых от ПАВ, нам было интересно проанализировать изменения у пациентов в процессе лечения, которые наступили на момент окончания лечения (“-После”). Мы так же отмечали, что основная подгруппа клинического эксперимента проходила лечение по разработанной нами терапевтической модели реабилитации-неоабилитации, в то время как пациенты контрольной подгруппы проходили лечение в стандартной программе реабилитации. Ниже мы приводим некоторые данные, отражающие терапевтическую динамику и личностные изменения пациентов исследуемых подгрупп клинического эксперимента.

Показатели динамики психотерапевтического процесса в подгруппах клинического эксперимента (объективная оценка)

Согласно концепции психологического здоровья (возможности развития некоторых его свойств, в частности личностных свойств антинаркотической устойчивости) посредством стратегии реабилитации-неоабилитации мы предполагали положительную динамику изменения данных свойств. В связи с этим, интересным представлялся анализ динамики этих свойств в процессе психотерапии у наркозависимых из основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента (таблица № 27).

Таблица № 27. Показатели самооценки психического, психологического здоровья и терапевтической динамики в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах.

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Оценка степени психологического комфорта после лечения		82.379 ± 1.708	59.691 ± 4.782	P < 0.01
Динамика самооценки психологического комфорта		48.104 ± 4.75	23.66 ± 5.059	P < 0.05
Оценка степени психического здоровья после лечения		87.059 ± 1.335	67.099 ± 3.932	P < 0.01
Динамика самооценки психического здоровья		38.297 ± 4.63	16.867 ± 4.458	P < 0.05
Динамика показателей уровня терапевтической коммуникации	Аналогия в мимике	1.451 ± 0.167	0.659 ± 0.208	P < 0.01
	Аналогия в моторике	1.657 ± 0.153	0.732 ± 0.224	P < 0.01
	Выраженность вегетативных реакций	1.608 ± 0.182	0.634 ± 0.211	P < 0.01
	Уровень мышечной релаксации	1.627 ± 0.141	0.634 ± 0.211	P < 0.01
	Степень присоединения по тембру и интонации	4.559 ± 0.222	3.195 ± 0.262	P < 0.01
	Синхронизация дыхательного ритма	1.392 ± 0.149	0.8 ± 0.225	P < 0.01
	Синхронизации речевого темпо-ритма	1.657 ± 0.188	0.683 ± 0.204	P < 0.01
	Степень сокращения терапевтической дистанции	1.549 ± 0.143	0.671 ± 0.189	P < 0.01

Как видно из данной таблицы, на момент окончания лечения у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с паци-

ентами из контрольной подгруппы отмечается значительное превышение показателей самооценки степени психологического комфорта (82.379 баллов и 59.691 баллов) и самооценки уровня психического здоровья (87.059 баллов и 67.099 баллов).

Для сравнения приведем средние показатели субъективной самооценки уровня психического здоровья и психологического комфорта лиц, не имеющих наркотической зависимости из группы внешнего контроля, сопоставимого по полу, возрасту, образованию и этнической принадлежности (matched control) в сравнении со средними показателями наркозависимых (исследуемой группой) на момент начала лечения. Оценка степени психологического комфорта у лиц из группы внешнего контроля составила 77.4 балла, у наркозависимых – 35.1 балла; оценка степени психического здоровья 81 балл и 49.5 балла – соответственно (см. таблицу № 16, (с. 117)).

Таким образом, мы видим, что показатели субъективной оценки, как степени психологического комфорта, так и степени психического здоровья после лечения в обеих группах повысились по сравнению с начальным этапом лечения. Однако в контрольной подгруппе эти положительные изменения незначительные и остаются по-прежнему ниже средних показателей этих параметров лиц из группы внешнего контроля – matched control (не имеющие наркотической зависимости), в то время как у пациентов из основной группы клинического эксперимента положительные изменения имеют выраженный характер и даже несколько превышают средний уровень показателей этих параметров группы внешнего контроля (см. таблицу № 16, (с. 117)).

Очень важным моментом, отражающим большую эффективность рассматриваемой модели неоабилитации, в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН), с нашей точки зрения, является тот факт, что показатели динамики объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации значительно выше в основной подгруппе клинического эксперимента в сравнении с контрольной подгруппой. Так, например, показатели динамики степени сокращения дистанции между терапевтом и пациентом в основной подгруппе более чем в 2.3 раза превышают соответствующие показатели в контрольной подгруппе клинического эксперимента (1.549 и 0.671 баллов). Показатели таких объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации как: способность присоединения в терапевтической коммуникации (аналогия в мимике, моторике, присоединение по тембру и интонации, синхронизация дыхательного и речевого темпо-ритма), эмоциональность и спонтанность ре-

агирования (выраженность вегетативных реакций), высокий уровень доверия и низкий уровень напряжения в группе (уровень мышечной релаксации) более выражены у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента (см. таблицу № 27) в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы. Данная динамика эмоциональных и поведенческих признаков характерна для рабочей фазы группового процесса (Рудестам К., 1990, 1998, Ялом И., 2000), а динамика личностных характеристик свидетельствует о развитии аутентичности и личностной зрелости. Это можно объяснить тем, что за время реабилитации-неоабилитации произошло развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Мы можем утверждать, что в процессе неоабилитации пациент как личность обретает условно новые качества, например, новый качественный уровень личностной идентификации, новый вектор интернальности (вместо внешнего локуса-контроля – внутренний), новые навыки ответственного выбора, новые жизненные мотивы и цели, новая способность доступа к супер-ресурсам психического, новая осведомленность о вреде наркотиков.

Важным показателем эффективности психотерапевтического процесса является факт осознания факта зависимости и достижения критического отношения к болезни, достижения инсайта в процессе психотерапии и редукции алекситимии. И. Ялом (2000) отмечает, что в процессе групповой терапии пациенты могут обрести инсайт на четырех различных уровнях: 1) первый уровень – пациенты могут составить о себе более объективное представление, о своей межличностной презентации; 2) второй уровень – пациенты могут обрести некоторое понимание своих более сложных паттернов межличностного поведения; 3) третий уровень И. Ялом (2000) определяет, как мотивационный инсайт (*motivational insight*), где пациент может узнать, *почему* он поступает так, как он поступает по отношению к другим людям и с ними и 4) четвертый уровень инсайта, генетический инсайт (*genetic insight*), представляет собой попытку помочь пациентам понять, как они пришли к своему нынешнему состоянию. В интергративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН) А.Л. Катков с соавт. (2003) выделяет следующие уровни терапевтических инсайтов: 1) первый уровень – осознание зависимости форм реагирования от особенностей ситуации; 2) второй уровень – осознание зависимости форм реагирования от особенностей личности; 3) третий уровень – осознание зависимости форм реагирования от условий развития личности; 4) четвертый уровень – осознание имеющегося дискомфорта, как сигнала необходимости форсированных изменений; 5) пятый уровень – осознание необходимости принятия гибкой стратегии разви-

тия, как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, высокого качества жизни, где сложности не фатальны, а необходимость изменений приветствуется (Катков А.Л. с соавт., 2003). Таким образом, четыре уровня достижения инсайта описанных И. Яломом (2000) соответствуют первым трем уровням достижения инсайта, описанных А.Л. Катковым и соавт. (2003). Для того чтобы проследить динамику достижения инсайта в процессе психотерапии в исследуемой и контрольной группах, мы исходили из учета уровней инсайтов, описанных А.Л. Катковым с соавт. (2003). Мы создали ранжированный параметр, где отсутствие достижения инсайта соответствовало 0 баллов, достижение инсайта 1-го уровня – 1 баллу, достижение инсайта 2-го уровня – 2 баллам, 3-го уровня – 3 баллам, 4 уровня – 4 баллам и, соответственно 5 уровня – 5 баллам. При оценке достижения инсайта 1-го уровня, мы так же учитывали и инсайт уровня межличностной презентации, описанный И. Яломом (2000). Для определения динамики и среднего уровня критического отношения к болезни, мы создали ранжированный параметр, где критическое восприятие болезни условно разделено на баллы следующим образом: 1 балл – отсутствие критического отношения к факту болезни (анозогнозия); 2 балла – псевдокритичное отношение к болезни, когда пациент формально в беседе с врачом не отрицает факт болезни и госпитализации, однако, тут же заявляет, что “я не болен”, “у меня нет зависимости”, “я смогу в любой момент сам бросить употреблять наркотики”; 3 балла – частично-критичное отношение к болезни, где пациент признает и осознает факт физической зависимости, сам является инициатором обращения в клинику, однако, ориентирован в основном на программу детокс и сомневается, иногда отрицает, факт психической зависимости, убежден в отсутствии возможных рецидивов в будущем; 4 балла – больной полностью критичен, осознает всю глубину картины болезни (с возможностью рецидивов). Показатели достижения различных уровней инсайта и критического отношения к болезни в основной и контрольной подгруппах клинического эксперимента отражены в таблице № 28.

Как видно из таблицы, на момент окончания лечения в основной подгруппе всего 7% пациентов не достигли инсайта в процессе психотерапии, в то время, как в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось более 37%. Так же, из основной подгруппы более 43% пациентов осознали зависимость своего поведения от условий их воспитания и развития, а в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось в 2.3 раза меньше (18.3%).

Важен тот факт, что более чем 82% пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента стали идентифицировать, отслеживать свой

Таблица № 28. Достижение инсайта в процессе психотерапии в основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгруппах клинического эксперимента.

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Достижение инсайта	Инсайт не достигнут	7 ± 5%	37.8 ± 10.5%	P < 0.01
	Достижение 1-го уровня	93.1 ± 4.9%	62.2 ± 10.5%	P < 0.01
	Достижение 2-го уровня	67.3 ± 9.15%	43.9 ± 10.7%	P < 0.01
	Достижение 3-го уровня	43 ± 9.7%	18.3 ± 8.4%	P < 0.01
	Достижение 4-го уровня	82.2 ± 7.5%	39 ± 10.6%	P < 0.01
	Достижение 5-го уровня	54.5 ± 9.7%	14.6 ± 7.6%	P < 0.01
	Уровень достижения инсайта	3.79 ± 0.342	2.024 ± 0.435	P < 0.01
	Динамика достижения уровня инсайта	3.667 ± 0.336	1.976 ± 0.426	P < 0.01
Отношение к болезни	Анозогнозия	0.98% 0.5 < 5.3%	12.2 ± 7.1%	P < 0.01
	Псевдокритичное	13.7 ± 6.7%	29.3 ± 9.8%	P < 0.05
	Критичное	70.6 ± 8.8%	31.7 ± 10.1%	P < 0.01
	Средний уровень критичного восприятия болезни	3.549 ± 0.15	2.78 ± 0.226	P < 0.01
	Динамика достижения критического отношения к болезни	1.112 ± 0.223	0.468 ± 0.287	P < 0.01
Алексетимия	Отсутствуют признаки	83.3 ± 7.2%	36.6 ± 10.4%	P < 0.01
	Присутствуют признаки	11.8 ± 6.2%	31.7 ± 10.1%	P < 0.01
	Выражена	4.9% 2.5 < 10.8%	24.4 ± 9.3%	P < 0.01
	Значительно выражена	0% 0 < 3.973%	7.3 ± 5.6%	P < 0.01
	Средний уровень	1.216 ± 0.102	2.024 ± 0.21	P < 0.01
	Динамика редукции	-1.775 ± 0.151	-1.049 ± 0.18	P < 0.01

дискомфорт и воспринимать его, как сигнал необходимости личностных изменений и более 54 % осознали необходимость постоянного личностного роста и развития, как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, высокого качества жизни. А в контрольной группе таких пациентов оказалось значительно меньше с

высокой степенью достоверности: 39% в отношении идентификации собственного дискомфорта и восприятия его, как индикатора необходимости личностных изменений, и 14.6% в отношении осознания необходимости постоянного личностного роста и развития.

Параметрические данные, так же подтверждают более значительные изменения в основной подгруппе клинического эксперимента. Так, например, среднее значение уровня достижения инсайта в основной подгруппе клинического эксперимента составило 3.79 балла в сравнении со средним значением уровня достижения инсайта в контрольной подгруппе клинического эксперимента – 2.024 балла, а среднее значение динамики достижения уровня инсайта в основной подгруппе клинического эксперимента составило 3.667 балла в сравнении со средним значением динамики достижения уровня инсайта в контрольной подгруппе клинического эксперимента – 1.976 балла. Способность к осознанию глубинных проблем и личностных конфликтов зависит от эффективности психотерапии с одной стороны и готовности, т.е. зрелости личности – с другой. Вышеприведенные данные в отношении динамики достижения уровней инсайта позволяют нам утверждать, что принципы и стратегии неоабилитации наиболее эффективны в плане развития свойств психологического здоровья, достижения личной зрелости сем стратегии ориентированные только на принципы реабилитации в работе с наркозависимыми.

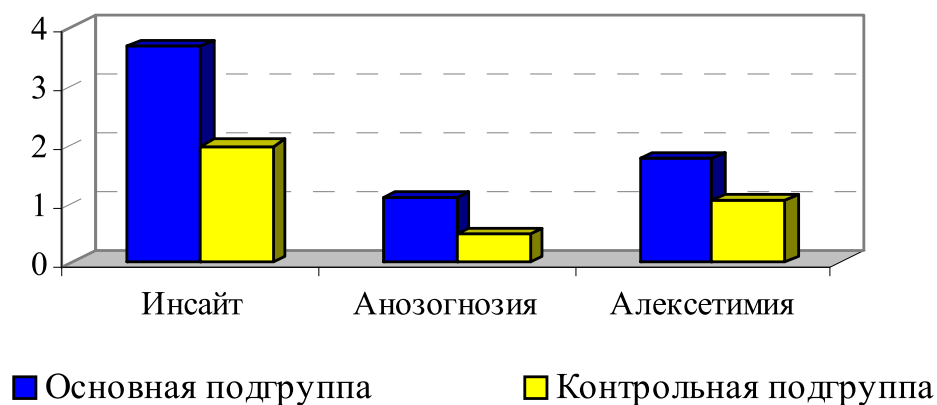
В отношении достижения критического отношения к болезни, так же более положительные и значительные изменения произошли в основной подгруппе клинического эксперимента. Так, например, на момент окончания лечения пациентов с отсутствием критики к своей болезни в основной подгруппе клинического эксперимента оказалось менее 1%, в то время, как в контрольной подгруппе, такие пациенты составили более 12%. Так же, в основной подгруппе значительно меньше (более чем в 2 раза) оказалось пациентов с псевдокритичным отношением к факту зависимости (13.7%) в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы (29.3%). Данные улучшения подтверждаются так же и параметрическими показателями: средний уровень критичного восприятия болезни в основной подгруппе составил 3.549 баллов, а среднее значение динамики достижения критического отношения к болезни 2.78 балла, в то время, как в контрольной подгруппе эти показатели составили соответственно 1.112 баллов и 0.468 баллов. Более высокий уровень критического отношения к болезни зависит еще и от полноценной информированности и адекватной осведомленности в отношении данной проблемы. Поэтому мы можем утверждать, что модель реабилитации-неоабилитации наиболее эффективна, чем стра-

тегии реабилитации в плане формирования и развития полноценной информированности, адекватной осведомленности и критического отношения к факту зависимости от наркотиков.

Для анализа динамики редукции алексетимии, мы так же создали ранжированные параметры. Для этого наличие или отсутствие алексетимии, мы условно разделили на баллы следующим образом: 1 балл – алексетимия отсутствует; 2 балла – отмечаются признаки алексетимии; 3 балла – алексетимия выражена; 4 балла – алексетимия значительно выражена. Как видно из таблицы № 28 как по дихотомным, так и по параметрическим данным, динамика редукции алексетимии более выражена в основной подгруппе клинического эксперимента. Так, например, на момент окончания лечения в основной подгруппе клинического эксперимента у 83.3% произошла полная редукция алексетимии (признаки алексетимии отсутствовали), в то время, как в контрольной подгруппе полная редукция алексетимии наступила лишь у 36.6% пациентов. И наоборот, выраженный и очень выраженный характер алексетимии на момент окончания лечения в основной подгруппе клинического эксперимента обнаруживал менее пяти процентов пациентов (4.9%), в то время как среди пациентов контрольной подгруппы такие пациенты составили 31.7%. Данная разница, так же подтверждается и параметрическими данными, так, например, средний уровень выраженности алексетимии в основной подгруппе клинического эксперимента составил 1.216 балла, в сравнении со средним уровнем выраженности алексетимии в контрольной подгруппе – 2.024 балла. Динамика алексетимии имела отрицательный характер (что собственно говорит о ее редукции) и в основной подгруппе клинического эксперимента (минус 1.775 балла) и в контрольной подгруппе (минус 1.049 балла), что в 1.7 раза больше. Рисунок № 5 демонстрирует динамику осознания и критического отношения к болезни, редукции алексетимии в основной и контрольной подгруппах клинического эксперимента на момент окончания лечения.

Таким образом, мы можем констатировать тот факт, что показатели динамики достижения уровня инсайта, достижения уровня критического отношения к болезни и редукции алексетимии в процессе лечения значительно превышают у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента, в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы. Соответственно мы можем утверждать, что эффективность предлагаемой модели реабилитации-неоабилитации в контексте ИРПН превышает эффективность лечебных программ, ориентирующихся только на принципы реабилитации.

Рисунок № 5. Динамика достижения уровня инсайта, критики осознания болезни и редукции алексетимии (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгрупп клинического эксперимента на момент окончания лечения.



Динамика клинических психопатологических синдромов в исследуемых подгруппах клинического эксперимента

Выше мы проанализировали некоторые показатели, отражающие терапевтическую динамику пациента в процессе лечебно-реабилитационного процесса. Ряд авторов указывают на наличие различных клинических синдромов в результате потребления опиоидов, от ранних предвестников синдрома отмены до затяжной абстиненции, длительность которой может составлять до 6 месяцев (Рохлина М.Л., 1981, 1995, 2002, Попов Ю.В., Вид В.Д., 1998, Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2000, Фридман Л.С. и соавт., 2000, Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000, 2001, Стрелец Н.В., 2001), в том числе в контексте возрастных особенностей (Надеждин А.В., 1999, 2002, Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., 2002), гендерных особенностей (Рохлина М.Л., Мохначев С.О., 2001). Нам интересно было проследить динамику основных психопатологических, клинических синдромов и симптомов в контексте их достоверных различий в основной и контрольной подгруппах клинического эксперимента (таблица № 29), и проанализировать возможную закономерность их проявления и динамики.

Из данной таблицы видно, что тяжесть протекания основных клинических психопатологических синдромов в основной подгруппе клинического эксперимента достоверно ниже в сравнении с контрольной подгруппой, как по длительности течения, так и по степени выраженности. Достоверные различия представлены как дихотомными, так и параметрическими показателями. В этом разделе мы сравним достоверные разли-

Таблица № 29. Показатели психопатологических симптомов и синдромов в основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгруппах клинического эксперимента.

Характеристики основных клинических синдромов			1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Длительность синдрома / симптома в днях	Абстинентный		9.8 ± 0.6	13.18 ± 0.7	P < 0.01
	Депрессивный		7.63 ± 0.74	11.21 ± 0.99	P < 0.01
	Патологическое влечение к наркотику		7.56 ± 0.41	10.5 ± 0.41	P < 0.01
	Органическое расстройство личности		14.41 ± 1.66	24.09 ± 2.42	P < 0.01
	Астенический		8.4 ± 2.57	13.71 ± 0.62	P < 0.01
Анозогнозия			15.01 ± 1.2	21.048 ± 1.16	P < 0.01
Степень выраженности синдромов/симптомов	Депрессивный	Среднее значение	2.5 ± 0.2%	2.9 ± 0.1%	P < 0.01
		Слабо выраженный	54.3 ± 16.5%	7.1% 1.3<23.1%	P < 0.01
		Умеренно выражен	45.7 ± 16.5%	92.9% 74.5<97.6%	P < 0.01
	Патологическое влечение к наркотику	Среднее значение	2.74 ± 0.09	2.99 ± 0.05	P < 0.01
		Слабо выраженное	27.6 ± 8.5%	3.6% 1.6<10.1%	P < 0.01
		Умеренно выражен	70.5 ± 8.7%	94.1 ± 5.1%	P < 0.01
		Зарегистрированные случаи	2.16 ± 0.17	3.27 ± 0.12	P < 0.01
	Динамика редукции состояния отмены по степени выраженности			2.294 ± 0.38	1.466 ± 0.33

чия каждого представленного синдрома в отдельности. Корреляционный регрессионный анализ этих синдромов мы проведем ниже в последующих разделах.

Синдром зависимости, состояние отмены (дескриптивно-феноменологический анализ). Степень выраженности синдрома зависимости, состояния отмены (абстинентного синдрома) оценивалась по шкале “Оценки степени выраженности синдрома отмены” – (PWC) – 20 ITEM (Rickels K. et al., 1990), где учитывались симптомы психоневрологического, и соматического характера. К ним относились следующие: нарушение аппетита, тошнота или рвота, диарея, тревожность, раздражительность, дисфория, депрессия, диссомния (агрипния), астения, нарушение коорди-

нации движений, гиперактивность в виде суетливости и возбужденности, повышенное потоотделение, тремор, дрожь, вертиго (головокружение), головные боли, мышечные боли, мышечная слабость или скованность, гиперестезия, парестезии, трудность концентрации (истощаемость) внимания, трудность запоминания, деперсонализационно-дерелизационные нарушения.

Из таблицы № 29 видно, что средняя длительность состояния отмены в основной подгруппе клинического эксперимента составляет в среднем 9.8 дней в сравнении с контрольной подгруппой – 13.2 дня, что в среднем на 3.4 дня меньше.

Так же было отмечено, что *астенические проявления* у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в среднем меньше на 5,3 дня в сравнении с пациентами их контрольной подгруппы. Нам представляется важным тот факт, что данное достоверное различие в длительности астенических проявлений не связано с коморбидной патологией (соматические расстройства, проявление резидуально-органического поражения ЦНС), так как мы не обнаружили достоверных различий в исследуемых подгруппах клинического эксперимента в отношении наличия указанных патологий.

Резидуальное аффективное расстройство (депрессивный синдром). Мы сравнили депрессивные проявления в структуре синдрома зависимости, состояния отмены по длительности и интенсивности проявления в исследуемых подгруппах клинического эксперимента, и получили следующие данные. Длительность депрессивных расстройств в основной подгруппе клинического эксперимента составила в среднем 7.6 дней, а в контрольной подгруппе – 11.2 дней, что в среднем на 3.6 дней меньше. С помощью шкалы депрессии Гамильтона мы ранжировали показатели, характеризующие степень выраженности депрессивного синдрома следующим образом: 0 баллам соответствовало отсутствие данного синдрома; 1 баллу соответствовало наличие слабовыраженных признаков данного синдрома; 2 баллам – средне выраженный и 3 баллам – выраженный депрессивный синдром. В результате получили следующие данные: среднее значение по степени выраженности депрессивного синдрома, так же оказалось ниже в среднем на 0.5 балла в основной подгруппе клинического эксперимента (2.5 балла) в сравнении с контрольной подгруппой (2.9 балла). Так же необходимо отметить, что данная разница в длительности и степени выраженности депрессивного синдрома не зависела от коморбидного депрессивного расстройства, так как нами не было обнаружено достоверных различий в группах в плане данной сопутствующей патологии.

Сравнение дихотомных параметров, позволило обнаружить следующую закономерность в отношении превалентности степени выраженности депрессивного синдрома. Так, например, в основной подгруппе клинического эксперимента отмечалась большая превалентность менее выраженных форм депрессивных нарушений (54.3% – слабовыраженный синдром, в сравнении с контрольной – 7.1%) и меньшая превалентность более выраженных форм депрессивных расстройств (45.7% – умеренно выраженный синдром, в сравнении с контрольной – 92.9%).

Более быструю редукцию депрессивного синдрома в основной подгруппе клинического эксперимента, мы связываем с особенностями ИРПН, модели реабилитации-неоабилитации. Психотерапевтическая работа в группе построена таким образом, что пациент проходит ряд тематических психологических тренингов, специально ориентированных на работу с различными “травмированными” личностными статусами. Например, для работы с личностным статусом “Я-телесное” был разработан телесно-ориентированный тренинг и различные варианты динамической медитации, где предоставлялась возможность достаточного эмоционального отреагирования проблем, связанных с принятием своего тела. Для работы с личностным статусом “Я-ребенок” был разработан тренинг детско-родительских отношений, где так же предоставлялась возможность достаточного отреагирования глубинных проблем, связанных с реакциями переноса. Возможность достижения инсайта в плане осознания глубинных конфликтов с принятием своего тела или глубинных детских конфликтов предоставлялась на групповых занятиях, а так же на групповых терапевтических сессиях по арт-терапии и трансперсональной психотерапии. Аналогичным образом были разработаны специализированные тематические тренинги для работы с остальными личностными статусами. Этот подход, позволяет достаточно быстро осознать и эмоционально отреагировать возможные глубинные внутриличностные конфликты, и соответственно редуцировать депрессивные расстройства. Данное утверждение подтверждается тем фактом, что в основной подгруппе клинического эксперимента, которая находилась в терапевтической программе ориентированной на реабилитацию-неоабилитацию (в контексте ИРГПН), длительность и степень выраженности депрессивного синдрома меньше, чем в контрольной подгруппе, терапевтическая программа которой ориентирована только на реабилитацию.

Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику. Средняя продолжительность выраженных проявлений данного симптома в основной подгруппе клинического экспери-

мента оказалась на 2,9 дня меньше чем в контрольной подгруппе, и в среднем составила 7.6 дней, в то время как в контрольной подгруппе – 10.5 дней. Среднее значение степени выраженности данного синдрома, так же меньше в основной подгруппе клинического эксперимента 2.7 балла, в сравнении с контрольной подгруппой, практически 3 балла. Превалентность различной степени выраженности патологического влечения к наркотику распределилась подобно превалентности депрессивного синдрома, т.е. в основной подгруппе клинического эксперимента в большей степени представлены менее выраженные формы интенсивности в сравнении с контрольной подгруппой (“Слабовыраженный” – 27.6% и 3.6% соответственно), и наоборот, в меньшей степени представлены более выраженные формы данного синдрома (“Умеренно выраженный” 70.5% и 94%).

Нам представляется важным тот факт, что среднее количество зарегистрированных случаев симптома спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику в среднем в полтора раза меньше в основной подгруппе в сравнении с контрольной (2.2 и 3.3 раза). Это можно объяснить несколькими причинами: во-первых, как мы указывали выше, структура процесса реабилитации-неоабилитации построена таким образом, где поддерживаются и поощряются нормативные личностные статусы и не поощряется, а, наоборот, блокируется всякая попытка поощрения патологического статуса “Я-наркоман”. Возможность и вероятность индуцирования друг друга, в этом случае значительно уменьшается. Во-вторых, само развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости предусматривает развитие конструктивных форм аллопсихической адаптации, активно-конструктивных стратегий совладания с проблемной или конфликтной ситуацией, о чем мы говорили выше (см. комментарии к таблице № 21).

Расстройства личности и поведения. Длительность нарушений поведения (F 11.71), которые соответствуют критериям органического расстройства личности (F 07.0) или псевдолобного синдрома психопатоподобного уровня (в прежних классификациях данные расстройства квалифицировались как психопатоподобный синдром) оказалась в среднем на 9.7 дней меньше в основной подгруппе клинического эксперимента в сравнении с контрольной подгруппой (14.4 дня и 24.1 дня). Этот факт мы так же связываем с особенностями структуры процесса реабилитации-неоабилитации: развитие и поощрение развития нормативных личностных статусов и блокирование развития патологического статуса “Я-наркоман”, и развитие психологического здоровья, что приводит к более зрелым поведенческим формам реагирования и поведения, а так же более конструктивным стратегиям совладания с проблемной ситуацией.

Анозогнозия. Выше мы уже коснулись сравнения достижения критического отношения к факту зависимости от наркотика в исследуемых подгруппах клинического эксперимента. Тем не менее, нам хотелось, так же сравнить проявление данного синдрома по длительности его присутствия. Как видно из таблицы № 29, что средняя длительность анозогностического синдрома в основной подгруппе клинического эксперимента составляет в среднем 15 дней в сравнении с контрольной подгруппой – 21 день, что в среднем на 6 дней меньше. При этом нужно отметить, что это не связано с разной степенью выраженности психоорганического синдрома, так как при сравнении исследуемых подгрупп клинического эксперимента в отношении психоорганического (псевдолобного) синдрома, нами не было получено достоверной разницы между этими группами. Более быструю редукцию анозогностического синдрома мы связываем с особенностями терапевтической модели реабилитация-неоабилитация в контексте ИРПН, в частности с тем, что пациентам ежедневно проводились лекции, которые читали и врачебный персонал, и сами резиденты программы. Пациентам после ежедневных занятий на группах, давались домашние задания, ориентирующие их на развитие навыков интроспекции и рефлексии.

Таким образом, в результате проведенного анализа синдрома зависимости, состояния отмены по дескриптивно-феноменологическому принципу, было обнаружено, что общая динамика редукции степени выраженности состояния отмены достоверно превышала у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы в среднем в 1.6 раза. Это, возможно, объяснить (как указывалось выше) терапевтическими особенностями модели реабилитации-неоабилитации, где интенсивность эмоциональных (в большей степени) позитивных переживаний максимально представлена в течение всего рабочего дня. К.Э. Изард (1999) отмечает, что позитивные эмоции могут подавлять интенсивность проявления физиологических драйвов (жажда, голод), а так же снижать интенсивность боли и усталости. Выше мы уже отмечали, что предлагаемая модель реабилитации-неоабилитации в контексте ИРПН с первых дней пребывания в программе предусматривает максимальное и интенсивное вовлечение в лечебный процесс, где у пациента все время занято и нет свободного времени с 07 часов утра до 23 часов вечера. Полная занятость и структурно-деятельная насыщенность дает новые возможности для возникновения таких эмоций, как интерес и радость – основные позитивно-ресурсные эмоции. Важным моментом является то, что не только медицинский персонал, но и старшие резиденты (пациенты, находящиеся в программе более длительное время)

пресекают формы поведения, направленные на поощрение патологического личностного статуса “Я-наркоман”. Следующий момент, это то, что, не смотря на конфронтационное отношение к наркоманическому поведению (конфронтация с болезнью) в программе поддерживается синергетическое отношение к участнику программы (синергетика с личностью). Это те необходимые условия для быстрого растождествления нормативного поведения с болезненным поведением, нормативных личностных статусов с патологическим личностным статусом.

Подводя итог, мы можем констатировать следующее. В основной подгруппе клинического эксперимента, которая находилась в терапевтической программе ориентированной на модель реабилитации-неоабилизации, редукция проявлений основных клинических симптомов и синдромов, наблюдающихся в период состояния отмены достоверно наступает раньше и степень ее выраженности больше, чем у пациентов из контрольной подгруппы, терапевтическая программа которой ориентирована в основном на принципы реабилитации.

Клинико-динамический аспект больных опийной наркоманией с коморбидной психической патологией

Как было отмечено выше, среди участников клинического эксперимента были диагностированы следующие виды психических расстройств, согласно критериям МКБ-10: органическое расстройство, посткоммоционный синдром (F 07.2); аффективные расстройства настроения – F 3 (в частности: F 33 – рекуррентное депрессивное расстройство); расстройства зрелой личности и поведения у взрослых – F 6 (в частности: F 60.31 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип; F 60.4 – истерическое расстройство личности; F 60.6 – тревожное (уклоняющееся) расстройство личности; F 60.7 – зависимое расстройство личности; F 60.8 – другие специфические расстройства личности).

