

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ УСПЕШНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ¹

© 2009 г. Н. А. Соловова*, Е. С. Калмыкова**, М. А. Падун***

*Преподаватель факультета психологии ННОУ “Гуманитарный Институт”, Москва

**Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии
посттравматического стресса, Институт психологии РАН, Москва

***Кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психологии
посттравматического стресса, там же

Представлены результаты лонгитюдного исследования процесса реабилитации наркозависимых лиц ($n = 68$ чел.) с целью выделения личностных предикторов успешности реабилитации. Показано, что самооценка, выраженность смысложизненных ориентаций и специфика реакций на фрустрацию являются значимыми для реабилитационного процесса характеристиками. Обсуждается изменение взаимосвязей между личностными свойствами и психическими состояниями при включении в это взаимодействие психоактивного вещества. Проводится сравнение личностных характеристик наркозависимых и испытуемых контрольной группы ($n = 100$ чел.).

Ключевые слова: наркозависимые, реабилитация, лонгитюд, личностные свойства, самооценка, смысложизненные ориентации, реакция на фрустрацию.

Данная статья представляет собой продолжение цикла работ по исследованию генеза и динамики аддиктивного поведения. В статьях, вышедших в 2006–2007 гг. [13, 14], представлены теоретические положения о роли психологических факторов в возникновении наркотической зависимости, а также эмпирические результаты обследования матерей наркоманов, находившихся в реабилитационной клинике. Настоящая работа посвящена анализу материала, собранного в рамках того же исследования. Полученные данные – результат лонгитюдного обследования наркоманов, проведенного методом “срезов”, т.е. применения одной и той же батареи психологических методик на разных фазах лечения наркомании и восстановительного периода. Основные задачи этого этапа работы – теоретический и эмпирический анализ личностных факторов, влияющих на ход лечебного и реабилитационного процесса, а также поиск предикторов и критериев успешной реабилитации.

В современной психиатрии психопатологические феномены у лиц с аддиктивными расстройствами принято разделять на три основные группы. Первая – *проаддиктивные психопатологические феномены* – преморбидный склад личности и коморбидные психические нарушения, предрасполагающие к злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ). Вторая – *собственно аддиктивные расстройства* – болезненное влечение к

ПАВ, зависимость от них и определяемое ими аддиктивное поведение. Третья – *метааддиктивные расстройства* – совокупность психопатологических последствий злоупотребления наркотиками или алкоголем. Метааддиктивные расстройства, выступая в роли психопатологического производного (прямого или опосредованного) собственно аддиктивных расстройств, способствуют, в свою очередь, углублению последних и витализации болезненных влечений [28].

Различные исследователи, изучая взаимосвязь употребления психоактивных веществ с личностными характеристиками, выделили ряд свойств, присущих людям, страдающим химической зависимостью: 1) компульсивная потребность в приеме вещества; 2) низкая способность регулировать собственные аффективные состояния; 3) снижение способности заботиться о себе, в том числе защищать себя от опасности; 4) неадекватная самооценка и 5) недостаточно развитая способность выражать словами свои переживания. При этом большинство авторов сходятся на том, что эти особенности личности (за исключением первой) возникают не вследствие формирования химической зависимости, а еще до ее возникновения и могут рассматриваться как факторы риска возникновения аддикции, т.е. относятся к числу проаддиктивных феноменов. Так, Л. Вермсер, описывая особенности индивидов, употребляющих наркотики, выделяет особую группу лиц, для которых употребление наркотиков является “попыткой самолечения”: “Значение эффекта наркотика во внут-

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант № 06-06-02077а).

ренней жизни пациентов, вероятно, лучше всего может быть объяснено как искусственная или суррогатная защита от непреодолимых аффектов” [6]. Сходные взгляды высказывают Г. Кристалл и Г. Раскин: “Наркотики используются для избегания неминуемой психической травмы при обстоятельствах, которые для других людей не были бы потенциально травмирующими” [35].

Опираясь на эти и ряд других источников, мы приходим к представлению о том, что возникновение наркотической зависимости следует рассматривать как реакцию индивида на некую непереносимую внутреннюю ситуацию, основной характеристикой которой является интенсивный, постоянно возникающий или хронифицировавшийся негативный аффект – будь то ярость, стыд, одиночество, тревога или беспомощность. Эта внутриспсихическая ситуация (проаддиктивный феномен) сложилась до начала употребления наркотика в ответ на те или иные внешние воздействия и оказалась неразрешимой с помощью имеющихся в распоряжении индивида психологических средств. Л. Додс считает, что наркотики являются эффективным средством контроля над состоянием беспомощности и бессилия, как и над другими мучительными психическими состояниями [8]. В результате индивид оказывается внутри порочного круга, типичного для собственно аддиктивного расстройства: употребление наркотика ведет к нарастанию собственной беспомощности перед лицом психического напряжения, а это, в свою очередь, побуждает к дальнейшему употреблению, т.е. наркотик парадоксальным образом приобретает функцию “средства самолечения” [30]. Ряд ученых высказывают мнение о том, что наркотик – это своеобразный компенсирующий фактор, способствующий преодолению человеком имеющихся психологических проблем дезадаптации [24].

Стараясь сохранить свои представления о мире и самом себе, больной наркоманией строит систему психологической защиты, формируется метааддиктивное расстройство. При этом собственный опыт искажается и частично игнорируется, структура личности становится ригидной. Эмпирические исследования показывают, что, по сравнению со здоровыми людьми, активность психологических защит, способствующих социальной адаптации, выше у больных наркоманией [27, 31]. Сформировавшаяся в процессе наркотизации система психологических защит искажает также и объективную информацию о наркотиках, критичность больных наркоманией к своему заболеванию резко снижается на фоне обострения патологического влечения к привычному психоактивному веществу [9].

При рассмотрении особенностей личности наркозависимого, сложившихся вследствие употребления ПАВ, можно выделить следующие основные черты:

1. *Изменения в эмоциональной сфере.* Исследователи выделяют такие особенности наркозависимых, как: резкие колебания настроения [18], болезненная чувствительность, обидчивость, трудности распознавания и выражения эмоций и эмоциональная незрелость [4], брутальность аффекта, дисфории, агрессивность, черствость к близким и общее эмоциональное огрубление [12], преобладание явления “негативной аффективности” [3].

2. *Неадекватность и нестабильность самооценки.* Наркозависимые не ощущают ценности своей личности, не уверены в себе, их отношение к себе нестабильно и хронически занижено, что может маскироваться демонстративной самодостаточностью и показной уверенностью в своей правоте. Их ретроспективная самооценка часто не соответствует перспективной [3, 15, 17, 19, 24, 29, 31].

3. *Нарушения ценностно-смысловой сферы:* постепенное разрушение сложившейся ранее мотивационно-смысловой иерархии и формирование новой, сосредоточенной на добывании и употреблении наркотика. Вслед за этим происходит распад ценностной системы личности. Ненаркотические интересы наркозависимых неустойчивы, увлечения отсутствуют, социальные интересы пренебрегаются. Ценностно-смысловая сфера деформирована и рассогласована. Для наркозависимых характерны низкие показатели осознанности, зрелости и стремления к достижению цели [4, 5, 7, 12, 18, 36].

4. *Низкая стрессоустойчивость.* Наркозависимым свойственны низкая способность переносить всевозможные стрессовые воздействия, неумение прогнозировать последствия своих действий и преодолевать трудности; склонность неадекватно воспринимать фрустрирующие обстоятельства и реагировать на них [4].

5. *Нарушения когнитивно-волевых процессов:* у наркозависимых наблюдаются снижение внимания и памяти; непродуктивность и нецеленаправленность мышления; низкая выносливость в области интеллектуальных нагрузок; снижение волевых процессов и активности в целом [11].

