

Саногенетические и патогенетические условия в процессе реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ (анализ единичного случая)

ШАРЫГИНА К.С. клинический психолог ассоциации медицинских центров «Бехтерев».
Россия, 197371, Санкт-Петербург, пр. Королева, д.48-5. Тел.: 8(812) 744-72-72; e-mail: bechtere@bk.ru
аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи Федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования
«Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена».
Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р.Мойки, д.48.
Тел.: 8(812) 312-44-92; Факс: 8(812) 312-11-95; e-mail: mail@herzen.spb.ru

Представлены результаты анализа саногенетических и патогенетических условий в процессе реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ). Выделенные факторы разведены на личностные и социально-психологические. Выявлена динамика, а также сочетание различных факторов в процессе реабилитационного лечения. Выявлено, что в процессе реабилитации существуют кризисные периоды, наиболее чувствительные к лечебной интервенции, а также к негативным воздействиям. Их прогнозирование, а также усиление воздействия определённых социально-психологических саногенетических механизмов в эти периоды является одним из условий успешности лечения.

Ключевые слова: реабилитация, зависимость от психоактивных веществ, саногенетические факторы зависимости от психоактивных веществ, патогенетические факторы зависимости от психоактивных веществ

Введение

Аdditивные болезни химической этиологии, отнесённые Международной классификацией болезней десятого пересмотра к F10—F19, иногда называют «био-психо-социальными».

Действительно, многие исследователи говорят о сложности, многокомпонентности становления и развития как самого заболевания, так и каждой из его частей [2, 3, 8].

В патогенезе различные факторы, влияя друг на друга, образуют клиническую картину заболевания. Так, черты характера, свойства личности химически зависимого развиваются на конкретной биологической основе под влиянием семьи, школы, всего общества (социальные и духовные факторы). Результатирующей подобной взаимодействия может стать индивид, который обладает повышенным риском заболеть алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией [3, 7].

Саногенетические механизмы, являясь неотъемлемой составляющей заболевания, представляют собой ресурсные возможности выздоровления. В нашем случае саногенетические и патогенетические механизмы реализуются не только в биологической составляющей, но также в психологической и социальной. Анализ их взаимодействия, усиление саногенетических механизмов и купирование патогенетических на всех уровнях заболева-

ния является приоритетной задачей реабилитационного этапа лечения химической зависимости.

Соответственно, лечебное воздействие должно охватывать все возможные элементы, входящие в биологическую, психическую, социальную, духовную сферы личности.

Методологической основой нашего исследования послужили следующие концепции: системный подход (Л. Фон Бергаланфи), синергетика (Г. Хакен, И.Р. Пригожин), теория отношений (В.Н. Мясисев), системный подход в лечении и профилактике зависимости от ПАВ (В.А. Ананьев, С.А. Кулаков).

Синергетический подход в лечении химических аддикций даёт возможность учитывать не только особенности зависимой личности, но также и влияние систем, в которых она находится как элемент (семья, реабилитация) или систем, с которыми она взаимодействует (психологи, врачи, другие пациенты). Кроме того, этот подход позволяет анализировать систему в развитии.

Несмотря на то, что необходимость синергетического подхода в лечении наркомании признаёт множество исследователей, на данный момент имеется незначительное количество работ по этой проблематике [1, 4—6, 9, 10].

В качестве иллюстрации развиваемой нами концепции приведём анализ единичного случая.

Марина М., 23 года

Поступила в клинику по собственному желанию (родственников о том, что находится в клинике, информировала позже) с диагнозом «зависимость от опиатов средней степени тяжести». В первоначальные планы, со слов пациентки, входит прохождение курса детоксикации, затем — отъезд с ребёнком в деревню на летний период. Обследуемая считает, что употребляющий муж сможет удержать от возобновления употребления, а необходимость воспитывать дочь будет стимулом для трезвости.

После курса детоксикации была переведена на предреабилитационный этап лечения, на котором находилась в течение 11 дней. После прохождения этого этапа поступила в реабилитационное отделение. Курс реабилитации (включая домашний отпуск) длился 88 дней. На 34-й день нахождения в реабилитации не возвратилась из домашнего отпуска. Со слов обследуемой, там было единичное употребление психостимуляторов в компании зависимого гражданского мужа, последующие дни не общалась с ним, в основном находилась дома. Через неделю вернулась в клинику по собственному желанию.

После прохождения курса стационарной реабилитации продолжила лечение в реабилитационном центре длительного пребывания.

Анамнез

На момент поступления в клинику не работает. На учёте у нарколога, психиатра не состоит. Госпитализация в связи с зависимостью от психоактивных веществ первая.

