



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Кафедра медицинской психологии и психофизиологии

Зав. кафедрой
медицинской психологии
и психофизиологии СПбГУ
д.пс.н., профессор
_____ О.Ю. Щелкова

Председатель ГЭК,
д.мед.н, вед. науч. сотр. отделения лечения
пограничных состояний и психотерапии,
ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
_____ А.В.Васильева

Дипломная работа на тему:

***ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР
ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ***

по специальности 030302 - Клиническая психология

специализация: клиническое консультирование и коррекционная психология

Рецензент:
д.м.н., профессор,
руководитель отд. наркологии
НИПНИ им. В.М.Бехтерева
Крупницкий Евгений Михайлович
_____ (подпись)

Выполнила:
Студент 6 курса
Очно-заочного отделения
Мустафина Кристина Альбертовна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
к.пс.н., доцент кафедры
медицинской психологии и
психофизиологии СПбГУ
Трусова Анна Владимировна
_____ (подпись)

Аннотация

Исследовались показатели временной перспективы на выборке наркозависимых в ремиссии, а также взаимосвязь длительности ремиссии с темпоральными ориентациями личности. В исследовании приняло участие 52 пациента городских наркологических диспансеров Санкт-Петербурга. Участникам исследования были предложены методики оценки временных ориентаций (Опросник временной перспективы Филиппа Зимбардо и Семантический Дифференциал Времени), самооценки здоровья (SF-36), оценки компонентов поведения, которое может иметь негативные последствия для здоровья, инструментальный список ценностей методики Рокича, также оценивалось субъективное восприятие течения времени. Помимо общей оценки перечисленных показателей был проведен анализ различий между группами внутри выборки, разделенными в соответствии с этапами течения наркотической ремиссии. Были получены следующие статистически значимые результаты (непараметрическое сравнение выборок, корреляционный анализ). Выделены особенности временной перспективы наркозависимых: наибольшая выраженность ориентаций на гедонистическое настоящее и негативное прошлое и недостаточный вклад ориентаций на будущее и позитивное прошлое. Найдена зависимость факторов (факторы Гедонистическое и Фаталистическое Настоящее) временной перспективы от длительности ремиссии. Вместе с тем, исследование не показало значимых корреляций между сроком отказа от наркотиков и показателями эмоционального отношения к временным блокам, которое оценивалось с помощью методики Семантический Дифференциал Времени. Длительность ремиссии имеет влияние на снижение употребления алкоголя, также обнаружено её влияние на восприятие течения времени. Таким образом, подтверждены данные об особенностях структуры временной перспективы зависимости на примере наркозависимых, также показано, что динамичные изменения структуры временной перспективы имеют некоторые тенденции и могут рассматриваться как факторы длительности ремиссии, а значит, т.н. здорового поведения.

This study examined the relations among measures of time perspective and health behavior. Time perspective was assessed using Zimbardo Time Perspective Inventory, Semantic Differential of Time and measures of individual minute perception, health behavior was assessed by SF-36, self-reports related to health and Rokeach instrumental value survey. Fifty-two ex-drug addicts participated in this study, divided into four groups according to length of remission. There are dysfunctional tendencies of time perspective typical for addicts, approved in this study – overestimation of present hedonistic and past negative TP while future and past positive TP are underrated. Duration of remission was related to present time perspective (both hedonistic and fatalistic) but had no connection with emotional attitude to temporal frameworks. Length of remission was related to more frequent self-reported alcohol use and features of time perception. These findings indicate that time perspective can be considered as indicator of remission course and health-related behaviour.