В количественном плане участники клинического эксперимента, имеющие коморбидную психическую патологию, распределились относительно равномерно, как в основной, так и в контрольной подгруппе, т.е. не было выявлено достоверных различий в отношении какой-либо коморбидности. Интересным оказался тот факт, что лица, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством (F 33), имели наркотическую зависимость не от опиоидов, которые являются депрессантами ЦНС, а от психостимуляторов (стимулянты ЦНС). Таких пациентов оказалось двое (по одному в каждой из подгрупп): один (основная подгруппа) имел кокаиновую зависимость (F 14), другой (контрольная подгруппа) – зависимость от эфедрона/меткатинона (F 15) (в данном случае психоактивное веще-

ство изготавливалось кустарным способом из препарата “Колдакт”). Нами не проводился анализ этих случаев по ряду причин: данное исследование в основном касалось больных опийной наркоманией с одной стороны, данная группа явилась малочисленной для математического анализа – с другой. Так же нами не было получено каких-либо значимых результатов в отношении больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную патологию в виде органического расстройства (посткоммоционный синдром F 07.2). Ниже приводятся некоторые характеристики больных опийной наркоманией, имеющих коморбидные психические расстройства, входящих в группу расстройств зрелой личности и поведения у взрослых – F 6.

Клинические особенности опийной наркомании у лиц с коморбидной психической патологией

Был проведен сравнительный анализ больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную патологию (F 6) с теми, кто не имел данной коморбидной патологии на момент включения в программу, т.е. до терапевтического вмешательства. В результате проведенного анализа были выявлены некоторые достоверные различия, которые отражены в таблице № 30.

Таблица № 30. Некоторые клинические особенности опийной наркомании у лиц, имеющих F 6 (1 группа, n = 24) и не имеющих коморбидной патологии (2 группа, n = 156).

До лечения		F 11 + F 60 (n = 24)	F 11 (n = 156)	P
Спонтанно возникающее первичное патологическое влечение к наркотику, с борьбой мотивов и критической оценкой своего состояния		0.2 ± 0.2	0.5 ± 0.1	P < 0.05
Степень выраженности острой интоксикации: нарушения внимания		0.2 ± 0.3	0.1 ± 0.1	P < 0.05
Степень выраженности аналогии в мимических реакциях		1.1 ± 0.2	1.4 ± 0.1	P < 0.05
Отсутствие аналогии в мимических реакциях		91.7% 70.3 < 97.3%	68.3 ± 7.2%	P < 0.05
16 F опросник Р. Кеттелла	Шкала «В»	6.6 ± 0.7	7.5 ± 0.3	P < 0.05

Степень выраженности проявлений острой интоксикации (степень выраженности нарушения внимания) достоверно в 2 раза превышает у больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую

патологию в виде расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (F 6) в сравнении с наркозависимыми, не имеющими коморбидной патологии. Так же наркозависимые с сопутствующими личностными расстройствами в меньшей степени идентифицировали спонтанно возникающее первичное патологическое влечение к наркотику. В то время как лица, страдающие опиоидной зависимостью без коморбидной психической патологии, лучше отслеживали и идентифицировали спонтанно возникающее первичное патологическое влечение к наркотику в период состояния отмены и в большей степени пытались контролировать его или совладать с данным влечением. Лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности (F 60.31), страдающие опийной наркоманией хуже включались в психотерапевтический процесс в сравнении с теми, у кого отсутствует специфическое личностное расстройство. Об этом свидетельствуют показатели степени выраженности аналогии в мимических реакциях в групповой психотерапевтической работе и высокий процент (91.7%) тех, у кого нет объективных признаков включения и вовлеченности в психотерапевтический процесс.

Достоверные различия показателей шкалы “В” 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла свидетельствуют о том, что у наркозависимых имеющих расстройства зрелой личности (F 60) в период состояния отмены присутствовали нарушения когнитивных процессов в виде эмоциональной дезорганизации мышления.

Данные результаты позволяют сделать следующий вывод: острая интоксикация и состояние отмены у больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств зрелой личности протекают в более тяжелой форме, чем у наркозависимых не имеющих коморбидной патологии.

Особенности динамики психотерапевтического процесса у больных опийной наркоманией с коморбидной психической патологией

По завершении клинического эксперимента был проведен анализ показателей, отражающих динамику лечебного процесса. В первом случае сравнивались больные опийной наркоманией с коморбидной патологией (специфические расстройства зрелой личности – F 60) с наркозависимыми не имеющими коморбидной патологии (таблица № 31). Во втором случае сравнивались больные опийной наркоманией с коморбидной патологией (специфические расстройства зрелой личности – F 60) из основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента (таблица № 32).

Из данной таблицы видно, что у зависимых от опиоидов не имеющих коморбидной патологии, индикаторы, характеризующие глубину психо-

Таблица № 31. Показатели терапевтической динамики у больных опийной наркоманией, имеющих F 6 (n = 24) и не имеющих коморбидной патологии (n = 156).

После лечения		F 11 + F 60 (n = 24)	F 11 (n = 156)	P
Синхронизация речевого темпо-ритма отсутствует		34.8 ± 19.5%	15.1 ± 5.6%	P < 0.05
Степень выраженности вегетативных реакций		2.1 ± 0.4	2.6 ± 0.1	P < 0.01
Вегетативные реакции отсутствуют		34.8 ± 19.5%	14.5 ± 5.5%	P < 0.05
16 F опросник Р. Кеттелла	Шкала «Q ₁ »	5.8 ± 0.7	6.8 ± 0.3	P < 0.05
	Шкала «Q ₄ »	4.9 ± 0.6	4.3 ± 0.2	P < 0.05

терапевтической коммуникации – синхронизация речевого темпо-ритма пациента, степень выраженности его вегетативных реакций на психотерапевтических сессиях – достоверно превышают таковые у опиоидных зависимых, имеющих сопутствующую психическую патологию в виде следующих специфических расстройств зрелой личности: F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8.

После прохождения курса лечения больным опийной наркоманией со специфическими расстройствами зрелой личности (F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8) были присущи большая консервативность, безынициативность, сомнение в отношении новых идей, склонность к протестным формам поведения (разница показателей шкалы «Q₁») и более выраженная возбужденность, взволнованность, раздражительность, избыток побуждений, не находящихся разрядки (разница показателей шкалы «Q₄»), в сравнении с теми больными, кто не имел коморбидной патологии. Данный факт может свидетельствовать о своеобразной резистентности к психотерапевтическим воздействиям и, соответственно, о меньшей эффективности психотерапии у больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию, в частности специфические расстройства зрелой личности.

Для определения эффективности предлагаемой неоабилитационной программы, был проведен сравнительный анализ показателей, характеризующих психотерапевтическую динамику (таблица № 32) у больных опийной наркоманией со специфическими расстройствами личности (F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8), т.к. эта группа являлась наиболее многочисленной в сравнении с остальными специфическими расстройствами личности (F 07.2, F 33), диагностированными, как коморбидная патология.

Таблица № 32. Показатели терапевтической динамики у больных с F 11, и F 60 в основной (1 группа, n = 24) и контрольной (2 группа, n = 156) подгруппах.

Пациенты с F 11 + F 60 (окончание лечения)		1группа (n = 24)	2группа (n = 156)	P
Достижения уровня инсайта в процессе психо- терапии	Не достигнут	8.3% 0 < 39.4%	54.5% 22.4 < 83.3%	P < 0.05
	1-й уровень	91.7% 58.9 < 99.3%	45.5% 15.9 < 78%	P < 0.05
	4-й уровень	83.3% 48.9 < 97.9%	18.2% 2 < 53.2%	P < 0.01
Алексетимия	Выражена	0% 0 < 27.2%	45.5% 15.9 < 78%	P < 0.05
	Отсутствует	83.3% 48.9 < 97.9%	27.3% 4.9 < 61.9%	P < 0.01
Индикаторы психотерапевтического процесса (степень выраженности)	Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом: слабая степень	8.3% 0 < 39.4%	72.7% 37.6 < 94.5%	P < 0.01
	Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом: значительная степень	66.7% 33.7 < 90.1%	0% 0 < 28.6%	P < 0.01
	Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): слабая степень	8.3% 0 < 39.4%	63.6% 29.5 < 88.3%	P < 0.01
	Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): значительная степень	66.7% 33.7 < 90.1%	0% 0 < 28.6%	P < 0.01
	Аналогии в мимических реакциях: отсутствуют	0% 0 < 27.2%	63.6% 29.5 < 88.3%	P < 0.01
	Присоединение по тембру и интонациям речи: значительная степень	41.7% 14.2 < 73.5%	0% 0 < 28.6%	P < 0.05
	Синхронизация речевого темпо-ритма: отсутствует	0% 0 < 27.2%	72.7% 37.6 < 94.5%	P < 0.01
	Синхронизация речевого темпо-ритма: значительная степень	41.7% 14.2 < 73.5%	0% 0 < 28.6%	P < 0.05
	Синхронизация дыхательно-го ритма: отсутствует	0% 0 < 27.2%	72.7% 37.6 < 94.5%	P < 0.01

Как показывает таблица № 32, показатели, характеризующие терапевтическую динамику и соответственно эффективность терапевтического процесса достоверно выше у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента, в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы.

Динамика терапевтического процесса. По завершении лечебной программы в группе неоабилитантов в сравнении с реабилитантами в 6.6 раза оказалось меньше тех, кто не достиг инсайта вообще, тех, кто достиг первого уровня инсайта (осознания своей личностной презентации), оказалось в 2 раза больше, генетического уровня инсайта соответственно в 4.6. раза больше. Так же у представителей основной подгруппы клинического эксперимента, на момент завершения программы практически не оказалось тех, у кого признаки алексетимии были выраженными, в то время как в контрольной подгруппе таких лиц оказалось практически половина (45.5%) и в 3 раза больше тех, у кого полностью отсутствовали признаки алексетимии. Особую значимость представляют достоверные различия объективных признаков, отражающих уровень включения пациента в психотерапевтический процесс и его конгруэнтность: степень выраженности сокращения дистанции между терапевтом и клиентом; способность к активному присоединению и эмпатии (аналогия в моторике и мимике, присоединение по тембру и интонациям речи, синхронизация речевого темпо-ритма, синхронизация дыхательного ритма), степени выраженности мышечной релаксации. Все указанные показатели достоверно превышают у пациентов неоабилитационной программы (основная подгруппа) в сравнении с пациентами, чья программа ориентирована только на принципы реабилитации (контрольная подгруппа) (таблица № 32).

Редукция психопатологических симптомов и синдромов. Выше мы уже отметили редукцию психопатологических симптомов и синдромов больных опийной наркоманией, участников клинического эксперимента. Особую значимость представляют достоверные различия показателей, отражающих редукцию психопатологических симптомов и синдромов у больных опийной наркоманией, имеющих специфические расстройства личности и поведения, которые отражены в таблице № 33.

Из таблицы видно, что длительность проявлений основных психопатологических симптомов и синдромов достоверно меньше у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с контрольной подгруппой:

- длительность проявлений анозогнозии в среднем на 6 дней;
- длительность проявлений депрессивного синдрома в среднем на 7 дней;

Таблица № 33. Редукция психопатологических симптомов и синдромов у наркозависимых с коморбидной патологией (F 60) в основной (n = 105) и контрольной подгруппах.

Пациенты с F 11 + F 60		1 группа (n = 24)	2 группа (n = 156)	P
Анозогнозия	Длительность в днях	17.1 ± 4.6	22.9 ± 3	P < 0.05
Резидуальное аффективное расстройство (депрессивный синдром)		6 ± 12.7	13 ± 2.8	P < 0.05
Расстройства поведения психопатоподобного уровня		14.3 ± 3.4	24.5 ± 44.5	P < 0.05
Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику		8.6 ± 1.3	10.6 ± 1.6	P < 0.05

- длительность проявлений поведенческих расстройств психопатоподобного уровня в среднем на 10 дней;

- длительность проявлений симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику в среднем на 2 дня.

Клинические особенности ремиссии больных опийной наркоманией с коморбидной психической патологией (12 месяцев после лечения)

В результате сравнительного анализа качества жизни (шкала VITAR, SF-36) в период ремиссии (по истечению 12 месяцев после завершения лечения) у больных опийной наркоманией без коморбидной патологии было обнаружено достоверное превышение показателей только одной шкалы, характеризующей физическую активность (29.5 ± 0.1 баллов) в сравнении с наркозависимыми имеющими специфические расстройства личности, в частности такими как F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8 (29.2 ± 0.3 балла).

Был проведен сравнительный анализ качества жизни в период ремиссии у участников клинического эксперимента – лиц с такими расстройствами личности как F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8 (и зависимых от опиоидов) и в результате были обнаружены достоверные различия по шкале VITAR, SF-36. В частности показатели, характеризующие качество жизни достоверно превышали в основной подгруппе клинического эксперимента, в сравнении с контрольной подгруппой:

- физическая активность: 29.8 и 29.2 баллов соответственно, при $P < 0.01$;
- общее здоровье: 16.5 и 15.2 баллов соответственно, при $P < 0.05$;
- жизнеспособность 15.7 и 14.9 баллов соответственно, при $P < 0.05$;
- общее физическое здоровье: 57 и 54.5 баллов соответственно, при $P < 0.05$.

Данные результаты позволяют сделать вывод, что для больных опиоидной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и поведения (F 11 и F 60) лечебные программы, ориентированные на принципы реабилитации-неоабилитации более эффективны, чем программы, ориентированные только на принципы реабилитации.

Результаты клинического эксперимента. Психолого-динамический аспект

Динамика личностных характеристик и свойств психологического здоровья в исследуемых подгруппах клинического эксперимента на момент окончания терапии (субъективная оценка)

Нам было интересно проанализировать динамику некоторых личностных характеристик и свойств психологического здоровья в исследуемых подгруппах клинического эксперимента на момент окончания терапии, для сравнения эффективности предлагаемой модели реабилитации-неоабилитации с терапевтической программой, ориентирующей на принципы реабилитации. В таблице № 34 отражены некоторые результаты.

Принятие своего тела. Мы уже отмечали выше, что на момент начала лечения в субъективной оценке своего тела не было обнаружено достоверных различий, и средний балл субъективной оценки своего тела составил 2.7 балла. На момент окончания лечения отношение к своему телу улучшилось, как у пациентов контрольной подгруппы (3.1 балла), так и у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента (4.4 балла). Однако динамика положительных изменений в основной подгруппе была более выраженной по сравнению с динамикой контрольной подгруппы (1.6 баллов и 0.5 баллов).

На момент окончания лечения средний балл субъективной оценки своего тела у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента превысил таковой у исследуемых из группы внешнего контроля (4.4 балла и 4 балла соответственно). Количественные показатели, так же характеризуют лучшие результаты в основной подгруппе. Более 92% пациентов из основной подгруппы приняли свое тело и всего 0,5% по-прежнему не приняли свое тело. В то время как в контрольной подгруппе на момент окончания терапии, пациентов принявших свое тело оказалось менее половины (44,7%) и более трети (39,2%) по-прежнему не приняли своего тела. Сам факт осознания неприятия и впоследствии осознанного принятия своего тела является, по сути, новым статусным состоянием для того, кто раньше отвергал его, а, следовательно, говорит о лечебном изменении, которое мы обозначаем как *неоабилитация*. Неоабилитация сделала

Таблица № 34. Психолого-динамические показатели у пациентов из основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгрупп клинического эксперимента.

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Принятие своего тела		92.2 ± 2.8%	44.7 ± 7.1%	P < 0.01
Непринятие своего тела		0.5% 0.3 < 2.3%	39.2 ± 7%	P < 0.01
Субъективная оценка своего тела		4.4 ± 0.1	3.1 ± 0.3	P < 0.01
Динамика самооценки тела		1.6 ± 0.2	0.5 ± 0.25	P < 0.01
Динамика вектора предназначения жизни «достичь жизненных целей»		4.243 ± 0.304	3.524 ± 0.37	P < 0.01
Динамика личного отношения к авторитетам «прислушиваюсь, но поступаю, как считаю нужным»		2.667 ± 0.202	2.179 ± 0.25	P < 0.01
Динамика «способности к новому решению любой проблемы»		0.806 ± 0.217	0.183 ± 0.22	P < 0.01
Определение ЗОЖ	«Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие»	72.82 ± 8.6%	23.5 ± 9.2%	P < 0.01
	«Гармония в семье и на работе»	36.89 ± 9.3%	21 ± 8.9%	P < 0.05
	«Воздержание от вредных привычек (алкоголь, наркотики)»	30.1 ± 8.86%	75.3 ± 9.4%	P < 0.01

Дополнение к таблице № 33.

Исследуемый параметр		Среднее значение	P ₁ *	P ₂ *
Исключение употребления наркотиков из всех жизненных горизонтов	1 группа n = 105	0.612 ± 0.096	P < 0.01	P < 0.01
	2 группа n = 84	0.086 ± 0.08	P > 0.05	P > 0.05

Примечание* в дополнении к таблице № 33 отражены следующие критерии достоверности различий: P₁ – критерий Стьюдента и P₂ – критерий Уилкоксона.

реальным процесс завершения личностной идентификации, в частности личностного статуса “Я-телесное”, что соответствует положениям теории Э. Эриксона и предлагаемой концепции психологического здоровья и подтверждается полученными результатами интегративно-развивающей психотерапии (модель реабилитации-неоабилитации).

Конструктивный жизненный сценарий. В основной подгруппе существенно изменились акценты в плане определения здорового образа жизни (ЗОЖ) в сторону наличия жизненных целей, что собственно и определяет наличие конструктивного жизненного сценария. Так, например 72.8% пациентов из основной подгруппы на вопрос определения ЗОЖ утвердительно ответили следующим образом: “Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие”, в то время как в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось в 3 раза меньше (23,5%). Так же в основной подгруппе в сравнении с контрольной подгруппой прослеживается более значительная положительная динамика субъективной оценки вектора предназначения жизни (“достичь своих жизненных целей” – жизненные цели, мотивы) (4.2 балла и 3.5 балла).

В отношении дальнейшего анализа субъективных оценок ЗОЖ, говорящих в пользу наличия конструктивного жизненного сценария необходимо отметить факт включения пациентами в определение здорового образа жизни наличие гармонии в семье и на работе. В этом случае пациентов, которые на вопрос о понятии здорового образа жизни ответили: “Гармония в семье и на работе (учебе)” так же оказалось значительно больше в основной подгруппе, чем в контрольной (36.9% и 21%).

Интересным представляется факт, что подавляющее большинство пациентов из контрольной подгруппы смысл здорового образа жизни определили как: “Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)” в сравнении с пациентами основной подгруппы (75.3% и 30.1%). Данный факт можно объяснить тем, что для пациентов контрольной подгруппы вопросы, связанные со смыслом здорового образа жизни в основном касаются воздержания от психоактивных веществ, и другие жизненные смыслы для них либо еще не актуальны, либо их просто нет. В то время, как у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента понятие “Здоровый образ жизни” все больше ассоциируется с наличием жизненных целей и мотивов, что говорит о наличии конструктивного жизненного сценария.

В основной подгруппе клинического эксперимента в процессе реабилитации-неоабилитации прослеживается существенная положительная

динамика показателей характеризующих полное исключение употребления любого наркотика из всех жизненных горизонтов, при высокой степени достоверности различий, как по критерию Стьюдента ($P < 0.01$), так и по критерию Уилкоксона ($P < 0.01$). В то время, как в контрольной подгруппе клинического эксперимента не было отмечено ни по критерию Стьюдента ($P > 0.05$), ни по критерию Уилкоксона ($P > 0.05$).

Адаптивные способности. На момент начала лечения пациенты обеих подгрупп клинического эксперимента, в плане личного отношения к авторитетам отвечали в равных соотношениях: “Отвергаю любые авторитеты и живу своим умом”, гораздо чаще, чем: “Прислушиваюсь к мнению других людей, но поступаю, как считаю нужным”. Этот факт свидетельствует о высоком уровне личностно-социальной ригидности. Это в свою очередь может свидетельствовать о низком уровне базисного доверия с одной стороны и отсутствии эго-идентичности, т.е. личностной идентификации – с другой. В этом случае личность руководствуется принципом: “Я поступаю так, как знаю”. На первое место выходит факт самого поступка, а не прогноз его последствий. Такой человек не способен учитывать и принимать другое мнение, поскольку ему не доверяет. Соответственно, любая нестандартная ситуация, требующая быстрого принятия нового, нестандартного решения, является для данной личности непосильной задачей и проблемой.

В этом плане, на момент окончания лечения в подгруппах клинического эксперимента произошли существенные изменения соотношений показателей динамики личного отношения к авторитетам. Так, например, у пациентов из основной подгруппы достоверно прослеживается более выраженная динамика в сторону ответа: “Прислушиваюсь к мнению других людей, но поступаю, как считаю нужным” (2.7 балла) в сравнении с пациентами контрольной подгруппы (2.2 балла), что свидетельствует о том, что пациенты, проходящие курс реабилитации-неоабилитации в рамках интегративно-развивающей групповой психотерапии, приняли более гибкую стратегию личностных изменений. Это так же подтверждается тем, что на момент окончания терапии субъективная оценка динамики такой характеристики, как “способность к новому решению любой проблемы” у пациентов из основной подгруппы достоверно превысила более чем в 4,4 раза аналогичную оценку пациентов из контрольной подгруппы (0.8 балла и 0.2 балла). Эти факты свидетельствуют о появлении *новых личностных свойств* для данной личности в плане базисного доверия и более успешной адаптации (чего не было ранее), т.е. о *неоабилитации*.

Динамика характеристик самооценки ФАНУ в исследуемых подгруппах клинического эксперимента

Для анализа динамики субъективной оценки личностных изменений в отношении характеристик ФАНУ, мы ранжировали атрибутивные признаки и перевели их в параметрические показатели в баллах следующим образом: 0 баллов – признак отсутствует или не развит; 1 балл – признак слабо выражен; 2 балла – признак выражен в достаточной степени; 3 балла – признак выражен резко.

Интересно было проследить динамику субъективной оценки идентифицированных характеристик феномена антинаркотической устойчивости в исследуемых подгруппах после лечения (таблица № 35).

Таблица № 35. субъективная оценка характеристик ФАНУ в основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгруппах клинического эксперимента.

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Динамика субъективной оценки ФАНУ	Признаки личностной идентификации	2.35 ± 0.39	1.024 ± 0.51	P < 0.01
	Наличие конструктивного жизненного сценария	2.294 ± 0.38	0.835 ± 0.46	P < 0.01
	Исключение наркотика из всех жизненных горизонтов	2.204 ± 0.4	0.88 ± 0.4	P < 0.01
	Внутренний локус-контроля	2.255 ± 0.45	1.024 ± 0.51	P < 0.01
	Навыки ответственного выбора	2.379 ± 0.38	0.88 ± 0.48	P < 0.01
	Наличие ресурсов для реализации жизненного сценария	2.126 ± 0.37	0.819 ± 0.49	P < 0.01
	Адекватная осведомленность и информированность...	1.252 ± 0.23	0.675 ± 0.24	P < 0.01

Как видно из таблицы средние показатели динамики субъективной оценки основных характеристик феномена антинаркотической устойчивости у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента, значительно превышают динамику таковых пациентов контрольной подгруппы.

Признаки завершения личностной идентификации. Показатели динамики полноценного завершения личностной идентификации “Я точно знаю, кто я такой в этой жизни и чего хочу в этой жизни” в основной подгруппе (2.35 балла) в сравнении с контрольной (1.024 балла) в среднем превышают в 2.3 раза.

Конструктивный жизненный сценарий. Наличие конструктивного (позитивного) жизненного сценария предполагает наличие жизненных целей и мотивов, а так же осознанного и ответственного исключения всякой возможности употребления наркотиков из всех жизненных горизонтов: “Я точно знаю, что нужно делать для исполнения моих желаний, реализации моих целей и достижения моих планов” и “Я сделал свой выбор и исключаю употребление наркотиков в настоящем и будущем, не смотря ни на что”. Показатели динамики субъективной оценки наличия жизненных целей и мотивов в исследуемой подгруппе (2.294 балла) в 2.7. раза превышают аналогичные показатели контрольной подгруппы (0.835 баллов), а показатели осознанного и ответственного исключения наркотика из всех жизненных горизонтов – в 2.5. раза (2.204 балла и 0.88 баллов соответственно).

Навыки ответственного выбора. Показатели степени сформированности навыков ответственного выбора – “Я умею делать выбор, я независим в выборе от чужого мнения, я доверяю в выборе себе и своей интуиции”, так же превысили у пациентов основной подгруппы (2.379 балла) в сравнении с показателями из контрольной подгруппы (0.88 баллов) в среднем в 2.7 раза.

Внутренний локус-контроля. Показатели степени сформированности внутреннего локуса-контроля – “Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни, и сам несу ответственность за изменения в моей жизни” и “Я полностью принимаю ответственность на себя за достижение моей жизненной цели” – в основной подгруппе в среднем составили 2.255 баллов, в то время как в контрольной подгруппе – 1.024 балла, что в 2.2 раза больше.

Наличие внутренних ресурсов. Показатели признаков наличия внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария – “У меня есть все необходимое для реализации моих жизненных планов: сила и ресурсы моего организма, мое желание и мое решение, поддержка родных и близких мне людей” – так же в 2.6. раза превысили у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента (2.126 балла) в сравнении с аналогичными показателями контрольной подгруппы (0.819 балла).

Адекватная осведомленность и полноценная информированность. Динамические показатели наличия адекватной информированности о вреде наркопотребления – “Я хорошо знаю обо всех возможных рисках дальнейшего употребления наркотиков как для моей жизни, моего настоящего и будущего, так и для жизни родных и близких мне людей” – и в этом случае достоверно в 1.8 раза превысили в основной подгруппе клинического эксперимента (1.252 балла) соответствующие показатели контрольной подгруппы (0.675 баллов). Мы хотели бы акцентировать разницу данной

характеристики. Так как, на момент окончания программы детоксикации (16-20 дни) субъективная оценка адекватной осведомленности и полноценной информированности в основной подгруппе клинического эксперимента была ниже субъективной оценки контрольной подгруппы – (см. таблицу № 26 и комментарии к ней), а на момент окончания клинического эксперимента превысила почти в 2 раза. Это еще раз говорит в пользу нашего предположения, что более низкая субъективная оценка адекватной осведомленности о вреде и возможных рисках, связанных с употреблением наркотиков, на момент окончания программы детоксикации в основной подгруппе клинического эксперимента была связана с когнитивной самооценкой, по типу: “оказывается я ничего не знаю”, как ответом на интенсивный информационный поток.

Подводя итог данному разделу можно сделать следующее заключение. Динамика субъективной оценки свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в среднем достоверно более чем в 2 раза превышает у пациентов, прошедших программу реабилитации-неоабилизации в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых, в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы, лечебная программа которых ориентировалась в основном на принципы реабилитации. Не смотря на то, что данные показатели субъективные, они представляют значимую важность, так как косвенно объективно свидетельствуют об изменении психического состояния пациентов в сторону их уверенности и личностно-жизненной определенности. Данные субъективные показатели личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости соответствуют объективным показателям оценки психотерапевтической коммуникации, которые в свою очередь, так же отражают личностную динамику, свидетельствующую о развитии этих личностных свойств.

Показатели свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в исследуемых подгруппах клинического эксперимента (объективная оценка)

В разделе “Результаты опроса и психологического обследования наркозависимых и лиц из группы внешнего контроля” мы подробно описали использование опросника личностных ориентаций Э. Шострома (адаптация Алешиной Ю.Е. и соавт., 1987) и методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адапт. Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998) для объективной оценки свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (признаки завершения личностной идентификации, наличие конструктивного жизненного сценария, внутренний

локус-контроля, навыки ответственного выбора, наличие внутренних ресурсов для реализации жизненного сценария, адекватная осведомленность и полноценная информированность о вреде наркотиков). В начале данной главы мы так же отметили о том, что в клиническом эксперименте мы добавили еще один тест – 16 факторный опросник Р. Кеттелла (Райгородский Д.Я., 1998), отметив, что он подходит для объективизации изучаемых нами свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Ниже мы приводим описание шкал данного теста, которые мы используем для объективизации вышеуказанных личностных характеристик – свойств психологического здоровья.

Шкала, фактор “А” – “замкнутость – общительность”. Низкие оценки данной шкалы характеризуют следующие личностные особенности: малую общительность, безучастность, ригидность и категоричность в оценке людей; скептическую настроенность и низкий уровень откровенности, по отношению к окружающим. При высоких оценках человек открыт и добросердечен, общителен и добродушен, ему свойственны естественность и непринужденность в поведении, внимательность, доброта, мягкосердечность в отношениях. Он охотно работает с людьми, активен в устранении конфликтов, доверчив, не боится критики, испытывает яркие эмоции, живо откликается на любые события. В целом фактор ориентирован на измерение общительности человека в малых группах и с нашей точки зрения может характеризовать сформированность или отсутствие базисного доверия, эго-идентичность или незавершенность личностной идентификации, аутентичность или низкий уровень эмоционально-личностной компетентности. Следовательно, низкие показатели данного фактора могут свидетельствовать о *неполноценной личностной идентификации*, а высокие – наоборот – о полноценном прохождении этапа *личностной идентификации*.

Шкала, фактор “В” – “интеллект”. При низких оценках человеку свойственны конкретность и некоторая ригидность мышления, может иметь место эмоциональная дезорганизация мышления. При высоких оценках наблюдается абстрактность мышления, сообразительность и быстрая обучаемость. Данный фактор мы использовали для оценки внутренних *индивидуально-личностных ресурсов*.

Шкала, фактор “С” – “эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость”. Низкие оценки характеризуют низкую толерантность по отношению к фрустрации, подверженность чувствам, переменчивость интересов, склонность к лабильности настроения, раздражительность, утомляемость, невротические симптомы, ипохондрия. При высоких оценках

человек выдержанный, работоспособный, эмоционально зрелый, реалистически настроенный. Он лучше способен следовать требованиям группы, характеризуется постоянством интересов. У него отсутствует нервное утомление. Данные личностные характеристики отражают достаточное наличие или низкий уровень индивидуально-личностных ресурсов с одной стороны и личностной идентификации – с другой. Показатели данной шкалы нами использовались для определения уровня *наличия личностных ресурсов*, необходимых для реализации жизненного сценария, а так же признаков *личностной идентификации*.

Шкала, фактор “Е” – “подчиненность – доминантность”. Низкие показатели данного фактора свидетельствуют о застенчивости, склонности уступать дорогу другим, зависимостью от чужого мнения. В этом случае, человеку свойственны безропотность, почтительность, покорность до полной пассивности и характерность во всех случаях брать вину на себя. При высоких оценках человек властный, независимый, самоуверенный, упрямый до агрессивности. Он независим в суждениях и поведении, свой образ мыслей склонен считать законом для себя и окружающих. В конфликтах обвиняет других, не признает власти и давление со стороны, предпочитает для себя авторитарный стиль руководства. Таким образом, низкие показатели данного фактора характерны для *агрессивной личности*, с отсутствием навыков ответственного выбора, высокие – наоборот, для *агрессивной личности* с внешним локусом-контроля. С нашей точки зрения показатели данного фактора, несколько превышающие средние характеризуют *навыки ответственного выбора*, *средний и внутренний локус-контроля*.

Шкала, фактор “F” – “сдержанность – экспрессивность”. При низких оценках человек характеризуется благоразумием, осторожностью, рассудительностью, молчаливостью. Ему, свойственны склонность, всё усложнять, некоторая озабоченность, пессимистичность в восприятии действительности. Беспокоится о будущем, ожидает неудач. При высоких оценках человек жизнерадостен, импульсивен, беспечен, весел, разговорчив, подвижен. Энергичен, социальные контакты для него эмоционально значимы. Он экспансивен, искренен в отношениях между людьми. Эмоциональность, динамичность общения приводят к тому, что он часто становится лидером и энтузиастом групповой деятельности. В целом данный фактор отражает эмоциональную окрашенность и динамичность общения, характеризуя свойства темперамента индивидуума, которые можно учитывать при оценке *индивидуальных ресурсов*. Однако, он так же характеризует и личностные свойства, например, *личностную идентифика-*

цию (следующие личностные статусы: “Я-партнер”, “Я-другой”), *личностные ресурсы для реализации жизненного сценария* (базисное доверие, аффиляция, копинг-стратегии).