В анамнезе — хронический пиелонефрит, гепатит С. Несчастных случаев, травм не указывает. В детстве была госпитализация по поводу обострения хронического пиелонефрита.

Анамнез отягощен алкоголизмом отца.

В детском возрасте вспоминает себя как «любопытного, беспокойного» ребёнка. Детский сад посещала охотно, жалоб на поведение со стороны воспитателей не было. Была дружелюбна, общительна. Имела обязанности по дому.

Отношения с матерью в детстве определяет как хорошие, доверительные, с отцом — хорошие. Отмечает сложности в отношениях с тетей.

Родители развелись, когда Марина родилась, однако продолжали жить вместе. Отношения между родителями были конфликтные, причина ссор, по воспоминаниям пациентки, — «несовместимость характеров». Родители разъехались, когда обследуемой было 9 лет. Конфликты между родителями, развод воспринимает как важный момент в своей жизни, «тяжело переживала». Марина отмечает, что после

развода мало проводила время с родителями, эмоционально тянулась к матери.

После развода родителей пациентка проживала с матерью, отчимом, бабушкой, прабабушкой.

В возрасте 13 лет испытала сексуальные домогательства со стороны отчима. Мать не принимала участия в конфликте, сказав: «Разбирайтесь сами. Вам с этим жить». В связи с этим Марина ушла из дома к отцу, который тогда жил с сыном, сводным братом пациентки. Переехав к отцу, практически сразу стала объектом сексуальных домогательств со стороны сводного брата. По этой причине ушла от отца, решив ему не рассказывать об инциденте, чтобы не расстраивать. «Жила по общежитиям, у подруг с матерями-алкоголиками». Время, когда жила у подруги, вспоминает с теплом: «Хотя у неё мама была алкоголичка, все равно были душевные отношения, забота, тепло». В этот период продолжала учиться в школе, затем работала.

С 7-го класса начала прогуливать школу: «Тогда начались все мои проблемы». Закончила 9 классов с хорошими результатами: «Всегда училась на четыре—пять». 8-й и 9-й классы окончила экстерном в связи с конфликтами с учителями. В школе имела много друзей, была лидером, участвовала во всех общественных школьных мероприятиях. После окончания школы работала сборщиком-комплектовщиком на заводе. Опыт работы по данной специальности — 2 года.

В возрасте 14 лет была осуждена условно по ст.158 (ч.2).

В 16 лет вернулась домой, так как негде было жить. В этот раз также испытала сексуальные домогательства со стороны отчима, но защищала себя: «Я уже могла дать отпор, стала сильной. И сковородой по голове била... Потом, когда в очередной раз приставал, при нём маме, бабушке, прабабушке рассказала о всех десяти разгах. Он плакал».

Вскоре мать с отчимом развелись, однако продолжила проживать в одной квартире: «Он просто жил в своей комнате. Даже глаз на меня не мог поднять».

В возрасте 20 лет родила ребёнка от зависимого мужчины. Отношения с ним не были оформлены официально.

Алкоголь начала употреблять с 11 лет: «Бабушкину бормотуху взяла одна. Интересно было». Впервые употребила наркотики в возрасте 16 лет (психостимуляторы): «Предложили — сразу попробовала». С 16 до 18 лет употребляла опиаты (героин), с 18 до 22 — психостимуляторы, оксibuтират натрия, с 23 лет — опиаты (героин, метадон). Поступила в клинику после употребления героина (1,5 г в сутки).

Попыток лечения не было, однако дважды пыталась бросить употребление самостоятельно. Были недлитель-

ные ремиссии. Появление физической зависимости от ПАВ отмечает с 18 лет, в этом же возрасте появились первые проблемы, связанные с употреблением — в отношениях с родителями. Сексуальные домогательства отчима отмечает как одну из причин начала употребления ПАВ: «Теперь у меня всё хорошо, хотя, может быть, если бы не он, я бы не употребляла».

Семейный анамнез

На момент обращения в клинику пациентка проживает с зависимым молодым человеком. Мать, бабушка, дочь проживают отдельно.

Бабушка является главой семьи: «Она мама нам всем, наша крепость, тыл, дом, наша мама. Наше всё. На ней всё держится». По образованию — повар-технолог. В настоящее время не работает: «сидит с правнучкой».

Образование родителей средне-специальное. Мать — повар 5-го разряда, однако в настоящее время работает сборщиком механических деталей — «устала поваром работать». Характеризует мать как спокойную, «в детстве были не разлей вода». «Сейчас отношения стали лучше, так как лечусь. Раньше даже не разговаривали, только «привет — пока».

Отец по образованию сантехник. Имеет зависимость от алкоголя, сейчас в ремиссии. Про характер отца говорит: «Эмоциональный человек очень. Я в него такая. Тоже очень импульсивный». Отец после развода с матерью Марины женат второй раз. Отношения пациентки со второй женой отца хорошие.