Содержание:

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
ГЛАВА 1.....	8
1.1 Общие представления о зависимости от психоактивных веществ.....	8
1.2 Современные представления о патогенезе зависимости от психоактивных веществ.....	12
1.3 Зависимость от психоактивных веществ в рамках поведенческого подхода.....	15
1.4 Клинико-психологическая характеристика наркозависимых.....	18
1.5 Реабилитационный процесс. Показатели эффективности реабилитационных программ в России и за ее пределами.....	20
1.6 Ремиссии и рецидивы при синдроме зависимости.....	25
1.7 Понятие временной перспективы и история её изучения.....	27
1.8 Временная перспектива и злоупотребление психоактивными веществами.....	35
1.9 Временная перспектива как инструмент для работы с зависимостью	41
ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования.....	46
ГЛАВА 3. Результаты исследования.....	51
3.1. Общие социальные характеристики и клинико-anamnestические данные больных.....	51
3.2. Характеристики аддиктивного поведения.....	54
3.3. Клинико-психологические характеристики больных – средние групповые результаты экспериментальных методик и тестов.....	57
3.4 Анализ взаимосвязей между полученными данными.....	70
ГЛАВА 4. Обсуждение результатов.....	73
Заключение.....	77
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	85
Приложение 1.....	85
Приложение 2.....	86
Приложение 3.....	88
Приложение 5.....	90
Приложение 5.....	91

Список сокращений

ВНД – высшая нервная деятельность

ВП – временная перспектива

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МНД – межрайонный наркологический диспансер

ПАВ – психоактивные вещества

ПВН – патологическое влечение к наркотику

СДВ – методика Семантический дифференциал времени

DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств)

SF-36 – The Short Form 36 (методика оценки качества жизни)

ZTPI – Zimbardo Time Perspective Inventory (исследовательская методика)

Введение

Девиантное поведение, которое проявляется в употреблении и злоупотреблении веществами, вызывающими состояния измененного психического состояния, психическую и физическую зависимость от них, является одним из наиболее распространенных видов девиантного поведения.

Понятие временной перспективы в настоящее время является объектом множества исследований, продемонстрировавших его высокую значимость во многих аспектах жизни человека. Проведенными ранее исследованиями

показано, что конструкт временной перспективы взаимосвязан с массой важных процессов и структур личности, начиная от мотивации к сохранению здоровья, которая будет подробно рассмотрена в этой работе, заканчивая академической успеваемостью.

Интерес к изучению временной перспективы привел исследователей к большому массиву данных, которых, к сожалению, довольно сложно сопоставить между собой на данном этапе. Причина такой ситуации заключается в отсутствии единой и полной концепции временной ориентации. В исследовании психологического времени существует несколько подходов, объясняющих природу и структуру временной перспективы, каждый из которых внимательно рассматривает разные стороны понятия, что лишней раз показывает его многомерность и сложность.

Проведенное исследование оценивает темпоральные ориентации в рамках подхода Ф. Зимбардо и соавторов, создавших простой, удобный, и вместе с тем функциональный и качественный инструмент для выявления ориентации во времени. В результатах делается акцент на изучении временной перспективы в комплексе, с учетом выраженности равноценно всех временных перспектив, так как изолированный анализ одной временной тенденции может дать не совсем адекватные реальности результаты. Еще одним важным аспектом исследования является оценка эмоционального отношения к временным блокам, что вкупе может выступать ориентиром, вектором для работы психолога с больным.

Важным моментом является то, что исследования, связанные с изучением взаимосвязи временной перспективы и мотивации поведения, связанного либо с поддержанием здоровья, либо с употреблением ПАВ, зачастую проводятся на выборке лиц в возрасте до 25 лет (как правило, студентов). Оба этих показателя (временная перспектива и поведение, связанное с сохранением здоровья) напрямую зависят от возраста. Поэтому особую важность приобретают исследования, корректно отражающие

взаимосвязь этих показателей, на более возрастной выборке испытуемых, в том числе имеющих зависимость от ПАВ.

Детальное внимание к проблеме наркотической зависимости в контексте временной ориентации в перспективе может привести свою лепту в разработке качественно новых реабилитационных и профилактических программ для уже зависимых больных, а также помочь выявить предикторы зависимого поведения для предупреждения зависимости разного генеза.

