

активизации, что возможно через постепенное добровольное вовлечение в волонтерскую, общественную, наставническую деятельности. Например, реабилитируемый может стать предпринимателем, заниматься организацией приходской, антинаркотической работы, создать и возглавить реабилитационный центр и т.д.

Такая практика успешно реализована не только в СССР в коммунах А.С.Макаренко, она широко используется во всем мире. Пример сельской реабилитационной коммуны в Сан-Патриньяно в Италии приводил директор ФСКН России В.П.Иванов на совещании в Санкт-Петербурге 30 ноября 2011 г.

Конечно, вопросы ресоциализации и трудовой реинтеграции не могут быть зоной ответственности исключительно реабилитационных сообществ. Содействие в организации таких коммун и успешных производств - это практическая задача региональных антинаркотических комиссий. Такая задача потребует объединения усилий разных государственных учреждений, органов местного самоуправления, общественных организаций и бизнес-сообщества.

Так что оценку качества реабилитации и ресоциализации необходимо относить к деятельности всех перечисленных субъектов.

**М.И. Драмбян, Б.В. Крупнов, В.Л. Крупнова,
И.П. Кутянова, А.Б. Останин, В.А. Пронина**

***Опыт использования тестов смысложизненных ориентаций (СЖО)
при анализе деятельности реабилитационных центров
для лиц страдающих зависимостью от ПАВ.***

В рамках проведения добровольной сертификации работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации лиц потребляющих наркотики в немедицинских целях

(Регистрационный номер № РОСС RU.V744.04ЮАХ1, Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии), рабочая группа ФГБУ НИЦ ФСКН России состоящая из сотрудников указанного учреждения и привлеченных специалистов¹, ознакомилась с деятельностью трех центров², использующих различные реабилитационные программы.

Реабилитационный центр «Ступени» расположен в республике Башкирия в, городе Уфе работает по программе, основанной на принципах

¹В составе рабочей группы ФГБУ НИЦ ФСКН России принимали участие также: старший научный сотрудник Института психиатрии им. Сербского Шевцова Юлия Бронюсовна, руководитель сектора НИИ Психиатрии Зенцова Наталья Игоревна, Каклюгин Николай Владимирович, Кутянова Ирина Петровна

²Реабилитационные центры: «Саперное» в Ленинградской области, «Братство Святого Духа» в Ставропольском крае, «Ступени» в Республике Башкирия, «Центр реабилитации и ресоциализации» и «Орехово» в Калининградской области

«12-шагов» сообщества Анонимных наркоманов и Анонимных алкоголиков в сочетании с принципами терапевтических сообществ.

Реабилитационные центры «Орехово» и «Калининградский реабилитационный центр» работают по модели МОНАР¹.

Основное содержание реабилитационного процесса в центрах работающих по данной программе состоит в погружении резидента в здоровое сообщество, приобретение им навыков правильного социального поведения, в возможности корректировать поведение других членов сообщества и получать оценку своих действий от других резидентов (обратная связь).

Срок пребывания пациентов в центрах «Орехово» и «Калининградский центр реабилитации и ресоциализации» составляет обычно 1 год.

Одной из основных задач сертификации центров являлась проверка эффективности их деятельности, т.е. качество реабилитации и ресоциализации пациентов, продолжительность ремиссии. Следует особо оговорить, что в настоящее время термин «реабилитация» является неким эвфемизмом, который используется применительно к немедицинским учреждениям, занимающимся лечением, избавлением от наркомании. Все указанные выше центры занимаются именно избавлением от наркотической и алкогольной зависимости. Более половины пациентов поступают туда минуя стадию детоксикации, поэтому говорить, точнее выделять такие дискретные этапы как лечение, реабилитация, ресоциализация представляется не совсем корректным. Избавление от зависимости происходит непосредственно в процессе, так называемой, реабилитации.

В качестве методов проверки качества работы реабилитационного центра были использованы: включенное наблюдение, психологическое тестирование, содержательный и контент-анализ письменного творчества, неформализованное интервью, анализ статистики и документации центра. Столь широкий инструментарий предопределил большой объем полученных данных, которые дают возможность не только оценить деятельность реабилитационного центра, но и затронуть научно-практические вопросы связанные с химической зависимостью. Кроме результатов связанных с оценкой деятельности центров, такой методологический аппарат и состав участников рабочей группы, позволил получить данные выходящие за рамки формальной оценки реабилитационного процесса. Несомненно, некоторые полученные результаты, имеют и отдельную научную ценность. Одним из основных инструментов оценки качества реабилитации, состояния участников реабилитационных программ в ходе сертификационной проверки являлись

¹ МОНАР это ассоциация реабилитационных и амбулаторно-диагностических центров возникшая в Польше в 80 гг. (первый центр был создан Марекотом Котаньским в 1978 году в городе Глосков). МОНАР так же представляет собой комплексную терапевтическую программу, охватывающую разные уровни работы с наркозависимыми

тесты «смысложизненной ориентации» (СЖО). Тесты смысложизненных ориентаций был разработан, адаптирован Д.А. Леонтьевым на базе теста «Цель в жизни» Джеймса Крамбро и Леонарда Махолика¹.