Изменения личности (при опийной наркомании) обнаруживаются уже на самых ранних этапах заболевания. Вначале они представляют гротескное заострение базисных черт характера больного. Прежде всего это касается черт психического инфантилизма, которые в той или иной степени выраженности свойственны всем больным наркоманией. В процессе развития наркомании эти черты выступают на передний план, концентрируясь вокруг наркотиков. Формируется своеобразный дефект. Вопрос о том, обратимы ли такие изменения или же они представляют собой конечное дефицитарное состояние, еще не решен [12].

Прекращение приема наркотических веществ вызывает значительную дисфункцию психической деятельности, нарушения деятельности вегетатив-

ной нервной системы и внутренних органов. Как известно, в постабстинентный период на первый план выступают психопатологические расстройства, нередко являющиеся клиническим оформлением несознаваемого патологического влечения к наркотику. У больных наблюдается пониженное настроение, раздражительность, ощущение психического дискомфорта, астения, нарушения сна, потребность в возобновлении приема наркотиков [1].

Результаты современных экспериментальных и клинических исследований указывают на формирование выраженных долговременных изменений межнейронных связей и соответственно морфофункциональной организации структур мезокортико-лимбической дофаминэргической системы под влиянием хронического воздействия наркотических средств. В настоящее время нет данных о степени обратимости происшедших нейропластических изменений в мезокортико-лимбической системе при полном прекращении наркотизации. Клинические наблюдения указывают на возможность частичного регресса гиперсензитивности наркозависимых больных к ассоциирующимся с наркотиком стимулам, однако полного возвращения к “донаркотическому” состоянию, по-видимому, не происходит. Нейропластическая ремодуляция подкорковых структур у наркозависимых пациентов может объяснять автоматизированность поведения и слабость сознательного контроля над совершаемыми действиями у таких больных в процессе поиска и потребления наркотиков, а также значительные трудности, возникающие при попытке излечиться от наркотической зависимости [25].

Возможность излечения наркозависимых – это отдельная психосоциальная проблема, поскольку случаи самостоятельного избавления от химической зависимости представляют собой исключение, тогда как правилом является обращение за соответствующей помощью к медико-реабилитационным программам. Реабилитация наркозависимых больных представляет собой комплексный процесс, направленный прежде всего на ресоциализацию, т.е. восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса [31].

Типовая схема реабилитационной программы включает несколько аспектов: 1) важнейшим фактором является активное участие самого больного; 2) наиболее предпочтительная форма работы с наркозависимыми – групповая; 3) в реабилитационных программах активное участие принимают не только врач или психолог, но и окружение больного, группы взаимопомощи и т.п.; 4) реабилитация проводится в течение длительного периода времени и не только в форме личного контакта, но и в других формах взаимодействия с больным, на-

пример, по телефону, в виде письменных посланий и т.д. [31].

Эффективность реабилитационных программ и, соответственно, длительность ремиссий у наркозависимых зависит от множества взаимодействующих факторов клинического, биологического и социально-психологического порядка, которые при различных сочетаниях могут иметь неодинаковую прогностическую значимость [9]. Так, с увеличением длительности госпитализации не отмечено заметного увеличения числа ремиссий: более 80% лиц, прошедших стационарное лечение, начинают употреблять наркотические средства в течение первых же месяцев после проведения курса лечения [10, 31].

В качестве причин прекращения участия в реабилитационной программе отмечаются: личностная дезадаптированность, проблемы мотивации и конфликтность [33].

Продолжительная ремиссия при наркозависимости означает возможность длительного и полного отказа от привычного удовольствия, которое представляют ПАВ. Этот результат, при кажущейся его простоте, для большинства зависимых лиц, к сожалению, оказывается недостижимым. Некоторые авторы считают, что ремиссия у лиц с аддиктивными расстройствами может быть достигнута путем замены злокачественных аддикций другими, относительно доброкачественными (например, пристрастием к экстремальным видам спорта) [28].

При исследовании самодостаточности, самоэффективности и копинг-стратегии как важных детерминант в функционировании зависимого пациента, отмечается их взаимосвязь с результатами реабилитации. Отмечается, что такой когнитивный компонент копинга, как позитивное переоценивание, не связан с результатами реабилитации. У пациентов с низкой самоэффективностью избегающие копинг-стратегии связаны с худшими последствиями, но при росте самоэффективности негативные последствия избегающего копинга уменьшаются [34].

Целью настоящего исследования является изучение личностных предикторов успешности реабилитации. С нашей точки зрения, изучение личностных факторов, обуславливающих успешность или неуспешность реабилитационного процесса, представляет особый интерес, поскольку их выявление позволит не только оптимизировать реабилитационные программы, но и пролить свет на проблему обратимости метааддиктивных расстройств. Анализ литературы показал, что в отечественных публикациях практически не представлены психологические исследования подобного рода.

Теоретический обзор научных источников и личный практический опыт авторов позволяет выдвинуть общую гипотезу данного исследования: некоторые личностные характеристики являются

предикторами успешности реабилитации наркозависимых. Исходя из перечисленных выше психологических особенностей наркозависимых, в качестве изучаемых переменных (предполагаемых предикторов) в исследование были включены следующие показатели: уровень психологического дистресса (выраженность психопатологической симптоматики); смысловые ориентации, самооценка, особенности реакций на фрустрацию.

МЕТОДИКА

Участники исследования. Было обследовано 68 героино- и наркозависимых, 52 мужчины и 16 женщин (возраст: $M = 25.5$ лет; $SD = 5.2$ года). Продолжительность употребления психоактивных веществ в среднем составила 4.7 года и находилась в диапазоне от 2 до 12 лет.

Контрольная группа подбиралась с учетом социально-демографических характеристик наркозависимой группы. Она включала 100 человек (в основном студенты вечернего и заочного отделений вузов), 75 мужчин и 25 женщин (возраст: $M = 25.2$; $SD = 8.2$). Согласно самоотчету, по самоотчетам респондентов контрольной группы никто из них никогда не употреблял наркотические вещества.

Группа наркозависимых была разделена по результату реабилитации на подгруппы “Ремиссия” (23 человека; возраст $M = 24.5$; $SD = 3.5$); и “Употребление” (45 человек; возраст $M = 26.5$; $SD = 6.8$). Соотношение мужчин и женщин в подгруппах было практически одинаковым: в подгруппе “Ремиссия” 18 мужчин и 5 женщин, в подгруппе “Употребление” – 34 мужчины и 11 женщин. Продолжительность употребления в подгруппе “Ремиссия” $M = 4.3$; $SD = 1.5$; в группе “Употребление” $M = 5.0$; $SD = 2.3$. Те наркозависимые, которые допустили хотя бы одно употребление ПАВ, были отнесены к группе “Употребление”.

Методики.

1. *Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)* [22], включающий следующие шкалы: “Соматизация” (*som*); “Обсессивно-компульсивная симптоматика” (*o-c*); “Межличностная чувствительность” (*int*); “Депрессия” (*dep*); “Тревожность” (*anx*); “Враждебность” (*hos*); “Фобическая тревожность” (*phob*); “Паранойяльность” (*par*); “Психотизм” (*psy*); “Дополнительная шкала” (*add*) и индексы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (*GSI*); индекс наличного симптоматического дистресса (*PSDI*); общее число утвердительных ответов (*PST*).

2. *Тест смысловых ориентаций*, адаптированный Д.А. Леонтьевым (СЖО) [16], включает общий показатель осмысленности жизни и также пять субшкал: 1) Цели в жизни; 2) Процесс

жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; 3) Удовлетворенность самореализацией или результативность жизни; 4) Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни); 5) Локус контроля-жизнь (управляемость жизни).