Целью данного исследования является изучение особенностей временной перспективы личности наркозависимых, находящихся в ремиссии, и влияния временных ориентаций на мотивацию к поддержанию здоровья.

Объект исследования – лица с наркотической зависимостью, находящиеся в ремиссии.

Предмет исследования – особенности темпоральных ориентаций у лиц с наркотической зависимостью и длительности ремиссии, а также мотивации к сохранению здоровья в целом.

Задачи исследования:

1. Изучение особенностей субъективного психологического времени наркозависимых с разной длительностью ремиссии.
2. Изучение особенностей временной перспективы личности у данной категории больных.
3. Изучение взаимосвязи длительности ремиссии и структуры субъективного временного континуума у лиц с зависимостью от наркотиков.
4. Анализ взаимосвязи индивидуально-психологических темпоральных характеристик и компонентов мотивации к сохранению здоровья.

Гипотезы:

- 1) Субъективная ориентация на гедонистическое настоящее связана с поведением, имеющим негативные последствия для здоровья

(несоблюдение режима сна и питания, курение, употребление алкоголя и т.д.).

- 2) Сбалансированная временная ориентация (конструкт временной ориентации, имеющий высокие показатели функциональных ориентаций и низкие – дисфункциональных) характерна для лиц с большей длительностью ремиссии.
- 3) Субъективная ориентация на будущее время связана с сохранением и поддержанием здоровья и сравнительно большей длительностью ремиссии.

ГЛАВА 1

1.1 Общие представления о зависимости от психоактивных веществ

Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности, относится к аддиктивному типу девиантного поведения.

Аддиктивное поведение (от англ. *addiction* — склонность, пагубная привычка) — особый тип деструктивного поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности посредством специального изменения своего психического состояния с помощью различных веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности (Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., 2003; Менделевич В.Д., 2005, 2007).

Люди, склонные к аддиктивному поведению, рассматривают свое психическое состояние как «скучное» и «монотонное», поэтому основным мотивом к такому поведению для них является его активное изменение. Аддикция начинает формироваться тогда, когда стремление к уходу от реальности становится доминирующим, вытесняя все остальное, что приводит к отрыву от реальности. Таким образом, накапливаются нерешенные проблемы, и останавливается личностное развитие. В процессе употребления опьяняющих веществ происходит изменение восприятия мира и себя, вещества постепенно заполняют собой все интересы и ценности человека, что непосредственно влияет на взаимоотношение с обществом (Менделевич В.Д., 2005).

Уход от реальности проявляется в форме бегства, когда вместо нормального гармоничного взаимодействия со всеми аспектами действительности происходит гиперактивация в одном, как правило, деструктивном, разрушительном направлении, в то время как все остальные сферы жизни игнорируются. Анализ взаимодействий индивида с реальностью является основной оценкой девиантного поведения, поскольку

главенствующий принцип нормы – адаптивность – исходит из приспособления по отношению к его окружению (Менделевич В.Д., 2005).

Плохая переносимость трудностей обыденной жизни вкупе с упреками в неприспособленности и отсутствии любви к жизни со стороны близких формируют скрытый комплекс неполноценности, который сменяется гиперкомпенсацией. От заниженной самооценки, внушаемой окружающими, индивиды переходят к завышенной, минуя адекватную. Гиперкомпенсаторная реакция в данном случае выполняет защитную функцию и проявляется в чувстве превосходства над окружающими (Менделевич В.Д., 2005).