Имеет старшего сводного брата по отцу. Отношение к нему резко негативное.

Результаты первичного обследования

Первое обследование проводилось на 7-й день нахождения в клинике. По данным включенного наблюдения, пациентка в контакт вступает, дружелюбна, открывенна, эмоционально нестабильна — слезлива, раздражительна. При разговоре на эмоционально сложные темы слезливость сменяется бравадой, смехом, начинает шутить. Соблюдает дистанцию в общении.

Характеризует себя как открытую, добрую, отзывчивую, чрезмерно доверчивую: «Я не знаю, что во мне такого: я к людям со всей душой, но получается, что это игра в одни ворота. Почему я привлекаю такие ситуации? Один раз я поймала такси. Таксист отвез меня на кладбище, изнасиловал меня во все места, обокрал и так и оставил меня на кладбище. Много раз меня били». Употребление ПАВ указывает как единственный способ снятия психоэмоционального напряжения. Отмечает в себе страх оставаться наедине с мужчинами (после болезненного опыта сексуальных домогательств). Говорит об обиде на мать, когда в подростковом возрасте, попросив помощи, получила отказ: «Для меня это предательство».

Отношение к употреблению выражает так: «Чувствуешь себя, как чмо. Эти «парадняки», грязные «фурики»... Когда тебя «ломает», а ты «задуваешь». Когда теряешь уважение к себе. Ненависть к себе. Если бы не муж, я бы была на другом свете или «на дороге».

Анализ саногенетических и патогенетических условий предреабилитационного этапа лечения, а также их динамика проводился с помощью метода экспертных оценок, вынесенных профессиональными психологами и консультантами по химической зависимости, имеющими собственный опыт прохождения реабилитации. Выборку экспертов составили 11 чел., в том числе 7 консультантов по химической зависимости и 4 психолога. Среди экспертов 7 чел. имеют высшее психологическое образование (в том числе 2 чел. имеют два высших психологических образования), 1 чел. обучается в аспирантуре и 2 чел. только получают высшее психологическое образование. Все привлечённые в качестве экспертов специалисты работают в стационарном отделении реабилитации медицинского центра (МЦ) «Бехтерев» (Санкт-Петербург). Стаж работы в должности и статусе психолога у экспертов составил в среднем 3,73 года, а стаж работы с пациентами, имеющими химическую зависимость — 2,92 года. Все принявшие участие в исследовании специалисты имеют опыт индивидуальной и групповой психотерапии, а также опыт супервизии.

Практически весь период нахождения в отделении предреабилитации экспертами отмечались проблемы, связанные с физическим состоянием Марины, жалобы на плохое самочувствие. Кроме этого, отмечалось нарушение режима отделения (в основном нахождение пациентки в мужской палате) в течение всего времени нахождения в предреабилитационном отделении.

Эмоциональная нестабильность, желание выпиться отмечены во второй половине пребывания в отделении начального этапа реабилитации (начиная с четвёртого дня), также компульсивное влечение отмечено в 4-й и 5-й дни; день начала этого состояния совпадает с днем получения передачи от зависимого гражданского супруга, а также телефонными разговорами с ним (с этого дня он высказывал желание забрать Марину из клиники, отказывался лечиться, оплачивать лечение). Другой причиной желания выпиться эксперты посчитали ухудшение физического состояния пациентки.

Действия, стабилизирующие эмоциональное состояние, мотивирующие к лечению, по оценке экспертов — индивидуальная консультация с психологом, разговор с родственниками о необходимости лечения на реабилитации. С четвёртого дня нахождения в отделении предреабилитации пациентка изъявила желание перевестись в отделение реабилитации.

Эксперты отметили также личностные проявления пациентки, которые могут служить саногенетически, ресурсными условиями — активность в работе на группе. Она была отмечена в течение всего периода нахождения на отделении.

Наряду с клиническими методами (сбор анамнеза, включенное наблюдение, беседа, метод экспертных оценок), при обследовании были использованы следующие методы: сокращённый многофакторный опросник для исследования личности «Мини-мульти» (сокращённый вариант ММРП), методика цветowych метафор И.Л. Соломина, тест «Незаконченные предложения» Сакса—Леви, «Семейная социограмма» И.М. Никольской, В.В. Пушиной, методика «Ценностные ориентации» М. Рокича в модификации Панталеяева.

По результатам обследования с помощью методики «Мини-мульти», выявлены показатели на границе между нормальными и показателями выше нормы по 8-й шкале (69 баллов), что может говорить о некоторой чувствительности, ранимости обследуемой. Также получены данные ниже нормы по 9-й шкале (45 баллов), что может свидетельствовать о сниженном фоне настроения.