3. *Методика изучения самооценки Дембо–Рубинштейн*. [23]. В исследовании были использованы следующие шкалы: “здоровый – больной”; “отличные отношения в семье – плохие отношения в семье”; “люблю себя – сам себе противен”; “социальные отношения устраивают – социальные отношения не устраивают”; “финансовое положение устраивает – финансовым положением не удовлетворен”; “мирный – агрессивный”; “счастливый – несчастный”.

4. *Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга* (адаптирована Н.В. Тарабриной) [26]. Каждый ответ оценивается с точки зрения двух критериев: направленности реакции и типа реакции. Направленность реакции: *экстрапунитивная (E)*, *интропунитивная (I)*, *импунитивная (M)*. Типы реакции: *с фиксацией на препятствии (OD)*, *с фиксацией на самозащите (ED)*, *с фиксацией на удовлетворении потребности (NP)*. *GCR* – показатель меры индивидуальной адаптации респондента к своему социальному окружению.

Процедура исследования.

Исследование проводилось на базе центра реабилитации наркоманов г. Москвы и включало следующие этапы:

1. Обследование наркозависимых пациентов, прошедших детоксикацию и поступивших в реабилитационный центр. На момент обследования они не имели выраженного острого абстинентного синдрома (конец первой – начало второй недели пребывания в стационаре). Использовались следующие методики: СЖО, *SCL-90-R* и методика Дембо–Рубинштейн. В конце второй недели пребывания испытуемые выполняли “Методику изучения фрустрационных реакций Розенцвейга”.

2. Обследование наркозависимых пациентов перед выпиской из реабилитационного центра (пятая неделя пребывания в стационаре) (СЖО, *SCL-90-R* и методика Дембо–Рубинштейн).

3. Отслеживание реабилитации наркозависимых в течение 6–7 месяцев после выписки на предмет употребления наркотиков, включавшее в себя еженедельный личный контакт с наркозависимыми на психотерапевтических группах, контакты по телефону, общение с их родственниками. По истечении 6–7 месяцев было проведено обследование наркозависимых респондентов с использованием методик: СЖО, *SCL-90-R* и методика Дембо–Рубинштейн. Обследование проводилось вне зависимости от того, продолжили или нет наркозависимые употребление ПАВ.

Таблица 1. Сравнение группы наркозависимых и контрольной группы по степени выраженности психопатологических симптомов (критерий Манна–Уитни)

Субшкалы опросника <i>SCL-90-R</i>			Наркозависимые (<i>n</i> = 68)		Контрольная (<i>n</i> = 100)	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mean</i>	<i>St. D</i>	<i>Mean</i>	<i>St. D</i>
Соматизация	2437.50	0.01	1.11	0.82	0.75	0.53
Обсессивно-компульсивная симптоматика	2228.50	0.00	1.36	0.74	0.97	0.56
Межличностная чувстви- тельность	3015.50	0.47	1.19	0.76	1.09	0.70
Депрессия	1835.00	0.00	1.44	0.86	0.85	0.61
Тревожность	2274.00	0.00	1.28	0.86	0.83	0.62
Враждебность	2824.00	0.17	1.22	0.88	1.01	0.76
Фобическая тревожность	2173.00	0.00	0.79	0.77	0.42	0.52
Паранойяльность	2594.50	0.03	1.17	0.68	0.95	0.65
Психотизм	2268.50	0.00	1.02	0.69	0.68	0.55
Дополнительная шкала	2138.00	0.00	1.27	0.71	0.87	0.59
<i>GSI</i>	2170.50	0.00	1.20	0.67	0.84	0.50
<i>PST</i>	2437.00	0.01	56.53	17.70	47.43	20.25
<i>PSDI</i>	2210.50	0.00	1.81	0.60	1.49	0.37

Примечание. Значимые различия обозначены полужирным шрифтом.

4. Однократное обследование контрольной группы.

Все наркозависимые пациенты, поступившие в реабилитационный центр, находились в нем в течение не менее 35 дней и участвовали в следующей психотерапевтической работе.

В течение первой недели после поступления в реабилитационный центр происходило ознакомление пациентов с режимом и работой отделения, принципами лечебной помощи по программе, индивидуальная работа со специалистами для определения оптимального плана лечебных мероприятий в течение курса.

В течение основного курса лечения (35 и более дней) осуществляется интенсивная психотерапевтическая работа с пациентами. Все пациенты ежедневно участвовали в групповой психотерапии, слушали курс лекций, общались с наркозависимыми, имеющими длительный опыт неупотребления наркотиков. У каждого пациента кроме общих мероприятий имелся индивидуальный лечебный план. Пациентам предоставлялась возможность посещать группы “Анонимных наркоманов”.

Основные направления работы – это осознание и принятие наркомании, принятие невозможности полноценной жизни с употреблением наркотиков, работа с личностными проблемами, семейные консультации, поиск путей жизни без наркотиков.

После выписки из реабилитационного центра пациенты возвращались домой, им было рекомендовано посещение групп “Анонимных наркоманов”, посещение малых психотерапевтических групп, индивидуальная работа с личными пробле-

мами и трудностями выздоровления. Родственникам наркозависимых предоставлялась возможность посещать бесплатные лекции и семинары по различным аспектам наркозависимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Исследование выраженности патопсихологической симптоматики

Проводилась оценка выраженности психологического дистресса у наркозависимых на разных этапах реабилитации. Выраженность дистресса являлась для нас своего рода индикатором психологического (прежде всего – эмоционального) благополучия/неблагополучия испытуемых.

На первом этапе исследования (срез проводился сразу после медикаментозного снятия острого абстинентного синдрома) уровень выраженности практически всех психопатологических симптомов у наркозависимых превышал показатели контрольной группы (табл. 1).

Наркозависимые респонденты имеют значительно более интенсивные патопсихологические симптомы, выражающиеся в ощущениях физического недомогания, обсессивно-компульсивных расстройств, депрессивности и потере жизненной энергии, тревожности, фобической тревожности, паранойяльности и психотизме. Также у наркозависимых имелись более выраженные, чем в контрольной группе, нарушения аппетита, нарушения сна, мысли о смерти и чувство вины.

Для оценки влияния фактора выраженности психопатологической симптоматики на начальном

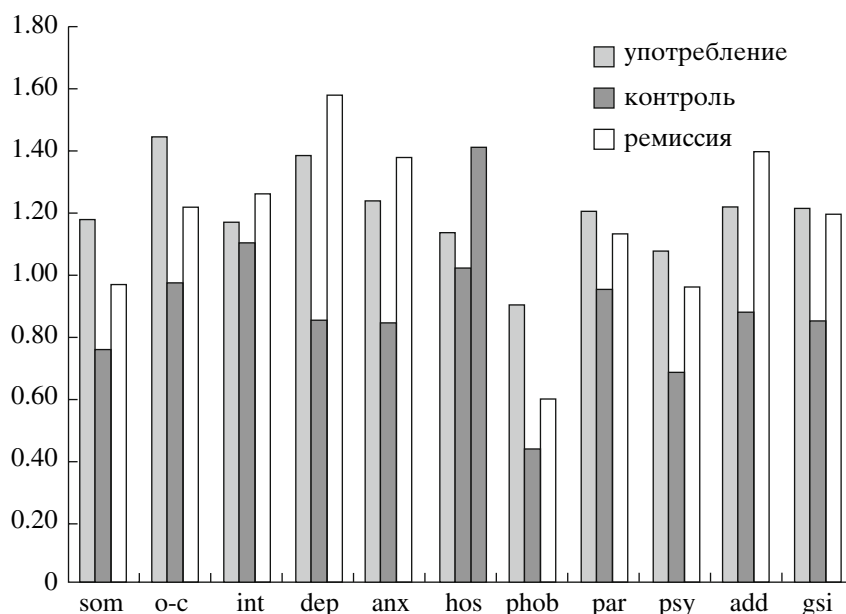


Рис. 1 Диаграмма сравнения средних значений по субшкалам опросника *SCL-90-R* между подгруппами “Ремиссия”, “Употребление” при поступлении в реабилитационный центр и контрольной группой.