Нами был проведен сравнительный анализ тестов СЖО по трем реабилитационным центрам: «Ступени» г.Уфа, «Калининградский центр реабилитации и ресоциализации» и «Орехово», Калининградской области, наряду с данными непосредственно тестов СЖО, была собрана информации по полу, возрасту, сроку прохождения реабилитационной программы, брачному статусу.

Тестированию были подвергнуты все лица находящиеся на реабилитации в указанных выше центрах, а так же, лица прошедшие основной курс реабилитации и пребывающие в центрах в качестве волонтеров, консультантов. Большинство респондентов имеет наркотическую зависимость. Поскольку число зависимых от алкоголя в общей исследуемой группе незначительно они не выделялись в отдельную группу.

Всего было опрошено 36 респондентов, из них: в «Ступенях» - 14 человек, в «Калининградском реабилитационный центре» - 10 человек, в «Орехово» - 12 человек.

В исследовании использовались непараметрические методы, позволяющие получать достоверные результаты в небольших выборках. Относительно небольшая выборка обусловлена самим объектом исследования. Собственно говоря, наша выборка совпадает с генеральной совокупностью. При обработке материалов, мы обладали пониманием, что при таком корпусе исходных данных стоит с большой осторожностью относиться к статистическим процедурам, точнее их результатам.

Все анкеты заполнялись собственноручно респондентами, под наблюдением сотрудников рабочей группы НИЦ ФСКН России, на условиях добровольного участия и соблюдения конфиденциальности. Средний общий балл СЖО в уфимском реабилитационном центре «Ступени» составил 101, 75 балла, максимальное значение 125, минимальное значение 73 балла². В реабилитационном центре «Орехово» общий балл был равен 92, максимальное и минимальное значение, соответственно – 114 и 73. В «Калининградском реабилитационный центре» - 95,375 среднее и 120 и 53 максимальное и минимальное значение. Общий балл получается в результате суммирования всех шкал и является интегральным показателем по отношению к шкалам: «наличия жизненных целей», «интерес к жизни», «удовлетворенность от самореализации», «оценка возможностей собственного влияния на свою жизнь», «вера в возможность управления жизнью в принципе».

Анализ структуры тестов позволяет с помощью субшкал определить личностную позицию респондентов в области: наличия жизненных целей

¹Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) 2-е изд.- М.:Смысл, 2006

²Из 14 опрошенных, только 12 анкет СЖО могли быть учтены

(Цели в жизни), интерес к жизни, ее эмоциональная насыщенность (Процесс жизни), удовлетворенность от самореализации, оценка собственной успешности в реализации собственных целей (Результат), оценка возможностей собственного влияния на свою жизнь («Лocus контроля» – Я), вера в возможность управления жизнью в принципе, степень фатализма присущего опрашиваемому («Лocus контроль» - Жизнь)

В таблице представлены средние значения по тесту СЖО респондентов, проходивших реабилитацию в центрах реабилитации «Ступени», «Орехово», «Калининградский РЦ», здоровых людей, не имеющих зависимости от ПАВ.

	Общий балл	Цели в жизни	Процесс жизни	Результат	"Лocus контроля" – Я	"Лocus контроля" – Жизнь
Не страдающие зависимостью ¹	103,1	32,9	31	25,4	21,1	30,1
"Ступени"	101,75	31,41667	28,91667	26,66667	21	29,08333
"Калининградский РЦ"	95,375	29,75	28,125	23,625	20,25	25,875
"Орехово"	92	30	26,42857	23,14286	20,21429	25

Результаты по первой шкале теста СЖО «цели в жизни» указывают на наличие жизненных целей, призвания, намерений в жизни, отражают вектор направленности личности. Более высокие результаты свидетельствуют о направленности личности в будущее, целеустремленность. Менее высокие результаты указывают на фиксацию на настоящем и прошлом респондентов. В таблице можно видеть, что у здоровых людей показатель по этой шкале незначительно выше, чем в выборках участников исследования, которые проходили реабилитацию в центрах «Ступени», «Орехово», «Калининградский РЦ». Таким образом, у здоровых респондентов несколько сильнее выражена целеустремленность, ориентация на будущее. Среди реабилитируемых респондентов максимальные значения по данной шкале были получены в группе респондентов реабилитационного центра «Ступени», минимальные

¹Выборка предоставлена Н.А. Каклюгиным

значения были получены в группе реабилитируемых «Калининградского РЦ».