Наименьшую оценку в тесте «Незаконченные предложения» получили ответы по шкалам «отношение к семье», «отношение к матери». Отношения с матерью, по данным методики, конфликтные, сложные, пациентка чувствует недостаток эмоционального контакта с ней. Отношение к отцу противоречивое — с одной стороны, любовь к отцу и ощущение его любви, с другой, — потребность в более близких отношениях. В целом, наиболее важными потребностями являются потребности в эмоционально теплых отношениях, принятии; с этой же потребностью связаны страхи.

Недостатком в себе обследуемая признаёт мягкость, неумение отказывать. Ответы, связанные с отношениями с противоположным полом, положительно окрашены.

Высокие баллы связаны с надеждой на выздоровление, улучшение своей жизни в будущем.

Копинг-механизмы, по методике «Незаконченные предложения», — обращение к духовности, Богу, обращение к специалистам в сложной ситуации, вера в свои силы. Защитный механизм — фантазирование. На стрессовые ситуации пациентка, по данным теста, реагирует тревогой, жалостью в себе.

С помощью психосемантической методики цветowych метафор И.Л. Соломина было выявлено, что в состав базовых потребностей (обозначены самым приятным цветом) входят понятия «признание окружающими», «психолог», «реабилитация», «лечение», «сомнение», «моя мать». Базовые потребности, по

данным теста, не удовлетворены. Отсутствие связи базовых потребностей с настоящим и прошлым позволяет сделать предположение о максимальной степени их фрустрации. Актуальные потребности обозначены наименее приятным цветом. Понятие, связанное с ними — «злость», что может свидетельствовать о крайней степени неудовлетворённости существующей жизненной ситуацией.

Отношение к прошлому связано с негативными переживаниями (понятия, связанные с понятием «мое прошлое»), ассоциируется с употреблением наркотиков, конфликтами, осознанно избегается.

Отношение к будущему связано с понятиями «мой ребёнок», «радость», «моя семья», «Я». Таким образом, пациентка надеется на позитивное отношение к себе и членам семьи в будущем, на удовлетворение базовых потребностей, связанных с семейными отношениями.

Прошлое, настоящее и будущее обозначены разными цветами, следовательно, можно сделать вывод о различном отношении к ним. Вероятно, ранее в жизни обследуемой происходили существенные перемены, сопровождавшиеся сменой жизненных ценностей, при этом она ожидает, что и в будущем в её жизни произойдут значительные перемены.

По методике М. Рокича, наименее реализованными терминальными ценностями являются ценности «здоровье», «счастливая семейная жизнь», «счастье других», наименее реализованными инструментальными — «аккуратность».

Наиболее важными ценностями пациентки оказались конкретные; пассивные ценности; ценности, связанные с реализацией в личной жизни. Среди инструментальных ценностей преобладают индивидуалистические ценности, ценности самоутверждения, ценности непосредственно-чувственного переживания. Наиболее важные ценности, по мнению обследуемой, в настоящий момент не реализованы.

Можно отметить конфликт между ценностями-целями и ценностями-средствами. С одной стороны, ведущими являются ценности, связанные с реализацией как матери, супруги. С другой стороны, в представлении пациентки, условиями для достижения данных целей являются качества, связанные с активной жизненной позицией, социальными достижениями, личной реализацией в ущерб развитию межличностных отношений. Вероятно, такое соотношение связано с недостаточной сформированностью самоотношения, полоролевой идентификации.

Методика «Семейная социограмма» выявила трудности самовыражения с близкими людьми, конфликтные отношения с ними (отсутствие кружка пациентки в реальном круге), наличие бессознательных негативных чувств к сводному брату (отсутствие его кружка).

Изображён кружок второй жены отца в круге как реальной, так и идеальной семьи, что может указывать на неудовлетворённые потребности по отношению к данному лицу, о фантазиях, связанных с общением с ней.

Все кружки как в реальной, так и в идеальной семье тесно расположены между собой, что может говорить о наличии тесного психологического контакта между членами семьи.

Наибольшей властью в семье, по мнению обследуемой, обладают родители, бабушка, дочь. В идеальном варианте социогаммы прослеживается желание перераспределить власть — там наибольшую власть имеют родители и дочь, бабушка нарисована ниже.

Таким образом, эмоциональное и физическое состояние обследуемой в отделении предреабилитации можно охарактеризовать как нестабильное, с выраженными колебаниями компульсивного влечения к ПАВ, мотивации на продолжение лечения. Потребности и ценности пациентки крайне фрустрированы; отношение к себе, употреблению негативное; отношения с ближайшим окружением конфликтные. Можно сделать вывод о преобладании патогенетических условий заболевания. При сохранении устойчивой мотивации на отказ от ПАВ и реализацию в семейной жизни, внешние (социально-психологические), а также внутренние (физические, психологические) вышеперечисленные условия в этой ситуации оказываются существенными обстоятельствами, влияющими на лечебную мотивацию.