этапе на успешность последующей реабилитации было проведено сравнение подгрупп “Ремиссия” и “Употребление” внутри группы наркозависимых. При их сравнении значимых различий обнаружено не было, т.е. у всех наркозависимых при поступлении в стационар наблюдался одинаково высокий дистресс (рис. 1). Таким образом, успех или неуспех реабилитации не зависит от выраженности психологического дистресса в ее начале.

На втором этапе (при выписке из реабилитационного центра) сравнение наркозависимых и контрольной группы, а также сравнение подгрупп “Ремиссия” и “Употребление” значимых различий по выраженности психологического дистресса также не обнаружило (рис. 2).

Это означает, что проводимая в стационаре терапия способствует снятию психопатологических симптомов и при выписке наркозависимые не отличаются по уровню дистресса от контрольной группы. Данный вывод подтверждается исследованием изменений выраженности психопатологической симптоматики в группе за время пребывания в реабилитационном центре: обнаружены значимые сдвиги (критерий Вилкоксона, $p < 0.05$) по шкалам: “Соматизация”, “Депрессия”, *Дополнительной шкалы и индексу PSDI*. При исследовании динамики в подгруппе “Ремиссия” значимо уменьшились значения по шкалам: “Соматизация”, “Депрессия”, *Дополнительной шкалы и индексов GSI и PSDI*; в подгруппе “Употребление” – “Соматизация”, “Депрессия”, *Дополнительная шкала и индекс PSDI*. Таким образом, можно говорить о снижении выраженности психопатологии по ряду

шкал и в подгруппе “Ремиссия”, и в подгруппе “Употребление” (табл. 2).

На третьем этапе исследования – через полгода после выписки из реабилитационного центра – группы “Наркозависимые” и “Контрольная”, а также подгруппы “Ремиссия” и “Употребление” не различались между собой по выраженности психопатологической симптоматики. С момента выписки и в течение полугодия в подгруппах значимых сдвигов также не обнаружено (рис. 3). Полученные данные позволяют говорить о том, что выраженный психологический дистресс присутствует у наркозависимых только в начале реабилитационного процесса, после прекращения приема наркотиков. Затем состояние выравнивается и не изменяется в течение полугодия после выписки из реабилитационного центра, независимо от того, возобновил наркозависимый употребление наркотиков или нет.

2. Исследование смысловых ориентаций

На первом этапе исследования (при поступлении в реабилитационный центр) наркозависимые продемонстрировали более низкие значения по всем шкалам СЖО, чем представители контрольной группы (табл. 3). Те наркозависимые, которые не возобновили в дальнейшем прием наркотиков (подгруппа “Ремиссия”), и те, кто опять начал их употреблять (подгруппа “Употребление”), на этом этапе также не отличались друг от друга. Поступая в реабилитационный центр, все наркозависимые имеют низкую осмысленность жизни, у них отсутствуют ясные цели и перспективы, они склонны

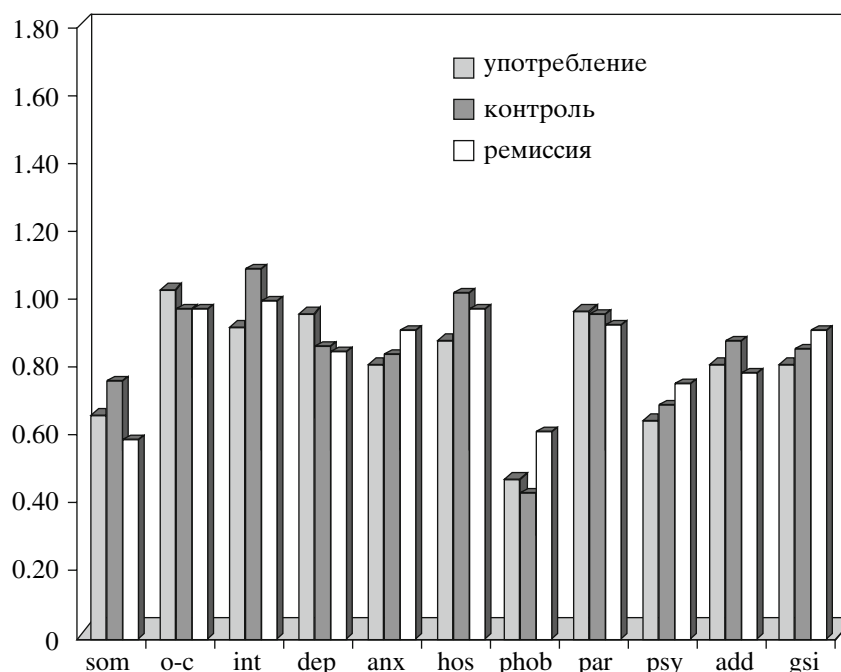


Рис. 2. Диаграмма сравнения средних значений по субшкалам опросника *SCL-90-R* между субгруппами “Ремиссия”, “Употребление” при выписке из реабилитационного центра и контрольной группой.

жить сегодняшним днем, не удовлетворены прожитым жизненным этапом.

На втором этапе, при выписке из реабилитационного центра, результаты контрольной группы также были выше, чем в группе “Наркозависимые” по всем шкалам ($p < 0.05$). Таким образом, значимых сдвигов в СЖО за прошедшее в стационаре время в группе “Наркозависимые” в целом не

обнаружено. Однако при сравнении подгрупп, которые на следующем этапе будут обозначены как “Ремиссия” и “Употребление”, были выявлены значимые различия по шкалам “Процесс и эмоциональная насыщенность жизни” ($U = 35$; $p < 0.05$) и “Локус контроля-Я” ($U = 30$; $p < 0.05$): представители подгруппы “Ремиссия” больше включены в жизнь, больше могут получать от нее удоволь-

Таблица 2. Сдвиги значений по субшкалам выраженности психопатологической симптоматики опросника *SCL-90-R* по подгруппам “Употребление” и “Ремиссия” (критерий Вилкоксона)

Субшкалы опросника <i>SCL-90-R</i>	“Ремиссия” ($n = 23$)		“Употребление” ($n = 45$)	
	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Соматизация	10.00	0.05	12.00	0.03
Обсессивно-компульсивная симптоматика	21.00	0.29	13.00	0.14
Межличностная чувствительность	16.00	0.13	28.00	0.39
Депрессия	6.00	0.02	15.00	0.05
Тревожность	12.00	0.11	19.50	0.13
Враждебность	13.00	0.08	22.00	0.33
Фобическая тревожность	26.50	0.92	21.00	0.29
Паранойяльность	20.00	0.25	24.00	0.24
Психотизм	17.00	0.15	19.00	0.12
Дополнительная шкала	3.00	0.01	18.00	0.05
<i>GSI</i>	9.00	0.03	16.50	0.08
<i>PST</i>	16.50	0.14	17.00	0.08
<i>PSDI</i>	9.00	0.03	15.00	0.05

Примечание. Значимые сдвиги обозначены полужирным шрифтом.