Понимание специфики психической деятельности наркозависимых невозможно без пристального изучения неосознаваемых явлений психики, к которым относятся психологические защитные механизмы (Поляк О.Б., 2008). Система психологических защит – это регуляторные механизмы психики, направленные на устранение и сведение к минимуму негативных, травмирующих личность переживаний, сопряженных с внешними или внутренними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта (Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., 2003). Соловова Н.А. (2009) подчеркивает значимость конструкта психологических защит как на доболезненной стадии, так и непосредственно при развитии наркозависимости, а также выделяет его в качестве предиктора успешности реабилитации. В проведенном ею исследовании был подтвержден факт искажения психологических защит наркозависимых в сравнении со здоровой выборкой. В процессе наркотизации формируется специфическая система механизмов психологической защиты, которая в дальнейшем будет препятствовать процессу реабилитации посредством искажения объективной информации о наркотиках, и снижения критики к своему состоянию, так как наркотики обеспечивают легкий, но разрушительный способ совладания с негативным аффектом.

В сравнении со здоровыми людьми обнаружено гипертрофированное функционирование таких защит, как подавление (исключение

неблагоприятной информации), проекция (приписывание негативных характеристик другим людям) и замещение (перенос агрессии на иррелевантный объект), что может говорить о выраженном внутриличностном конфликте и социально-психической дезадаптации. Что интересно, при сопоставлении результатов людей, прошедших реабилитацию и вернувшихся к наркотикам и тех, кто успешно ведет трезвый образ жизни, можно выделить определенные защиты как прогностический маркер – чрезмерная выраженность Реактивного образования (в данном случае, декларируемое следование «высшим социальным ценностям») и Проекции. Показатель разнообразия психологических защит у зависимых людей в целом более низкий, чем у здоровых (Богданова М.Д., Беседина Е.В., 2011).

Базисными характеристиками аддиктивной личности по В.Д.Менделевичу (2005) являются 1) зависимость и 2) стремление к уходу от реальности.

Для клинической диагностики *зависимости* выделены следующие признаки:

1. неспособность принимать решения без советов других людей;
2. готовность позволять другим принимать важные для него решения;
3. готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании собственной неправоты;
4. затруднения начать какое-то дело самостоятельно;
5. готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
6. плохая переносимость одиночества;
7. ощущение опустошенности или беспомощности при прерывании близких связей;
8. охваченность страхом быть отвергнутым;

9. легкая ранимость при малейшей критике или неодобрении со стороны.

Зависимость от ПАВ имеет психологический и (не всегда) физический компонент. Физическая зависимость возникает позже или, при употреблении определенных веществ, может даже не развиваться совсем, это зависит от способности вещества изменять физиологические функции (Сиволап Ю.П., 2012).

Для *физической* зависимости характерна необходимость увеличивать принимаемые дозы во избежание возникновения абстинентного синдрома.

Психологическая же зависимость отличается постоянными или периодическими поисками вещества (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1998). Психологическую зависимость характеризуют следующие особенности: вещество занимает высокое место в системе ценностей индивида; употребление продолжается вопреки всем препятствиям, которые являются осознаваемыми; количество употребляемого вещества превышает планируемое количество дозы; употребление приводит к развитию характерных изменений личности (Сиволап Ю.П., 2012).

Пятницкая И.Н. (2008) выделяет т.н. синдром психического влечения, который включает в себя психическое влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации. Психологическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в его отсутствии, что непосредственно влияет на эмоциональный фон. Достижение комфорта при интоксикации подразумевает скорее избегание дискомфорта, вызванного в первую очередь физиологическими и нейрохимическими сдвигами.

Физическая зависимость в целом относится к числу относительно разрешимых клинических проблем. Психологическая же зависимость фармакорезистентна, что усугубляет проблему (Сиволап Ю.П., 2012). В процессе ремиссии, когда снята острая симптоматика и состояние

удовлетворительно, оказывается, что обсессивное влечение продолжает существовать часто в той же степени выраженности, что и до лечения. Во многих случаях психическое влечение оказывается единственной причиной безуспешности усилий и врача, и самого больного, причиной рецидива (Пятницкая И.Н., 2008).