Результаты повторного обследования

Повторное обследование проводилось на 63-й день лечения в отделении реабилитации, включая дни срыва. По результатам включенного наблюдения, Марина в контакт вступает с удовольствием, спокойна, доброжелательна, задаёт вопросы, дистанцию соблюдает. Задания выполняет быстро, тщательно.

В беседе обследуемая отмечает изменение своего отношения к лечению до срыва и после него. При поступлении у пациентки присутствовала мотивация на отказ от употребления («чтобы не умереть»), однако она считала, что для этого достаточно пройти курс детоксикации. На реабилитационном лечении настояли родственники, поэтому нахождение на реабилитационном отделении воспринимала как вынужденную меру, не играющую существенной роли в выздоровлении: «До домашнего отпуска все, что говорили психологи, было как эхо в голове. Была уверена, что достаточно оставаться трезвой, и отношения в семье будут прекрасными, будет работа, учеба».

Во время нахождения в домашнем отпуске значительно поменялось отношение к гражданскому мужу

(«Когда встретила с Русланом, поняла, что сделала ошибку. Совершенно не мой человек. Даже, когда пытался обнять, «воротило». А когда употребила — всё стало замечательно, прекрасно»), к отцу («Когда я была в домашнем отпуске, папа за 40 минут до употребления сказал всего 2 фразы: «Ты сама роешь себе яму» и «Ты умрёшь». Но потом, когда я позвонила ему и попросила помощи, он сразу сказал: «Да». И потом, с реабилитации, я ему звонила — он уже был рад»), а также к лечению («Поняла, что эти 34 дня своей жизни я потеряла, просто отсиживалась, когда могла много для себя взять»).

Пациентка отмечает личностные изменения в результате лечения на реабилитации — «стала более открытой, честной, научилась доверять людям».

Отношения с родными, по её оценке, стали более осознанными. Однако Марина отмечает сохранение сложностей внутрисемейного взаимодействия («С мамой сложно, она меня не понимает. На группы не ходит, и ходить не будет. Бабушка между двух огней: она понимает, что мне надо лечиться, но и с мамой ищет компромисс»).

Обследуемой были выделены лечебные мероприятия, с её точки зрения, помогавшие выздоровлению, т.е. выступающими саногенетическими условиями реабилитации: лекции, информационные беседы о последствиях для здоровья; негативная обратная связь от психологов («помогла смотреть на мои домашние задания с правильной стороны»); возможность рациональной и адекватной оценки своего прошлого и последствий употребления («пересмотрела свою жизнь и поняла, что жить так больше не хочу, что пора меняться и жить трезво»).

Другим значимым воздействием реабилитации пациентка отметила качество отношений с персоналом реабилитации («Важно — вера психологов, консультантов в тебя. Они верят в каждого человека — это такой заряд оптимизма, уверенности, что все получится... поняла, что моя жизнь не безнадежна, что мне есть ради чего жить»).

По оценкам экспертов, при поступлении в отделение реабилитации обследуемая была тревожна, общалась в основном с одной из пациенток, старалась всегда находиться рядом с ней.

Эксперты отмечают следующие, наиболее часто встречающиеся на реабилитации, поведенческие проявления пациентки, которые можно отметить как саногенетические — активность (в 55,7% всех поведенческих проявлений), коммуникативные навыки, общительность — в 10% всех поведенческих проявлений¹. Если активность проявлялась на протяжении всего курса лечения, то навыки, связанные с ко-

¹ Здесь и далее представлены рассчитанные удельные показатели в структуре изучаемых явлений, составляющие в совокупности 100%.

нструктивным социальным взаимодействием, стали проявляться во второй половине пребывания в реабилитационном отделении.

На протяжении всего курса реабилитации пациентка регулярно сдавала домашние и индивидуальные задания.

Среди саногенетических социально-психологических условий реабилитации, после которых эксперты отмечали изменение поведения пациентки — группа сдачи домашнего задания, группа подведения итогов дня, тренинг, индивидуальная консультация с личным психологом, консультация психолога с родственниками, посещения родственников, система самоуправления, организация и проведения праздников, дней рождения на отделении.

Значительные различия в экспертных оценках получены поведенческих проявлений обследуемой до выхода в домашний отпуск и после него. В период перед отпуском отмечено большее количество медицинских мероприятий, жалоб на физическое состояние, отсутствие ярких проявлений в поведении пациентки, открытости, искренности в общении.