Шкала, фактор “G” – “подверженность чувствам – высокая нормативность поведения”. При низких оценках данной шкалы человек склонен к непостоянству, подвержен влиянию случая и обстоятельств. Не делает усилий по выполнению групповых требований и норм. Он характеризуется беспринципностью, неорганизованностью, безответственностью, гибкими установками по отношению к социальным нормам. Такие люди полностью соответствуют понятию личности с ролевым смешением или “идентификационной диффузией”, согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона, т.е. личности, не достигшей эго-идентичности (*личностной идентификации*). По мнению Э. Эриксона, при полноценном завершении этапа личностной идентификации личность обретает такое важное, в том числе для социума качество, как *верность*. Верность личности в отношении своих ценностей, своей ответственности и принятия тех социальных норм, которые предъявляет ей социум, “способности быть верным своим привязанностям и обещаниям, не смотря на неизбежные изменения в его системе ценностей” (Erikson E.H., 1968). Такая личность законопослушная, так как “верность – краеугольный камень идентичности, она представляет собой способность принимать и придерживаться морали, этики и идеологии общества” (цит. по Л. Хьел и Д. Зиглер, 1997, с. 230).

При высоких оценках фактора “G” наблюдается осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, точность, ответственность, деловая направленность. Фактор “G” полностью соответствует понятию *личностной идентификации*, и может быть использован для ее объективной оценки.

Шкала, фактор “H” – “робость – смелость”. В целом данный фактор определяет реактивность на угрозу в социальных ситуациях и определяет степень активности в социальных контактах. Низкие оценки характеризуют такие личностные характеристики как неуверенность в своих силах, сдержанность, робость, малую общительность, повышенную чувствительность к угрозе. Такие характеристики присущи, как правило, лицам с заниженной самооценкой, что в свою очередь свидетельствует о неполной или дисфункциональной *идентификации* таких личностных статусов как “Я-ребенок”, “Я-телесное”, “Я-мужчина/женщина”. При высоких оценках человеку свойственна социальная смелость, активность, готовность иметь дело с незнакомыми обстоятельствами и людьми. Он склонен к риску, держится свободно, расторможено. Эта шкала так же позволяет оцени-

вать полноценность завершения этапа *личностной идентификации*, и сформированность *навыков ответственного выбора*.

Шкала, фактор “Г” – “жесткость – чувствительность”. При низких оценках человеку свойственны мужественность, самоуверенность, рассудочность, реалистичность суждений, практичность, некоторая жесткость, суровость, черствость по отношению к окружающим. При высоких оценках наблюдается мягкость, зависимость, стремление к покровительству, склонность к романтизму, артистичность натуры, женственность, художественность восприятия мира. Высокие оценки данной шкалы говорят о некоторой психической инфантильности или личностной ювенильности, в то время как низкие – о ригидности и неразвитой способности к эмпатии, сочувствию, сопереживанию и пониманию других людей. Средние показатели данной шкалы способны характеризовать такие свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости как *признаки полноценного завершения личностной идентификации, навыки ответственного выбора и индивидуально-личностные ресурсы* необходимые для реализации жизненного сценария.

Шкала, фактор “L” – “доверчивость – подозрительность”. Низкие показатели данной шкалы характеризуют следующие личностные характеристики: откровенность, доверчивость, благожелательность по отношению к другим людям, терпимость, уживчивость. Такой человек свободен от зависти, легко ладит с людьми и хорошо работает в коллективе. Это черты, свойственные самоактуализирующей личности, со сформированным чувством базисного доверия и положительной самооценкой, имеющей высокую мораль и идеологию, опирающуюся на собственную систему координат или личности с полноценным завершением *личностной идентификации*.

При высоких оценках человек ревнивый, завистливый, характеризуется подозрительностью, ему свойственно большое сомнение. Его интересы обращены на самого себя, он обычно осторожен в своих поступках, эгоцентричен. В данном случае человек так же ориентирован на собственную систему координат. Но основное отличие от вышеописанных людей в том, что такой человек не способен учитывать систему координат другой личности, и поэтому в общении с другими, он, не учитывая потребности другого, навязывает ему свою точку зрения, т.е. остается жить в системе координат собственной личности. Данный факт говорит в пользу того, что у такого человека нет целостной *личностной идентификации*.

Шкала, фактор “М” – “практичность – развитое воображение”. При низких оценках человек практичный, добросовестный. Он ориентируется на внешнюю реальность и следует общепринятым нормам, ему свойствен-

на некоторая ограниченность и излишняя внимательность к мелочам. При высокой оценке можно говорить о развитом воображении, ориентировании на свой внутренний мир, высоком творческом потенциале человека. Средние значения данного фактора могут оценивать *наличие ресурсов для реализации жизненного сценария*.

Шкала, фактор “N” – “прямолинейность – дипломатичность”. При низких оценках человеку свойственна прямолинейность, наивность, непосредственность поведения. При высоких оценках человек характеризуется расчетливостью, проницательностью, разумным подходом к событиям и окружающим людям. Способность предвидеть последствия своих поступков и, соответственно, рационально прогнозировать свое будущее у человека формируется в период формально-операционной стадии развития мышления согласно теории Ж. Пиаже (Райс Ф., 2000, Piaget J., 1980). При условии развития абстрактно-логического мышления личность способна рационально прогнозировать свое будущее, в частности расчетливое и проницательное общение с другими людьми. Соответственно показатели данного фактора можно использовать в оценке *ресурсов для реализации жизненного сценария и навыков ответственного выбора* (сформированности или отсутствия).

Шкала, фактор “O” – “уверенность в себе – тревожность”. При низких оценках человек безмятежен, хладнокровен, спокоен, уверен в себе. При высоких оценках человеку свойственны тревожность, депрессивность, ранимость. Показатели данного фактора можно так же использовать при объективной оценке *навыков ответственного выбора и ресурсов для реализации жизненного сценария*.

Шкала, фактор “Q₁” – “консерватизм – радикализм”. При низких оценках человек характеризуется консервативностью, устойчивостью по отношению к традиционным трудностям, он знает, во что должен верить, и, не смотря на несостоятельность каких-то принципов, не ищет новых, с сомнением относится к новым идеям, склонен к морализации и нравоучениям. Он противится переменам и не интересуется аналитическими и интеллектуальными соображениями. Таких людей, способных жить только в системе координат собственной личности мы характеризовали, описывая факторы “E” – “подчиненность – доминантность” и “L” – “доверчивость – подозрительность”. При высоких оценках человек критически настроен, характеризуется наличием интеллектуальных интересов, аналитичностью мышления.

Шкала, фактор “Q₂” – “самостоятельность – внушаемость”. Показатели данной шкалы от 8 стенов и выше свидетельствуют о предпочтении чело-

века только собственному мнению, независимость во взглядах, стремление к самостоятельным решениям, действиям. 4-7 стенов – средние данные. 1-3 – зависимость от чужого мнения, предпочтение принятию решений вместе с другими людьми, ориентировка на социальное одобрение. Данная шкала позволяет оценивать *уровень личностной идентификации, навыки ответственного выбора и ресурсы, необходимые для реализации жизненного сценария.*

Шкала, фактор “Q₃” “Высокий самоконтроль – низкий самоконтроль”. Высокая оценка (9 стенов и выше) – дисциплинированность, точность в выполнении социальных требований, хороший контроль за своими эмоциями, забота о своей общественной репутации. 5-8 стенов – средние данные. Низкая оценка (1-4 стенов) – недисциплинированность, внутренняя конфликтность. Несоблюдение правил, подчинение своим страстям, низкий самоконтроль. Таких личностей с неразвитым таким личностным качеством как верность мы описывали разбирая фактор “G” – “подверженность чувствам – высокая нормативность поведения”. Таким образом, показатели данной шкалы могут быть использованы в объективной оценке *полноценной личностной идентификации* или идентификационной диффузии.

Шкала, фактор “Q₄” “Напряженность – релаксация”. Показатели данной шкалы от 9 стенов и выше отражают возбужденность, взволнованность, раздражительность, нетерпеливость, избыток побуждений, не находящий разрядки. 4-8 стенов – средние данные. 1-3 стенов – чрезмерное спокойствие, не вполне оправданная удовлетворенность, иногда вялость, недостаточная мотивация, иногда лень. Данная шкала отражает стрессоустойчивость и уровень толерантности к тревоге, что говорит о внутренней уравновешенности (что возможно при полноценной эго-идентичности) или неуравновешенности. Поэтому показатели данной шкалы можно использовать для оценки уровня *личностной идентификации и ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария.*

Таким образом, мы можем сформировать перечень шкал, позволяющих объективно оценить динамику развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Признаки завершения личностной идентификации. Позитивная динамика следующих шкал: опросник личностной ориентации Э. Шострома – “I”, “Tc”, “SAV”, “Sr”, “Sa”, “Sy”, “A”, “C”; 16-факторный опросник Р. Кеттелла – “A”, “C”, “F”, “G”, “H”, “I”, “L”, “Q₁”, “Q₂”, “Q₃”, “Q₄”.

Навыки ответственного выбора. Позитивная динамика следующих шкал: опросник личностной ориентации Э. Шострома – “I”, “Tc”, “SAV”,

“Fr”, “Sr”, “Sa”, “A”; 16-факторный опросник Р. Кеттелла – “Е”, “Н”, “I”, “N”, “O”, “Q₁”, “Q₂”.

Внутренний локус-контроля. Позитивная динамика следующих шкал: опросник личностной ориентации Э. Шострома – “I”, “SAV”, “Fr”, “Nc”, “Sy”, “A”; 16-факторный опросник Р. Кеттелла – “Е”, “Q₁”; методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адапт., Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998) – “Ио”, “Ид”, “Ин”, “Ис”, “Ип”, “Им”, “Из”.

Позитивный жизненный сценарий. Для оценки данной характеристики учитывались показатели (позитивная динамика) шкал опросника личностной ориентации Э. Шострома, 16-факторного опросника Кеттелла, шкал методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера; субъективных самооценок в отношении жизненных целей, мотивов.

Наличие адекватной осведомленности и полноценной информированности о вреде наркопотребления. Для учета данной характеристики принимался такой вариант, который являлся суммой наличия следующих (не обязательно всех) показателей: методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адапт. Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998) – “Из”; субъективная оценка опросников “карты пациента”, объективная оценка лечащего врача в истории болезни, отчетах групповых сессий.

Выше мы отмечали, что на момент начала лечения нами не было обнаружено достоверных различий с исследуемых подгруппах клинического эксперимента по основным шкалам самоактуализационного теста (опросник личностной ориентации Э. Шострома), 16-факторного опросника Кеттелла и методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера. Ниже мы приводим результаты анализа указанных тестов на момент окончания клинического эксперимента (Таблицы № 36-38).

Таблица № 36 иллюстрирует достоверные различия показателей методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (адапт. Бажин Е.Ф. и соавт., 1984, 1998) на момент окончания клинического эксперимента и динамику их изменения основных шкал. Таблица № 36 отражает положительную динамику абсолютно по всем шкалам данного опросника как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента. Однако динамика роста показателей всех шкал в контрольной подгруппе незначительная и составляет в среднем не более 0,4 баллов. В то время как в основной подгруппе клинического эксперимента эта динамика существенная и в среднем превышает 2,7 баллов.

Наибольшая динамика (пациенты основной подгруппы клинического эксперимента) отмечается по шкалам: “Общая интернальность” (“Ио”) – 3 балла; “Интернальность в области неудач” (“Ин”) – 2.933 балла; “Ин-

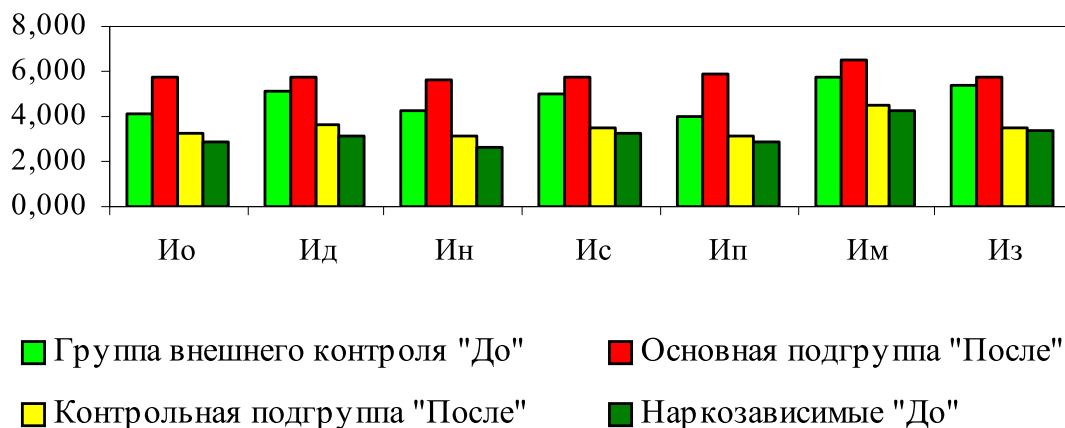
Таблица № 36. Показатели шкал опросника УСК Дж. Роттера в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах на момент окончания клинического эксперимента.

Исследуемый параметр «-После»			1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера	Шкала «Ио»	«-После»	5.798 ± 0.366	3.259 ± 0.275	P < 0.01
		динамика	3 ± 0.233	0.395 ± 0.187	P < 0.01
	Шкала «Им»	«-После»	6.524 ± 0.331	4.506 ± 0.269	P < 0.01
		динамика	2.233 ± 0.25	0.309 ± 0.163	P < 0.01
	Шкала «Ид»	«-После»	5.779 ± 0.358	3.605 ± 0.277	P < 0.01
		динамика	2.779 ± 0.26	0.333 ± 0.152	P < 0.01
	Шкала «Ин»	«-После»	5.635 ± 0.34	3.099 ± 0.3	P < 0.01
		динамика	2.933 ± 0.286	0.432 ± 0.181	P < 0.01
	Шкала «Ип»	«-После»	5.874 ± 0.374	3.123 ± 0.297	P < 0.01
		динамика	2.854 ± 0.3	0.407 ± 0.163	P < 0.01
	Шкала «Из»	«-После»	6.155 ± 0.315	3.728 ± 0.315	P < 0.01
		динамика	2.699 ± 0.28	0.333 ± 0.148	P < 0.01
	Шкала «Ис»	«-После»	5.748 ± 0.308	3.556 ± 0.313	P < 0.01
		динамика	2.408 ± 0.282	0.37 ± 0.169	P < 0.01

тернальность в области производственных отношений” (“Ип”) – 2.854 баллов, “Интернальность в области достижений” (“Ид”) – 2.779 баллов и “Интернальность в области здоровья” (“Из”) – 2.699 баллов. Меньшая в сравнении с динамикой вышеуказанных шкал отмечается динамика шкал: “Интернальность в области семейных отношений” (“Ис”) – 2.408 баллов и “Интернальность в области межличностных отношений” (“Им”) – 2.233 балла.

Рисунок № 6 наглядно иллюстрирует динамику изменения уровня интернальности, в частности внутреннего локуса-контроля. Как видно из рисунка № 6 у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента достоверно отмечается тенденция смещения направленности интернальности в сторону внутреннего локуса контроля. Более того, на момент окончания эксперимента, у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента показатели интернальности превышают средние показатели исследуемых группы внешнего контроля (смещение интернальности в сторону внутреннего локуса-контроля).

Рисунок № 6. Сравнение уровня локуса-контроля в группах внешнего контроля, общей группы наркозависимых “До-” и исследуемых подгруппах эксперимента “-После”.



Таким образом, результаты клинического эксперимента убедительно показывают возможность развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, в частности свойства внутренней ответственности, внутреннего локуса-контроля. В случае, если личность реагирует на реальность вариантом химической аддикции и на момент формирования аддикции имеет внешнюю интернальность или внешний локус-контроля (изначальный или прежний статус), что может играть одну из основных причин формирования аддикции, а в процессе терапии у личности формируется совершенно другой, противоположный вектор интернальности (новый или нео- статус) – внешний локус-контроля, то это говорит о *неоабилитации*, т.е. развитии нового статуса или личностного свойства.

Второй вывод касается методов терапевтического воздействия и так же убедительно показывает, что результаты отражающие наибольшую терапевтическую эффективность были достигнуты у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента, которые проходили курс Интегративно-развивающей психотерапии наркозависимых, модель реабилитации-неоабилитации, в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы, терапевтическая модель которых в основном была ориентирована на принципы реабилитации.

Динамика показателей основных шкал опросника личностных ориентаций Э. Шострома. В таблице № 37 отражена динамика показателей шкал опросника личностной ориентации Э. Шострома.

Таблица № 37. Показатели шкал опросника ЛИО (Э. Шострома) в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах на момент окончания клинического эксперимента.

Исследуемый параметр «-После»			1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Опросник личностной ориентации (Э. Шострома)	Шкала «I»	«-После»	46.385 ± 2.659	36.398 ± 2.273	P < 0.01
		динамика	15.24 ± 2.229	7.916 ± 2.146	P < 0.01
	Шкала «Tc»	«-После»	47.783 ± 1.312	37.723 ± 2.388	P < 0.01
		динамика	15.202 ± 1.915	7.771 ± 2.369	P < 0.01
	Шкала «Sav»	«-После»	46.305 ± 1.351	37.386 ± 1.214	P < 0.01
		динамика	8.505 ± 0.799	0.94 ± 0.353	P < 0.01
	Шкала «Ex»	«-После»	47.857 ± 0.758	40.072 ± 0.988	P < 0.01
		динамика	7.819 ± 0.659	1.205 ± 0.487	P < 0.01
	Шкала «Fr»	«-После»	47.543 ± 1.062	42.386 ± 1.099	P < 0.01
		динамика	8.352 ± 0.917	1.398 ± 0.58	P < 0.01
	Шкала «Sr»	«-После»	47.171 ± 1.432	37.434 ± 1.09	P < 0.01
		динамика	9.562 ± 0.958	0.964 ± 0.404	P < 0.01
	Шкала «Sa»	«-После»	46.438 ± 1.376	36.904 ± 1.206	P < 0.01
		динамика	8.933 ± 0.884	0.916 ± 0.405	P < 0.01
	Шкала «Nc»	«-После»	47.914 ± 1.221	39.928 ± 1.38	P < 0.01
		динамика	10.448 ± 0.905	2.373 ± 0.911	P < 0.01
	Шкала «Sy»	«-После»	47.752 ± 1.015	39.349 ± 1.193	P < 0.01
		динамика	11.181 ± 0.833	2.892 ± 0.802	P < 0.01
	Шкала «A»	«-После»	45.79 ± 1.303	36.337 ± 1.133	P < 0.01
		динамика	9.533 ± 1.005	0.795 ± 0.502	P < 0.01
	Шкала «C»	«-После»	46.057 ± 1.337	35.578 ± 1.176	P < 0.01
		динамика	9.229 ± 1.041	0.687 ± 0.42	P < 0.01

Шкала “I” – “шкала поддержки”. Как видно из таблицы № 37 прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “I”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (46.385 баллов и 36.398 баллов). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 2 раза), и на момент окончания лечения средние показатели шкалы I приближаются к средним показателям исследуемых из груп-

пы внешнего контроля – matched control (46.385 балла и 48.356 ± 2.564 балла, соответственно).

Шкала “Tc” – “компетентность во времени”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Tc”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (15.202 баллов и 7.771 балл). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 2 раза), и на момент окончания лечения средние показатели шкалы “T” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (47.783 балла и 49.881 балл, соответственно).

Шкала “Sav” – “ценностные ориентации”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Sav”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (8.505 балла и 0.94 балла). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 9 раз), и на момент окончания лечения средние показатели шкалы “Sav” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (46.305 баллов и 50.211 балл, соответственно).

Шкала “Ex” – “гибкость поведения”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Ex”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (7.819 балла и 1.205 баллов). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 6,5 раза), и на момент окончания эксперимента показатели шкалы “Ex” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (47.857 баллов и 48.662 балла, соответственно).

Шкала “Fr” – “сензитивность к себе”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Fr”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (8.352 балла и 1.398 баллов). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 6 раз), и на момент окончания лечения показатели шкалы “Fr” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (47.543 балла и 48.15 баллов, соответственно).

Шкала “Sr” – “самоуважение”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Sr”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (9.562 балла и 0.964 балла). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 10 раз), и на момент окон-

чания лечения показатели шкалы “Sr” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (47.171 балл и 54.139 балла, соответственно).

Шкала “Sa” – “самопринятие”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Sa”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (8.933 балла и 0.916 баллов). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 10 раз), и на момент окончания лечения показатели шкалы Sa приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (46.438 баллов и 48.681 балл, соответственно).

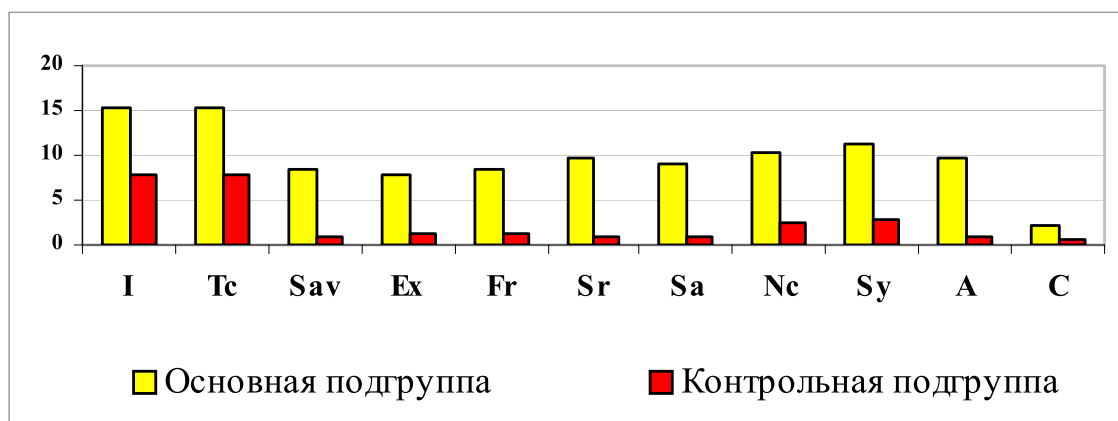
Шкала “Nc” – “представления о природе человека”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “Nc”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (10.448 баллов и 2.373 балла). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 4,4 раза), и на момент окончания лечения показатели шкалы “Nc” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (47.914 балла и 51.05 балла, соответственно).

Шкала “A” – “принятие агрессии”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “A”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (9.533 балла и 0.795 баллов). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 12 раз), и на момент окончания лечения показатели шкалы “A” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (45.79 балла и 49.233 балла, соответственно).

Шкала “C” – “способность к интимным контактам”. Прослеживается положительная динамика средних показателей шкалы “C”, как в основной, так и контрольной подгруппах клинического эксперимента (9.229 баллов и 0.687 баллов). Однако в сравнении с контрольной подгруппой – в основной подгруппе динамика изменений значительно более выражена (в 13,4 раза), и на момент окончания лечения показатели шкалы “C” приближаются к средним показателям исследуемых из группы внешнего контроля – matched control (46.057 баллов и 50.784 балла, соответственно).

Для наглядности полученной достоверной разницы динамических показателей основных шкал опросника личностных ориентаций мы приводим рисунок № 7.

Рисунок № 7. Динамика основных шкал опросника ЛИО в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах на момент окончания клинического эксперимента.



Таким образом, по всем основным шкалам опросника личностных ориентаций Э. Шострома достоверно прослеживается положительная динамика, как в основной подгруппе, так и в контрольной подгруппе клинического эксперимента. Однако, в основной подгруппе клинического эксперимента динамика носит более выраженный характер, и значительно превышает показатели динамики контрольной подгруппы. На момент окончания клинического эксперимента средние показатели основных шкал опросника личностной ориентации у пациентов из основной подгруппы, практически соответствуют средним показателям этих шкал у исследуемых лиц из группы внешнего контроля – matched control. Полученные результаты, так же убедительно доказывают возможность развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости и большую эффективность лечебной модели “Реабилитация-Неоабилитация”.

Динамика показателей основных шкал 16-ти факторного опросника Р. Кеттелла. Динамика основных шкал 16-факторного опросника Р. Кеттелла, отражена в таблице № 38. Рассмотрим достоверные различия средних показателей основных шкал и динамики 16-факторного опросника Кеттелла на момент окончания клинического эксперимента в основной и контрольной подгруппах.

Шкала, фактор “А” – “замкнутость – общительность”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (1.856 баллов), так и контрольной (0.524 балла) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе в среднем в 3,5 раза.

Таблица № 38. Динамика показателей шкал 16-F опросника Кеттелла в основной (n = 105) и контрольной (n = 84) подгруппах на момент окончания клинического эксперимента.

Исследуемый параметр «-После»			1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Динамика показателей шкал 16-F (Р. Кеттелла)	Фактор «А»	«-После»	6.712 ± 0.239	5.655 ± 0.297	P < 0.01
		динамика	1.856 ± 0.277	0.524 ± 0.297	P < 0.01
	Шкала «С»	«-После»	6.885 ± 0.249	5.167 ± 0.366	P < 0.01
		динамика	2.163 ± 0.317	0.488 ± 0.291	P < 0.01
	Шкала «F»	«-После»	5.692 ± 0.232	4.643 ± 0.295	P < 0.01
		динамика	1.327 ± 0.253	0.345 ± 0.246	P < 0.01
	Шкала «G»	«-После»	8.721 ± 0.297	6.179 ± 0.451	P < 0.01
		динамика	3.74 ± 0.317	0.94 ± 0.479	P < 0.01
	Шкала «Н»	«-После»	7.654 ± 0.264	5.476 ± 0.396	P < 0.01
		динамика	3.125 ± 0.345	0.702 ± 0.33	P < 0.01
	Шкала «L»	«-После»	3.106 ± 0.155	5.155 ± 0.334	P < 0.01
		динамика	-2.846 ± 0.223	-0.214 ± 0.344	P < 0.01
	Шкала «N»	«-После»	5.615 ± 0.27	4.726 ± 0.27	P < 0.01
		динамика	1 ± 0.305	0.095 ± 0.215	P < 0.01
	Шкала «О»	«-После»	3.279 ± 0.161	5.286 ± 0.333	P < 0.01
		динамика	-2.99 ± 0.29	-0.464 ± 0.359	P < 0.01
	Шкала «Q ₁ »	«-После»	7.683 ± 0.266	5.464 ± 0.36	P < 0.01
		динамика	3.519 ± 0.376	0.869 ± 0.345	P < 0.01
	Шкала «Q ₂ »	«-После»	7.442 ± 0.311	4.881 ± 0.406	P < 0.01
		динамика	3.75 ± 0.396	0.952 ± 0.342	P < 0.01
	Шкала «Q ₃ »	«-После»	8.067 ± 0.307	5.321 ± 0.434	P < 0.01
		динамика	4.077 ± 0.403	0.905 ± 0.468	P < 0.01
	Шкала «Q ₄ »	«-После»	4 ± 0.176	4.762 ± 0.333	P < 0.01
		динамика	-2.058 ± 0.358	-0.786 ± 0.314	P < 0.01

Шкала, фактор “С” – “эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (2.163 балла), так и контрольной (0.488 балл) подгруппах клинического эксперимента. Однако динамика изменений в основной более выражена в среднем в 4,4 раза.

Шкала, фактор “F” – “сдержанность – экспрессивность”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (1.327 балла), так и контрольной (0.345 баллов) подгруппах клинического

эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 3.8 раза.

Шкала, фактор “G” – “подверженность чувствам – высокая нормативность поведения”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (3.74 балла), так и контрольной (0.94 балла) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 4 раза.

Шкала, фактор “H” – “робость – смелость”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (3.125 баллов), так и контрольной (0.702 баллов) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 4.5 раза в сравнении с контрольной подгруппой.

Шкала, фактор “L” – “доверчивость – подозрительность”. Прослеживается отрицательная динамика показателей данной шкалы, как в основной (-2.846 баллов), так и контрольной (-0.214 баллов) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 13.3 раза в сравнении с контрольной подгруппой. Необходимо отметить, что отрицательная динамика шкалы “L”, как раз отражает положительные изменения личности, так как высокий балл данной шкалы характеризует человека как подозрительного, завистливого, эгоцентричного, с высоким уровнем сомнения, чьи интересы обращены в основном на самого себя. А низкий балл свидетельствует о таких чертах как: откровенность, доверчивость, благожелательность по отношению к другим людям, терпимость, уживчивость, свободу от зависти, хорошие отношения с другими людьми. Т.е. отрицательная динамика показателей данного фактора, как раз свидетельствует о наличии признаков, отражающих процесс личностной идентификации.

Шкала, фактор “N” – “прямолинейность – дипломатичность”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (1 балл), так и контрольной (0.095 баллов) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 10.5 раза в сравнении с контрольной подгруппой.

Шкала, фактор “O” – “уверенность в себе – тревожность”. Прослеживается отрицательная динамика показателей данной шкалы, как в основной (-2.99 баллов), так и контрольной (-0.464 баллов) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена, в среднем в 6.2 раза в сравнении с контрольной подгруппой. Здесь так же необходимо отметить, что отрицательная динамика шкалы “O”, как раз отражает положительные изменения личности, так как

высокий бал данной шкалы характеризует человека как тревожного, депрессивного, ранимого. А низкий балл характеризует спокойствие, уверенность в себе. Т.е. данная динамика так же отражает позитивные изменения у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в отношении процесса личностной идентификации и развитии навыков ответственного выбора и личностных ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария.

Шкала, фактор “Q₁” – “консерватизм – радикализм”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (3.519 балла), так и контрольной (0.869 балла) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 4 раза в сравнении с контрольной подгруппой.

Шкала, фактор “Q₂” – “самостоятельность – внушаемость”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (3.75 баллов), так и контрольной (0.952 балла) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 3.9 раза в сравнении с контрольной подгруппой.

Шкала, фактор “Q₃” – “высокий самоконтроль – низкий самоконтроль”. Прослеживается положительная динамика показателей данной шкалы, как в основной (4.077 баллов), так и контрольной (0.905 баллов) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 4.5 раза в сравнении с контрольной подгруппой.

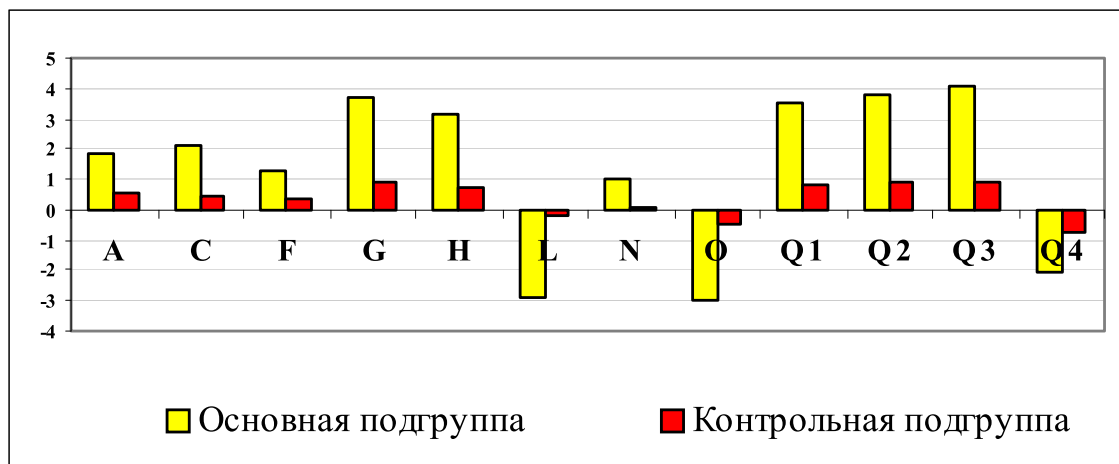
Шкала, фактор “Q₄” – “напряженность – релаксация”. Прослеживается отрицательная динамика показателей данной шкалы, как в основной (-2.058 баллов), так и контрольной (-0.786 баллов) подгруппах клинического эксперимента. Однако в основной подгруппе динамика изменений более выражена в среднем в 2.6 раза в сравнении с контрольной подгруппой. В данном случае отрицательная динамика отражает редукцию ажитации, тревожности, раздражительности, нетерпеливости, избытка побуждений не находящихся разрядки.