Вторая шкала, «процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» свидетельствует о восприятии жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом процесса. Более высокие показатели по шкале указывают на более высокий уровень удовлетворенности своей жизнью, более низкие показатели могут указывать на неудовлетворенность своим настоящим. В целом, сравнительно со здоровыми людьми респонденты всех реабилитационных центров менее удовлетворены своим настоящим, однако у респондентов центра «Орехово» эта тенденция более заметна, чем у представителей других реабилитационных программ.

Шкала «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» отражают оценку прошлого респондентов. Более высокие оценки по этой шкале указывают на то, что человек доживает свою жизнь, однако прошлый опыт придает смысл остатку жизни. Низкие баллы указывают на неудовлетворенность своей прошлой жизнью. В исследуемых группах были выявлены разные тенденции по этой шкале, в зависимости от программы реабилитации. Так, наркозависимые, проходящие реабилитацию по программе «Монар» в центрах «Калининградский РЦ» и «Орехово» продемонстрировали, в большей степени, неудовлетворенность своей прошлой жизнью. Вместе с тем, представители 12-шаговой реабилитационной программы «Ступени» проявили более высокий уровень удовлетворенности прожитой жизнью, чем здоровые респонденты. Эти различия, возможно, являются следствием специфики воздействия различных программ на респондентов, поскольку в 12-шаговой программе («Ступени») большее значение, сравнительно с программой «Монар», придается анализу своего прошлого опыта.

По шкале «Локус контроля – Я» более высокие баллы, которые были выявлены в группе здоровых, а также у реабилитантов центра «Ступени» могут говорить о представлении о себе, как о сильной личности, а также о вере в возможность свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Более низкие оценки, зафиксированные в реабилитационных центрах «Орехово», «Калининградский РЦ» указывают на более выраженную неуверенность в своих силах, возможности контролировать свою жизнь.

По шкале «Локус-контроля – жизнь или управление жизнью» - высокие оценки указывают на убеждение в возможности менять свою жизнь. Эти тенденции в большей степени были выявлены у здоровых людей, а также респондентов реабилитационного центра «Ступени», более низкие оценки указывают на фатализм, убеждение в иллюзорности выбора. Эти тенденции продемонстрировали в большей степени респонденты из центров реабилитации по программе «Монар».

При анализе тестов СЖО следует учитывать различные факторы влияющие на мироощущения респондентов и в конечном итоге на количество баллов. Исторически, подтвержденными многократными

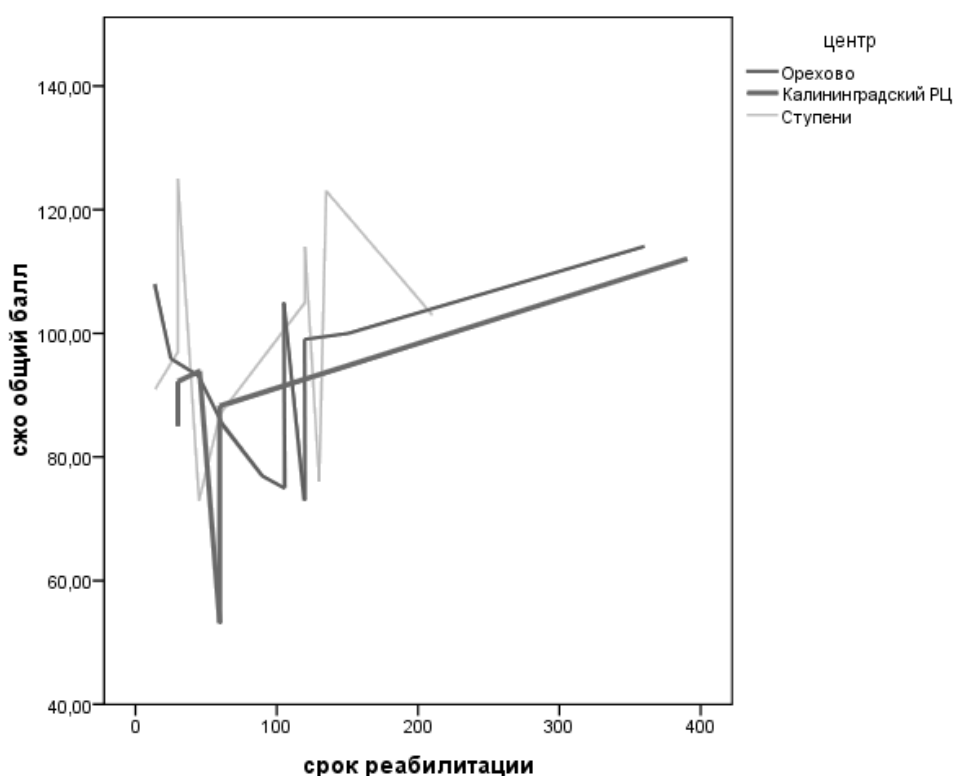
исследованиями к таковым относятся: пол респондентов, возраст, готовность к проявлению социальной желательности, наличие алкогольной или наркотической зависимости.