После срыва экспертами отмечено большее количество проявлений слезливости, эмоциональной нестабильности, сниженного настроения, нарушения режима отделения. Эмоциональная нестабильность, конфликты с родственниками проявлялись ближе к моменту выписки и переезда на реабилитацию длительного пребывания. Одной из причин такого поведения, по оценкам экспертов, было нежелание родственников оплачивать лечение, попытки отправить в другой реабилитационный центр. Сниженное настроение было, в основном, связано с написанием эмоционально сложных домашних заданий.

Наряду с этим, после срыва значительно выросла, по оценкам экспертов, социальная активность, конструктивное взаимодействие с другими пациентами, проявление лидерских качеств.

Нахождение в домашнем отпуске стал переломным моментом, повлиявшим на выздоровление пациентки. Нестабильное эмоциональное состояние после рецидива заболевания, вероятно, является положительной динамикой, свидетельствующей об ослаблении механизмов психологической защиты. Наибольшая актуализация личностных ресурсов, являющихся саногенетическими условиями реабилитации, также отмечена во второй половине пребывания в стационаре.

По результатам обследования с помощью опросника «Мини-мульти», выявленные показатели не выходят за пределы нормы, однако баллы по шкалам 2, 3, 6 — ниже нормативных (47, 38, 36 соответственно). Это может говорить о достаточном уровне оптимизма, жизнелюбия, эмоциональной устойчивости, пониженной чувствительностью к средовым воздействиям, а также на избыточную тенденцию

к подчёркиванию своего миролюбия, связанную, скорее всего, с ситуацией адаптации к нормативному образу жизни, обучением контролю своего поведения.

По данным теста «Незаконченные предложения», наименьшую оценку получили ответы по шкалам «отношение к матери», «чувство вины», «отношение к прошлому».

Выявлены сложности в семейных отношениях, отсутствие дружеских контактов. Неудовлетворённость своей жизнью, в первую очередь, связана с неудовлетворённостью отношениями с ближайшим окружением, недостатком эмоционально теплых, доверительных отношений. Прослеживается негативное отношение к семейным отношениям в целом, к противоположному полу, неудовлетворённость сексуальной жизнью.

В отношениях с матерью отмечены обида, злость на неё, признание созависимости в отношениях. Отношение к отцу характеризуется противоречивостью, связанной, прежде всего, с ощущением недостатка эмоционального контакта с ним.

Отношение обследуемой к себе, в целом, позитивное, однако есть чувство вины в связи с употреблением ПАВ и действиями, связанными с этим.

Пациентка отмечает наличие у себя ресурсов для трезвости, социального роста, среди недостатков указывает мягкость, неумение отказать, сложности менять свое поведение. Поведение в стрессовой ситуации — жалость к себе, отказ от реализации.

Отношение к будущему противоречивое: наряду с надеждой на улучшение будущего, есть негативные ожидания и страхи. Отношение к прошлому окрашено негативно.

С помощью психосемантической методики цветочных метафор И.Л. Соломина было выявлено, что в состав базовых потребностей (обозначены самым приятным цветом) входят понятия «мое будущее», «признание окружающими», «мой ребёнок», «врач». Локализация базовых потребностей в будущем может говорить о том, что пациентка живет надеждами и планами на удовлетворение этих потребностей в будущем. Так, вероятно, Марина надеется реализоваться как мать, иметь удовлетворительные отношения с другими людьми. Связь с понятием «врач», возможно, говорит о сформированной приверженности к лечению.

Прошлое ассоциируется с такими понятиями, как «злость», «супруг», «одиночество», обозначено самым неприятным цветом, т.е. связано с негативными переживаниями.

Также с негативными переживаниями связаны следующие понятия: «конфликты», «болезнь», «обида».

Настоящее связано с понятиями «реабилитация», «психолог», «обязанности». Вероятно, лечение на реабилитации является актуальной, необходимой потребностью, и в сознании пациентки ассоциируется

с работой психологов и выполнением определённых обязанностей.

Отношение к прошлому, настоящему, будущему различно: можно сделать вывод, что ранее в жизни пациентки происходила смена одного жизненного этапа на другой сопровождавшаяся изменением ценностей, такая же смена ожидается в будущем.

Понятие «Я» связано с понятиями «вина», что, возможно, говорит о том, что это переживание на момент обследования сильно и актуально.

Понятие «употребление наркотиков» связано с понятием «моя семья», понятие «моя мать» — с понятием «сомнение», а понятие «мой отец» — с понятиями «лечение» и «безопасность», это может указывать на переоценку своего отношения к членам семьи, а также взаимоотношений с ними.