Для наглядности полученной достоверной разницы динамических показателей основных шкал 16-ти факторного опросника Р. Кеттелла мы приводим рисунок № 8.

Из таблицы № 38 и рисунка № 8 видно, что нами не было обнаружено достоверной разницы в показателях динамики следующих шкал данного опросника: фактор “В” – “интеллект”, фактор “I” – “жесткость – чувствительность”, фактор “Е” – “подчиненность – доминантность”, фактор “М” – “практичность – развитое воображение”. Факторы “В”, “I” и “М”, как

мы указывали выше, способны отражать динамику развития в отношении индивидуально-личностных ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария. Отсутствие динамики двух этих шкал, не означает отсутствия ресурсов. Например, интеллект у пациентов обеих групп был достаточно высоким и, естественно, динамические показатели этого фактора не имели достоверной разницы. Но мы можем утверждать, что есть объективные признаки развития личностных ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария, т.к. есть положительная динамика показателей других шкал, свидетельствующих о личностных ресурсах: фактор “С”, “F”, “N”, “O”, “Q₂”, “Q₄”. Фактор “E” отражает динамику развития навыков ответственного выбора. В этом отношении мы получили достоверную положительную динамику, свидетельствующую о развитии навыков ответственного выбора в показателях следующих шкал: фактор “H”, “N”, “O”, “Q₁”, “Q₂”.

Рисунок № 8. Динамика основных шкал 16 PF в основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгруппах на момент окончания клинического эксперимента.



Таким образом, по основным шкалам 16-ти факторного опросника Р.Кеттелла достоверно прослеживается положительная динамика, как в основной подгруппе, так и в контрольной подгруппе клинического эксперимента. Однако, в основной подгруппе клинического эксперимента динамика носит более выраженный характер, и значительно превышает показатели динамики контрольной подгруппы. Полученные результаты, так же убедительно доказывают возможность развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости и большую эффективность лечебной модели “Реабилитация-Неоабилитация”.

Результаты клинического эксперимента. Клинико-психолого-динамический аспект

Интегративно-развивающая психотерапия наркозависимых, модель реабилитации-неоабилитации ориентирована на концепцию психологического здоровья, основные положения которой предполагают развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности и, соответственно на клинические проявления и терапевтическую динамику наркомании. В этой связи было интересным провести корреляционный регрессионный анализ клинических характеристик наркомании и психологических характеристик личности.

Корреляционный регрессионный анализ частоты симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику

Мы провели регрессионный анализ симптома спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику в отношении его количества зарегистрированных случаев, во время прохождения пациентом курса лечения. При регрессионном анализе мы использовали критерии Пирсона (k_1 и P_1) и критерии Спирмена (k_2 и P_2) (Флэтчер Р. с соавт., 1998).

Таблица № 39. Корреляционный регрессионный анализ частоты случаев патологического влечения к наркотику.

Наименование			k_1	P_1	k_2	P_2
16-факторный опросник Р. Кеттелла	Шкала «G»	«-После»	-0.442	$P_1 < 0.01$	-0.443	$P_2 < 0.01$
	Шкала «H»	«-После»	-0.4	$P_1 < 0.01$	-0.384	$P_2 < 0.01$
	Шкала «L»	«-После»	0.364	$P_1 < 0.01$	0.365	$P_2 < 0.01$
	Шкала «O»	«-После»	0.37	$P_1 < 0.01$	0.389	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Q1»	«-После»	-0.431	$P_1 < 0.01$	-0.452	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Q2»	«-После»	-0.443	$P_1 < 0.01$	-0.445	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Q3»	«-После»	-0.444	$P_1 < 0.01$	-0.432	$P_2 < 0.01$
Опросник личностной ориентации Э. Шострома	Шкала «I»	«-После»	-0.508	$P_1 < 0.01$	-0.488	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Sav»	«-После»	-0.543	$P_1 < 0.01$	-0.549	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Sr»	«-После»	-0.538	$P_1 < 0.01$	-0.532	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Sa»	«-После»	-0.544	$P_1 < 0.01$	-0.538	$P_2 < 0.01$
	Шкала «C»	«-После»	-0.547	$P_1 < 0.01$	-0.546	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Ex»	«-После»	-0.511	$P_1 < 0.01$	-0.528	$P_2 < 0.01$
	Шкала «Sy»	«-После»	-0.492	$P_1 < 0.01$	-0.488	$P_2 < 0.01$
	Шкала «A »	«-После»	-0.514	$P_1 < 0.01$	-0.501	$P_2 < 0.01$

В результате корреляционного анализа мы обнаружили достоверную зависимость частоты случаев спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику и некоторых параметров, отражающих объективные характеристики некоторых свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, которые отражены в таблице № 39.

Из таблицы видно, что шкалы 16-факторного опросника Р. Кеттелла и опросника личностной ориентации Э. Шострома, которые характеризуют определенные характеристики ФАНУ, как объективные параметры, достоверно имеют корреляционную зависимость положительную или отрицательную в отношении частоты случаев спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику.

16-ти факторный опросник Р. Кеттелла. Положительная корреляционная зависимость частоты случаев спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику была отмечена со следующими шкалами 16-факторного опросника Р. Кеттелла: фактор “L” – “доверчивость – подозрительность” и фактор “O” – “уверенность в себе – тревожность”. Высокие показатели фактора “O” свидетельствуют о низком уровне сформированности *навыков ответственного выбора* и недостаточном уровне *индивидуально-личностных ресурсов*. Высокие показатели фактора “L” свидетельствуют о неполноценной *личностной идентификации*. Следовательно, чем хуже протекает этап личностной идентификации, чем хуже развиты навыки ответственного выбора личности и чем меньше в его расположении индивидуально-личностных ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария, тем чаще отмечаются случаи навязчивого влечения к наркотику в период состояния отмены.

Отрицательная корреляционная зависимость частоты случаев спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику была отмечена со следующими шкалами 16-факторного опросника Р. Кеттелла: фактор “G” – “подверженность чувствам – высокая нормативность поведения”, фактор “H” – “робость – смелость”, фактор “Q₁” – “консерватизм – радикализм”, фактор “Q₂” – “самостоятельность – внушаемость”, фактор “Q₃” – “высокий самоконтроль – низкий самоконтроль”. Высокие показатели данных факторов свидетельствуют о полноценной личностной идентификации, достаточной сформированности навыков ответственного выбора, достаточном наличии индивидуально-личностных ресурсов для реализации жизненного сценария, наличии внутреннего локуса-контроля. Следовательно, дефицитарность развития указанных свойств повышает частоту приступов навязчивого влечения к наркотику в период абстиненции.

Опросник личностных ориентаций Э. Шострома. Нами не было отмечено положительной корреляционной зависимости частоты случаев влечения к наркотику со шкалами данного теста. В то время как была отмечена отрицательная корреляционная связь со следующими шкалами: “I” – “шкала поддержки”, “Sav” – “ценностные ориентации”, “Sr” – “самоуважение”, “Sa” – “самовосприятие”, “C” – “способность к интимным контактам”, “Ex” – “гибкость поведения”, “Sy” – “шкала синергии”, “A” – “принятие агрессии”. Приводим личностные характеристики высоких показателей шкал “I”, “Sav”, “Sr”, “Sa”, “C”, “Ex”, “Sy”, “A” данного опросника: наличие жизненных целей и мотивов, сформированность и достаточное развитие навыков ответственного выбора, полноценная личностная идентификация; “C”, “Ex” – достаточное наличие индивидуально-личностных ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария. Следовательно дефицитарность развития указанных свойств психологического здоровья повышает частоту приступов навязчивого влечения к наркотику в период абстиненции.

Корреляционный анализ состояния отмены (абстинентного синдрома) в отношении длительности его проявления

Мы не учитывали показатели низкой корреляционной зависимости (менее 0.3), а учитывали показатели средней (от 0.3 до 0.6) и высокой (более 0.6) корреляционной зависимости. В таблице № 40 отражены результаты корреляционного анализа в отношении длительности состояния отмены. Как видно из таблицы № 40, динамика достижения инсайта, уровень достижения инсайта имеют среднюю отрицательную корреляционную зависимость в отношении длительности состояния отмены. Т.е. чем ниже уровень осознания болезни и ее причин, тем больше длительность проявления абстинентного синдрома и наоборот, более глубокий уровень глубины осознания своего болезненного состояния укорачивает выраженность проявления и длительность состояния отмены. Уровень выраженности алекситимии имеет среднюю положительную корреляционную зависимость в отношении длительности абстинентного синдрома.

16-ти факторный опросник Р. Кеттелла. Положительная корреляционная зависимость длительности проявления состояния отмены, как и в предыдущем случае (частота спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику) была отмечена со шкалой: фактор “L” – “доверчивость – подозрительность”, а отрицательная – со шкалами: фактор “G” – “подверженность чувствам – высокая нормативность поведения”, фактор “H” – “робость – смелость”, фактор “Q₁” – “консерватизм – радикализм”,

Таблица № 40. Результаты корреляционного анализа в отношении
длительности состояния отмены.

Исследуемый параметр			k ₁	P ₁	k ₂	P ₂
Динамика достижения уровня инсайта			-0.323	P ₁ < 0.01	-0.363	P ₂ < 0.01
Уровень достижения инсайта			-0.317	P ₁ < 0.01	-0.374	P ₂ < 0.01
Алексетимия			0.309	P ₁ < 0.01	0.337	P ₂ < 0.01
16-факторный опросник Р. Кеттелла	Шкала «G»	«-После»	-0.394	P ₁ < 0.01	-0.368	P ₂ < 0.01
	Шкала «H»	«-После»	-0.31	P ₁ < 0.01	-0.325	P ₂ < 0.01
	Шкала «L»	«-После»	0.359	P ₁ < 0.01	0.371	P ₂ < 0.01
	Шкала «Q ₁ »	«-После»	-0.35	P ₁ < 0.01	-0.364	P ₂ < 0.01
	Шкала «Q ₂ »	«-После»	-0.345	P ₁ < 0.01	-0.334	P ₂ < 0.01
	Шкала «Q ₃ »	«-После»	-0.359	P ₁ < 0.01	-0.358	P ₂ < 0.01
Опросник личностной ориентации Э. Шострома	Шкала «I»	«-После»	-0.425	P ₁ < 0.01	-0.421	P ₂ < 0.01
	Шкала «Sav»	«-После»	-0.424	P ₁ < 0.01	-0.425	P ₂ < 0.01
	Шкала «Ex»	«-После»	-0.419	P ₁ < 0.01	-0.424	P ₂ < 0.01
	Шкала «Sr»	«-После»	-0.445	P ₁ < 0.01	-0.444	P ₂ < 0.01
	Шкала «Sa»	«-После»	-0.436	P ₁ < 0.01	-0.431	P ₂ < 0.01
	Шкала «C»	«-После»	-0.439	P ₁ < 0.01	-0.445	P ₂ < 0.01
	Шкала «Sy»	«-После»	-0.415	P ₁ < 0.01	-0.426	P ₂ < 0.01
	Шкала «A»	«-После»	-0.409	P ₁ < 0.01	-0.408	P ₂ < 0.01

фактор “Q₂” – “самостоятельность – внушаемость”, фактор “Q₃” – “высокий самоконтроль – низкий самоконтроль”.

В этом случае мы можем только повториться, что высокие показатели данных факторов свидетельствуют о полноценной личностной идентификации, достаточной сформированности навыков ответственного выбора, достаточном наличии индивидуально-личностных ресурсов для реализации жизненного сценария, наличии внутреннего локуса-контроля. Следовательно, дефицитарность развития указанных свойств увеличивает длительность проявлений абстинентного синдрома.

Опросник личностных ориентаций Э. Шострома. Нами не было отмечено положительной корреляционной зависимости длительности проявления состояния отмены со шкалами данного теста. В то время как была отмечена отрицательная корреляционная связь со следующими шкалами: “I” – “шкала поддержки”, “Sav” – “ценностные ориентации”, “Ex” – “гибкость поведения”, “Sr” – “самоуважение”, “Sa” – “самовосприятие”, “C” –

“способность к интимным контактам”, “Sy” – “шкала синергии”, “А” – “принятие агрессии”. В этом случае мы так же объясняем, что высокие показатели этих шкал отражают следующие свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости: наличие жизненных целей и мотивов, сформированность и достаточное развитие навыков ответственного выбора, полноценная личностная идентификация, достаточное наличие индивидуально-личностных ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария. Следовательно дефицитарность развития указанных свойств психологического здоровья увеличивает длительность проявления абстинентного синдрома.

Одной из особенностей модели неоабилитации (в контексте ИРГПН) является работа с нормативными статусами личности пациента и блокирование патологического статуса “Я-наркоман”. Часто находясь в общей группе (например, стационар) больные наркомании общаются между собой на уровне патологического личностного статуса “Я-наркоман” (Валентик Ю.В., 2001) и своим образом индуцируют друг друга, провоцируя влечение к наркотику, что увеличивает “субъективное более тяжелое” и, соответственно более длительное, если эта группа закрытая (закрытое отделение) течение абстинентного синдрома. В программе неоабилитации, конфронтируя с патологическим статусом “Я-наркоман”, поощряя нормативные личностные статусы, идет мощная работа в отношении растождествления нормативных и патологического личностных статусов пациента и проработки новых поведенческих стратегий, стратегий развития, новых жизненных целей, новых жизненных мотивов. Появляется новая, более сильная доминанта, которая переключает пациента на новые эмоции (интерес), новые стили поведения (синергетические), тем самым “стирает” “субъективную тяжесть” переживания проявлений болезни, в частности состояния отмены и уменьшает длительность его проявления.

Таким образом, идентифицированные свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, уровень их развития имеют отрицательную зависимость в отношении длительности проявления состояния отмены (абстинентного синдрома). Тем самым, можно заявить, что уровень психологического здоровья (личностные свойства высокой антинаркотической устойчивости) влияет на клинические особенности наркомании (степень выраженности и длительность протекания, в частности состояния отмены при синдроме зависимости).

Результаты клинического эксперимента. Анализ длительности ремиссии и некоторых психосоциальных характеристик у пациентов – участников клинического эксперимента (спустя 12 месяцев после выписки из стационара)

Длительность ремиссии. Мы проследили ремиссию и процентное соотношение пациентов из основной и контрольной подгруппы клинического эксперимента, у которых был зарегистрирован рецидив болезни в течение 12 месяцев. Длительность ремиссии пациентов основной подгруппы (1 группа, n = 105) и контрольной подгруппы (2 группа, n = 84) отражена в таблице № 41.

Таблица № 41. Длительность ремиссии у пациентов основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгрупп клинического эксперимента.

Длительность в месяцах	1 группа (n = 105)		2 группа (n = 84)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Отсутствие ремиссии	33	31,4%	46	54,8%
До 6 месяцев	21	20,0%	15	17,9%
От 6 до 12 месяцев	29	27,6%	17	20,2%
12 месяцев и свыше	22	21,0%	6	7,1%
Всего:	105	100%	84	100%

Как видно из таблицы № 41, значительные различия определились между пациентами основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента. Так ремиссия или воздержание “12 месяцев и свыше” у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента составила 21% и 7,1% соответственно в контрольной подгруппе (в соотношении 3:1), “отсутствие ремиссии” соответственно 31,4% и 54,8% (в соотношении 1:1,7). Показатели длительности ремиссии наименьшие различия между группами выявились по параметру “до 6 месяцев” соответственно 20% и 17,9% (в соотношении 1,1:1). Длительность ремиссии в основной подгруппе и контрольной подгруппе по параметру “от 6 до 12 месяцев” составила 27,6% и 20,2% (в соотношении 1,4:1). По параметру “12 месяцев и свыше” показатели ремиссии не являются завершенными у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента, ввиду продолжения ремиссии по катамнестическим данным.

Термин *ремиссия* в основном отражает биологическую сторону заболевания, и по определению В.С. Гуськова (1955) означает временное прекращение заболевания, при неполном восстановлении психического (или соматического) здоровья с дальнейшей – как правило – деградацией после очередного обострения. Однако, наркомания это заболевание не только тела, но и духа. Наркоманию можно отнести в разряд социальных заболеваний. В связи с этим мы проследили некоторые психологические и социальные параметры у пациентов – участников клинического эксперимента, находящихся в воздержании (добровольное воздержание) от употребления наркотиков, позволяющие оценивать процесс личностной регенерации и ресоциализации (таблица № 42 и № 43).

Ресоциализация (объективная оценка)

Продвижение в сфере образования. Из таблицы № 42 видно, что у пациентов, прошедших курс реабилитации-неоабилитации (основная подгруппа клинического эксперимента) в сравнении с теми, кто проходил лечение, ориентирующееся на принципы реабилитации (контрольная подгруппа), практически в 5 раз больше тех, у кого после лечения отмечается положительная динамика в сфере образования. Часть этих лиц восстановили прерванное, в связи с наркозависимостью лечение, часть – поступили учиться в среднетехнические и высшие учебные заведения. И, наоборот, среди лиц, бывших участников эксперимента из контрольной подгруппы в 5 раз оказалось больше тех, у кого была отмечена отрицательная динамика в сфере образования. У подавляющего большинства бывших участников эксперимента из обеих подгрупп (82% и 86%) не было отмечено положительной или отрицательной динамики.

Изменение в семейном положении. У участников клинического эксперимента из основной подгруппы были отмечены более значительные позитивные изменения в семейной жизни, как в собственной семье, так и в отношениях с родителями, в сравнении с участниками из контрольной подгруппы. В частности положительная динамика семейных отношений среди первых отмечалась встречалась чаще практически в 3 раза. В то время как среди вторых почти в 2 раза (1.8) чаще отмечалась отрицательная динамика.

Продвижение в профессии. Наиболее существенные достоверные различия были отмечены в сфере профессиональной деятельности. Практически 58% лиц проходивших курс реабилитации-неоабилитации возобновили свою работу, в то время, как только 18% лиц из контрольной подгруппы клинического эксперимента смогли сделать это, что в среднем в 3.2 раза меньше. Отрицательная динамика в профессиональной деятель-

Таблица № 42. Длительность ремиссии у пациентов основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгрупп клинического эксперимента.

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Продвижение в сфере образования	положительная динамика	15.4 ± 7.1%	3.4% 1.1 < 11.5%	P < 0.05
	отсутствие динамики	82.3 ± 7.1%	86.1% 86.6 < 98.6%	P < 0.05
	отрицательная динамика	2.3% 0 < 5.3%	10.5% 0 < 6.5%	P < 0.05
Изменение в семейном положении	положительная динамика	16.6 ± 7.1%	5.2 ± 7.7%	P < 0.05
	отсутствие динамики	79.6 ± 8.0%	88.1 ± 8.3%	P < 0.05
	отрицательная динамика	3.8% 1.6 < 10.9%	6.7% 0.6 < 9%	P < 0.05
Продвижение в профессии	положительная динамика	57.7 ± 11.0%	18.3 ± 12.3%	P < 0.05
	отсутствие динамики	33.4 ± 10.5%	60.8 ± 12.5%	P < 0.05
	отрицательная динамика	8.9 ± 6.3%	20.9% 2.8 < 18.5%	P < 0.05

ности у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента составила всего 9%, в то время как среди абстинентов из контрольной подгруппы, отрицательная динамика составила 21%, т.е. в 2.3 раза больше.

Личностная регенерация (субъективная оценка)

Преобладающее настроение. Мы проследили преобладающее настроение (субъективную оценку) и обнаружили, что почти у половины абстинентов из основной подгруппы клинического эксперимента (47.6%) в течение 12 месяцев преобладающее настроение было “хорошим”, в то время как таких абстинентов из контрольной подгруппы оказалось менее $\frac{1}{3}$ (27,3%). И, наоборот, только $\frac{1}{5}$ абстинентов из основной подгруппы клинического эксперимента оценили свое настроение в течение прошедшего года как “плохое”, в то время как таких лиц из контрольной подгруппы оказалось почти половина (44,8%).

Удовлетворенность собой и удовлетворенность жизнью. Выше мы уже отмечали определение качества жизни, данное В.Я. Семке и М.Ф. Белокрыловой как достигаемость желаемого и удовлетворенность достигнутым. В этом отношении мы проследили субъективное восприятие в

плане удовлетворенности-неудовлетворенности собой и своей жизнью в период добровольного воздержания от наркотиков у участников клинического эксперимента (таблица № 43).

В этом случае мы так же обнаружили, что среди абстинентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с контрольной подгруппой в 1.4 раза больше тех, кто доволен собой и своей жизнью, и, наоборот – в 2 раза меньше тех, кто собой и своей жизнью не доволен.

Новые жизненные цели. Представляется важным тот факт, что практически 80% абстинентов, проходивших программу реабилитации-неоабилитации отметили появление *новых* жизненных целей и планов, никаким образом не связанных с потреблением наркотиков.

Таблица № 43. Длительность ремиссии у пациентов основной (1 группа, n = 105) и контрольной (2 группа, n = 84) подгрупп клинического эксперимента.

Исследуемый параметр		1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Преобладающее настроение	хорошее	47.6 ± 11%	27.3 ± 14.9%	P < 0.05
	без особых колебаний	31 ± 8.1%	27.9 ± 11.6%	P < 0.05
	плохое	21.4 ± 9.1%	44.8 ± 13.7%	P < 0.05
Доволен ли собой	да	69.1 ± 11.0%	48.8 ± 14.9%	P < 0.05
	затрудняюсь с ответом	16.2 ± 8.8%	30.3 ± 13.7%	P < 0.05
	нет	14.7 ± 8.4%	20.9 ± 12.2%	P < 0.05
Доволен ли жизнью	да	66.2 ± 11.2%	46.5 ± 14.9%	P < 0.05
	затрудняюсь с ответом	23.5 ± 10.1%	32.6 ± 14.0%	P < 0.05
	нет	10.3 ± 7.2%	20.9 ± 12.2%	P < 0.05
Новые планы, цели в жизни, не связанные с употреблением наркотиков	да	79.4 ± 9.6%	45.8 ± 14.8%	P < 0.05
	затрудняюсь с ответом	19.1 ± 9.3%	40.2 ± 13.7%	P < 0.05
	нет	1.5% 0.547 < 8.1%	14 ± 10.4%	P < 0.05

В этой подгруппе лишь 1.5% оказалось тех, у кого не появились новые жизненные мотивы, исключаяющие наркопотребление, и 19% оказалось тех, кто затруднялся дать определенный ответ. Среди абстинентов, прошедших программу ориентированную только на принципы реабилитации отмечается противоположная картина: более половины либо затруднялись дать определенный ответ (40%), либо отметили, что у них нет новых жизненных планов и целей (14%) и 46% отметили появление новых жизненных целей или планов, исключаяющих наркопотребление.

Оценка качества жизни по данным опросника SF-36

Нами так же было проведено исследование субъективной оценки качества жизни участников клинического эксперимента с помощью опросника, рекомендованного ВОЗ – SF-36 (IQOLA SF-36 Russia (Russian) Standard Version 1.0). Полученные результаты соответствовали вышеуказанным данным субъективных и объективных оценок показателей социальной динамики (ресоциализации) и личностной регенерации (см. таблицу № 44).

Таблица № 44. Данные опросника качества жизни SF-36 в исследуемой (n = 105) и контрольной (n = 84) подгрупп.

Исследуемый параметр	1 группа n = 105	2 группа n = 84	P
Физическая активность (ФА)	29.8 ± 0.1	29.5 ± 0.1	P < 0.01
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ)	5.6 ± 0.4	4.8 ± 0.3	P < 0.01
Боль (Б)	6 ± 0.4	4.9 ± 0.5	P < 0.01
Общее здоровье (ОЗ)	16 ± 0.3	15.2 ± 0.3	P < 0.01
Жизнеспособность (ЖС)	15.4 ± 0.2	15 ± 0.2	P < 0.01
Социальная активность (СА)	5.8 ± 0.1	4.6 ± 0.4	P < 0.01
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ)	4.2 ± 0.3	3.6 ± 0.3	P < 0.01
Психическое здоровье (ПЗ)	19.6 ± 0.2	19.2 ± 0.3	P < 0.05
Физическое здоровье общее (ФЗО)	57.4 ± 0.4	54.4 ± 0.4	P < 0.01
Психическое здоровье общее (ПЗО)	45 ± 0.3	42.4 ± 0.4	P < 0.05

Как видно из таблицы показатели всех шкал, характеризующих физическое и психическое здоровье у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента достоверно превышают аналогичные показатели лиц из контрольной подгруппы. Ниже мы приводим интерпретацию основных показателей опросника субъективной оценки качества жизни SF-36.

Физическая активность (ФА). Прямая связь: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ). Обратная связь: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

Боль (Б). Обратная связь: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения вмешиваются в его повседневную деятельность.

Общее здоровье (ОЗ). Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

Жизнеспособность (ЖС). Прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т.е. больше времени за последние 4 недели он ощущал себя бодрым и полным сил.

Социальная активность (СА). Прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ). Обратная связь: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.

Психическое здоровье (ПЗ). Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше настроение было у респондента, т.е. он больше времени за последние 4 недели чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

Нами были созданы два синтетических параметра: “Общее физическое здоровье” (ФЗО), который включал шкалы (ФА), (РФ), (Б), (ОЗ) и “Общее психическое здоровье” (ПЗО) который включал шкалы (ЖС), (СА), (РЭ), (ПЗ). Соответственно показатели данных шкал характеризующих субъективную оценку физического и психического здоровья у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента достоверно превышали аналогичные показатели лиц из контрольной подгруппы.

Таким образом, мы можем констатировать тот факт, что процент ремиссии сроком 12 месяцев и выше, у наркозависимых, находившихся в терапевтической программе – модель реабилитации-неоабилизации – достоверно выше (21%), чем у пациентов прошедших курс терапии, ори-

ентированный только на принципы реабилитации (7.1%). Так же среди неоабилитантов значительно выше процент лиц с более успешными показателями качества жизни, ресоциализации, личностной регенерации в сравнении с реабилитантами. Этот факт с нашей точки зрения подтверждает положение о возможности развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (в контексте концепции психологического здоровья), а так же то, что лечебные стратегии и программы ориентированные на принципы реабилитации-неоабилитации более эффективны, чем программы ориентированные только на принципы реабилитации в работе с больными наркоманией.

Выводы

Выше мы отметили, что задачами данного клинического эксперимента являлись оценка взаимосвязей свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности с клиническими особенностями и динамическими характеристиками наркомании (преимущественно опиоидной группы) и оценка эффективности различных моделей лечения, реабилитации и неоабилитации больных наркоманий. В результате полученных данных данного клинического эксперимента можно сделать следующие выводы:

1. Существует *феномен антинаркотической устойчивости*, который является совокупностью свойств психологического здоровья, определяющих личностную антинаркотическую устойчивость.

2. Свойствами психологического здоровья – антинаркотической устойчивости составляющими феномен антинаркотической устойчивости являются следующие: полноценная личностная идентификация или эго-идентичность; сформированность навыков ответственного выбора; внутренний локус-контроля; наличие позитивного конструктивного жизненного сценария; наличие внутренних ресурсов (физических и психических), необходимых для реализации данного сценария; полноценная информированность и адекватная осведомленность о вреде наркотиков. Данные свойства психологического здоровья являются качественными характеристиками психического здоровья.

3. Дескриптивно-феноменологический и регрессионный анализ показали, что существует корреляционная зависимость особенностей клинического проявления наркомании, в частности длительности и степени выраженности состояния отмены с вышеуказанными свойствами психологического здоровья, определяющими антинаркотическую устойчивость.

4. 17.5% коморбидности. Острая интоксикация и состояние отмены у больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств зрелой личности протекают в более тяжелой форме, чем у наркозависимых не имеющих коморбидной патологии.

5. Больные опийной наркоманией имеющие коморбидную психическую патологию, в виде специфических расстройств зрелой личности таких как: F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8 более резистентны к психотерапевтическим воздействиям, чем такие же больные без коморбидной патологии.

6. Терапевтические стратегии, ориентированные на принципы реабилитации-неоабилитации позволяют в короткие сроки (2 месяца) достичь выраженной терапевтической динамики самого лечебного процесса (достижение рабочей фазы группы, глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации, уровней инсайта, индикации неоабилитационных мишеней) и существенных качественных изменений личности наркозависимого (развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости), а так же достичь более высоких результатов в плане длительности ремиссии, качества жизни в период воздержания – ресоциализации и личностной регенерации пациента.

7. Терапевтическая модель реабилитации-неоабилитации, рассчитанная на шестидесятидневный срок прохождения лечения позволяет добиться у больных наркоманией устойчивой ремиссии – добровольного воздержания – в 21% случаев в течение 12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема наркомании в последние годы достигла глобальных масштабов, имеет многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты. По данным ВОЗ, с начала 80-х годов масштабы проблемы распространения наркозависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза, а в некоторых регионах зависимость от ПАВ приняла характер эпидемии. Современные виды помощи страдающим от наркотической зависимости, в странах постсоветского пространства в основном представлены медицинским уровнем реабилитации, и зачастую ограничиваются только детоксикацией (биологическая и физиологическая реабилитация). В связи с чем, устойчивые ремиссии (добровольное воздержание от приема наркотика) сроком 12 и более месяцев в среднем составляют 4-7%, что говорит о низкой эффективности существующих реабилитационных программ.

Различные психотерапевтические подходы и методы психосоциальной реабилитации, применяемые в наркологической практике, так же имеют низкую эффективность. Во-первых, отечественные реабилитационные программы в России и Казахстане на сегодняшний день не являются длительными (12-18 месяцев), как в странах Европы и США в силу экономических причин. Во-вторых, многие используемые в наркологии лечебные программы не имеют базисной концептуальной основы, учитывающей биологические, психологические и социальные причины развития наркомании, как личности самого больного, так и его ближайшего социального окружения. В-третьих, заимствованные из стран Европы и США психотерапевтические методы работы с наркозависимыми и применяемые в шаблонном варианте, не являются столь эффективными в местных условиях. Низкая эффективность в этом случае, так же имеет несколько причин: различие культур самих потребителей наркотиков (культуральные факторы), вид употребляемого наркотика (например, в Европе и США более присуща каннабисная и кокаиновая зависимость, в то время как в странах постсоветского пространства, в том числе России и Казахстане – опиоидная), разные уровни качества жизни в этих странах (психосоциальные факторы).

Проблемы, связанные с ростом наркотизма, так же связаны с малой эффективностью превентивных мероприятий. Современная профилактика в большей степени ориентирована на патогенные факторы данной проблемы и в меньшей степени на саногенные. Фокус внимания превентивных программ, зачастую сводится к патологии или болезни, исключая из

поля зрения фактор психического и психологического здоровья и возможность их развития – формирования и развития свойств антинаркотической устойчивости личности.

Настоящая работа была посвящена исследованию взаимосвязей между индивидуальным психическим здоровьем (качественным его уровнем – психологическим здоровьем) и превалентными рисками, клиническими проявлениями и терапевтической динамикой наркомании, а так же изучению свойств психологического здоровья, определяющих антинаркотическую устойчивость личности и возможности их развития в профилактических и терапевтических целях данного заболевания.

1. В первой части работы было проведено наблюдационное исследование на большой репрезентативной выборке общего населения Республики Казахстан. В результате данного исследования было выявлено, что 1,7% опрошенных респондентов имеют устойчивую зависимость от наркотиков, что в среднем составляет 254203 человека. На момент данного исследования учреждения наркологического профиля государственного медицинского сектора учитывали 45000 человек с диагнозом наркомания. Таким образом, учтенные больные наркоманией в среднем составили 17,7% от фактически полученного количества, характеризующего предполагаемую истинную распространенность наркозависимости в Республике Казахстан.