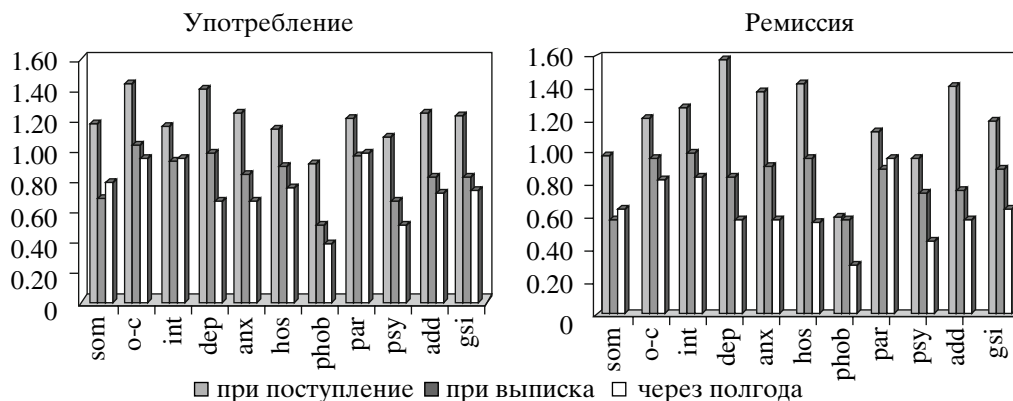


Рис. 3. Динамика выраженности психологического дистресса в исследуемых подгруппах.

ствие и принимают больше ответственности за свою жизнь. Значимые сдвиги (критерий Вилкоксона) в подгруппе “Употребление” не обнаружены; а в подгруппе “Ремиссия” за прошедший период произошел сдвиг по шкале “Локус контроля-Я” (возрастает представление о себе как о сильной личности, $T = 67$; $p < 0.05$). Таким образом, при выписке из реабилитационного центра подгруппа “Ремиссия” оказывается несколько ближе к контрольной группе по выраженности смысловых ориентаций, чем подгруппа “Употребление”.

На третьем этапе, через полгода после выписки из реабилитационного центра, значения показателей в подгруппе “Ремиссия” оказались значимо выше ($p < 0.05$), чем в подгруппе “Употребление” по всем шкалам (рис. 4). Это свидетельствует о большей осмысленности жизни, ясных целях и перспективах в жизни, большей включенности и эмоциональной насыщенности, удовлетворенности результатом жизни, ее контролируемости и управляемости в подгруппе “Ремиссия”. По сравнению с контрольной группой показатели подгруппы “Употребление” занижены по всем шкалам, тогда как между подгруппой “Ремиссия” и контрольной группой значимых различий не обнаружено. Если сравнить динамику в обеих подгруппах с момента начала реабили-

тации, то в подгруппе “Ремиссия” она значительно более позитивная, чем в подгруппе “Употребление” (табл. 4, рис. 5).

3. Исследование особенностей самооценки и ее динамики

Изучение самооценки показало, что наркозависимые, поступившие в реабилитационный центр, оценивают себя как больных, имеющих плохие отношения в семье, материально не обеспеченных, социально не устроенных, более агрессивных и несчастных. Значимых различий между подгруппами “Ремиссия” и “Употребление” обнаружено не было, самооценка в обеих подгруппах была значительно ($p < 0.05$) занижена по сравнению с контрольной группой (табл. 5).

На втором этапе, при выписке, самооценка наркозависимых также была значимо ниже ($p < 0.05$), чем в контрольной группе по всем шкалам, при этом в подгруппе “Ремиссия” по шкале “Отношения в семье” самооценка была выше ($U = 31.5$; $p < 0.05$), чем в подгруппе “Употребление”. Значимых сдвигов подгруппах “Ремиссия” и “Употребление” за время пребывания в центре не произошло.

Таблица 3. Результаты сравнения групп “Наркозависимые” и “Контрольная” по шкалам “Опросника смысловых ориентаций” (критерий Манна-Уитни)

Шкалы СЖО			Наркозависимые ($n = 68$)		Контрольная ($n = 100$)	
	U	p	$Mean$	$St. D$	$Mean$	$St. D$
Осмысленность жизни	1029.50	0.00	81.97	19.25	106.11	15.32
Цели в жизни	1615.00	0.00	25.32	8.31	32.34	5.48
Процесс жизни	1344.00	0.00	24.74	7.06	31.78	5.70
Результат жизни	1228.50	0.00	19.34	6.44	26.09	4.59
Локус контроля-Я	1227.00	0.00	16.26	4.34	21.36	3.72
Локус контроля-жизнь	818.00	0.00	22.75	6.21	32.32	5.37

Примечание. Значимые различия обозначены полужирным шрифтом.

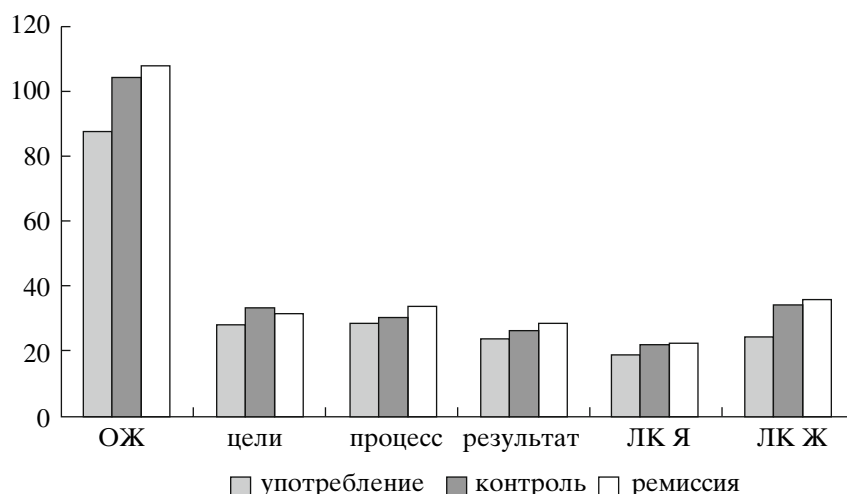


Рис. 4. Выраженность смысловых ориентаций в трех исследуемых группах на третьем этапе исследования (через полгода после выписки из центра).

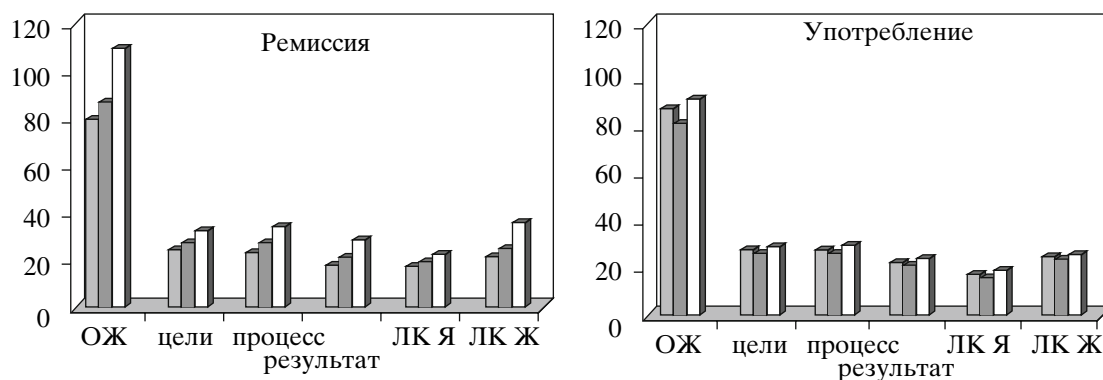


Рис. 5. Динамика смысловых ориентаций в исследуемых подгруппах.