По результатам методики М. Рокича, наименее реализованными терминальными ценностями являются «здоровье», «счастливая семейная жизнь», «счастье других», «жизненная мудрость», «любовь», «развитие», наименее реализованными инструментальными — «аккуратность», «независимость», «честность». Преобладают абстрактные ценности, ценности личной жизни, пассивные ценности, ценности общения, альтруистические ценности, ценности принятия других, ценности непосредственно-чувственного переживания. Таким образом, ценностные ориентации обследуемой связаны с реализацией в семейных, дружеских отношениях. Важным для этого она считает качества личности, связанные с выстраиванием эмоционально-теплых отношений с людьми, взаимопомощью, принятием других. Возможно, такой выбор инструментальных ценностей связан с нахождением на реабилитационном этапе лечения, где большое внимание уделяется формированию коммуникативных навыков, социализации.

По данным методики «Семейная социограмма», выявлено негативное отношение к сводному брату, гражданскому мужу.

Все кружки расположены близко друг к другу, что может указывать на тесный психологический контакт в семье. В рисунке реальной семьи все члены изображены в один ряд, что может указывать на недостаточное дифференцированные отношения в семье. Опору в реальности имеют отец и ребёнок — их кружки изображены «стоящими» на воображаемой горизонтальной линии. Изменения в идеальном варианте свидетельствуют об осознании неудовлетворительных отношений и желании их исправить — желании иметь собственную семейную подсистему отдельно от родительской, причём собственная семья должна играть большую роль, нежели родительская.

Кружки нарисованы достаточно большими, свой кружок пациентка изобразила таким же по размеру,

как и кружки остальных членов семьи, что говорит об удовлетворительной самооценке. Однако отмечено, что собственный кружок в варианте идеальной несколько больше, чем в реальной социограмме. Это может указывать на желание иметь большую значимость в семье.

В социограмме реальной семьи изображена свекровь, что может указывать на потребность, связанную с отношениями с ней. Она изображена и в круге идеальной социограммы. Также в идеальной социограмме нарисованы кружки будущего мужа и второго ребёнка, что может говорить о желании в будущем создать собственную полноценную семью.

Таким образом, по результатам обследования в конце курса реабилитации, выявлены значительные личностные изменения обследуемой. При сохранении мотивов для трезвости (реализованность в семейной жизни), меняется отношение к родственникам, семейным отношениям, отношениям с противоположным полом, что, вероятно, связано с осознанием своих личностных и социальных проблем. Отношение к себе, в отличие от первого обследования, более позитивное, несмотря на чувство вины и эмоциональную нестабильность. Отмечено большее количество актуализированных личностных ресурсов пациентки. Можно заметить, что в результате реабилитационного лечения выросла роль личностных саногенетических механизмов. Личностные проявления, внешне имеющие характер патогенетического процесса (эмоциональная лабильность, слезливость, нарушение режима отделения, негативное отношение к родственникам) могут являться результатом положительных изменений.

Обсуждение

Можно выделить несколько решающих периодов в лечении пациентки на этапе стационарной реабилитации: перед поступлением в клинику; период нахождения на предреабилитационном этапе лечения; период нахождения в домашнем отпуске; период перед выпиской и отъездом в другой реабилитационный центр.

Мотивы лечения пациентки перед госпитализацией были связаны с сохранением жизни и здоровья. Основные мотивы в период нахождения в предреабилитационном отделении были связаны с восстановлением семейных отношений, при этом значимой фигурой выступал зависимый гражданский муж. Относительная эмоциональная стабильность обследуемой после перехода на реабилитацию, вероятно, была связана с закрытостью, неготовностью меняться, сохранением прежних установок. Однако в этот период формировался мотив, связанный с отношениями в терапевтической реабилитационной среде. Его появле-

ние было основано на положительной обратной связи от психологов, консультантов, врачей, пациентов, а также негативной обратной связи, корректирующей и меняющей старые паттерны поведения.

В период нахождения в домашнем отпуске мотивы, связанные с реализацией прежнего поведения, оказались сильнее, что привело к рецидиву заболевания. Это событие сильно изменило отношение обследуемой к различным сферам своей жизни и к самой себе, привело к изменению ведущего мотива лечения и формированию внутренней мотивации на выздоровление.

Эмоциональная нестабильность после возвращения на реабилитацию, возможно, связана с ослаблением психологических защит, необходимостью искать новые способы адаптации. Новые мотивы поведения, связанные с лечением и отношениями в реабилитации, в последующем определили отказ пациентки от выписки и решение продолжать лечение в условиях длительной реабилитации.

Заключение

Таким образом, теоретические предпосылки и анализ единичного случая ещё раз подчёркивает, что зависимость от ПАВ является следствием сочетания биологических, психологических, социальных, духовных факторов. Применяя синергетическую концепцию, можно сделать вывод, что успех в лечении зависит от сочетания стабильно сохраняющихся на протяжении всего лечения саногенетических и патогенетических условий, а также ситуационно обусловленных, связанных с различными, не всегда поддающимися прогнозированию событиями, которые могут оказывать сильное влияние на процесс лечения.