В данной части исследования было проведено сравнение лиц, имеющих наркотическую зависимость и лиц, не имеющих наркотической зависимости в отношении следующих категорий интегрального здоровья: соматическое, психическое и психологическое. Мы не получили достоверных различий в категории соматического здоровья. В отношении психического здоровья мы обнаружили, что среди наркозависимых, значительно меньше людей имеющих высокий уровень психического здоровья (13,8%) в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (29,8%). В отношении психологического здоровья с высокой степенью достоверности было выявлено следующее различие: среди наркозависимых гораздо больше тех, у кого низкий уровень психологического здоровья (33,2%), в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (0,5%).

Так же результаты наблюдационного исследования показали, что:

- среди людей имеющих наркотическую зависимость более чем в 5 раз меньше тех, кто имеет внутренний локус-контроля (2,4%) в сравнении с не имеющими данной зависимости (12,7%), и в 16 раз больше тех, кто имеет внешний локус-контроля (37,8% и 2,3% соответственно);

- среди наркозависимых гораздо меньше (в 2,2 раза) тех, у кого есть жизнеутверждающие цели и мотивы (28,3%) и в 8,5 раз больше тех, кто не имеет позитивных жизненных целей и установок (63,4%) в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (68% и 7,5% соответственно);

- у 83,5% наркозависимых были отмечены признаки, свидетельствующие о неполноценном завершении этапа личностной идентификации, в то время как в группе не имеющих наркотической зависимости, таких людей оказалось фактически в два раза меньше – 42,8%. Наоборот, процент людей имеющих признаки полноценной личностной идентификации в группе не имеющих химической зависимости гораздо выше (57,2%), т.е. в 3,5 раза, чем у людей зависимых от ПАВ (16,5%);

- среди лиц, не имеющих химической зависимости в сравнении с лицами, которые имеют зависимость от ПАВ достоверно больше тех, у кого сформированы навыки ответственного выбора (67,7% и 45,7%) и меньше процент тех, у кого эти навыки не сформированы в достаточной степени (32,3% и 54,3% соответственно).

Из общей группы лиц, не имеющих наркотической зависимости, была выделена подгруппа с высокой степенью антинаркотической устойчивости (АНУ). Такие лица составили 3,6% от группы общей репрезентативной выборки. Результаты анализа данного фрагмента исследования показали, что лица, имеющие высокую степень АНУ, достоверно отличаются от остальных респондентов, не имеющих наркозависимости по следующим признакам:

- наличие внутренней интернальности (внутреннего локуса-контроля) (встречаемость): 50,2% и 12,7% соответственно;

- высокий уровень качества жизни (встречаемость): 29,5% и 7,2% соответственно (более чем в 4 раза);

- наличие осознанных позитивных жизненных мотивов и целей (встречаемость): 95,2% и 68% соответственно;

- наличие признаков полноценного завершения этапа личностной идентификации (встречаемость): 86,9% и 57,2% соответственно;

- признаки сформированных и развитых навыков ответственного выбора (встречаемость): 91,1% и 67,7% соответственно;

- признаки того, что навыки ответственного выбора не сформированы и не развиты (встречаемость): 8,9% и 32,3% соответственно (менее чем в 3,6 раза);

- высокая информированность и адекватная осведомленность о вреде наркотиков (встречаемость): 88,5% и 76,6%, соответственно.

У имеющих высокую степень устойчивости к наркозависимости в 7,8 раза чаще встречаются люди с высоким уровнем психологического здоровья в сравнении с представителями общей репрезентативной выборки, не имеющих наркотической зависимости (36,3% и 4,6%, соответственно) и в 1,4 раза чаще с высоким уровнем психического здоровья (42,9% и 29,8%).

Следующий этап заключался в исследовании респондентов, представляющих противоположные полюса проблемы наркозависимости: лиц, имеющих наркотическую зависимость и лиц, имеющих высокий уровень антинаркотической устойчивости. В результате были получены следующие различия данных групп с высокой степенью достоверности (наркозависимые и лица с высокой степенью АНУ):

- наличие признаков неполноценной личностной идентификации (размытость/диффузия Эго) (встречаемость): 83,5% и 13,1% (более чем в 6 раз);
- наличие признаков полноценной личностной идентификации (встречаемость): 16,5% и 86,9% (в 5 раз реже);
- внешний локус-контроля (встречаемость): 37,8% и 2,2% (более чем в 17 раз);
- внутренний локус-контроля (встречаемость): 2,4% и 50,2% (менее чем в 20 раз);
- наличие осознанных позитивных жизненных целей и мотивов (встречаемость): 28,3% и 95,2% (менее чем в 3,5 раза);
- отсутствие осознанных позитивных жизненных целей и мотивов (встречаемость): 63% и 0%;
- отсутствие полноценной информированности и адекватной осведомленности (встречаемость): 20% и 0%;

Среди активно-устойчивых к зависимости от ПАВ по отношению к имеющим наркотическую зависимость, более чем в 3 раза больше тех, у кого высокий уровень психического здоровья (42,9% и 13,8%), более чем в 25 раз тех, у кого высокий уровень психологического здоровья (36,3% и 1,4%) и полностью отсутствуют люди, у которых низкий уровень психологического здоровья. В то время как каждый третий с наркотической зависимостью имеет низкий уровень психологического здоровья.

2. Во второй части для более подробного анализа и подтверждения полученных результатов на общей репрезентативной выборки населения РК исследовались больные наркоманией (189 человек) проходившие курс лечения в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар). Для данной группы в качестве контроля использовались жители общей популяции города Павлодара (378 человек), отобранные по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности соответственно распределению (1:2).

Данная часть исследования подтвердила тот факт, что для людей имеющих зависимость от наркотиков и для людей имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости характерны общие личностные и психологические признаки с той лишь разницей, что в группе наркозависимых они являются дефицитарными или отсутствуют, а в группе людей с высоким уровнем антинаркотической устойчивости они представлены в полном объеме. Из выделенных вышеуказанных признаков в результате наших исследований мы выявили следующие:

1) Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития (эго-идентичность);

2) Наличие конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;

3) Развитие навыков ответственного выбора (отказа от дивидендов конкурирующих сценариев);

4) Качество “внутренней” ответственности, внутренней интернальности (внутреннего локуса контроля);

5) Наличие достаточных внутренних ресурсов (психических) для реализации вышеуказанных сценариев;

6) Полноценная информированность и адекватная осведомленность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Совокупность вышеуказанных признаков, мы обозначили, как составляющие *феномена антинаркотической устойчивости (ФАНУ)*. Идентифицированные феномен антинаркотической устойчивости – свойства антинаркотической устойчивости личности являются характеристиками психологического здоровья (качественными характеристиками психического здоровья).

3. Согласно концепции психологического здоровья, данные личностные свойства антинаркотической устойчивости можно развивать в случае, если они не развиты. Таким образом, стратегией избавления человека от наркотической зависимости является не только и не столько реабилитация (ре-возврат, ability-способности), т.е. возврат к прежним способностям (зачастую приведшим пациента к проблеме или болезни), а неоабилитация (нео-новые, ability-способности) – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых для данной личности способностей. В этой связи была разработана практическая терапевтическая Неоабилитационная программа, ориентированная на развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

4. С целью экспериментальной апробации данной модели и подтверждения гипотезы о возможности развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности был проведен клинический эксперимент с общей группой наркозависимых. Для этого общая группа в случайном порядке была разделена на две подгруппы клинического эксперимента: основную и контрольную. Основная подгруппа проходила курс лечения в рамках разработанной модели неоабилитации, в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН). Контрольная подгруппа проходила лечение, ориентированное на принципы реабилитации, которое в основном применяется в государственных медицинских наркологических учреждениях РК.

5. В результате клинического эксперимента были получены следующие данные. После окончания курса детоксикации (15-20 дни пребывания в программе) были получены следующие достоверные различия, в отношении способности субъективно идентифицировать мотивацию, приводящую к рецидиву болезни. В основной подгруппе клинического эксперимента более чем в 2,4 раза (44.19%) оказалось пациентов, которые осознали и идентифицировали атарактическую причину срыва (рецидива болезни), в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы (17.86%).

6. По завершению клинического эксперимента так же были получены достоверные различия у пациентов основной и контрольной подгрупп.

Важным моментом, отражающим большую эффективность неоабилитационной программы, являлся то факт, что показатели динамики объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации оказались значительно выше в основной подгруппе клинического эксперимента, в сравнении с контрольной подгруппой. Так, например, показатели динамики степени сокращения дистанции между терапевтом и пациентом в основной подгруппе более чем в 2.3 раза превышали соответствующие показатели в контрольной подгруппе клинического эксперимента.

Так же достоверно оказались более выраженными результаты динамики показателей объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента. Это следующие признаки:

- способность присоединения в терапевтической коммуникации (аналогия в мимике, моторике, присоединение по тембру и интонации, синхронизация дыхательного и речевого темпо-ритма);
- эмоциональность и спонтанность реагирования (выраженность вегетативных реакций);

- высокий уровень доверия и низкий уровень напряжения в группе (уровень мышечной релаксации).

Важным показателем эффективности психотерапевтического процесса является факт осознания факта зависимости и достижения критического отношения к болезни, достижения инсайта в процессе психотерапии и редукции алексетимии. На момент окончания клинического эксперимента в основной подгруппе всего 7% пациентов не достигли инсайта в процессе психотерапии, в то время, как в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось более 37%. Более 93% пациентов основной подгруппы клинического эксперимента достигли более объективного представления, о своей межличностной презентации и осознали зависимость определенных форм своего реагирования и поведения от особенностей ситуации, а в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось 62%. Так же, из основной подгруппы более 43% пациентов осознали зависимость своего поведения от условий их воспитания и развития, т.е. достигли уровня генетического инсайта, а в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось в 2.3 раза меньше (18.3%).

На момент окончания клинического эксперимента показатели восстановления критики к болезни, так же более выражены у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с контрольной подгруппой:

- отсутствие критики к болезни: 0.98% и 12.2%;
- псевдокритичное отношение к факту зависимости: 13.7% и 29.3%;
- средний уровень критичного восприятия болезни: 3.549 баллов и 1.112 баллов;
- динамика достижения критического отношения к болезни: 2.78 баллов и 0.468 баллов;
- динамика редукции алексетимии: 1.775 балла и 1.049 балла соответственно.

7. По результатам данного исследования, 17.5% больных опийной наркоманией имели следующую коморбидную психическую патологию (от общей группы наркозависимых): рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) – 1.1%; органическое расстройство личности, посткоммоционный синдром (F 07.2) – 3.7%; расстройства зрелой личности и поведения у взрослых – F 6 (12.7%), в частности: F 60.31 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (4.8%); F 60.4 – истерическое расстройство личности (2.1%); F 60.6 – тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (2.1%); F 60.7 – зависимое расстройство личности (1.1%); F 60.8 – другие специфические расстройства личности (2.6%). Ост-

рая интоксикация и состояние отмены у больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств зрелой личности таких как: F 60.31, F 60.4, F 60.6, F 60.7, F 60.8, протекают в более тяжелой форме, чем у наркозависимых не имеющих коморбидной патологии. Так же больные опийной наркоманией имеющие коморбидную психическую патологию, в виде специфических расстройств зрелой личности более резистентны к психотерапевтическим воздействиям, чем такие же больные без коморбидной патологии, что соответственно снижает эффективность психотерапии.

8. Важность представляли результаты анализа по дескриптивно-феноменологическому принципу, которые выявили достоверные различия динамики редукции состояния отмены у пациентов основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента. Общая динамика редукции степени выраженности состояния отмены достоверно превышала у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы в среднем в 1.6 раза (2.294 и 1.466 баллов). Основные клинические проявления состояния отмены в динамике, в виде психопатологических синдромов/симптомов, так же имели достоверные различия у пациентов основной и контрольной подгрупп:

- средняя длительность проявлений резидуального аффективного расстройства (депрессивного синдрома): 7.6 и 11.2 дней (на 3.6 дней меньше);
- выраженность депрессивных расстройств: 2.5 балла и 2.9 балла;
- средняя продолжительность проявлений симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику: 7,6 и 10,5 дней (на 2,9 дня меньше);
- средняя выраженность патологического влечения к наркотику: 2,7 балла и 3 балла;
- среднее количество зарегистрированных случаев спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику: 2.2 и 3.3 (в 1,5 раза меньше);
- средняя длительность проявлений психических расстройств органического характера (органического расстройства личности, психопатоподобного уровня) 14.4 и 24.1 дней соответственно (в среднем на 9,7 дней меньше);
- средняя длительность проявлений астенических расстройств: 8.4 и 13.7 дней соответственно (в среднем на 5.3 дня меньше)

Для выявления взаимозависимости основных клинико-психопатологических проявлений состояния отмены синдрома зависимости от опиои-

дов с характеристиками свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости был проведен корреляционный регрессионный анализ. Полученные результаты достоверно свидетельствовали о том, что более высокие показатели основных характеристик психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (ФАНУ) имеют отрицательную корреляционную зависимость в отношении меньшей длительности проявления абстинентного синдрома (состояния отмены), резидуально-аффективных расстройств (депрессивного синдрома), частоты случаев симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику.

9. Для исследования феномена антинаркотической устойчивости были проведены сравнение исследуемых подгрупп клинического эксперимента и проанализированы достоверные различия в отношении субъективной и объективной оценок характеристик и параметров свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности.

На момент окончания клинического эксперимента показатели динамики субъективной самооценки составляющих феномена антинаркотической устойчивости имели достоверные различия в исследуемых подгруппах - основной и контрольной:

- признаки полноценного завершения личностной идентификации: 2.3 балла и 1.0 балл (в 2.3 раза больше);
- наличие позитивного жизненного сценария: 2.3 балла и 0.8 баллов (в 2.7 раза больше);
- исключение любого возможного употребления наркотиков из всех жизненных горизонтов: 2.2 баллов и 0.9 баллов (больше в 2.5 раза);
- сформированность внутреннего локуса контроля: 2.2 балла и 1.0 балл (больше в 2.2 раза);
- сформированность навыков ответственного выбора: 2.4 балла и 0.9 баллов (2.7 раза больше);
- наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария: 2.1 балл и 0.8 балла (больше в 2.6 раза);

Таким образом, в целом средние показатели динамики субъективной самооценки основных характеристик ФАНУ, в 2.5 раза превысили у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы.

Для объективизации оценки динамики развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у участников клинического эксперимента были использованы следующие психологические методики и тесты: САТ – самоактуализационный тест (методика ис-

следования личностных ориентаций Э. Шострома) в адаптации Ю.Е. Алешиной и соавт. (1987); методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера в адаптации Бажина Е.Ф. и соавт., (1984, 1998); 16-ти факторный вопросник Кеттелла, форма “С” (Райгородский Д.Я., 1998). Результаты психологического исследования и анализа обнаружили достоверные различия в показателях динамики развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в плане их превышения у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы.

10. После прохождения лечения (реабилитационная и Неоабилитационная программы) и выписки из стационара у участников клинического эксперимента отслеживался катамнез в течение 12 месяцев. По истечению 12 месяцев был проведен анализ длительности ремиссии и определен средний процент воздерживающихся от употребления наркотиков 12 и более месяцев, показателей ресоциализации, личностной регенерации и качества жизни участника клинического эксперимента.

В результате проведенного анализа были получены достоверные различия в исследуемых подгруппах клинического эксперимента. Так ремиссия или воздержание “12 месяцев и свыше” у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента составила 21% и 7,1% соответственно в контрольной подгруппе (в соотношении 3:1), “отсутствие ремиссии” соответственно 31,4% и 54,8% (в соотношении 1:1,7). Показатели длительности ремиссии наименьшие различия между группами выявились по параметру “до 6 месяцев” соответственно 20% и 17,9% (в соотношении 1,1:1). Длительность ремиссии в основной подгруппе и контрольной подгруппе по параметру “от 6 до 12 месяцев” составила 27,6% и 20,2% (в соотношении 1,4:1).

Анализ показателей, характеризующих процесс ресоциализации и личностной реинтеграции обнаружил достоверные различия у участников клинического эксперимента – основной и контрольной подгрупп:

- положительная динамика продвижения в сфере образования: 15.4% и 3.4% (превышение в 5 раз); отрицательная динамика продвижения в сфере образования: 2.3% и 10.5% (в 5 раз меньше);

- положительная динамика в семейной жизни: 16.6% и 5.2% (в 3 раза больше); отрицательная динамика в семейной жизни: 3.8% и 6.7% (в 1.8 раз меньше);

- положительная динамика в профессиональной деятельности: 57.7% и 18.3% (в 3.2 раза больше); отрицательная динамика в профессиональной деятельности: 8.9% и 20.9% (в 2.3 раза меньше);

- преобладающее настроение хорошее: 47.6% и 27,3%; преобладающее настроение плохое: 21.4% и 44.8%;
- доволен собой: 69.1% и 48.8%; не доволен собой: 14.7% и 20.9%;
- доволен жизнью: 66.2% и 46.5%; не доволен жизнью: 10.3% и 20.9%;
- наличие новых планов, цели в жизни, не связанные с употреблением наркотиков: 79.4% и 45.8%; отсутствие новых планов, цели в жизни, не связанные с употреблением наркотиков: 1.5% и 14%.

Так же было проведено исследование субъективной оценки качества жизни участников клинического эксперимента с помощью опросника, рекомендованного ВОЗ – SF-36 (IQOLA SF-36 Russia (Russian) Standard Version 1.0) по истечению 12 месяцев после завершения лечения. Полученные результаты соответствовали вышеуказанным данным субъективных и объективных оценок показателей социальной динамики (ресоциализации) и личностной регенерации. Показатели всех шкал опросника субъективной оценки качества жизни SF-36, характеризующих физическое и психическое здоровье у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента достоверно превышали аналогичные показатели лиц из контрольной подгруппы.

Таким образом результаты данного исследования позволили сделать следующие выводы.

ВЫВОДЫ

1. Обсервационное исследование распространенности наркоманий в Республике Казахстан на большой репрезентативной выборке (7 500 чел.) позволило определить величину проблемы и показать пятикратное превышение показателей истинной распространенности наркозависимых состояний над данными официальной медицинской статистики. У 81,3 % наркозависимых основными являются наркотики каннабиноидной группы, у 41,1 % – опиоидной.

2. Многоуровневое комплексное исследование психического здоровья населения в числе превалентных рисков наркоманий выявило феномен антинаркотической устойчивости разной степени: группа риска составила 11,5 %, лица с вероятной и средневероятной антинаркотической устойчивостью – 83,2 %, лица с высокой степенью антинаркотической устойчивости – 3,6 %.

2.1. Составляющие антинаркотической устойчивости: полноценная личностная идентификация (у 83,5 % наркозависимых лиц отмечены признаки, указывающие на незавершенность данного этапа, в группе здоровых – у 42,8 %); интернальность (внутренний локус-контроль в группе наркозависимых встречался в 5 раз реже по сравнению с лицами без наркотической зависимости); навыки ответственного выбора (в группах зависимых и независимых от наркотиков лиц сформированы в 45,7 и 67,7 % случаев, $P < 0,0001$). Среди наркозависимых в 2,2 раза реже встречаются лица, имеющие жизнеутверждающие цели и мотивы, и в 8,5 раза чаще – лица без позитивных жизненных установок, по сравнению с не имеющими наркотической зависимости.

2.2. Сравнительное изучение репрезентативных групп лиц, имеющих наркотическую зависимость и не имеющих данной патологии, показало с высокой степенью достоверности ($P < 0,0005$) различия по основным показателям психологического здоровья. В целом в группе наркозависимых низкий уровень психологического и психического здоровья отмечен в 33,2 % случаев, в группе сравнения – в 0,5 %.

3. Клинические проявления опийной наркомании обнаруживают достоверную корреляционную зависимость со свойствами психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности.

3.1. Корреляционный регрессионный анализ показал достоверную положительную зависимость частоты случаев спонтанно возникающего патологического влечения к наркотику при опийной наркомании у лиц с низкими уровнями сформированности навыков ответственного выбора,

индивидуально-личностных психических ресурсов и признаками неполноценной личностной идентификации. Отрицательная корреляционная зависимость была выявлена со свойствами психологического здоровья – антинаркотической устойчивости: признаки полноценной личностной идентификации, наличие жизненных целей и мотивов, сформированность и достаточное развитие навыков ответственного выбора, наличие внутреннего локуса-контроля, достаточное наличие индивидуально-личностных ресурсов для реализации жизненного сценария.

3.2. Положительная корреляционная зависимость длительности проявления состояния отмены была обнаружена с признаками дефицитарности составляющих антинаркотической устойчивости: полноценная личностная идентификация, наличие жизненных целей и мотивов, сформированность навыков ответственного выбора, наличие индивидуально-личностных ресурсов для реализации жизненного сценария, наличие внутреннего локуса-контроля.

3.3. Уровень выраженности алекситимии показал среднюю положительную корреляционную зависимость в отношении длительности абстинентного синдрома.

4. Выявлены клинико-динамические особенности опийной наркомании у лиц с коморбидной психической патологией. У больных наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (F60), в сравнении с наркозависимыми без коморбидной патологии, расстройства когнитивной сферы в виде эмоциональной дезорганизации мышления и степени выраженности нарушения внимания в острый период состояния отмены встречались практически в 2 раза достоверно чаще. Лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности (F60.31), страдающие опийной наркоманией, хуже включались в психотерапевтический процесс, в сравнении с наркозависимыми без коморбидной патологии.

4.1. Объективные показатели глубины и динамики терапевтического процесса и данные 16-факторного опросника Р. Кеттелла свидетельствовали о резистентности к психотерапевтическим воздействиям и меньшей эффективности психотерапии у больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию.

5. Разработана и внедрена модель неоабилитации больных опийной наркоманией – комплекс взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач: а) избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости от ПАВ; б) актуализация имеющегося потенциала биологической, пси-

хологической и социальной адаптации; в) форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

5.1. На момент окончания клинического эксперимента показатели динамики субъективной самооценки составляющих феномена антинаркотической устойчивости в 2,5 раза были достоверно выше в основной подгруппе больных, проходивших лечение по неоабилитационной программе, по сравнению с лицами контрольной группы, проходившими терапию по традиционным программам реабилитации (2,25 и 0,9 балла соответственно).

5.2. Объективные признаки достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации имели существенные различия в основной и контрольной подгруппах клинического эксперимента. Соответственно группам степень сокращения дистанции между терапевтом и больным составила 1,549 и 0,671 балла; способность присоединения к терапевтической коммуникации – 2,143 и 1,213 балла; эмоциональность и спонтанность реагирования – 1,608 и 0,634 балла; высокий уровень доверия и низкий уровень напряжения в группе – 1,627 и 0,634 балла; динамика достижения уровней инсайта – 3,677 и 1,976 балла; среднее значение динамики достижения критического отношения к болезни – 2,78 и 0,468 балла; динамика редукции алекситимии – 1,775 и 1,049 балла; длительность проявления анозогнозии – 15 и 21 день.

6. На основании данных дескриптивно-феноменологического анализа определены достоверные различия динамики редукции основных клинико-психопатологических симптомов и синдромов у пациентов основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента. Для состояния отмены (абстинентный синдром) в основной и контрольной группах характерны общая динамика редукции степени выраженности состояния отмены – 2,294 и 1,466 балла; средняя длительность состояния отмены – 9,8 и 13,2 дня. Средняя длительность проявлений резидуального аффективного расстройства (депрессивного синдрома) составила 7,6 и 11,2 дня; выраженность депрессивных расстройств – 2,5 и 2,9 балла. Средняя продолжительность проявлений симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику – 7,6 и 10,5 дня; средняя выраженность патологического влечения к наркотику – 2,7 и 3 балла; среднее количество зарегистрированных случаев спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику – 2,2 и 3,3. Средняя длительность проявлений психических расстройств органического характера (органического расстройства личности, психопатоподобного уровня) – 14,4 и 24,1 дня.

7. Катамнестическое исследование показало высокую эффективность программ неоабилитации, что нашло отражение в таких показателях, как длительность ремиссии, ресоциализация, личностная регенерации и качество жизни участника клинического эксперимента в период воздержания/абстиненции.

7.1. Воздержание от наркотиков в течение 12 и более месяцев в основной группе было зарегистрировано в 21 % случаев, в группе контроля – в 7,1 %. Ремиссии отсутствовали в соответствующих группах – в 31,4 и 54,8 % случаев. Положительная динамика в сфере образования составила 15,4 и 3,4 %; отрицательная динамика – 2,3 и 10,5 %. Положительная динамика в семейной жизни – 16,6 и 5,2 %; отрицательная – 3,8 и 6,7 %. Положительная динамика в профессиональной деятельности – 57,7 и 18,3 %; отрицательная – 8,9 и 20,9 %.

7.2. Показатели всех шкал опросника субъективной оценки качества жизни SF-36, характеризующие физическое и психическое здоровье у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента, достоверно превышали аналогичные показатели лиц из контрольной подгруппы.

8. Модель ранней профилактики, выстроенная с учетом необходимости форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, позволяет разрабатывать эффективные программы ранней профилактики в отношении здоровой части населения, а также для лиц, входящих в группу риска, наркозависимых и созависимых лиц – первичной, вторичной, третичной профилактики наркомании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов Е.Г. Комплексное немедикаментозное лечение психоорганического синдрома у больных с зависимостью от этанола. / Е.Г. Абакумов. Вопросы ментальной медицины и экологии, Москва-Павлодар, Том IX, № 4, 2002. с. 98-101;
2. Абдраимов С.Б., Особенности употребления табака у детей и подростков южного региона Казахстана. / С.Б. Абдраимов, А.П. Негай, Б.Ж. Нуралиев, Ю.А. Россинский Вопросы наркологии Казахстана, том 4, № 1, 2004., с. 126-128;
3. Аболонин А.Ф., Клинические особенности острой интоксикации и синдрома отмены у больных опиатной зависимостью, сочетающиеся с органическим заболеванием головного мозга. / А.Ф. Аболонин. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2001. № 1 (19), с. 50-53;
4. Агеева И.А. Личностные особенности алкоголизирующихся девочек-подростков, обучающихся в ПТУ. / И.А. Агеева. Материалы диссертации. СПб. 1990.;
5. Адамяк П. Система помощи лицам с вредными привычками как оптимальный способ действий в области помощи лицам с вредными привычками и злоупотребляющими психоактивными веществами. / П. Адамяк. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001. - С. 32-35;
6. Аджибекова Г. Психотерапевтические аспекты комплексной реабилитации наркозависимых больных по методу доктора Назаралиева. / Г. Аджибекова. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1, № 1, 2001. - С. 35-37;
7. Аканов А.А. Проект комплексного плана профилактики злоупотребления алкоголем и снижения риска возникновения вредных последствий вследствие употребления алкоголя в Республике Казахстан. / А.А. Аканов. Алматы, 2002;
8. Аканов А.А. Основы политики и стратегии здравоохранения в 21 веке. / А.А. Аканов. Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, - Vol. 1. – № 1, 2001. - С. 18-23;
9. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. / Ю.А. Александровский. М., 1994, 399 с.;
10. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. / Ю.А. Александровский. – М. 1976. – 240 с.;
11. Александровский Ю.А. Системный анализ состояний психической дезадаптации как научно-методологическая основа изучения пограничных форм нервно-психических расстройств. / Ю.А. Александровский. – Вестник АМН СССР, 1985, № 5, с. 61-69;
12. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях. / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. М.: Медицина, 1991, - 96 с.;

13. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. / Ю.А. Александровский. М., 1994, 399 с.;
14. Алексеев Б.Е. Семейный подход к изучению развития алкоголизма и наркомании. / Б.Е. Алексеев. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - СПб., 1992. - Т. 1. - С. 48-57;
15. Алешина Ю.Е., Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. / Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. Спецпрактикум по социальной психологии. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. – 120 с.;
16. Алимханов Ж.А. Проблемы наркомании в Республике Казахстан. Мифы и реальность. / Ж.А. Алимханов. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. I. № 1, 2001.- С. 29-30;
17. Алтынбеков С.А. Противодействие распространению наркозависимости в системе здравоохранения Казахстана. / С.А. Алтынбеков. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сборник материалов международной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под ред. Акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2003, с. 19-22;
18. Алтынбеков С.А. Наркологическая ситуация в Казахстане в 1991-2001 гг. и задачи по реформированию системы наркологической помощи. / С.А. Алтынбеков. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сборник материалов международной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под ред. Акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2003, с. 16-19;
19. Алтынбеков С.А. Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. Казахстан, 2001, 95 с.;
20. Алтынбеков С.А. Критический анализ состояния наркологической помощи населению Республики Казахстан. / С.А. Алтынбеков. – Т. 2. № 1, 2002.- С. 7-11;
21. Алтынбеков С.А. Государственная политика и меры по противодействию распространению наркомании в Казахстане. / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, С.Р. Мусинов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2002. № 3 (25), с.39-42;
22. Алтынбеков С.А. Распространение наркозависимости в Казахстане и меры противодействия в секторе здравоохранения. / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, С.Р. Мусинов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2002. № 4 (26), с. 80-86;
23. Алтынбеков С.А. Исследование распространенности наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан. /

С.А. Алтынбеков, Е.В. Денисова. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 70-83;

24. Алтынбеков С.А. Оценка уровня распространения и типичные характеристики лиц с алкогольной зависимостью в Республике Казахстан. / С.А. Алтынбеков, П.В. Бутенко. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 67-70;

25. Алтынбеков А.С. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией в Республике Казахстан. / А.С. Алтынбеков, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. “Вопросы наркологии Казахстана”, Том 2, № 3, 2002 г. стр. 9-19, г. Павлодар;

26. Алтынбеков С.А. Сравнительный анализ действующей и проектирующей нормативной базы системы наркологической помощи населению Республики Казахстан. / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, С.Р. Мусинов, Ю.А. Россинский. “Вопросы наркологии Казахстана”, Том 2, № 4, 2002, стр. 64-73, г. Павлодар;

27. Алтынбеков С.А. “Внедрение программ медико-социальной реабилитации наркозависимых в деятельность наркологической службы Казахстана”. / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, С.Р. Мусинов. Материалы II съезда врачей провизоров Казахстана 4-5 декабря, 2 том, Астана, 2002, стр. 508-511;

28. Альбом А. Введение в современную эпидемиологию. / А. Альбом, С. Норелл. Пер. с англ., Таллинн, 1996, 122 с.;

29. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. / Б.Г. Ананьев. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 7-95;

30. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ. / И.П. Анохина. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с. 16-41;

31. Анохина И.П. Генетика алкоголизма и наркоманий. / И.П. Анохина, В.Д. Москаленко. В книге: Руководство по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика – М, 2002, - том 1, - с. 140-161;

32. Анохина И.П. Особенности вызванной электрической активности мозга и функций катехоламиновой системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ. / И.П. Анохина, Ю.Л. Арзуманов, Б.М. Коган и др. Вопросы наркологии. - 1999. - №2. - С. 45-51;

33. Асанов Т.К. Оценка наркоситуации в Республике Киргизстан. / Т.К. Асанов. Отчет УНП ООН. / Региональный семинар-совещание “Развитие сети услуг по профилактике ВИЧ/СПИДа и лечению потребителей инъекционных и других наркотиков в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане”. – Павлодар, 2004;

34. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании. / Э.А. Бабаян. – М.: Медицина, 1988. Т. 2. – С. 169-231;
35. Бабаян Э.А. Контроль наркотических средств и психотропных веществ и проблемы сокращения спроса на них. / Э.А. Бабаян. Актуальные вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. - М., 1990. – С. 13-36;
36. Бабаян Э.А. Сравнительный анализ динамики наркоманий и токсикоманий в СССР. / Э.А. Бабаян. Актуальные вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. – М., 1991. – С. 12-49;
37. Бабаян Э.А. Наркология. / Э.А. Бабаян., М.Х. Гонопольский. – Москва, 1987. - 336 с.;
38. Бажин Е.Ф. Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера. / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Редактор-составитель Д.Я. Райгородский. Издательский дом “БАХРАХ”, Самара, 1998., с. 288-297;
39. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.Л., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля. / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. Психол. журнал. 1984. Т.5. № 3. с.152–162;
40. Баранников А.С. К вопросу антропологического обоснования интегративной психотерапии. / А.С. Баранников. Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 8, № 3, 2002. - С. 33-47;
41. Батищев В.В. Результаты внедрения стационарной лечебно-реабилитационной программы для больных алкоголизмом “Решение”. / В.В. Батищев. Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 22-32;
42. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом. / В.В. Батищев. Вопросы наркологии. - № 2, 1998. - С. 62-81;
43. Батищев В.В. Опыт адаптации миннесотской модели лечения зависимостей в стационарном психотерапевтическом отделении для больных алкоголизмом (программа “Решение”). / В.В. Батищев. Вопросы наркологии. - № 2, 2000. - С. 38-44;
44. Батищев В.В., Методология программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. / В.В. Батищев., Н.В. Негериш. Программа “Решение”: Теория и практика // Москва, 2000. – 184 с.;
45. Батулин Е.В. Гендер-зависимые особенности наследственно-мотивационного фона у подростков с героиновой наркоманией. / Е.В. Батулин, Н.В. Паленая. Организация психиатрической помощи: Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5-6- декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке, Томск-Омск: ООО “Изд-во “РАСКО”, 2002, с. 18-22;
46. Бейсенов Ж.С. О состоянии наркоситуации в Казахстане, некоторых причинах, способствующих существованию наркомании и приори-

тетных мерах борьбы с ней. / Ж.С. Бейсенов. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. I. № 1, 2001. – С. 20-24;

47. Белокрылов И.В. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ. / И.В. Белокрылов, И.Д. Даренский. В книге: Руководство по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: Мед-практика – М, 2002, - том 1, - с. 161-182;

48. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. / Ф.Б. Березин. Л.: Наука, 1988. – 270 с.;

49. Берн Э. “Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры”. / Э. Берн. – СПб.: “Специальная литература” 1996. – 398 с.;

50. Берн Э. Три аспекта личности. / Э. Берн. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 277-295;

51. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. / Р. Бернс. Перевод с английского. – М.: Издательство “Прогресс”, 1986. – 424 с.;

52. Битенский В.С. Наркомании у подростков. / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк, В.А. Глушков. – Киев, 1989. – 216 с.;

53. Бохан Н.А. Коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях. / Н.А. Бохан. Организация психиатрической помощи: Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5-6- декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке, Томск-Омск: ООО “Изд-во “РАСКО”, 2002, с. 18-22;

54. Бохан Н.А. Когнитивный дефицит при ассоциированных формах алкоголизма: клинические особенности и экспериментально-психологическая идентификация. / Н.А. Бохан, А.И. Мандель. Региональные аспекты современной аддиктологии: Мат. межд. конф. – Томск, 1994. – с. 81-85;

55. Бохан Н.А. Клиническая типология и экспериментально-психологическая идентификация когнитивного дефицита при ассоциированных формах алкоголизма. / Н.А. Бохан, А.И. Мандель. XII съезд психиатров России 1-4 ноября 1995 г.: Материалы съезда. – Москва, 1995. – с. 763-764;

56. Бохан Н.А. Обзор современных методов исследования и реабилитации больных наркоманиями. / Н.А. Бохан, Н.И. Глазырина, А.И. Мандель. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. № 4. – с. 52-65;

57. Бохан Н.А. Психотерапия опийной наркомании (обзор современных методов лечения). / Н.А. Бохан, А.И. Мандель. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 2-3 с. 101-106;

58. Бохан Н.А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики. / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Т.П. Ветлугина. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2001. № 3 (21). - С. 28-33;

59. Бразье Д. Феноменологическая мультимедийная терапия. / Д. Бразье, К. Бич. В кн. Инновационная психотерапия, под редакцией Д. Джоунса. СПб. “Питер”, 2001, (Серия “Практикум по психотерапии”) с. 238-263;

60. Братусь Б.С. Психология личности. / Б.С. Братусь. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 385-457;
61. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. / Б.С. Братусь. Вопросы психологии. 1997. – № 5. – с. 3-19;
62. Братусь Б.С. Аномалии личности. / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.;
63. Братусь Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров. М.: Изд-во МГУ, 1984. – 146 с.;
64. Бримкулов Н.Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. / Н.Н. Бримкулов, Н.Ю. Сенкевич, А.Д. Калиева. Центральноазиатский медицинский журнал. – 1998, № 4-5. – с. 236- 241;
65. Брукс Д.Т. Летучие вещества (ингалянты). / Д.Т. Брукс, Г. Лунг, М. Шеннон. В книге: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – с. 240-255;
66. Боголюбова Т.А. Наркотизм: основы частной криминологической теории. / Т.А. Боголюбова. Автореферат дисс... докт. юрид. наук. – М., 1995. – 38 с.;
67. Булыгина И.Е. Опыт организации системы реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ в Республике Чувашия. / И.Е. Булыгина, М.Г. Цетлин, А.З. Павлова, В.Н. Захаров. Вопросы наркологии. – № 6, 2001. – с. 51-53;
68. Букреева Н.Д. Организационные и экономические аспекты реабилитации больных наркоманией. / Н.Д. Букреева. Профилактика и реабилитация в наркологии. – № 1, 2002. – С. 15-18;
69. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. / М.Е. Бурно. – М.: Академический проспект, ОППЛ, 2000. – 719 с.;
70. Бутенко П.В. Трансперсональная психотерапия и эриксоновский гипноз в структуре реабилитации наркозависимых. / П.В. Бутенко. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1, № 1, 2001. – С. 37-39;
71. Буторина Н.Е. Структура пубертатных изменений психики. / Н.Е. Буторина. Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. М., 1987, с. 12-16;
72. Буторина Н.Е. Периодизация развития в детском возрасте: проблемы стадильности онтогенеза и дизонтогенеза. / Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин. Актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии: материалы юбилейного научно-практического симпозиума, посвященного 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. / Под ред. проф. Н.Е. Буториной, проф. Н.А. Корнетова, Томск-Челябинск, 2001, С. 34-39;
73. Бюлер Ш. Что такое пубертатный период. / Ш. Бюлер. – В кн.: Психология подростка (хрестоматия), составитель Ю.И. Фролов. М.: Российское педагогическое агентство, 1997, с. 9-19;

74. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии (учебное пособие). / Ю.В. Валентик. – М.: Прогрессивные Био-Медицинские Технологии, 2001. – 36 с.;
75. Валентик В.Ю. Реабилитационные центры “Casa Famiglia Rosetta” для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). / Ю.В. Валентик. - Москва. 2001. – 105 с.;
76. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями. / Ю.В. Валентик. Профилактика и реабилитация в наркологии. - № 1, 2002. - С. 23-30;
77. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. / Ю.В. Валентик. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с. 295-309;
78. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. / Ю.В. Валентик. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с. 309-341;
79. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. / Ю.В. Валентик. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с. 341-365;
80. Валентик Ю.В. Российско-голландский проект реабилитации наркозависимых в амбулаторных условиях (ярославский опыт). / Ю.В. Валентик., В.Ф. Мельников, А.В. Волков, М.С. Малышкова. Наркология, № 3, 2003. - С. 21-24;
81. Валентик Ю.В. Концептуальные основы несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. / Ю.В. Валентик, Н.В. Вострокнутов, А.А. Гериш, Т.Н. Дудко, Г.Н. Тростанецкая. Наркология. - № 1, 2002. - с. 43-47;
82. Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. / Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота. – М. Литера-2000, 2002, - 256 с.;
83. Валивач М.Н. Соматопсихические взаимосвязи у девочек-подростков г. Павлодара (приложение трехуровневого подхода к анализу соматопсихических влияний у девочек-подростков). / М.Н. Валивач, Ю.А. Россинский, А.П. Гаськов, Г.А. Джунусов. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VI, № 4. Москва-Костанай. 2000, с. 58-69.;
84. Валивач М.Н. Влияние гормонального фона на психологические характеристики и половое поведение девочек-подростков. / М.Н. Валивач, А.П. Гаськов, Ю.А. Россинский. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Материалы X научной отчетной сессии, посвященной 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН / Под ред. академика РАМН В.Я. Семке. Выпуск 10, Томск, 2001, с. 25-27;

85. Василенко И.В. Особенности проведения программ НР в среде шприцевых наркоманов в Средней Азии и Казахстане. / И.В. Василенко. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001. - С. 42-44;
86. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны представления, установки. / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. М.: Академия, 2001. – 352 с.;
87. Василюк Ф.Е. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса. / Ф.Е. Василюк. Вопросы психологии, № 6, 1998. - С. 40-43;
88. Василюк Ф.Е. Психология переживания. / Ф.Е. Василюк. М., 1984;
89. Владонь Я. Новый подход к проблемам, связанным с употреблением наркотиков. / Я. Владонь. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001. - С. 25-39;
90. Воеводин И.В. Социально-психологические особенности и клиническая динамика этапов формирования опийной наркомании у подростков. / И.В. Воеводин. Автореф. Дис. ... канд. мед. Наук, Томск, 2000;
91. Волгина Т.Л. Злоупотребление алкоголем подростками, склонными к криминальному поведению. / Т.Л. Волгина. Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. – Владивосток – Томск, 1997. - С. 124-127;
92. Волгина Т.Л. Подростки и наркотики: проблемы, анализ, практика. / Т.Л. Волгина, С.А. Синенко, М.А. Чудаков. Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. – Владивосток – Томск, 1997. - С. 127-131;
93. Волошин В.М. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России. / В.М. Волошин, Б.А. Казаковцев, Ю.С. Шевченко, А.А. Северный. Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - Т. 12, №2. – С.5-9;
94. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы. / А.В. Воронина. Дис. ... канд. псих.наук.- Томск, 2002. – 193 с.;
95. Врублевский А.Г. Динамика смертности наркоманов, применяющих наркотики внутривенно в Москве за 12 лет. / А.Г. Врублевский, В.Ф. Егоров, Т.Б. Гречаная. Материалы XII съезда психиатров в России. – М., 1995. – С. 705-706;
96. Врублевский А.Г. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации. / А.Г. Врублевский, М.Е. Кузнец, Л.Д. Мирошниченко. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М., 1994. – С. 65-68;
97. Габиани А.А. Наркомания: Горькие плоды сладкой жизни. / А.А. Габиани. Социологическое исследование. – М., 1987. № 1. – С. 48-53;
98. Голдобина О.А. Социально-гигиенический мониторинг факторов риска и вредных привычек у детей и подростков. / О.А. Голдобина, В.В. Корнев,

С.Н. Козырев. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: Сборник материалов международной конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под науч. ред. акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск, 2003, с. 75-80;

99. Голенков А.В. Региональная статистическая модель выявляемости и распространенности наркологических заболеваний. / А.В. Голенков. Вопросы наркологии. - № 2, 2000. - С. 75-79;

100. Гречаная Т.Б. Тенденция изменения показателей заболеваемости и болезненности наркоманиями в России за 1987-1991 г.г. / Т.Б. Гречаная, В.М. Гуртовенко, Е.А. Кошкина, Л.П. Столпник. Актуальные вопросы профилактики неинфекционных заболеваний. – М., 1993. Т. I. – С. 43;

101. Гриненко А.Я. Психологическая коррекция отношений и установок в системе реабилитации больных алкоголизмом. / А.Я. Гриненко. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - СПб., 1991. - Т. 4. - С. 34-41;

102. Гурьева В.А. Психопатия в подростковом и юношеском возрасте (клинико-катамнестическое исследование, судебно-психиатрический аспект). / В.А. Гурьева. Автореф. ... дис. докт. мед. наук, М., 1971. – 38 с.;

103. Гурьева, В.А. Психопатология подросткового возраста (теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты). / В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндинкин. – Томск: Изд-во. Том. ун-та, 1994. – 310 с.;

104. Гусарова Г.И. Борьба с наркотиками в Самарской области. / Г.И. Гусарова. Вопросы наркологии. - № 1, 2001. - С. 67-70;

105. Гусев С. Наркомания: тревожная ситуация. / С. Гусев. Социалистическая закономерность. 1988. № 2.- С. 12-16;

106. Дереча В.А. Основы первичной позитивной наркопрофилактики. / В.А. Дереча. Профилактика и реабилитация в наркологии. - №1, 2002. С. 46-50;

107. Диаз Б. Профилактика наркотической зависимости – дело каждого. / Б. Диаз. Глобальные проблемы (электронный журнал Информационного агентства США). – Т. 4, 1999. № 2. - С.15-18;

108. Дмитриева Н.В. Философско-психологические аспекты изучения механизмов аддиктивного поведения. / Н.В. Дмитриева, Д.В. Четвериков. Концепция философии образования и современная антропология. Сб. науч. Трудов. - Новосибирск, НГПУ, 2001. Т. 1. с. 73-78;

109. Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В. Психологическая природа деструктивной деятельности. / Н.В. Дмитриева, Д.В. Четвериков. Новый Сибирский университет. Материалы II научной конференции преподавателей и студентов. – Новосибирск, 2001. – с. 90-95;

110. Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В. Психология аддиктивного поведения. / Н.В. Дмитриева, Д.В. Четвериков. Монография. Новосибирск, НГПУ, 2002. – 278 с.;

111. Должанская Н.А. Консультирование потребителей психоактивных веществ по профилактике ВИЧ-инфекции. / Н.А. Должанская, Т.С. Бузина. Москва, 2001 – 28 с.;
112. Должанская Н.А. Подготовка среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля по профилактике ВИЧ-инфекции у потребителя наркотических веществ. / Н.А. Должанская, С.А. Андреев, Т.С. Бузина. Пособие для врачей // Москва, 2000. – 20 с.;
113. Дудко Т.Н. Терапевтические сообщества. / Т.Н. Дудко. Руководство по наркологии, том II. Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – с. 271-290;
114. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации. / Т.Н. Дудко. Вопросы наркологии. - № 3, 2000. - С. 13-20;
115. Дудко Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова. Методические рекомендации. - Москва, 2001. - 38 с.;
116. Дунаевский В.В. Наркомании и токсикомании. / В.В. Дунаевский, В.Д. Стяжкин - Ленинград: Медицина, 1991. - с. 69-89, 149-150;
117. Дозорцева Е.Г. Аномальное развитие личности у подростков и юношей с делинквентным и криминальным поведением (материалы докторской диссертации). / Е.Г. Дозорцева. М., 2000;
118. Егоров В.Ф. Оценка ситуации, связанной со злоупотреблением наркотиками в России. / В.Ф. Егоров, Ю.С. Бородкин, Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина. Материалы XII съезда психиатров в России. – М., 1995. – С. 19-20;
119. Жмуров В.А. Огородников Т.Г. Токсикомания: вопросы клиники, раннего выявления и профилактики. / В.А. Жмуров. Проблемы алкоголизма и наркомании. - Хабаровск, 1988. - С.54-56;
120. Завьялов В.Ю. Дианализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии. / В.Ю. Завьялов. Наркология. - 2002, № 9. - С. 36-41;
121. Завьялов В.Ю. Интегративная психотерапия в России. / В.Ю. Завьялов. Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 7, № 4, 2000. - С. 23-30;
122. Завьялов В.Ю. Динамика психофизиологических аспектов аддиктивного поведения в процессе использования альфа-стимулирующего тренинга. / В.Ю. Завьялов, А.Б. Скок, М.Б. Штарк, О.С. Шубина. Бюлл. СО РАМН, 1999. 1.-С.39-47;
123. Звягин А.В. Факторы риска злокачественного прогрессирования психоорганических расстройств у лиц с зависимостью от этанола. / А.В. Звягин. Вопросы ментальной медицины и экологии, Москва-Павлодар, Том IX, № 4, 2002. с. 103-106;
124. Зимбардо Ф. Социальное влияние. / Ф. Зимбардо, М. Ляйппе. – СПб: Издательство “Питер”, (Серия “Мастера психологии”), 2000. – 448 с.: ил.;

125. Зинберг Н. Наркотик, установка и окружение. / Н. Зинберг. / Департамент Международного Развития Объединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии (The Department for International Development (DFID)). 05.02.2004. – 95 Kb | koi8-r | http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/11;

126. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки // Сборник тематических исследований Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии, - ООН. Нью-Йорк, 2001.- 111 с.;

127. Иванец Н.Н. Наркология – предмет и задачи. / Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с.6-13;

128. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. / Н.Н. Иванец. - Т. I-II // Медпрактика–М, - Москва, 2002. – 947 с.;

129. Иванец Н.Н. Современное состояние проблемы наркоманий в России. / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец. Вопросы наркологии, 1997. № 3. – С. 3-13;

130. Иванец Н.Н. Современная концепция наркологических заболеваний. / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. / Руководство по наркологии. Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – с. 6-25;

131. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М.: изд-во “Медпрактика”, 2000. – 122 с.;

132. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Патологическое влечение к наркотику и аффективные расстройства при героиновой наркомании. / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2001. № 3 (21), с. 76-79;

133. Иванец Н.Н. Характеристика потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге. / Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина, Ю.Н. Васильев. Вопросы наркологии, 1996. № 3. – с. 80-85;

134. Иванова Н.В. Характеристика физического, нервно-психического и соматического развития детей от больных алкоголизмом родителей. / Н.В. Иванова, Г. Мамуров, Д.А. Абдуалиева. им Корсакова - 1993.- №2. - С62-64;

135. Иваничко П.В. Особенности клинической картины психотических форм алкоголизма у женщин, страдающих алкоголизмом, сочетанным с экзогенно-органическим поражением головного мозга. / П.В. Иваничко, Н.А. Бохан. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2001. № 3 (21), с. 76-79;

136. Игонин А.Л. Методы работы врачей-наркологов и их оценка, исходя из системы позитивных приоритетов. / А.Л. Игонин. Вопросы наркологии. - № 3, 1998. - С. 24-30;

137. Изард К.Э. Психология эмоций. / К.Э. Изард. / Перев. с англ. – СПб: Издательство “Питер”, 1999. – 464 с.: ил. (Серия “Мастера психологии”);

138. Измаилова Н.Т. Клинические особенности шизофрении, осложненной гашишной интоксикацией, и ее проявления в детско-подростко-

вом возрасте. / Н.Т. Измаилова, Р.Г. Илешева. Вопросы ментальной медицины и экологии. Москва-Павлодар, Том IX, № 2, 2003. – с. 54-57;

139. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. / Р.Г. Илешева. - Алма-Ата: “Наука” Каз.ССР, 1990. – с. 5,7,24,27,36.;

140. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. / Е.П. Ильин – СПб.: Питер, 2002. - 512 с.: ил. – (Серия “Мастера психологии”);

141. Имангазинов С.Б. Исследование причин употребления наркотиков и ВИЧ-инфицирования в подростковой и молодежной среде (данные анонимного анкетирования). / С.Б. Имангазинов, В.Н. Даневич, Ю.А. Россинский. Вопросы наркологии Казахстана. Том 3, № 1, 2003;

142. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. Л., Медицина, 1983, 312 с.;

143. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция. / В.Е. Каган. Вопр. психол. – 1993. - № 1. – С.37-40.;

144. Казанцев И.И. Распространённость наркомании и токсикомании. / И.И. Казанцев, Ю.Г. Барсуков, А.М. Томилов. Медицинские аспекты проблем наркомании. Темпы докладов Республиканского совещания врачей-наркологов и психиатров. – М., 1991. – С. 48-50;

145. Калачев Б.Ф., Тихомирова Ю.С. Об освещении проблемы наркотиков в Российской прессе. / Б.Ф. Калачев, Ю.С. Тихомирова. Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 61-69;

146. Калитеевская Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию. / Е.Р. Калитеевская. Психология с человеческим лицом: Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М., 1999. – С. 231-239.;

147. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. Из синописа по психиатрии (в 2-х томах) Москва “Медицина”, 1994, Том 1, Глава 18;

148. Караганов С.А. Наркомания в России: Угроза нации. / С.А. Караганов, И.Е. Малашенко, А.В. Федоров. Аналитический доклад, М., 1998. – 18 с.;

149. Каражанова А.С. Зависимость от психоактивных веществ в детском возрасте (аналитический обзор литературы). / А.С. Каражанова, Е.В. Денисова. Методическое письмо. Типография РНПЦ МСПН, Павлодар, 2003;

150. Карвасарский Б.Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с. (Серия “Мастера психологии”);

151. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения. / А.Л. Катков. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.;

152. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан. / А.Л. Катков. Вопросы наркологии Казахстана, том 1 № 2, 2001, с. 9-12;

153. Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии. / А.Л. Катков. Московский психотерапевтический журнал, 2001, № 3, с. – 49-79;
154. Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан. / А.Л. Катков. Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, № 1, 2002, с. 34-37;
155. Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. / А.Л. Катков, С.А. Алтынбеков. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 1, 2002.- С. 30-33;
156. Катков А.Л. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых. / А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. “Вопросы наркологии Казахстана”, Том 2, № 2, 2002 г., стр. 84-88, г. Павлодар;
157. Катков А.Л. “Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан”. / А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. “Сибирский вестник психиатрии и наркологии”, 2002, № 4 (26), с. – 73-80;
158. Катков А.Л. “Комплексное исследование качества социального психического здоровья”. / А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. Методические рекомендации, Павлодар, 2002, с. – 23;
159. Катков А.Л. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. / А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ю.А. Россинский. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том IX, № 3, 2003, Москва-Павлодар, с. 14-28;
160. Катков А.Л. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. / А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ю.А. Россинский, В.В. Титова. – Павлодар, 2003. – 267 с.;
161. Катков А.Л. Интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия наркозависимых. / А.Л. Катков, В.В. Титова. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VIII, № 3, 2002, Москва-Павлодар, с. 14-28;
162. Керфут Б.П. Кокаин. / Б.П. Керфут, Дж. Сакоулас, С.Е. Хайман. В сборнике: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 160-179;
163. Ковалев В.В. Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков. / В.В. Ковалев. В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1981. - С. 11-24;
164. Ковецкий С.Н. Динамика нарушений развития головного мозга плодов, получаемых от матерей употреблявших алкоголь в период беременности. / С.Н. Ковецкий, А.В. Солонский, Г.Л. Моисеева. им Корсакова. – 1995.- №3. - С58-62;
165. Козинская Т.И., Байкенава Б.С. Социологическое исследование отношения детей и подростков к наркомании, токсикомании и алкоголиз-

му. / Т.И. Козинская, Б.С. Байкенава. Вопросы наркологии Казахстана. Том 3, № 3, 2003. - с. 61-62;

166. Козлов А.А. Медицинские и социальные последствия наркоманий. / А.А. Козлов. В книге: Руководство по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика – М, 2002, - том 1, - с. 367-385;

167. Колесников В.В. Распространенность наркоманий и токсикоманий среди подростков. / В.В. Колесников, И.А. Койкова. Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии МЗ РФ. – М. Томск – Краснодар, 1992. – С. 61-62;

168. Колотилин Г.Ф. О мотивации антисоциальных действий подростков, склонных к приему наркотических веществ. / Г.Ф. Колотилин, В.И. Михайлов. Личностные изменения и предупреждения общественно-опасных действий при психозах и алкоголизме. Тезисы докладов II конференции психиатров Сибири и Дальнего Востока 13-14 сентября 1979 г. - Хабаровск, 1979. - С.5-8;

169. Колушева Г.В. Влияние морфинной интоксикации на гипоталамус матери и потомства в постнатальном онтогенезе. / Г.В. Колушева. им Корсакова. – 1990. - №10. - с. 62-65;

170. Комарова О.Н. Применение нубаина в комплексном лечении абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией. / О.Н. Комарова, Я.М. Туреханов. Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, № 2, 2002. - с. 106-107;

171. Кондрашенко В.Т. Алкоголизм. / В.Т. Кондрашенко, А.Ф. Скугаревский. Под ред. П.П. Волкова. – Мн.: Беларусь, 1983. – 288 с.;

172. Конопкин О.А. Стилевые особенности саморегуляции деятельности. / О.А. Конопкин, В.И. Моросанова. Вопросы психологии. 1989, № 5, с. 18-26;

173. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. / Т.Н. Дудко, Ю.В. Валентик, Н.В. Вострокнутов, А.А. Геринг, Л.А. Котельникова. – Москва, 2001, 68 с.;

174. Корнетов Ал.Н. Суицидальные попытки в подростково-юношеском возрасте. Актуальные вопросы психиатрии. / Ал.Н. Корнетов, Е.В. Ермакова. Под редакцией академика РАМН. В.Я. Семке, Томск, 1999;

175. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия. / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: “Академический проект”, Екатеринбург: “Деловая книга”, 2000. – 460 с.;

176. Корчагина Г.А. Наркомания в России. / Г.А. Корчагина, И.А. Никифоров. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М., 1994.- С. 78-80;

177. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. / Р. Кочюнас. Пер. с лит. – М.: Академический проект. 2000. – 240 с.;

178. Кочуровска И. Модель стационарной психологической помощи для наркозависимых. / И. Кочуровска. Монар, 2002. - С. 20-25;

179. Кочуровска И. Терапевтическая и профилактическая работа с детьми и молодежью, употребляющими наркотики (выводы, сделанные на основе изучения и исследования проблем наркомании терапевтическим обществом “Монар”). // И. Кочуровска. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1, № 1, 2001. - С. 58-59;
180. Кошкина Е.А. Разработка моделей оценки ситуации, связанной с потреблением наркотиков и стратегий профилактических действий. / Е.А. Кошкина. Автореф. дисс. докт. – М., 1998. – 46 с.
181. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии. / Е.А. Кошкина. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с.33-47;
182. Кошкина Е.А. Изучение распространенности потребления психоактивных веществ среди населения г. Москвы (социально-эпидемиологическое исследование). / Е.А. Кошкина. – М.: Пульс, 1996.- 102 с.
183. Кошкина Е.А. Эпидемиологические Исследования в наркологии. / Е.А. Кошкина. Лекции по наркологии. Изд. 2-ое. Под ред. Н.Н. Иванца. – М., “Нолидж”, 2000. – С. 41-59;
184. Краткие сведения о наркоситуации и преступности в Российской Федерации, ODCCP, 2002;
185. Кругликов Р. И. Алкоголизм и потомство. / Р. И. Кругликов, М.Я.Майзелис. – Москва: Наука, 1987. – 92 с;
186. Кумпл Ф. Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики. / Ф. Кумпл, С. Франке. Рабочий документ–ODCCP, 2002. – 54 с;
187. Курек Н.С. Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре, как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ. / Н.С. Курек. Вопросы наркологии, 1996. № 2. – С. 54-59;
188. Курек Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией. / Н.С. Курек. Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. - 1991. - Т. 91, № 2. - С. 64-67;
189. Ларин Н.С. К вопросу о клинической характеристике и криминальности больных наркоманией. / Н.С. Ларин Актуальные вопросы наркомании и алкоголизма. Вильнюс, 1983. – с. 50-52;
190. Латышев Г.В., Бережная М.А., Речнов Д.Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании. / Г.В. Латышев, М.А. Бережная, Д.Д. Речнов. С-Петербург, 1998. – 48 с.;
191. Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. / А. Н. Леонтьев. М., Политиздат, 1975, 304 с.;
192. Леонтьев А. Н. Деятельность и личность. / А. Н. Леонтьев. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 165-197;

193. Леонтьева Н.И. Анализ эффективности лечения никотинизма в кабинете терапии табачной зависимости. / Н.И. Леонтьева, О.В. Ищенко, Л.П. Яцков. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, № 2, 2000. - С. 54-55;
194. Лит Ю. Стимулирующие средства. Амфетамины и кофеин. / Ю.Лит, Л. Уивиотт-Тишлер, С. Вонг, С.Е. Хайман. В сборнике: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 223-239;
195. Литвинцев С.В. Организация наркологической помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации на современном этапе. / С.В. Литвинцев. Наркология. - № 4, 2002. - с. 2-6;
196. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). / А.Е. Личко. – Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина. 1985, – 416 с.;
197. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. / А.Е. Личко, В.С. Битенский. — Л.: Медицина, 1991. - 302с;
198. Ложбанидзе А.Б. Потребление психоактивных веществ подростками-школьниками г. Нальчика и программа его профилактики. / А.Б. Ложбанидзе. Вопросы наркологии. – № 3. 2001.- С. 55-60;
199. Лоскен А. Марихуана. / А. Лоскен, С. Мавиглиа, Л.С. Фридман. В сборнике: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 180-186;
200. Лурия А.Р. О применении психологических тестов в клинической практике. / А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков. Журнал невропатологии и психиатрии, 1974, вып. 12, с. 1821-1830;
201. Лусс Л.А. Синдром патологии влечений у детей и подростков. / Л.А. Лусс. Возрастные и нозологические аспекты // им. Корсакова. – 1996. - №4;
202. Майерс Д. Социальная психология. / Д. Майерс. Перев. с англ. – СПб: Питер, 1997. – 688 с.: ил;
203. Макаров В.В. Мультимодальная психотерапия в России. / В.В.Макаров. Вопросы ментальной медицины и экологии - Т. 9, № 1, 2003. - С. 105-108;
204. Макаров В.В. Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики раннего пьянства и алкоголизма. / В.В. Макаров. – Томск, 1992. – с. 16-18;
205. Макаров В.В. Европейский конгресс “Психотерапия Запада - психотерапия Востока” X итоговая конференция ЕАП. / В.В. Макаров. Московский психотерапевтический журнал. - 2001, № 3. - С. 6-10;
206. Макаров В.В. Состояние и перспективы современной психотерапии: материалы 2 Всемирного Конгресса по психотерапии. / В.В. Макаров, Я.Л. Обухов. Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - М.: Т. 3, 1999. - С. 26-33;
207. Макаров В.В. Терапия субдепрессивных состояний у зависимых от алкоголя Витагам-Рулином в комбинации с амитриптилином. / В.В.Ма-

каров, В.П. Колосов, Е.М. Коньков. Вопросы металльной медицины и экологии. Москва-Павлодар, Том IX, № 2, 2003. – с.79-83;

208. Мандель А.И. Личностный профиль ММРІ у больных алкоголизмом с различным соматотипом. / А.И. Мандель. Мелико-социальные аспекты охраны психического здоровья. Тезисы докл. симп. всесоюз. конф. – Томск. – 1991, с. 53-56;

209. Мандель А.И. Психологические аспекты динамики алкоголизма. / А.И. Мандель. Клинический патоморфоз психических нарушений в динамике алкоголизма и наркомании (Мат-лы зон. науч.-практ. конф. – Хабаровск 1991). – Хабаровск 1992. с. 73-77;

210. Мандель А.И. ММРІ как метод индивидуализации психотерапевтической тактики при алкоголизме. / А.И. Мандель. Современные технологии психиатрического сервиса / Под. Ред. Акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск, 1997. – с. 73-74;

211. Мандель А.И. Качество социально-психологической адаптации и копинг-поведения при аддиктивных состояниях. / А.И. Мандель, Н.А. Бохан, И.В. Воеводин. Качество – стратегия XXI века: Мат. IV Международной научно-практической конференции. – Томск: Изд-во НТЛ, 1999. с. 108-110;

212. Мандель А.И. Личность аддикта. / А.И. Мандель. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2003;

213. Мандель А.И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири. / А.И. Мандель. Автореф. Дис. ... докт. мед. наук., Томск, 2000;

214. Мандель А.И., Бохан Н.А. Преморбидные факторы в генезе аддиктивных расстройств. / А.И. Мандель, Н.А. Бохан. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: Сборник материалов международной конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под науч. ред. акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск, 2003, с. 176-180;

215. Мандель А.И. Анализ наркологической ситуации в Томской области за 1990-2000 гг. / А.И. Мандель, Н.А. Бохан, Е.М. Радченкова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2001. №3 (21), с.79-84;

216. Маккэфри Б.Р. В поисках общей платформы в борьбе с наркотиками. / Б.Р. Маккэфри. Глобальные проблемы (электронный журнал Информационного агентства США), - Т. 4, 1999. № 2. – С. 4-8;

217. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. / Н.Ю. Максимова. Учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000, с. 130-142;

218. Маслоу А. Мотивация и личность. / А. Маслоу. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 391-416;

219. Маслоу А.Х. Самоактуализированные люди: исследование психологического здоровья. / А. Х. Маслоу. Мотивация и личность. Перевод с англ. А.М. Татлыбаевой гл.11, СПб., 1999;

220. Матузок Э.Г. Некоторые социально-психологические и неврологические аспекты опийной наркомании у женщин, пребывающих в местах лишения свободы. / Э.Г. Матузок. Автореф. дисс...канд. мед. наук. — Харьков 1993. — 25 с.;
221. Мешалкина Н.Б. История разработки проблем психогигиены в России. / Н.Б. Мешалкина. Дис. ... канд. псих.наук.- М., 1999. — 183 с.;
222. Министерство Образования России о профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди детей, подростков, молодежи. / Вопросы наркологии. - № 2, 1999. - С. 11-14;
223. Михайличенко И.П. Особенности течения наркомании, формирующихся на психопатологически отягощенной почве, по материалам принудительного лечения. / И.П. Михайличенко. Актуальные вопросы наркологии. Тезисы научных докладов. — Омск, 1982. - С.108-111;
224. Михайличенко И.П. О некоторых изменениях личности у больных наркоманией. / И.П. Михайличенко. Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. — Вильнюс, 1983. - С.58-60;
225. Михайлов В.И. Современные проблемы реабилитации в наркологии. / В.И. Михайлов, Б.А. Казаковцев, А.А. Чуркин. Наркология. - № 1, 2002. - С. 40-42;
226. Михайлова Л.А. Реабилитационный центр для больных наркоманиями “Воскресенье”: 3 года работы. / Л.А. Михайлова. Вопросы наркологии. - № 3, 2000. - С. 21-26;
227. Михлин В.М. Осторожно: белая смерть. / В.М. Михлин, В.А. Дюбин. - Кишинев: Штиинца, 1989. - С. 44-45, 80-81, 135-137;
228. Модзельски У. Глобальная стратегия спасения школьников от наркотиков. / У. Модзельски. Глобальные проблемы (электронный журнал Информационного агентства США). — Т. 4, 1999. № 2. - С. 10-15;
229. Морозов Г.В. Морфинизм. / Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов. — Москва, 1984. — 174с.;
230. Морозова И.Г. Патология влечений у детей и подростков. / И.Г. Морозова. — Москва, 1996;
231. Моросанова В.И. Стилевая саморегуляция поведения человека. / В.И. Моросанова, Е.М. Коноз. Вопросы психологии, научный журнал № 2, Москва, март-апрель 2000, с. 118-127;
232. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска). / В.Д. Москаленко. В книге: Руководство по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика — М, 2002, - том 1, - с. 182-189;
233. Москаленко В.Д. Алкоголизм и генетика. / В.Д. Москаленко, М.М.Ванюков. — Обз. инф. ВНИИМИ. Медицина и здравоохранение. Серия: Мед. генетика и иммунология. — М. — 1988 — 73 с.;
234. Москаленко В.Д. Предсказуем ли алкоголизм. / В.Д. Москаленко, И.П. Анохина. — Москва, 1991. - С.2-13;

235. Москаленко В.Д. Психические расстройства в потомстве больных алкоголизмом отцов (дети от раннего возраста до 28 лет). / В.Д. Москаленко, Г.М. Рожнова. им Корсакова. – 1997. - №119. - С.56-59;
236. Москаленко В.Д. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией. / В.Д. Москаленко, А.В. Шевцов. Диады сын – отец. // им. Корсакова. – 2001. - №4. – С.19-22;
237. Мусинов С.Р. Система наркологической помощи населению Республики Казахстан. / С.Р. Мусинов, С.А. Алтынбеков. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2002. №3 (25), с.69-72;
238. Мусинов С.Р. К проекту государственной программы профилактики, лечения и реабилитации наркозависимых. / С.Р. Мусинов, А.Л. Катков, С.А. Алтынбеков. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1, № 1, 2001. - с. 14-20;
239. Мустафин О.С. Экспресс-оценка ситуации, связанной с незаконным потреблением наркотиков в Узбекистане. / О.С. Мустафин. Отчет УНП ООН. / Региональный семинар-совещание “Развитие сети услуг по профилактике ВИЧ/СПИДа и лечению потребителей инъекционных и других наркотиков в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане”. – Павлодар, 2004;
240. Мягер В.К. Интегративное движение в психотерапии. / В.К. Мягер. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - СПб., 1993. - Т. 1. - С. 137-139;
241. Мясищев В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии. / В.Н. Мясищев. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 197-223;
242. Мясищев В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности. / В.Н. Мясищев. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 223-227;
243. Мясоед П.А. Проблема “ненормативного психического развития”. / П.А. Мясоед. Вопросы психологии. – 1993. - № 4. – С.73-79.;
244. Надеждин А.В. К вопросу о “заместительной терапии” у больных героиновой наркоманией. / А.В. Надеждин. НИИ Наркологии Минздрава России. – 30 Kb | koi8-r | http://www.narkotiki.ru/expert_3069.html. 03.04.2004;
245. Надеждин А.В. Особенности клиники и терапии наркомании в детско-подростковом возрасте. / А.В. Надеждин. Вопросы наркологии. - 2002. - №2. – С.24-28;
246. Надеждин А.В. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних. / А.В. Надеждин. - Москва, 1999. - 21с.;
247. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании. / А.В. Надеждин. Дис. канд. мед. наук. - 1995. - 150с.;
248. Надеждин А.В. Клинико-динамические характеристики синдрома зависимости у подростков, страдающих героиновой наркоманией. / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова. Вопросы наркологии. - 2002. - №2. – С.28-37;

249. Надеждин А.В. Социальные и психопатологические предпосылки формирования нарко- и токсикоманий у несовершеннолетних в современных условиях. / А.В. Надеждин, А.И. Иванов, С.Н. Авдеев. Пособие для врачей психиатров- наркологов. – Москва, 1998;
250. Назаралиев Ж.Б. Лечение в медицинском центре доктора Назаралиева. / Ж.Б. Назаралиев, Е.Б. Бешкемпиров. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1, № 1, 2001. - С. 69-70;
251. Назаралиев Ж.Б. Нарушения идентичности у созависимых лиц и пути их преодоления. / Ж.Б. Назаралиев, В.А. Ли, К.В. Ли. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1, № 1, 2001. - С. 70-72;
252. Назаралиев Ж.Б. Комплексный психофармакотерапевтический подход к лечению наркоманий. / Ж.Б. Назаралиев, В.Р. Бауэр, Л.М. Мунькин, Э.Т. Сатыбекова. Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 7, № 1, 2000. - С. 94-96;
253. Наркомания в России: угроза нации (Аналитический доклад, год 2000) // Совет по внешней и оборонной политике, рабочая группа под руководством А.В. Фёдорова;
254. Нарушения, связанные с потреблением алкоголя. / Дж. Эдвардс, М.М. Гросс, М. Келлер, Дж. Мозер, Р. Рума. ВОЗ, Женева, 1978. – 140 с.;
255. Никифоров Г.С. Психическое здоровье. / Г.С. Никифоров. Психология менеджмента: Учебник. / Под. ред. Никифорова Г.С. – СПб.: СПб ун-та, 2000. – 335-343.;
256. Носачев Г.Н. Психотерапия и психокоррекция в наркологической реабилитации (методология и семантика). / Г.Н. Носачев. Российский психиатрический журнал, № 6, 2001. - С. 63-64;
257. Оганесян Н.В. Роль возрастного фактора в динамике развития наркомании. / Н.В. Оганесян. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Респ. сборник научных трудов. — М., 1987. - С.78-81;
258. Онищенко А.А. Оценка ситуации, связанной с незаконным потреблением наркотиков в Республике Таджикистан. / А.А. Онищенко. Отчет УНП ООН. / Региональный семинар-совещание “Развитие сети услуг по профилактике ВИЧ/СПИДа и лечению потребителей инъекционных и других наркотиков в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане”. – Павлодар, 2004;
259. Организация Объединенных Наций во главе всемирной борьбы с незаконными наркотиками и преступностью // United Nation publication, November, 2000;
260. Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации. / Н.А. Сирота, М.Г. Цетлин, В.М. Ялтонский, О.В. Зыков, В.Е. Пелипас. Вопросы наркологии. - № 1, 2001. - С. 71-76;
261. ООН. Доклад международного комитета по контролю над наркотиками. – ООН, 1987;

262. Павлов И.С. Задачи и цели психотерапии в комплексном лечении наркоманической зависимости. / И.С. Павлов, С.В. Корень. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 2, № 1, 2002. - С. 39-40;
263. Павлов И.С. Некоторые важные аспекты психотерапии наркомании. / И.С. Павлов, С.В. Корень. Вопросы ментальной медицины и экологии - Т. 7, № 4, 2000. - С. 98-99;
264. Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия больных наркоманией. Наркология / Т.В. Пак. Ежемесячный научно-практический журнал. Москва, № 9, 2003. - с. 33-38;
265. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманиями. / Т.В. Пак. Вопросы наркологии Казахстана. Москва-Павлодар. Том 3, № 1., 2003 г.;
266. Пак Т.В. Индивидуальная психотерапия, как компонент реабилитации наркозависимых. / Т.В. Пак. Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1, № 1, 2001. - С. 71-74;
267. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья / В.Н. Панкратов. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. - 352 с.;
268. Пелипас В.Е. Состояние проблемы наркотиков и наркоманий в Российской Федерации. / В.Е. Пелипас, А.Д. Мирошниченко. Вопросы наркологии. - 1992. № 3-4. - с. 91-95;
269. Пелипас В.Е. Зарубежная антинаркотическая политика. / В.Е. Пелипас, И.О. Соломоницина. Вопросы наркологии. - № 2, 1998. - С. 82-95;
270. Пелипас В.Е. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. / В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цетлин. Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. - С.54-60;
271. Пелипас В.Е. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. / В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цетлин. Сообщение 4: тема наркомании в Российских СМИ // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. - С. 47-58;
272. Петрищев А.М. К вопросу о социально-психологических факторах формирования наркомании. / А.М. Петрищев, С.М. Мостовой. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Труды института. - М., 1981. - Т. CLXXVIII. Вып. 5. - с.50-53;
273. Погосов А.В. Резидуальные психотические расстройства у подростков с зависимостью от летучих растворителей. / А.В. Погосов, А.В. Козырева. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2001. № 1 (19), с. - с. 55-57;
274. Полищук И.А. Клиническая генетика в психиатрии. / И.А. Полищук, Л.А. Булахова. - Киев: Здоровья, 1981, - 2000с.;
275. Попов Ю.В. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. Русский медицинский журнал. - 1998. - Январь. - Т. 6. - № 2. - с. 88-101;

276. Потапкин И.А. Клинико-организационные аспекты превентивной психиатрии на современном этапе. / И.А. Потапкин. Современные проблемы пограничных и аддиктивных состояний: Материалы конф. С международным участием. – Томск, 1996. с. 20-22;
277. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей: материалы Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1979. – 54 с.;
278. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть I). / И.Н. Пятницкая. Вопросы наркологии, 1995. № 1. – С. 85-91;
279. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть II). / И.Н. Пятницкая. Вопросы наркологии, 1995. № 3 – С. 75-94;
280. Пятницкая И.Н. Наркомании. / И.Н. Пятницкая. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544с.
281. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. / И.Н. Пятницкая. - М.: Медицина, 1988. – С.24, 174-218.
282. Пятницкая И.Н. Лечение острых состояний в клинике опийной наркомании пирроксаном. / И.Н. Пятницкая, Н.К. Боровкова, Н.Г. Найденова. Методическое письмо. — М., 1974. — 20с.
283. Пятницкая И.Н. Клиническая диагностика и лечение эфедроновой токсикомании. / И.Н. Пятницкая и др. Методические рекомендации. — М., 1986. – 21с.
284. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема. / И.Н. Пятницкая. Российский медицинский журнал. - 1996. - № 4. - С.5-10.
285. Пятницкая И.Н. Подростковая наркология. / И.Н. Пятницкая. – Москва: Медицина, 2002.- 252с.
286. Райс Ф. Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. / Ф. Ф. Райс. – СПб.: Издательство “Питер”, 2000. (с.40-41);
287. Ревенко В.И. Концептуальные подходы к организации лечебно-реабилитационной работы, реализуемые национальным бюро по наркотикам РФ. / В.И. Ревенко, В.Г. Москвичев, В.Н. Карлов. Вопросы наркологии. - № 1, 1999. - с. 22-24;
288. Рекомендации по выявлению лиц, предрасположенных к употреблению наркотических средств. / А.П. Кабалин, А.Н. Клепиков, О.Н. Ковальский, О.А. Роик, С.В. Семенов, А.А. Тарасов, В.Д. Токарев, А.С. Фадеев, О.Э. Чернов, В.Н. Ядчук. Профилактика и реабилитация в наркологии. – № 1, 2002. - с. 44-49;
289. Рексед Б. Руководство по контролю над наркотическими средствами и психотропными веществами в контексте международных договоров. / Б.Рексед, К. Эдмондсон, И. Хан, Р.Дж. Самсон. ВОЗ, – Женева, 1987. – 181 с.;
290. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. / Х. Ремшмидт. Проблемы становления личности: Пер. с нем. – М.: Мир, 1994. – 320 с.;
291. Роджерс К. Что значит “становиться человеком”? / К. Роджерс. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 363-379;

292. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. / К.Р. Роджерс. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. / Пер. с англ. Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.;

293. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема. / В.М. Розин. Мир психологии. – 2000. - №1. – С.12-30.;

294. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии. / В.Е. Рожнов. Медицина УзССР. - Ташкент, 1979. - 636 с.;

295. Романова О.Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей. / О.Л. Романова. Вопросы наркологии. – 1993. - № 3. – С.53-59;

296. Романова О.Л. Программа профилактики приобщения к психоактивным веществам для дошкольников. / О.Л. Романова, О.В. Швецова. Вопросы наркологии. – 1993. - №3. – С.60-64;

297. Россинский Ю.А. Расстройства психической адаптации у подростков: клиника и лечение. Профилактика зависимостей / Ю.А. Россинский. Методические рекомендации, Павлодар, 2002, с. 47;

298. Россинский Ю.А. Клиническая интегративно-развивающая патогенетическая психотерапия невротических расстройств и зависимостей / Ю.А. Россинский. Методические рекомендации, Павлодар, 2002, 44 с.;

299. Россинский Ю.А. Современный взгляд на проблему наркомании и реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан / Ю.А. Россинский. “Вопросы наркологии Казахстана”, Том 1, № 1, 2001, г., стр. 24-25, г. Павлодар;

300. Россинский Ю.А. Расстройства психической адаптации в подростковом возрасте, как мишень превентивной медицины в плане профилактики зависимости к психоактивным веществам (ПАВ). / Ю.А. Россинский. Вопросы наркологии Казахстана. Павлодар, Том 1, № 1, 2001, с. 77-81;

301. Россинский Ю.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация, неоабилитация). / Ю.А.Россинский, Н.А. Бохан. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003. № 1 (27), с. – 130-132 (соавт. Бохан Н.А.);

302. Россинский Ю.А. Психологическое, психической и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья, и их значение в “пограничной” психиатрии и наркологии. / Ю.А. Россинский. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том IX, № 1, 2003., с. – 79-83;

303. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности. / Ю.А. Россинский. Наркология. № 8 –2003 – с. 2-4;

304. Рохлина М.Л. Фармакотерапия наркоманий. / М.Л. Рохлина. Руководство по наркологии. Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – с. 39-57;

305. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий. / М.Л. Рохлина. Вопросы

социальной и судебной психиатрии. Материалы совместной научно-практической конференции 28-30 января 1981г. - Вологда, 1981. - С.22-25;

306. Рохлина М.Л. Психопатологические расстройства в клинике опийной наркомании. / М.Л. Рохлина. XII съезд психиатров России: Материалы. - М., 1995. - С.820-822;

307. Рохлина М.Л. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у женщин. / М.Л. Рохлина, С.О. Мохначев. Вопросы наркологии. – М., 2001. № 3. – С. 16-26;

308. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения у больных эфедроновой и первитиновой наркоманиями. / М.Л. Рохлина, В.В. Новак. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Сборник научных работ. — Москва - Орел, 1994. - С.49-53;

309. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания. / М.Л. Рохлина, А.Г. Врублевский. Вопросы наркологии. - 1990. - № 1. - с.34;

310. Рохлина М.Л. К вопросу о лечении больных наркоманиями, зараженных ВИЧ. / М.Л. Рохлина, Н.Н. Иванец. Вопросы наркологии. - № 1, 1999. - С. 40-46;

311. Рубинштейн С.Л. Теоретические вопросы психологии и проблема личности. / С.Л. Рубинштейн. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 227-240;

312. Рубинштейн С.Л. Самосознание личности и ее жизненный путь. / С.Л. Рубинштейн. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 240-245;

313. Рудестам К. Групповая психотерапия. / К. Рудестам. Питер, 1998. - с. 373;

314. Рудестам К. Групповая психотерапия. / К. Рудестам. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ. - М.: 1990. - 361 с.;

315. Рутман И. при содействии Хокса Д., Де-Руманн М. Методические рекомендации по изучению проблемы потребления алкоголя и разработке соответствующих мероприятий. / И. Рутман, Дж. Моузер. ВОЗ, Женева, 1988;

316. Салтангазинова З.Б. Влияние социального фактора на течение, прогноз и исход наркотической зависимости. / З.Б. Салтангазинова, Л.К. Барматина. Вопросы наркологии Казахстана. Том 3, № 3, 2003. с.68-69;

317. Самошкин А.А. Технология профилактики наркологических заболеваний. / А.А. Самошкин, И.Б. Васильев. Вопросы наркологии. – № 2, 2001. - с. 41-46;

318. Семке В.Я. Основы персонологии. / В.Я. Семке. М.: Академический проект, 2001. – 476 с. – (Серия “Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии”);

319. Семке В.Я. Клиническая персонология. / В.Я. Семке. Томск: МГП “РАСКО”. 2001. – 376 с.;

320. Семке В.Я. Пограничные состояния и психическое здоровье. / В.Я. Семке, С.Б. Положий. – Томск: издательство Томского университета, 1990, - 209 с.;
321. Семке В.Я. Пограничные состояния. / В.Я. Семке, М.М. Аксенов. Региональные аспекты. – Томск: издательство Томского университета, 1996, - 184 с.;
322. Семке В.Я., Депрессивные расстройства – “Неинфекционная эпидемия” XXI века. / В.Я. Семке, Н.А. Корнетов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2003. № 2 (28), с.14-18;
323. Семке В.Я. Транскультуральная наркология и психотерапия. / В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке. Под ред. Акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2001. – 162 с.;
324. Семке В.Я. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции. / В.Я. Семке, И.Е. Куприянова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1998, № 1-2. - С. 118-123;
325. Сердюковская Г.Н. Психогигиена детей и подростков. / Г.Н. Сердюковская, Г. Гельница– Москва: Медицина, 1985. – 222с.;
326. Сиволап Ю.П. Фармакотерапия в наркологии. / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. Под редакцией М.М. Жарикова. – М.: Медицина, 2000. – 352 с.;
327. Сидоров П.И. Основные стратегии развития превентивной наркологии. / П.И. Сидоров. Наркология, 2002. № 2. - С. 2-9;
328. Силласте Г.Г. Социологическое исследование на тему “Социальные последствия возможной легализации наркотиков в России”. / Г.Г. Силласте. Информационный сборник “Безопасность” – М., 1993. № 2. – 30 с.;
329. Сиденкова А.П. Особенности клинико-социальной адаптации у больных шизофренией, употребляющих опиаты. / А.П. Сиденкова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2002. № 3 (25), с. 27-31;
330. Сирота Н.А. Клинико-психологические особенности гашишной наркомании в подростковом возрасте. / Н.А. Сирота. - Москва, 1990. - С.1-14;
331. Сирота Н.А. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, И.И. Хажилина, Н.С. Видерман. М.: Генезис, 2001. – 216 с.;
332. Скок А.Б. Использование биологической обратной связи для целенаправленного изменения поведения пациентов с аддиктивными расстройствами. / А.Б. Скок. Автореферат канд. дисс. Новосибирск, 1999;
333. Скок А.Б. Альфа-тета тренинг в лечении аддиктивных расстройств. / А.Б. Скок, О.С. Шубина, О.А. Джафарова, Е.Г. Веревкин. Биоправление-3: теория и практика. Под ред. М.Б. Штарка, Р. Колла. 1998. с. 180-182;
334. Слободчиков В.И. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей. / В.И. Слободчиков, А.В. Шувалов. Вопр. психол. – 2001.-№ 4.- С.91-105.;
335. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных / Материалы по вопросам лечения наркомании, Вена. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2003. – 24 с.;

336. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. / Е.Т. Соколова. Учебное пособие. – М.: SuR –Аргус, 1995. -213 с.;
337. Соломзес Дж. А. Наркотики и общество. / Дж. А. Соломзес, В.Черсон, Г. Соколовский. - М.: ООО “Иллойн”, 1988.- 191 с.;
338. Сорокина Т.Т. Алкоголизм и наследственность. / Т.Т. Сорокина. Матер. Междунар. симп. Ленинград 1986. – Л., 1987. – с. 138-144;
339. Спицын К.К. К методике массовой психотерапии алкоголиков. / К.К. Спицын. Казанск. мед. журнал, 1928, № 3. - С. 347-350;
340. Стрелец Н.В. Острые психозы у больных хроническим алкоголизмом и опийными наркоманиями, развивающимися в ходе стационарного лечения. / Н.В. Стрелец. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с. 283-295;
341. Тактаров В.Г. Подходы к стационарной реабилитации наркологических больных. / В.Г. Тактаров, И.А. Новиков. Вопросы наркологии. - № 6, 2001. - с. 48-50;
342. Танг В.Х. Культуральный аспект злоупотребления наркотическими веществами. / В.Х. Танг, Дж.-Э. Бигби. В книге: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.) Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 5-65;
343. Теркулов Р.И. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях. / Р.И. Теркулов, А.В. Кузнецов, Л.А. Леонова, М.Г. Цетлин. Вопросы наркологии. - № 1, 2000. - С. 65-70;
344. Толстикова А.Ю. Клинико-психопатологический анализ депрессивных состояний и суицидального поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ. / А.Ю. Толстикова. Вопросы ментальной медицины и экологии. Москва-Павлодар, Том IX, № 3, 2003. с. – 73-77;
345. Толстикова А.Ю. Психопатологические аспекты тревоги и фобии у больных с зависимостью от психоактивных веществ. / А.Ю. Толстикова. Москва-Павлодар, Том IX, № 2, 2003. с. – 87-89;
346. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией. / Ю.Б.-Тузикова. Вопросы наркологии. – 2001. - №5. - С.26-34;
347. Узнадзе Д.Н. Установка у человека. / Д.Н. Узнадзе. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 245-301;
348. Усов М.Г. Аффективные расстройства в постабстинентном состоянии у подростков, страдающих микст-вариантами опийной наркомании. / М.Г. Усов, Д.В. Четвериков. Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1996. – с. 299;
349. Усов М.Г., Четвериков Д.В. Ассоциированные варианты опийной аддикции у подростков. / М.Г. Усов, Д.В. Четвериков. Опийная наркомания в молодом возрасте. – Омск 1998. – с. 57-66;

350. Утин А.В. Частота психопатий и неврозов в семьях больных алкоголизмом и наркоманиями. / А.В. Утин, С.А. Утин. Актуальные вопросы наркологии. Тезисы респ. совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. - С.115-116;

351. Фернхем А. Личность и здоровье. / А. Фернхем, П. Хейвен. Личность и социальное поведение. – Спб.: Питер, 2001. – С.67- 93.;

352. Флеминг Н.Ф. Злоупотребление наркотическими веществами и пристрастие к употреблению наркотических веществ. / Н.Ф. Флеминг, Д.Поттер, С. Кэттил. В книге: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 15-26;

353. Флэтчер Р. Клиническая эпидемиология. / Р. Флэтчер, С. Флэтчер, Э. Вагнер. Основы доказательной медицины. Перевод с английского под общей редакцией к.м.н. С.Е. Бащинского и к.м.н. С.Ю. Варшавского. Медиа Сфера, Москва, 1998;

354. Фридман Л.С. Наркология. / Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман (ред.). Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил.;

355. Хау К.М. Все мы в одной лодке. Исцеление боли, скрытой за пристрастиями и зависимым поведением. / К.М. Хау. Перев. с англ. Под ред. И. Старых. – К.: “София”; М.: ИД “София”, 2003. – 320 с.;

356. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. / Х. Хекхаузен. 2-е изд., (Серия “Мастера психологии”) – СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. – 860 с.: ил.;

357. Хёрш Д. Опиаты. / Д. Хёрш, Д. Пейли, Д.А. младший Реннер. В сборнике: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 187-199;

358. Худяков А.В. Некоторые проблемы антинаркотического просвещения (дискуссионные заметки). / А.В. Худяков. Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 78-79;

359. Хьелл Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с. – (Серия “Мастера психологии”);

360. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта. / В.Н. Цапкин. Московский психотерапевтический журнал, № 2, 1992. - С. 5-40;

361. Цетлин М.Г. Сообщества (группы) само- и взаимопомощи наркологических больных. / М.Г. Цетлин, В.В. Батищев, О.В. Зыков. Руководство по наркологии, том II. Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – с. 290-308;

362. Цетлин М.Г. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. / М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас. М.: “Анахарсис”, 2001. – 48 с.;

363. Четвериков Д.В. Роль аддиктивного социума в формировании опийной наркомании у подростков. / Д.В. Четвериков. – Омский научный вестник – 1998 - № 2 – с. 81-85;
364. Четвериков Д.В. Проблема качества жизни в наркологии. / Д.В. Четвериков. Профилактика наркомании. – Омск 2000. – с. 112-116;
365. Четвериков Д.В. Клиническая типология хронических аффективных расстройств, коморбидных с опийной зависимостью. / Д.В. Четвериков. Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины: II конференция молодых ученых России. Москва 24-28 апреля 2001 г. – М., 2001, с. 21;
366. Четвериков Д.В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. / Д.В. Четвериков. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Новосибирск 2002;
367. Четвериков Д.В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. / Д.В. Четвериков. – Омск, 2002. – 260 с.;
368. Четвериков Д.В. Наркомании в детско-подростковом возрасте. / Д.В. Четвериков, Н.А. Субеева. Методические рекомендации для студентов педагогических вузов. Омск, 1995. – 32 с.;
369. Четвериков Д.В. Выявление и профилактика наркомании в подростково-юношеском возрасте. / Д.В. Четвериков, И.Я. Ирлицина, С.А. Соколов. Методические рекомендации для учителей школ и преподавателей средних учебных заведений. Омск, 1996 – 20 с.;
370. Четвериков Д.В., Ирлицина И.Я., Усов М.Г. Диагностика и профилактика опийной наркомании в подростково-юношеском возрасте. / Д.В. Четвериков, И.Я. Ирлицина, М.Г. Усов. Методические рекомендации для психологов, врачей Центров социальной адаптации подростков, подростковых наркологов. – Омск, 1996 – 20 с.;
371. Шабанов П.Д. Основы наркологии. / П.Д. Шабанов. - СПб, 2002.- 555с.;
372. Шмидт Р. Болезни зависимости: сущность и причины. / Р. Шмидт. В книге: Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. / Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 1999. – 504 с.; ил. – (Гуманистическая психиатрия);
373. Шостром Э. Опросник личностной ориентации. / Э. Шостром. Практическое руководство (в адаптации Руковишникова). Москва, “Генезис”, 2002, 16 с.;
374. Шоркуте А. Возрастные аспекты психопатологии импульсивных влечений. / А. Шоркуте. им. Корсакова. – 1999. - №1. - с. 26-29;
375. Шпаков А.О. Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания. Курение. Природные и бытовые яды. / А.О. Шпаков. Справочник для родителей и детей. – СПб.: Зенит, Энергия, 2000. – 268 с.: (малая семейная энциклопедия);
376. Штерева Л.В. Клиника и лечение алкоголизма. / Л.В. Штерева. – Л.: “Медицина”, Ленинградское отделение, 1980. - 205 с.;

377. Шувалов А.В. Интерсубъективные условия психологического здоровья детей. / А.В. Шувалов. Автореф. Дис. ... канд.псих.наук. – М.- 2000.-26 с.;
378. Шугайкин В.А. Анализ применения сверхвысоких дозировок пираретама в комплексной терапии опийной наркомании. / В.А. Шугайкин. Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 7, № 4, 2000. - С. 100-103;
379. Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии // Региональное представительство Управления ООН по Контролю за Наркотиками и Предупреждению Преступности по Центральной Азии // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 3, 2002. - С. 54-70;
380. Эпидемиология употребления наркотических веществ. / Г. Козн, Н.Ф. Флеминг, К.А. Глэттер, Д.Б. Хаджиги, Д. Халберстедт, К.Б. Мак-Хью, А. Вульф. В сборнике: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2000. – 320 с., ил. с. 27-50;
381. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности. / Э. Эриксон. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 305-348;
382. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. / Г.М. Энтин. – Москва: мед, 1990. - С.347-353;
383. Юнг К. О становлении личности. / К. Юнг. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом “Бахрах-М”, 2002. с. 128-155;
384. Якимов В.Б. Наркологически ориентированная психопрофилактическая программа. / В.Б. Якимов. Костанай, 1996. – 95 с.;
385. Яковлева М.Б. Роль психокоррекционной работы с созависимыми в комплексной терапии наркомании. / М.Б. Яковлева, Г.В. Залевский. Сибирский психологический журнал, № 14-15, 2001. – с. 107-109;
386. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. / И. Ялом – СПб.: Издательство Питер, 2000. – 640 с.;
387. Adkins M.A. Mental Health and the Adult Refugee. / M.A. Adkins, B. Sample, D. Birman The Role of the ESL Teacher. ERIC Digest. National Clearinghouse for ESL Literacy Education Washington DC. ED439625. 1999.;
388. Adkins M.A. Cultural adjustment, mental health and ESL. / M.A. Adkins, D. Birman, & B. Sample (Eds.). The refugee experience, the role of the teacher, and ESL activities. Denver, CO: Spring Institute for International Studies. 1999;
389. Alcoholics Anonymous World Services // Двенадцать шагов и двенадцать традиций. Нью-Йорк, 1989 / Дата индексирования: 11.12.2003. 26 Kb | koi8-r | <http://bonifatiy.narod.ru/12x12/12cont.htm>;
390. Alterman A.I. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. / A.I. Alterman and others. Journal of Nervous and Mental Disease, No. 182, 1994, pp. 157-163;
391. Andrews L. S. Toxic effects of solvents and vapors. / L. S. Andrews, R. Snyder In: Cassarett and Doull’s Toxicology, 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1991.