О патогенетических механизмах синдрома психологической зависимости говорить можно, пока к сожалению, только предположительно. «В части, касающейся влечения, он неизвестен в той же мере, как неизвестны механизмы возникновения и закрепления иных страстных увлечений и привязанностей» (Пятницкая И.Н., 2008).

1.2 Современные представления о патогенезе зависимости от психоактивных веществ

Существует необозримое множество моделей генеза, созданных в зависимости от избранной исследовательской методики, рассматриваемых веществ или классов веществ, а также групп населения. Не существует конкретных теорий генеза для каждой конкретной зависимости. В качестве объяснительного принципа большую распространенность имеет т.н. «*многофакторная модель*», в основе которой, с одной стороны, лежат генетические, нейробиологические и фармакологические причины, а с другой стороны, эпидемиологические, социологические и психологические. При объяснении возникновения зависимости от ПАВ основной является Диатез-стресс-модель (Comer, 1995), которая предполагает, что патологическое поведение является следствием сочетания генетической предрасположенности и воздействия средового стресса (Перре М., Бауманн У., 1998).

К *биологическим* факторам относятся пре-, пере- и постнатальные вредности, способствующие возникновению органической неполноценности структур головного мозга - резидуально-органическое поражение центральной нервной системы.

У всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, имеется общее звено фармакологического действия – это характерное влияние на катехоламиновую нейромедиацию в лимбических структурах мозга, в частности в «системе вознаграждения». Воздействие ПАВ приводит к интенсивному выбросу из депо нейромедиаторов из группы катехоламинов, в первую очередь дофамина, а следовательно – к значительно более сильному возбуждению системы подкрепления. Такое возбуждение нередко сопровождается положительно окрашенными эмоциональными переживаниями. Повторные приемы веществ приводят к истощению нейромедиаторов, которое сказывается на недостаточной реакции системы подкрепления на «нормальный» импульс, что в свою очередь выражается в сниженном настроении и эмоциональном дискомфорте (Анохина И.П., 2013).

Физиологический смысл естественного функционирования «системы вознаграждения» заключается в поддержании пищевого и сексуального инстинктов, определяющих биологическое выживание вида. Хроническая эксплуатация системы приводит к аддиктивной деформации личности наркологических больных. В ходе аномальной эксплуатации естественного физиологического механизма особое значение приобретает деятельность, доставляющая удовольствие, в то время как «невознаграждаемая» деятельность, не находящая мотивационного подкрепления, закономерно регрессирует (Сиволап Ю.П., 2012). Эту гипотезу также подтверждают некоторые исследования, проведенные на животных (Deneau, Yanagita, Seevers, 1969).

Вышеописанный механизм воздействия ПАВ на физиологическом уровне является одним из ведущих, однако, как правило, оно сопровождается расстройствами и других нейрохимических процессов, которые варьируются в зависимости от фармакологического эффекта конкретного наркотического вещества (Анохина И.П., 2013).

Подкрепляющее действие ПАВ имеет положительный и отрицательный компоненты. Положительное подкрепление проявляется в переживании

удовольствия. Положительное подкрепление лежит в основе возникновения первичного влечения. Отрицательное подкрепление определяется способностью ПАВ устранять различные проявления физического или психического дискомфорта. Отрицательное подкрепляющее действие ПАВ лежит в основе вторичного влечения к ним (Сиволап Ю.П., 2012).

Бухановский А.О. с соавторами (2003) особое значение в формировании болезней зависимого поведения придают органической неполноценности ЦНС (различными церебральными заболеваниями, мозговым травмам и другим повреждениям ЦНС), которая способствует слабости тормозных процессов, перевозбудимости, ригидности, застреванию психических процессов.

Отягощенная наследственность (алкоголизм, употребление наркотиков, психические расстройства) относится к факторам риска возникновения аддиктивного поведения (Калиниченко О.Ю., Малыгин В.Л., 2005).