Через полгода после выписки значения самооценки в подгруппе “Ремиссия” были значимо выше ($p < 0.05$), чем в подгруппе “Употребление” по шкалам: “Здоровье”, “Семья”, “Люблю себя”, “Социальные отношения”, “Счастливый”. Показатели самооценки у наркозависимых, возобновивших прием наркотиков, были занижены по сравнению с контрольной группой по всем шкалам, тогда как различий между подгруппой “Ремиссия” и контрольной группой не обнаружено (рис. 6).

При исследовании сдвигов в самооценке (табл. 6, рис. 7) в подгруппе “Ремиссия” значимое повышение самооценки произошло по шкалам “Здоровье”, “Семья”, “Люблю себя”, “Социальное и финансовое положение”, “Счастье”, а в подгруппе “Употребление” – только по шкалам “Финансовое благополучие” и “Счастье”.

Таким образом, за время реабилитации происходит рост самооценки только у тех наркозависимых, которые весь исследуемый период не употребляли наркотики. Через полгода после выпис-

ки из реабилитационного центра их самооценка сблизилась с самооценкой контрольной группы. При этом в соответствии с дизайном исследования невозможно сделать однозначное заключение о

Таблица 4. Сдвиги значений смысловых ориентаций по подгруппам “Употребление” и “Ремиссия” (критерий Вилкоксона)

Шкалы СЖО	“Ремиссия” (n = 23)		“Употребление” (n = 45)	
	T	p	T	p
Осмысленность жизни	2.00	0.01	30.50	0.50
Цели в жизни	10.00	0.04	39.00	1.00
Процесс жизни	0.00	0.00	30.00	0.48
Результат жизни	1.50	0.01	22.50	0.35
Локус контроля-Я	3.50	0.01	26.50	0.56
Локус контроля-жизнь	0.00	0.00	26.00	0.31

Примечание. Значимые сдвиги обозначены полужирным шрифтом.

Таблица 5. Результаты сравнения групп “Наркозависимые” и “Контрольная” по шкалам самооценки (критерий Манна–Уитни)

Субшкалы самооценки	<i>U</i>	<i>p</i>	Наркозависимые (<i>n</i> = 68)		Контрольная (<i>n</i> = 100)	
			<i>Mean</i>	<i>St. D</i>	<i>Mean</i>	<i>St. D</i>
Здоровье	692.00	0.00	35.70	26.43	77.04	16.86
Семья	1218.00	0.00	43.54	32.34	79.73	21.94
Любовь к себе	1349.50	0.00	46.33	33.06	79.92	16.71
Социум	1385.50	0.00	41.26	31.59	73.47	21.67
Финансы	1197.00	0.00	33.12	30.18	68.89	23.02
Мирный	2478.50	0.01	57.61	29.98	70.53	22.81
Счастливый	724.50	0.00	40.91	24.72	78.56	20.20

Примечание. Значимые различия обозначены полужирным шрифтом.

том, что является первопричиной: рост самооценки способствует успешности отказа от наркотиков, или неупотребление наркотиков способствует росту самооценки.

4. Исследование особенностей фрустрационных реакций

По типам реакции на фрустрацию в группе “Наркозависимые” *экстрапунитивные* реакции были представлены достоверно больше ($U = 2422$; $p < 0.05$), а *интрапунитивные* – меньше ($U = 2337$; $p < 0.05$), чем в контрольной группе. Это означает, что, в сравнении с респондентами контрольной группы, наркозависимые респонденты в большей степени склонны в сложных жизненных ситуациях видеть источник произошедшего во внешнем окружении, осуждать и подчеркивать степень фрустрирующей ситуации, ждать разрешения проблем от других лиц. По типу фиксации индивида на фрустрирующих ситуациях: у представителей группы “Наркозависимые” тип *фиксации на препятствии* менее ($U = 2249$; $p < 0.01$), а *фиксации на удовлетворении потребности* более выражены

($U = 2313$; $p < 0.01$), чем в контрольной группе. Уровень социальной адаптации *GCR* в группе “Наркозависимые” был значимо ниже ($U = 2436$; $p < 0.05$), чем в контрольной группе.

В подгруппе “Ремиссия”, т.е. у тех пациентов, кто не возобновлял употребление наркотиков в течение полугода, *экстрапунитивный* тип реакции на фрустрацию был менее ($U = 260$; $p < 0.01$), а *импунитивный* более выражен ($U = 292$; $p < 0.05$), чем в подгруппе “Употребление”. Таким образом, наркозависимые из подгруппы “Употребление” в большей степени склонны направлять свою реакцию вовне, требовать разрешения ситуации от других лиц, по сравнению с подгруппой “Ремиссия”. Испытуемые из подгруппы “Ремиссия” в большей степени склонны обесценивать фрустрирующие ситуации, никого не обвинять и ожидать, что все может исправиться само собой. В подгруппе “Употребление” *фиксация на самозащите* была более ($U = 251$; $p < 0.01$), а *фиксация на удовлетворении потребности* менее выражена ($U = 302$; $p < 0.05$), чем в подгруппе “Ремиссия”. Это означает, что представители подгруппы “Употребление” были в большей степени сосредоточены на защите соб-

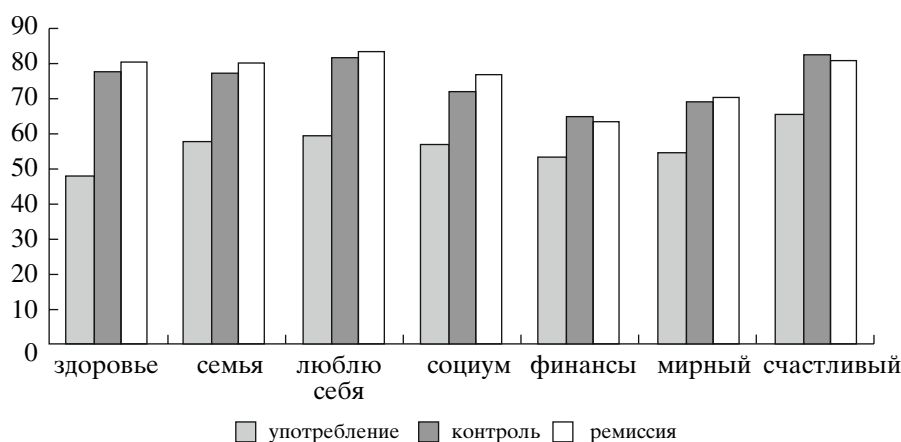


Рис. 6. Самооценка в трех исследуемых группах на третьем этапе исследования (через полгода после выписки из центра).