При недостаточной актуализации личностных саногенетических условий необходимо усиливать социально-психологические, а по мере увеличения проявленных внутренних ресурсов личности — постепенно ослаблять влияние социально-психологических.

Внешние обстоятельства и личностные проявления, которые первоначально можно охарактеризовать как негативно влияющие на лечение, в определённых обстоятельствах могут служить саногенетическими условиями заболевания. И, наоборот, поведение пациента, внешне кажущееся признаком выздоровления, может иметь характер патогенетического процесса.

Важными предпосылками активизации личностных саногенетических механизмов, вероятно, является негативная обратная связь, меняющая старые способы поведения, а также позитивные отношения с членами реабилитационной бригады и значимыми другими в процессе реабилитации.

Анализируя динамику лечения на реабилитации с позиции синергетики, можно выделить этапы, отмечающиеся стабильностью, которые, вероятно, связаны с наступ-

лением периода адаптации и характеризуются относительной закрытостью человека к получению новой информации, изменениям сложившихся стереотипов.

Социально-психологические условия реабилитации, а также обстоятельства жизни выполняют триггерную функцию, приводящую либо к возобновлению употребления, либо выходу в ремиссию. Сочетание этих условий можно определить как определённый кризисный этап в динамике заболевания. Признаками таких кризисных периодов является нарушение прежних стереотипов адаптации, ослабление действия психологических защит, эмоциональные колебания, мотивационные кризисы. В эти моменты человеком осуществляется выбор дальнейших действий: реализация привычных зависимых паттернов поведения либо освоение новых способов поведения, связанных с выходом в трезвость.

Сочетание тех или иных патогенетических и саногенетических условий (как личностных, так и социально-психологических) в кризисные периоды является основой формирования ведущего мотива, который в свою очередь, определяет всё поведение пациента в условиях реабилитации. Поэтому важным представляется определение условий реабилитации, которые определённо являются саногенетическими, а также минимизация патогенетических факторов, и увеличение доли саногенетических механизмов.

Список литературы

1. Ананьев В.А., Малькина Я.В., Васильев М.А. Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения: Монография. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. — 171 с.
2. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости: Монография. — М.: МПА, 2001. — 192 с.
3. Валентик Ю. В. Современные представления о зависимости от психоактивных веществ. — www.narcom.ru: русский народный сервер против наркотиков / URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/860> (дата обращения: 27.11.13).
4. Кулаков С. А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ // Наркология. — 2013. — №9. — С. 85—90.
5. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006. — 240 с.
6. Кулаков С.А., Федоряка Д.А. Синергетическая модель супервизии в психотерапии // Психическое здоровье. — 2010. — №3. — С. 26—29.
7. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 2 — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 182—189.
8. Назаров Е.А. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.психол.н. 19.00.11; Ин-т дошкольного образования и семейного воспитания Рос. Акад. Образования. — М., 2000. — 19 с.
9. Сидоров П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения // Экология человека. — 2005. — Т. 3, №10. — С. 27—32.
10. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Йошкар-Ола: Фрактал, 2006. — 313 с.

**SANOGENETIC AND PATHOGENETIC FACTORS
IN THE PROCESS OF REHABILITATION OF PATIENTS DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
(ANALYSIS OF THE INDIVIDUAL CASE)**

SHARYGINA K.S.

clinical psychologist of Association of medical organizations «Bekhterev».

Russia, 197371, St. Petersburg, Koroleva, 48-5. Tel.: 8(812) 744-72-72; e-mail: bechtere@bk.ru

postgraduate student of Department of Clinical psychology and psychological help of the Federal State

Budgetary Institution of Higher Professional Education «Russian State Pedagogical University. Herzen».

Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48.

Tel.: 8 (812) 312-44-92, Fax: 8 (812) 312-11-95; e-mail: mail@herzen.spb.ru

The results of the analysis of sanogenetic and pathogenetic factors in the process of rehabilitation of patients dependent on psychoactive substances are presented. Selected factors are divorced on personal and socio-psychological. Dynamics, and a combination of various factors in the process of rehabilitation treatment is identified. It is shown, that in the process of rehabilitation treatment there are periods of crisis, the most sensitive to the therapeutic intervention, as well as to negative influences. Their prediction, as well as strengthening of the effects of certain socio-psychological sanogenetic mechanisms is one of the conditions for the success of treatment.

Key words: rehabilitation, substance dependence, sanogenetic factors of substance dependence, pathogenetic factors of substance dependence