392. Asuni A. Drug abuses problems in countries of the Andean subregion. / A. Asuni, A. Pela. Bulletin on narcotics, 1986. January-June. № OSIS. – LIXXL111. – P. 27-37;
393. Bachman J.G. Ethnic differences in smoking, drinking, and illicit drug use among American high school seniors, 1976-89. / J.G. Bachman, J.M. Jr. Wallace, P.M. O'Malley et al. Am. J. Public Health, 1991. Mar. 81(3).- 372-377;
394. Baehr, E. Clinical use of an alpha asymmetry neurofeedback protocol in the treatment of mood disorders. / E. Baehr, J. P. Rosenfeld, R. Baehi, C.Earnest. In Introduction to quantitative EEG and neurofeedback, Evans, J. R., Abarbanel, A. Academic Press, London. 1999, pp. 181-201;
395. Ball J.C. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. / J.C. Ball, A. Ross. (New York, Springer, 1991);
396. Baselga E. Young drug users: sociological study of one sample. / E.Baselga. Bull. Narc., 1972. Vol. 24. № 3.- P. 17-22;
397. Bearn J. "Rapid opiate detoxification treatments". / J. Bearn, M. Gossop, J. Strang. Drug and Alcohol Review, No. 18, 1999, pp. 75-81;
398. Bell J.R. "A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence". / J.R. Bell and others British Medical Journal, No. 171, 1999, pp. 26-30;
399. Bernstein K. Some reflection on the present situation of drug abuse among young people. / K. Bernstein. Bull. Narc., 1982. Vol. 33. № 4.- P. 15-21;
400. Bilikiewicz T. Psychiatria Kliniczna. / T. Bilikiewicz. Wyd. 5. Warszawa: Panstwowy zaklad wydawnictw lekarskich, 1973, 935 s.;
401. Blos P. The second individual process of adolescent. / P. Blos. Psychoanalytic study of the child. – 1967. - № 22.- p.162-186.;
402. Brahen L.S. Naltrexone treatment in a jail work-release program. / L.S. Brahen and others. Journal of Clinical Psychiatry, vol. 45, No. 9 (1984), pp. 49-52;
403. Broecaert E. The therapeutic community for ex-addicts. / E. Broecaert, G. Van den Straten, F. D'oosterlinck, M. Kooymann. A view from Europe. – 1997. – P. 7-23;
404. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. / U. Bronfenbrenner. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979;
405. Bush P.J. Elementary schoolchildren's use of alcohol, cigarettes and marijuana and classmates' attribution of socialization. / P.J. Bush, R.J. Iannotti. Drug-Alcohol-Depend, 1992 Aug. 30(3).- 275-87;
406. Cadoret R.J. Inheritance of alcoholism in adoptees. / R.J. Cadoret, A.Gath. Brit. J. Psychiatry. – 1978. – Vol. 132. – P. 252-258;
407. Cadoret R.J. / R.J. Cadoret, C. Cane, W. Crove. Arch. Gener. Psychiatry. – 1981. – Vol. 38. – P. 861-868;
408. Carroll K.M. Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. / K.M. Carroll, C. Nich, B.J. Rounsaville. Journal of Nervous and Mental Disease, No. 183, 1995, pp. 251-259;

409. Carroll K.M. One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. / K.M. Carroll and others. *Journal of Nervous and Mental Disease*, No. 181, 1993, pp. 71-79;

410. Chan K.B. Individual differences in reactions to stress and their personality and situational determinants. / K.B. Chan. *Some implications for community mental health* // *Soc. Sci. Med.* 1977. № 11p. 89-103;

411. Cheskin L.J. "A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detox-ification from opioids". / L.J. Cheskin, P.J. Fudala, R.E. Johnson. *Drug and Alcohol Dependence*, No. 36, 1994, pp. 115-121;

412. Clark N. LAAM maintenance vs. methadone maintenance for heroin dependence (Cochrane Review). / N. Clark and others. *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002 (Oxford, Update Software);

413. Cofer Ch. N. Motiwacja: Teoria i badania. / Ch. N. Cofer, M.H. Appley. *Warszawa*, 1972;

414. Collins D.J. The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. / D.J. Collins, H.M. Lapsley. *Canberra, Australian Government Publishing Service*, 1996 (National Drug Strategy Monograph Series);

415. Colbach E.M. Marijuana Psychoses Associated in Viet-Nam. / E.M. Colbach, R.E. Grove. *Milit. Med.*, 1970, Stuttgart, Thieme, 1958;

416. Cotton N.S. / N.S. Cotton. *Stud. Alcohol.* – 1979. – Vol. 40, N 1. – P. 89-116;

417. Crider R.A. Epidemiology of Inhalant Abuse: An Update. / R.A. Crider, B. A. Rouse. *NIDA Research Monograph 85*. US Department of Health and Human Services, 1988;

418. Cregler L.L. Medical complications of cocaine abuse. / L.L. Cregler. *N. Engl. J. Med.*, 1986; 315: 1495-1500;

419. Davies J. Facts about Adolescent Drug Abuse. / J. Davies, N. Coggans. *London: Cassel*, 1991;

420. DeLeon G. Community as a method. / G. DeLeon. *Therapeutic Communities for special populations and special settings.* – Westport, Connecticut: Praeger Publishes. – 1997;

421. DeLeon G. The Therapeutic Community. / G. DeLeon. *Study of Effectiveness Treatment. Research Monograph 84-1286* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984);

422. Dennis M.L. Reaching community resources through case management to meet the needs of methadone clients. / M.L. Dennis, G.T. Karuntzos, J.V. Rachal. *Progress and Issues in Case Management*, R. Asbury, ed., *Research Monograph 127* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1992);

423. Desland M.L. A 12-month prospective comparison of court-diverted with self-referred heroin users. / M.L. Desland, R.G. Batey. *Drug and Alcohol Review.* – 1992. - Vol.2, №3. - p. 121-130;

424. Dole V.P. Medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. / V.P. Dole, M.A. Nyswander. *JAMA*, 1965; 193:646-650;

425. Erikson E.H. Childhood and society. / E.H. Erikson. New York, Norton. 1963;
426. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis. / E.H. Erikson. New York, Norton. 1968;
427. Erikson E.H. Life cycle. / E.H. Erikson. In International Encyclopedia of the Social Sciences. New-York: Crowell Collier & Macmillan. vol. 9, pp. 286-292;
428. Farrell M. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey. / M. Farrell and others. Addictive Behaviors, No. 23, 1998, pp. 909-918;
429. Faw H.W. Psychology in Christian Perspective. / H.W. Faw. (Grand Rapids: Baker Book House, 1995), p. 168;
430. Feldman Robert Understanding Psychology. / Robert Feldman. – 1979. - p. 625-631;
431. Fejer D. The knowledge about drugs, attitudes towards them and drug use rates of high school students. / D. Fejer, R.G. Smart. J.Drug. Educ., 1973. Vol. 3. № 4.- P. 377-388;
432. Finney J.W. Environmental assessment and evaluation research: examples from mental health and substance abuse programs. / J.W. Finney, R.H. Moos. Evaluation and Program Planning. No. 7, 1984, pp. 151-167;
433. Fiorentine R. More is better: counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. / R. Fiorentine, D. Anglin. Journal of Substance Abuse Treatment, No. 13, 1996, pp. 241-248;
434. Fischer G. Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence”. / G. Fischer, W. Gombas, H. Eder. Addiction, No. 94, 1999, pp. 1337-1347;
435. Flanagan R. J. An introduction to the clinical toxicology of volatile substances. / R. J. Flanagan, M. Ruprah, T. J. Meredith, et al. Drug Saf., 1990; 5: 359-383;
436. Fogel B.S. Neuropsychiatry. / B.S. Fogel, K.B.Schiffer, M.R. Stephen (eds.). Williams & Wildins, 1996;
437. Fox B.S. Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction. / B.S. Fox. Drug and Alcohol Dependence, No. 48, 1997, pp. 153-158;
438. Frank J.D. Thirty years of group therapy: A personal perspective. / J.D. Frank International Journal of Group Psychotherapy. - 1979. - p.p. 439-452;
439. French M.T. Training and employment programs in methadone treatment: client needs and desires. / M.T. French and others. Journal of Substance Abuse Treatment, No. 9, 1992, pp. 293-303;
440. Frederking Q. Intoxicant drug (mescaline and lysergic acid diethylamide) in psychotherapy. / Q. Frederking. J. Nerv. Ment. Dis., 1955; 121: 262-266;
441. Freedman R.R. A comparison of thrice weekly LAAM and daily methadone in employed heroin addicts. / R.R. Freedman, G. Czertko. Drug and Alcohol Dependence, No. 8, 1981, pp. 215-222;
442. Fromm E.H. The sane society. / E.H. Fromm. New York: Holt Rinehart & Winston. 1955;
443. Fulco C.E. Institute of Medicine, Development of Medications for the Treatment of Opiate and Cocaine Addictions. / C.E. Fulco, C.T. Liverman,

L.E.Earley, eds. Issues for the Government and Private Sector, (Washington, D.C., National Academy Press, 1995);

444. Furnham A. Personality and happiness. / A. Furnham, C. Brewin. Personality and Individual Differences. – 1990. - № 11, 1093-6.;

445. Gawin F.N. Cocaine and other stimulants. / F.N. Gawin, E. H.Jr. Ellinwood N. Engl.J. Med., 1988; 318: 1173-1182;

446. Gerstein D. Treating Drug Problems, vol. 1. / D. Gerstein, H. Harwood, eds. (Washington, D.C., National Academy Press, 1990);

447. Gliro C.M. Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. / C.M. Gliro, S. Martino, M.L. Walker. Am. J. Psychiatry. - 1997 (Sept.). - № 154 (9). - P. 1305-1307;

448. Gold M.S. Cocaine (and crack): clinical aspects. / M.S. Gold. In: Lowinson J. H., Ruiz P., Mill-man R. B., eds. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1992;

449. Grella Ch.E. Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. / Ch.E. Grella and others. Drug and Alcohol Dependence, vol. 57, No. 2 (1999), pp. 151-166;

450. Gossop M. Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmers in England. / M. Gossop and others. Drug and Alcohol Dependence, No. 57, 1999, pp. 89-98;

451. Gowing L.R. “The management of opioid withdrawal”. / L.R. Gowing, R.L. Ali, J.M. White. Drug and Alcohol Review, No. 19, 2000, pp. 309-318;

452. Granier-Dayeux M. Influence of Gerta in Social Factors on the Development of Dmg Dependents. / M. Granier-Dayeux. Bill. Narcot. 1973;

453. Grant B.F. Comorbity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national surverly of adults. / B.F. Grant. J.Subst. Abuse, 1995. 7(4).- P. 81-97;

454. Gross P. Toxicologic emergencies. / P. Gross. In: Wilkins E. W.Jr, ed. Emergency Medicine: Scientific Foundations and Current Practice, 3rd. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989;

455. Gossop M. Drug and alcohol dependence. / M. Gossop. Psychology and social problems. Gale A., Chapman A. (eds), 1984.- P. 231-254;

456. Gossop M. “Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study”. / M. Gossop and others. Drug and Alcohol Dependence , No. 62, 2001, pp. 255-264;

457. Gossop M. “Patterns of improvement after methadone treatment: one year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)”. / M. Gossop and others. Drug and Alcohol Dependence , No. 60, 2000, pp. 275-286;

458. Gossop M. “The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes”. / M. Gossop and others. Psychology of Addictive Behaviors, No. 11, 1997, pp. 324-337;

459. Goodwin D.W. Is alcoholism hereditary? / D.W. Goodwin. Second edition. - New York Ballantine books. - 1988 - p.260;
460. Goodwin D.W. Alcoholism and genetics. / D.W. Goodwin. The sins of the fathers. // Arch. Genet. Psychiat. - 1985 - vol.42 – p.171-174;
461. Hall W. Patterns of Drug Use and Risk-taking Among Injecting Amphetamine and Opioid Drug Users in Sydney, Australia. / W. Hall. Addiction. - 1993 (Apr.). - № 88(4). - P. 09-516;
462. Hartland N. Australian reports into drug use and possibility of hero in maintenance. / N. Hartland, D. McDonald at.al. Drug and Alcohol Review, 1992. Vol. 2. № 2.- P. 175-182;
463. Haslam M.T. Psychiatric illness in adolescence (Its psychopathology and prognosis). / M.T. Haslam. London, Boston: Bitterworths, 1975, 124 p.;
464. Havyghurst R.J. Developmental Tasks and Education. / R.J. Havyghurst. 3rd ed. New York, David McKay Co, 1972;
465. Holmes T.H. The social readjustment rating scale. / T.H. Holmes, R.H. Rahe. J. Psychosom. Res. 1967. № 11. P. 213-218;
466. Hser. Y.L. Drug treatment counselor practices and effectiveness. / Y.L. Hser. An examination of the literature and relevant issues in a multilevel framework. Evaluation Review, No. 19, 1995, pp. 389-408;
467. Hubbard R.L. Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness. / R.L. Hubbard and others. (Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press, 1989);
468. Hughes P.H. Extent of drug abuse: an international review with implications for health planners. / P.H. Hughes. World Health Status, 1983. Vol. 36. № 3-4 (WHO-Geneva). – P. 36;
469. Havyghurst R.J. Developmental Tasks and Education. / R.J. Havyghurst. 3rd ed. New York, David McKay Co, 1972;
470. Jasinski D.R. Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine. / D.R. Jasinski, J.S. Pevnick, J.D. Griffith. Archives of General Psychiatry. No. 35, 1978, pp. 501-516;
471. Jensen B.B. Fatal causes of poisoning among drug addicts in the country of Funen in 1993. / B.B. Jensen. Ugeskr. Leager. – 1995. - Nov.13, 157 (46). - p.6434-6437;
472. Joe G.W. Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. / G.W. Joe, D.D. Simpson, K.M. Broome. Drug and Alcohol Dependence, vol. 57, No. 2 (1999), pp. 113-125;
473. Johnes M. The therapeutic community, social learning and social change. / M. Johnes. Therapeutic communities. – L. – 1979. – P. 1-10;
474. Johnson R.J. Developmental Processes Leading to Marijuana Use. / R.J. Johnson, H.B. Kaplan. Comparing Civilians and the Military. Youth and Society. 1991, p. 355;
475. Inciardi J.A. Some considerations on the clinical efficacy of compulsory treatment: reviewing the New York experience. / J.A. Inciardi. Compulsory

Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, C.G. Leukefeld and F.M. Tims, eds., Research Monograph 86 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988);

476. Kandel D.B. Drogengefahr unserer Jugend. / D.B. Kandel. Offent Gemyndheitwesen, 1986. Bd. 48. № 8. – P. 404-407;

477. Kang S.-Y. Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. / S.-Y. Kang and others. American Journal of Psychiatry, No. 148, 1991, pp. 630-635;

478. Karch S.B. The Pathology of Drug Abuse. / S.B. Karch. Boca Raton, FL: CRC Press, 1993. 1-143;

479. Kendler K.S. Religion, psychopathology, and substance use and abuse. / K.S. Kendler, Ch.O. Gardner, C.A. Prescott. A multimeasure, genetic-epidemiologic study // Amer. Y. Psychiat., 1997. – 154. № 3. – P. 322 – 329;

480. Kendler K.S. / K.S. Kendler, C.A. Prescott. Am. J. Psychiatry. – 1999. - Vol. 156, N 2. – P. 223-228;

481. Kennard D. An introduction the therapeutic communities. / D. Kennard. – L. ect.: Routledge & Kegan Paul. – 1983. XII, 196 p.;

482. Kessler R.C. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. / R.C. Kessler and others. Archives of General Psychiatry, No. 51, 1994, pp. 8-19;

483. Khantzian E.J. / E.J. Khantzian, C. Treece. Arch. Gen. Psych. - 1985. - № 42. - P. 1067;

484. Kleber H.D. “Ultra-rapid opiate detoxification”. / H.D. Kleber. Addiction, No. 92, 1998, pp. 1929-1933;

485. Kirchmayer U. “Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence”. / U. Kirchmayer, M. Davoli, A. Verster. The Cochrane Library, Issue 3, 2002 (Oxford, Update Software).

486. Kleinbaum D.G. Epidemiologic Research. Principles and quantitative methods. / D.G. Kleinbaum, L.L. Kupper, H. Morgenstern. Van nostrand reinhold, New York, 1982, p. – 529;

487. Klingemann H. Drug Treatment Systems in an International Perspective. / H. Klingemann, A. Bergmark. European Addiction Research Journal, vol. 5, No. 3. – 1999;

488. Klingemann H. Drug Treatment Systems in an International Perspective. / H. Klingemann, G. Hunt. Drug Demons and Delinquents (London Sage Publications). – 1998;

489. Koob G. B. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. / G. B. Koob, F. E. Bloom. Science, 1988; 242: 715-723;

490. Kokkevi A. Dmg Abuse and Psychiatric Comorbidity. / A. Kokkevi, C. Stefanis Compr. Psychiatry. 1995 (Sept. - Oct.). - № 36 (5). - P. 329-337;

491. Kunst J. «Psychotherapy as “Work in the Spirit”: Thinking Theologically about Psychotherapy». / J. Kunst, Tan Siang-Yang. Journal of Psychology and Theology, winter 1996, p. 288.;

492. Ladame F. La crise d'adolescence. / F. Ladame Schweizer Archiv Neurol., Neurochirurgie u Psychiatrie, 1984. N. 2. S. 263-266;
493. Leikin J.B. Clinical features and management of intoxication due to hallucinogenic drugs. / J.B. Leikin, A.J. Krantz, M. Zell-Kanter. Med. Toxicol. Adverse Drug Exp., 1989;4: 324-350;
494. Linden C.H. Volatile substances of abuse. / C.H. Linden. Emerg. Med. Clin. North Am., 1990; 8:559-578;
495. Ling W. Drugs of abuse — opiates. / W. Ling, D.R. Wesson. In: Addiction Medicine and the Primary Care Physician [Special Issue]. West.J. Med., 1990; 152: 565-572;
496. Longabaugh R. Matching treatment focus to patient social investment and support: 18-month follow-up results. / R. Longabaugh and others. Journal of Consulting and Clinical Psychology. No. 63, 1995, pp. 296-307;
497. Lovejoy M. and others. Patients' perspectives on the process of change in substance abuse treatment. / M. Lovejoy and others. Journal of Substance Abuse Treatment, No. 12, 1995, pp. 269-282;
498. Lowinson J. Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives. / J. Lowinson, P. Ruiz, eds. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992;
499. Maes H.H. / H.H. Maes, C.E. Woodard, L. Murelle et al. J. Stud. Alcohol. – 1999. – Vol. 60, N. May. – P. 293-305;
500. Maier W. / W. Maier. Z. Klin. Psychol. – 1995. – Vol. 24/ № 2. – S. 147-158;
501. Manning N. Evaluating the therapeutic community. / N. Manning. Therapeutic communities. – L. – 1979. – P. 143-157;
502. Manning N. Implementing ideals. / N. Manning, R. Blake. Therapeutic communities. – L. – 1979. – P. 49-58;
503. Margolin A. "Opioid detoxification and maintenance with blocking agents". / A. Margolin, T.R. Kosten. Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction, N. S. Miller, ed. (New York, Marcel Decker, 1991);
504. Marks I.E. Cure and Care of Neurosis. / I.E. Marks. - New York, 1981.;
505. Marsch L.A. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis". / L.A. Marsch. Addiction, No. 93, 1998, pp. 515-532;
506. Maslow A.H. Motivation and personality. / A.H. Maslow. New York, 1954;
507. Masterson J. F. Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent – an object-relations view. / J. F. Masterson. Borderline personality disorders/ P. Hartokollis, ed. New York, 1977. P. 475-494;
508. Mattick R.P. "Are detoxification programmes effective?". / R.P. Mattick, W. Hall. Lancet, No. 347, 1996, pp. 97-100;
509. McDonald D.L. Patterns of alcohol drug abuse and mental health administration. / D.L. McDonald. Y.Amer. med. ASS, 1986. Vol. 256. № 23.- 3201 p.;
510. McKay J.R. Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. / J.R. McKay and others. American Journal Psychiatry, No. 151, 1994, pp. 254-259;

511. McKay J.R. Group counseling vs. individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. / J.R. McKay and others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No. 65, 1997, pp. 778-788;

512. McLellan A.T. Problem-service “matching” in addiction treatment: a prospective study in four programs. / A.T. McLellan and others. *Archives of General Psychiatry*. No. 54, 1997, pp. 730-735;

513. McLellan A.T. Achieving the public health potential of substance abuse treatment: implications for patient referral, treatment “matching” and outcome evaluation. / A.T. McLellan, C. Wisner. *Drug Policy and Human Nature*. W. Bickel and R. DeGrandpre, eds. (Philadelphia, Pennsylvania, Wilkins and Wilkins, 1996);

514. McLellan A.T. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: role of treatment services. / A.T. McLellan and others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. vol. 62, No. 6 (1994), pp. 1141-1158;

515. McLellan A.T. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. / A.T. McLellan and others. *Archives of General Psychiatry*, No. 40, 1983, pp. 620-625;

516. McLellan A.T. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. / A.T. McLellan and others. *Journal of Nervous and Mental Disease*. No. 168, 1980, pp. 26-33;

517. Menezes P.R. “Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London”. / P.R. Menezes and others. *British Journal of Psychiatry*, No. 168, 1996, pp. 612-619;

518. Michaux L. *Psychiatrie infantile*. / L. Michaux. – Paris, 1953;

519. Miller W.R. *Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach*. / W.R. Miller. *Approaches to drug Abuse Counseling*. NIDA. - Rockville, 2000. - p.p. 99-106;

520. Miller W. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. / W. Miller, S. Rollnick. - New York, Guildford Press, 1991;

521. Miller N.S. Drug testing: Medical, legal and latilac issues. / N.S. Miller. *Y. Subst. Abuse Treat.* – 1990. № 4. – P. 239-244;

522. Moatti J.P. French general practitioners’ attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. / J.P. Moatti, M. Souville, N. Escaffre. *Addiction*, No. 93, 1998, pp. 1567-1575;

523. Murray M. Levels of Narrative Analysis in Health psychology. / M.Murray. *Journal of Health psychology*. – Jule 2000. - Vol. 5.- № 3.;

524. Murray M., Chamberlain K. Qualitative Research in Health psychology: Developments and Directions. / M. Murray, K. Chamberlain. *Journal of Health psychology*.- 1998. – Vol.3. -№ 3.;

525. Musto D.F. *The American disease; the origins of narcotic control*. / D.F. Musto. New Heaven, Connecticut, Yale University Press. – 1973;

526. National Research Council, Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists, “Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, No. 3 (1978), pp. 335-340;

527. Noto A.R. III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situacao de rua de cinco capitais brasileiras. / A.R. Noto and others. (Centro Brasileiro de Informacoes sobre Drogas Psicotropicas), 1993;
528. Nowinski J. Twelve step facilitation therapy manual. / J. Nowinski, S.Barker, K. Carrol. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Maryland, 1992;
529. Nunes E.V. Evaluation and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Opioid-dependent Patients. / E.V. Nunes, S.J. Donovan, R. Brady, F.M. Quitkin. J. Psychoactive Dmgs. - 1994 (Apr. — Jun.). - № 26 (2). - P. 147-153;
530. O'Brien C.P. A range of research-based pharmacotherapy's for addiction. / C.P. O'Brien. Science, No. 278, 1997, pp. 66-70;
531. O'Brien C.P. Recent developments in the pharmacotherapy of substance abuse. / C.P. O'Brien. Journal of Consulting and Clinical Psychology , No. 64, 1996, pp. 677-686;
532. Parker M.W. Physical, spiritual and psychological aging in a social context: usual and successful. / M.W. Parker. nts. and Settings., SW 583 Physical, Spiritual and Psychological Aging in a Social Context.htm. 2002, Dr. Michael Parker, School of Social Work, The University of Alabama;
533. Peniston E.G. Neurofeedback in the treatment of the addictive disorders. / E.G. Peniston, P.J. Kulkosky. In Clinical use of an alpha asymmetry neurofeedback protocol in the treatment of mood disorders. In Introduction to quantitative EEG and neurofeedback, Evans, J.R., Abarbanel A. Academic Press, London.1999, pp. 181-201;
534. Peniston E.G. Alpha-meta brain wave training and beta-endorphin level in alcoholics. / E.G. Peniston, P.J. Kulkosky Alcohol. Clin. 1989, Exp. Res. 13, pp. 271-279;
535. Piaget J. Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. / J. Piaget. In Adolescent Behavior and Society: A Body of Readings, 3rd ed. Edited by R.E. Muuss. New-York: Random House. 1980;
536. Platt J.J. Vocational rehabilitation of drug abusers. / J.J. Platt. Psychological Bulletin, No. 117, 1995, pp. 416-435;
537. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, No. 58, 1997, pp. 7-29;
538. Rawson R.A. A 3-year progress report on the implementation of LAAM in the United States. / R.A. Rawson and others. Addiction, vol. 93, No. 4 (1998), pp. 533-540;
539. Regier D.A. "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study". / D.A. Regier and others. Journal of the American Medical Association, No. 264, 1990, pp. 2511-2518;

540. Rickels K. Long-term Therapeutic Use of Benzodiazepines. / K. Rickels, E. Schweizer, W. Case, D. Greenblatt, (1990). Arch Gen Psychiatry; 47: 899-907. Rickels Modified 20 Item Version (1996);
541. Ricketts J. Counseling, Psychological, Mental Health, and Social Services. / J. Ricketts. 700 Governors Drive, Pierre, South Dakota 57501-2291. janet.ricketts@state.sd.us, 2002;
542. Rice D.P. Estimates of the Economic costs of alcohol, drug abuse and mental illness 1985 and 1988. / D.P. Rice, S. Kelman, L.S. Miller. Public health reports 1063 p. 281-292, 1991;
543. Riordan C.E. "Rapid opiate detoxification with Clonidine and Naltrexone". / C.E. Riordan, H.D. Kleber. Lancet, No. 5, 1980, pp. 1079-1080;
544. Roman P. Growth and transformation in workplace alcoholism programming. / P. Roman. Recent Developments in Alcoholism, M. Galanter, ed., vol. 11 (New York, Plenum, 1988), pp. 131-158;
545. Room R. People who might have liked you to drink less. / R. Room, T. Greenfield, C. Weisner. changing responses to drinking by U.S. family members and friends, 1979-1990. Contemporary drug problems, - 1991. - 18:4. - P. 573-595;
546. Rosenfeld J.P. Operant biofeedback control of left-right frontal alpha power differences. / J.P. Rosenfeld, G. Cha, T. Blair, I. Gotlib. Biofeedback & self-regulation. 1995, 20, pp. 241-258;
547. Rounds-Bryant J.L. Drug abuse treatment outcome study of adolescents: a comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. / J.L. Rounds-Bryant, P.L. Kristiansen, R.L. Hubbard. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 25, No. 4 (1999), pp. 573-591;
548. Rounsaville B.J. Neuropsychological Function in Opiate Addicts. / B.J. Rounsaville, C. Jones, R.A. Novelty, H. Kleber. J. Nerv. Ment. Dis. - 1982. - № 170. - P. 209-216;
549. Rounsaville B.J. Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Course and Interaction with Program Type. / B.J. Rounsaville, H.D. Kleber. In: R.E. Meyer(Ed). Psychopathology and Addictive Disorders. - 1986;
550. Ryan T.M. / T.M. Ryan, M.W. Booth, Nser Yih-Ing. The International Journal of Adoliction, 1988. Vol. 23. - P. 125-149;
551. Sanson A., Lewis V. Children and their family contexts. / A. Sanson, V. Lewis. Australian Institute of Family Studies. Family Matters No.59 Winter 2001;
552. Seoane A. "Efficacy and safety of two new methods of rapid intravenous detoxification in heroin addicts previously treated without success". / A. Seoane and others. British Journal of Psychiatry, No. 171, 1997, pp. 340-345;
553. Schnoll S.H. Treatment of marijuana abuse. / S.H. Schnoll, A.N. Daghestani. Psychiatric Annals, 1986;
554. Shostrom E. Personal orientation inventory. / E. Shostrom. Educational and industrial testing service. N. Y., 1966;

555. Shostrom E. An inventory for the measurement of self-actualization. / E. Shostrom. Educational and psychological measurement. 1964. V. 24. № 2. P.207–218;
556. Segal B. Addictive Disorders in Arctic Climate. / B. Segal, C. Korolenko. New York, London: Haworth Press, 1990;
557. Sharp C.W. Inhalant Abuse: A Volatile Research Agenda. / C.W. Sharp, F. Beauvis, R. Spence. NIDA Research Monograph 129. US Department of Health and Human Services, 1992;
558. Sempos C.T. Practical Exercise in Statistical Methods in Epidemiology. / C.T. Sempos. WHO/ILAR Course on Epidemiology of Rheumatic Diseases. 14 November 1989. Moscow, RSFSR, USSR;
559. Silver, M. Picture stories and mental health. / M. Silver, (1999). In M.A. Adkins, D. Birman, & B. Sample (Eds.), «Cultural adjustment, mental health and ESL: The refugee experience, the role of the teacher, and ESL activities». (pp. 23-25). Denver, CO: Spring Institute for International Studies;
560. Simpson D.D. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. / D.D. Simpson and others. Archives of General Psychiatry. No. 56, 1999, pp. 507-514;
561. Simpson D.D. Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). / D.D. Simpson, G.W. Joe, B.S. Brown. Psychology of Addictive Behaviors, No. 11, 1997, pp. 239-260;
562. Simpson D.D. and others. Client engagement and change during drug abuse treatment. / D.D. Simpson and others. Journal of Substance Abuse. No. 7, 1995, pp. 117-134;
563. Simpson D.D. Addiction careers: summary of studies based on the DARP 12-year follow-up. / D.D. Simpson, G.W. Joe, E.K. Lehman. NIDA Treatment Research Report, DHHS publication No. AMD 86-1420 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1986);
564. Smith D. Amphetamine Use, Misuse, and Abuse. / D. Smith. Boston: GK Hall, 1979;
565. Soldier and family wellness across the life course. / M. Parker, G. Fuller, H. Koenig, J. Bellis, M. Vaitkus, & J. Eitzen, (2001). A developmental model of successful aging, Spirituality and Health Promotion, Part II. Military Medicine, 166, July, 561-570;
566. Soulif M. Extend and patterns of drug abuse in France and Europe. / M. Soulif, F. Yunis, H. Taha. 1986, Ibid.- P.113-121;
567. Stenbacka M. Initiation into drug abuse: the pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. / M. Stenbacka, P. Allebek, A. Romelsjo. Scand. J. Soc. Med., 1993;
568. Stutte H. Kinder- und Jugendpsychiatrie. / H. Stutte. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd II: Klinische Psychiatrie. - Berlin, Gottingen, 1960. - P.678-779;

569. Trimble J. E. Ethnic and Multicultural Drug Abuse. / J. E. Trimble, C.S.Boiek, S. J. Niemcryk. Perspectives on Current Research. Harrington Park Press, 1992;
570. Tucker T.K. Naltrexone in the treatment of heroin dependence: a literature review. / T.K. Tucker, A.J. Ritter. Drug and Alcohol Review, vol. 19, No. 1 (2000), pp. 73-82;
571. Uehlinger C. Comparison of buprenorphine and methadone in treatment of opioid dependence: Swiss multicenter study. / C. Uehlinger and others. European Addiction Research, vol. 4, Suppl. 1, 1998, pp. 13-18;
572. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Countries profile on Drugs and Crime, 2002;
573. Van den Bree M. / M. Van den Bree, E. Johnson, M. LaBuda et al. Probl. Drug Depend. – 1996. – Pap. 58th Annu. Sci. Meet. Probl. Drug Depend. – Rockville (Md). – 1997. – P. 270;
574. Ward J. of maintenance treatment in opioid dependence. / J. Ward, W.Hall, Mattick, R. Role. Lancet, No. 353, 1999, pp. 221-226;
575. Ware J.E. Measuring patient's views: the optimum outcome measure. / J.E. Ware. SF-36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view // BMJ. - 1993 -V. 306. - P. 1429-1430;
576. Ware J.E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey. / J.E. Ware. Med. Care. — 1992. — № 8. — P. 473–483;
577. Ware J.E. SF-36 health survey. Manual and interpretation guide. / J.E.Ware, K.K. Jr. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. Boston: The Health institute, New England Medical Center, 1993;
578. Warner E.A. Cocaine Abuse. / E.A. Warner. Ann. Intern. Med., 1993, 235 p.;
579. Washton A.M. Naltrexone in addicted business executives and physicians. / A.M. Washton, A.C. Pottash, M.S. Gold. Journal of Clinical Psychiatry, vol. 45, No. 9 (1984), pp. 39-41;
580. Weiss R.D. Cocaine. / R.D. Weiss, S.M. Mirin, R.L. Bartel. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994;
581. Westermeyer J. Sex differences in drug and alcohol use among ethnic groups in Laos, 1965-1975. / J. Westermeyer. Am-J-Drug-Alcohol-Abuse, 1988. 14(4).- 443-61;