ственного Я, что свидетельствует о его уязвимости. Вероятно, у них больше выражена проекция агрессивных импульсов и чувство вины, но в меньшей степени присутствует переживание дефицита удовлетворения потребностей, чем в подгруппе “Ремиссия”, тогда как в подгруппе “Ремиссия” имеет значение удовлетворение ненаркотических потребностей. Уровень социальной адаптации *GCR* в подгруппе “Ремиссия” был значимо выше ($U = 330$; $p < 0.05$), чем в подгруппе “Употребление”. По этому показателю подгруппа “Ремиссия” не отличалась от контрольной, тогда как значения у подгруппы “Употребление” были ниже, чем в контрольной группе.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведенное исследование позволяет выделить важные личностные свойства для реабилитации лиц, страдающих зависимостью от ПАВ. Результаты показали, что за время пребывания в стационаре у наркозависимых снижается психопатологическая симптоматика, однако не изменяются параметры смысложизненных ориентаций и самооценки. Высокие показатели психопатологической симптоматики обнаруживаются только в одном из срезов – а именно спустя неделю после отказа респондентов от употребления наркотиков. Это, вероятно, объясняется тем, что респонденты, будучи в реабилитационной клинике, утратили доступ к привычному компенсаторному (т.е. внешнему, а не внутриспсихическому) способу регуляции негативных аффектов (посредством употребления наркотика). К концу пребывания в клинике психопатологическая симптоматика снижается, поскольку респонденты получают соответствующее медикаментозное (психотропное) лечение, находятся в стационарных условиях, работают с психотерапевтом. Таким образом, изначальный психологический дистресс у наркома-

Таблица 6. Сдвиги значений самооценки в подгруппах “Употребление” и “Ремиссия” (критерий Вилкоксона)

Шкалы самооценки	Самооценка			
	Ремиссия		Употребление	
	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Здоровье	0.00	0.00	24.00	0.42
Семья	0.00	0.00	22.00	0.33
Любовь к себе	3.00	0.01	24.00	0.42
Социум	3.00	0.01	25.00	0.48
Финансы	11.50	0.05	4.50	0.01
Мирный	27.00	0.59	25.00	0.80
Счастливый	0.00	0.00	8.00	0.03

нов отражает прежде всего состояние абстиненции, которая дестабилизирует систему саморегуляции.

Снижение дистресса не может являться предиктором успешности реабилитации, так как показатели психопатологии снижаются и у тех наркозависимых, которые через полгода будут находиться в состоянии ремиссии, и у тех, кто вернется к употреблению наркотиков. Кроме того, важными представляются данные о том, что и те наркозависимые, которые все полгода с момента выписки воздерживались от приема наркотиков, и те, кто начал их употреблять, на конечном этапе исследования имели достаточно низкие показатели психопатологии. Таким образом, можно говорить о псевдокомпенсирующем влиянии ПАВ на эмоциональное состояние – формировании своего рода “наркотического эмоционального баланса” в процессе саморегуляции, сглаживании с помощью наркотика негативной аффективности. Такие интерпретации полученных данных согласуются с концепцией наркозависимости как “компенсирующего фактора” [24], эффективным средством контроля над состоянием беспомощности и бессилия,

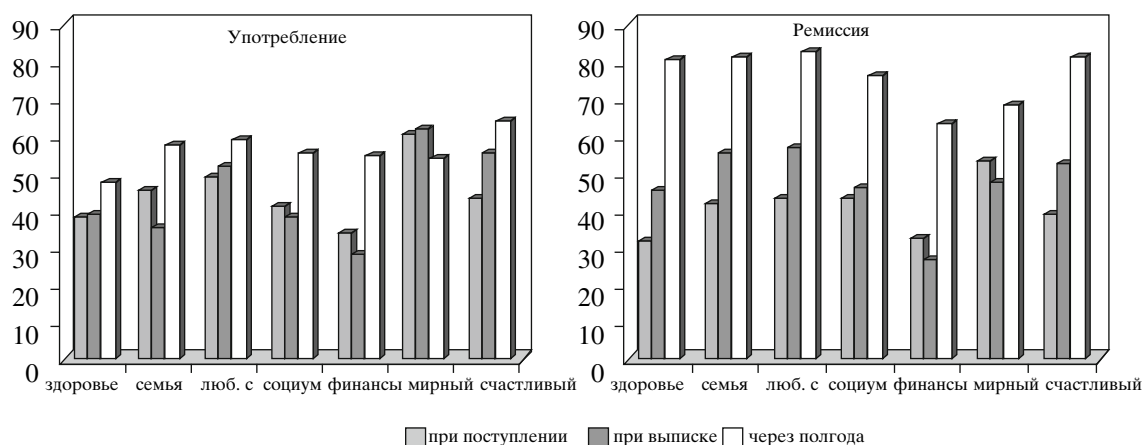


Рис. 7. Динамика самооценки в исследуемых подгруппах.

как и над другими мучительными психическими состояниями [8].

Смыслжизненные ориентации наркозависимых имеют более низкие показатели по сравнению со здоровыми людьми. За время пребывания в реабилитационном центре произошли отдельные позитивные изменения в СЖО у тех пациентов, которые впоследствии отказались от приема ПАВ. Через полгода после выписки было отмечено их сближение со здоровыми испытуемыми по нескольким показателям СЖО. Таким образом, уже в начале реабилитационного процесса можно обнаружить отдельные личностные характеристики, которые связаны с будущим результатом реабилитации. По сравнению с показателями самооценки, СЖО являются более гибкими, пластичными конструктами, доступными изменениям за короткий период (в нашем случае изменения в СЖО у наркозависимых наблюдаются уже через месяц после начала реабилитации).

Полученные результаты согласуются с данными Вайсберга и Поттера [37], которые ставили цель изучить, каким образом развитие зависимости может быть результатом утраты цели и значения жизни. Результаты показали, что после лечения состояния длительной ремиссии достигали больные, имеющие значимые цели в жизни, критически относящиеся к себе и своим действиям. Этот вывод косвенно подтверждают наши данные о большей выраженности интрапунитивных реакций на фрустрацию у наркозависимых, которые через шесть месяцев после обследования оставались в состоянии ремиссии, по сравнению с возобновившими использование ПАВ.

В отличие от СЖО, самооценка наркозависимых за время пребывания в стационаре не изменилась, что, вероятно, говорит о большей устойчивости данного личностного свойства. По сравнению с контрольной группой, больные наркоманией отличались заниженной самооценкой как при поступлении в реабилитационный центр, так и при выписке из него. Это хорошо согласуется с литературными данными, ряд авторов [17, 19, 24, 31] рассматривают низкую самооценку как фактор приобщения к наркотикам (использование ПАВ для того, чтобы заглушать негативное восприятие себя).

Современные теоретики когнитивной психотерапии [2, 32] считают, что представления о собственном Я являются ведущим фактором, своего рода ресурсом личности, опосредствующим процесс саморегуляции. Самооценка оказывает влияние на мотивационную сферу человека, а в нашем случае – на мотивацию удержания от употребления наркотиков.

Остается открытым вопрос о том, чем детерминирована позитивная динамика СЖО и самооценки у тех, кто отказался от употребления: самим отказом от наркотика, открывающим новые ресурсы и

жизненные перспективы; изначально имеющимися индивидуально-психологическими различиями между наркозависимыми или же чувствительностью одних и нечувствительностью других пациентов к реабилитационным программам. Учитывая тот факт, что реабилитационные мероприятия для всех наркозависимых были одинаковыми, можно предполагать, что способность пережить утрату наркотика (т.е. преодолеть глубокую фрустрацию, связанную с его отсутствием) связана с особенностями реакций на фрустрирующие ситуации.

С одной стороны, наркозависимые, в отличие от здоровых людей, в большей степени склонны к экстрапунитивным реакциям на фрустрацию и фиксированы на удовлетворении потребностей; с другой – те наркозависимые, кто через полгода после исследования возобновил употребление наркотиков, уже на начальном этапе реабилитации демонстрировали отличия от отказавшихся подобных тем, которые были между наркозависимыми и здоровыми. Таким образом, проведя сравнение, мы обнаружили, что уже в самом начале реабилитационного процесса между группами с разными в будущем результатами реабилитации есть значимые различия в личностных особенностях. Лица, в большей степени готовые считать себя причиной трудных ситуаций, имеют более позитивный прогноз в лечении наркомании.

Следовательно, СЖО и самооценка изменяются в позитивную сторону у тех наркозависимых, которые смогли совладать с фрустрацией утраты наркотика. Вместе с тем, вероятно, на более поздних этапах реабилитации рост самооценки и осмысленности жизни начинают выступать и как самостоятельные предикторы (дополнительные ресурсы), способствующие устойчивости ремиссии.