В нашем случае, мы соотнесли результаты тестов со сроком нахождения в реабилитационном центре.

При построении графика распределения общего балла СЖО относительно сроков реабилитации становится заметной общая тенденция сохраняющаяся в разных реабилитационных центрах.

Стоит принять во внимание, что в исследованных центрах используется две различные модели реабилитации: «МОНАРовская» и «12-шаговая». Тем интереснее, определенное совпадение графиков для трех центров. Заметно, что на начальном этапе реабилитации общий балл СЖО достаточно высок, в процессе реабилитации он снижается, после трех месяцев начинает расти, переживает еще одно резкое падение и взлет, примерно, на четвертом, пятом месяце, реабилитации, далее, проявляется тенденция к плавному устойчивому росту.

Заметное отличие в графиках вполне объяснимо, общий срок нахождения на стационарном этапе в РЦ «Ступени» - в среднем, немногим более трех месяцев, в центрах «Орехово» и «Калининградский реабилитационный центр» около года. Отсутствие в центрах полного временного диапазона по срокам реабилитации среди резидентов центра. Так, на момент тестирования в «Калининградском реабилитационном центре», самый «младший» (относительно срока реабилитации) участник программы находился в центре уже месяц, в двух других реабилитационных центрах были резиденты со сроками реабилитации менее месяца.



Кроме того, стоит учитывать и то, что поступающие в центр имеют разную продолжительность воздержания, и опыт предыдущих реабилитаций. Контингент центров гетерогенен по гендерному признаку, возрастному составу. Средний возраст в «Ступенях» составляет - 30,5 лет; в «Калининградском реабилитационном центре» 28,5; в «Орехово» - 29,8 лет. В «Ступенях» примерно равное количество мужчин и женщин, в двух других центрах – явное преобладание мужчин, их более 80% (для обоих центров).

Зависимость результатов СЖО от сроков пребывания в РЦ можно интерпретировать следующим образом: приходя в реабилитационную программу, находясь на самых первых стадиях реабилитации, зависимый находится под влиянием изменений в своей жизни, своего поступка, решения пройти реабилитацию, перед ним открываются жизненные перспективы, он надеется на скорое выздоровление. Однако, процесс реабилитации достаточно сложен, необходимы постоянные усилия над собой, личностное развитие, трудотерапия, борьба с тягой к ПАВ. Не случайно, именно этот период, до трех месяцев (примерно) отмечали респонденты-эксперты (руководители и сотрудники реабилитационных центров, консультанты, волонтеры) во время проведения с ними неформализованных интервью¹. И только после преодоления этого «кризиса реабилитации» начинается устойчивое, последовательное восстановление, развитие личностных характеристик способствующих долговременной ремиссии.

На основании полученных данных можно говорить о стандартной тенденции изменений в показателях теста СЖО, которые в свою очередь, гипотетически отражают личностные трансформации резидентов реабилитационных центров. Можно говорить о неравномерном течении реабилитационного процесса и «кризисах реабилитации» как о норме реабилитационного процесса.

Результаты представляются достаточно валидными, т.к. материал был собран в различных реабилитационных центрах, в том числе и использующих принципиально разную методологию избавления от зависимости.

Кроме того, данные полученные с помощью психологического тестирования получили подтверждение в результате обработки интервью и материалов включенного наблюдения. Учитывая, что упоминаемые центры зарекомендовали себя успешной работой в течении многих лет, регулярно получали высокие оценки профессионалов в области наркологии, подтвердили свою компетентность в ходе работы группы НИЦ ФСКН России, можно предположить, что для успешной реабилитационной модели необходимы значительные личностные изменения.

¹ ПМА (Полевые материалы авторов)