Таким образом, результаты лонгитюдного исследования процесса реабилитации наркозависимых позволяют выделить некоторые личностные предикторы успешности исхода реабилитационного процесса. При этом проведенное исследование не только раскрывает психологические механизмы, лежащие в основе процесса реабилитации, но и позволяет пополнить теоретико-эмпирический багаж психологической науки новыми данными. В частности, речь идет об устойчивости во времени тех или иных личностных свойств. Наше исследование показало, что смыслжизненные ориентации личности скорее претерпевают изменения, чем показатели самооценки. Этот факт согласуется с представлениями теоретиков когнитивной психотерапии [2, 33] о том, что базисные убеждения, касающиеся собственного Я, являются стабильными личностными конструктами и с трудом поддаются коррекции.

Несомненный общепсихологический интерес представляет обозначенная в данной работе проблема соотношения психических состояний и

свойств личности. На материале выборки наркозависимых можно констатировать изменение связей между свойствами и состояниями при включении в это взаимодействие психоактивного вещества. Обычно показатели самооценки (личностные свойства) отрицательно коррелируют с уровнем дистресса (психическое состояние) [20, 21], однако на выборке наркозависимых выявляются иные закономерности: несмотря на то, что пациенты, возобновившие употребление наркотиков, имеют более низкую самооценку и более низкие показатели СЖО, по сравнению с наркозависимыми в ремиссии и контрольной группой, уровень переживаемого ими дистресса (симптомов тревоги, враждебности, депрессии) является невысоким и не отличается от “благополучных” групп. Таким образом, можно говорить о том, что наркотики изменяет характер связей между личностными характеристиками и психическими состояниями.

ВЫВОДЫ

1. Высокий психологический дистресс у наркозависимых обнаруживается только в начале реабилитационного процесса. В дальнейшем, независимо от результата реабилитации (состояния ремиссии или срыва), уровень дистресса у больных наркоманией и здоровых людей не отличается.

2. Наркозависимые имеют заниженную самооценку, значимый рост которой наблюдается только через полгода после начала реабилитационного процесса и только у тех наркозависимых, которые находятся в состоянии ремиссии.

3. Осмысленность и целеустремленность жизни у наркозависимых значительно снижена. В процессе реабилитации позитивные изменения СЖО появляются у тех пациентов, которые через шесть месяцев будут оставаться в состоянии ремиссии.

4. Для наркозависимых, которые в будущем начнут употреблять ПАВ, изначально характерны более выраженные экстрапунитивные реакции на фрустрирующую ситуацию, фиксация на самозащите и низкий уровень социальной адаптации, в отличие от наркозависимых, оставшихся в ремиссии, что может служить предиктором успеха/неуспеха реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Арзуманов Ю.Л., Дудко Т.Н., Абакумова А.А. и др. Восприятие значимой информации у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. 2003. № 5.
- Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
- Белокрылов И.В. Общие характеристики личностного предрасположения к зависимости от психоактивных веществ (проблема “преаддиктивной личности”) // Вопросы наркологии. 2005. № 1.
- Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. М.: МПА, 2001.
- Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988.
- Вермсер Л. Психоаналитические размышления об этиологии компульсивного употребления наркотиков // Психоаналитические концепции зависимости / Сост. С.Ф. Сироткин. Ижевск, 2004. С. 361–393.
- Грузд Л.В. Ценностные ориентации наркозависимой личности: Дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2004.
- Додс Л. Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга, пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М.: Независимая фирма “Класс”, 2000.
- Ершиев О.Ф., Рыбаков Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. СПб., 1996.
- Зиганшин И.М., Китаева С.В., Мухутдинов Д.А. Первые результаты работы наркологического реабилитационного центра “Преодоление” // Вопросы наркологии. 2004. № 4.
- Иванец Н.Н., Альтишлер В.Б. “Заместительная терапия” наркомании метадонем и другими опиоидными наркотиками: происхождение, суть и тенденции // Вопросы наркологии. 2004. № 2.
- Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
- Калмыкова Е.С., Гагарина М.А., Падун М.А. Роль типа привязанности в генезе аддиктивного поведения: постановка проблемы. Часть I // Психол. журн. Т. 27. № 6. 2006. С. 45–53.
- Калмыкова Е.С., Гагарина М.А., Падун М.А. Роль типа привязанности в генезе и динамике аддиктивного поведения. Часть II // Психол. журн. Т. 28. № 1. 2007. С. 107–114.
- Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга, пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М.: Независимая фирма “Класс”, 2000.
- Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). М.: “Смысл”, 1992.
- Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. Л.: Медицина, 1991.
- Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. М.: Медпресс, 2001.
- Осницкий А.В. Проблемы психического здоровья и адаптации личности. СПб.: Серебряный век, 2004.
- Падун М.А., Загряжская Е.А. Базисные убеждения в структуре психологического дистресса // Психосоматическая медицина. Сборник тезисов I Международного конгресса. СПб., 2006. С. 143.
- Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психол. журн. № 5. 2004.

22. Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2001.
23. Прихожан А.М. Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога // Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психологических методик. М., 1988.
24. Психиатрия и наркология: учебное пособие для студ. высш. мед. учеб. заведений / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. М.: Издательский центр "Академия", 2005.
25. Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А. Психическая зависимость при наркомании: роль мезокортиколимбической дофаминэргической системы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Т. 107. № 2. С. 70–75.
26. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Изд. дом "БАХРАХ-М", 2001.
27. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи: Изд-во "Талант". 1990.
28. Сиволап Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Т. 107. № 11. 2007. С. 4–6.
29. Сэбишин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга, пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М.: Независимая фирма "Класс", 2000.
30. Ханзян Э. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга, пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М.: Независимая фирма "Класс", 2000.
31. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под ред. А.Я. Гриненко. СПб.: Изд-во "Лань", 2001.
32. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии. СПб.: "Речь", 2002.
33. Ball S.A., Carroll K.M., Canning-Ball M., Rounsaville B.J. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation // Addictive Behaviors. V. 31. Issue 2. February 2006. P. 320–330.
34. Levin C., Ilgen M., Moos R. Avoidance coping strategies moderate the relation ship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes // Psychology of Addictive Behaviors. V. 21(1). Mar 2007. P. 108–113.
35. Krystal H., Raskin H. Drug dependence: aspects of ego functions. Detroit, 1970.
36. Terracciano A., Löckenhoff C.E., Crum R.M. et al. Five-Factor Model personality profiles of drug users // BMC Psychiatry. 2008.
37. Waisberg J.L., Porter J.E. Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. SO: Br-J-Clin-Psychol. 1994. Feb. 33 (Pt 1). P. 49–63.

PERSONAL PREDICTORS OF DRUG ADDICTS' REHABILITATION SUCCESS

N. A. Solovova*, E. S. Kalmykova, M. A. Padun*****

**lecture of psychological department, NNOU "Humanitarian Institute", Moscow*

***PhD, senior research assistant of psychology of posttraumatic stress laboratory, Institute of Psychology RAS, Moscow,*

****PhD, research assistant of psychology of posttraumatic stress laboratory, the same place*

The results of longitude study of drug addicts' rehabilitation process ($n = 68$ pers.) to reveal personal predictors of success in rehabilitation are presented. It is shown that self-esteem, intensity of life-meaning orientations and specific character of reactions to frustrations are significant for rehabilitation. Changes in correlations between personal characteristics and psychic states due to psychoactive substance inclusion in this interaction are discussed. Comparison of personal characteristics of drug addicts with ones of probationers from the control group ($n = 100$ pers.) is made.

Key words: drug addicts, rehabilitation, longitude, personal characteristic, self-esteem, life-meaning orientations, reactions to frustration.