Патогенетические механизмы формирования зависимого поведения описываются в рамках бихевиоральных и психоаналитических теорий (Менделевич В.Д., 2007). В рамках бихевиоральной теории Бухановским (2003) выделяется два вида возникновения зависимого поведения – оперантное научение (регулярное подкрепление формирует устойчивое нарушение в функционировании ВНД) и реактивный импринтинг (чрезмерное по интенсивности стрессовое воздействие возникает в виде острой реакции запечатления необычного переживания, подкрепляемое интенсивной психоэмоциональной реакцией).

За объяснением первичного приема наркотического вещества можно обратиться к теории научения, которая в качестве решающих факторов приводит любопытство и социальное давление. В качестве дальнейших позитивных подкрепляющих стимулов выступает эйфоризирующее воздействие наркотика и приобретаемое социальное признание. С концепцией научения тесно связана гипотеза снижения напряжения, в которой зависимость возникает по причине неумения преодолевать тревогу и

стресс. Известно, что психоактивные вещества оказывают частичное редуцирующее воздействие на тревогу и напряжение (Перре М., Бауманн У., 1998).

1.3 Зависимость от психоактивных веществ в рамках поведенческого подхода

Многие ученые сходятся во мнении, что наркотик оказывается своеобразным компенсирующим фактором, способствующим преодолению человеком имеющихся психологических проблем и дезадаптации. Принимающие психостимуляторы обладают качествами вялости, апатичности, неэнергичности. Наркотические вещества с эйфоризирующим эффектом склонны употреблять лица либо находящиеся в состоянии удрученности, пониженного настроения, с целью снять имеющийся психоэмоциональный дискомфорт, либо люди, пытающиеся вырваться из плена скуки.

По мнению Братуся Б.С., опьяняющее вещество отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, приписываемую действию вещества, что делает его психологически привлекательным (Менделевич В.Д., 2007).

Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990):

Атарактическая мотивация – стремление смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт с помощью ПАВ. К употреблению таких веществ человека подталкивают в первую очередь страх, тревога, депрессия и их разновидности. Возвращение обычного эмоционального состояния и чувства комфорта блокирует необходимость дальнейшего использования вещества. Девиантное поведение при таком типе мотивации может сформироваться по причине частоты употребления: психологическая зависимость переходит в физическую.

Гедонистическая мотивация - стремление повысить свое нормальное (не сниженное) эмоциональное состояние. Гедонистическая направленность является типичной для аддиктивного поведения.

Мотивация с гиперактивацией поведения – стремление вывести себя из пассивности, безразличия и апатии – активизировать себя с помощью химических веществ.

Субмиссивная мотивация – неспособность отказаться от предлагаемого вещества. Неспособность противостоять давлению вытекает из характерологических или личностных особенностей человека (в данном случае ананкастные или зависимые черты).

Псевдокультурная мотивация – стремление быть причастным к определенным культурным кругам, к традициям. Важно не само употребление, а демонстрация этого процесса (Менделевич В.Д., 2005).

Традиционное мнение, что основная притягательная сила наркотического опьянения кроется в эйфории, подвергается критике (Б. С. Братусь, П. И. Сидоров, 1984). Считается, что психологические причины тяги располагаются глубже и заключаются, во-первых, в тех иллюзорных возможностях удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения, и, во-вторых, в тех психологических и социальных условиях, которые толкают человека на этот путь (Менделевич В.Д., 2005).

И. Н. Пятницкая отмечает (1994), что личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности, интеллектуальных интересов, твердых нравственных норм, чувство стадности) и несовершенная адаптация, невыносимость стрессовых ситуаций, склонность к колебаниям настроения.

В качестве *социальных* факторов риска можно выделить микро- и макросоциальные, они чаще упоминаются в литературе, чем остальные, несмотря на то, что единой социально-психологической модели, дающей всеобъемлющее объяснение формирования аддиктивного поведения сегодня нет. Большую роль в объяснении формирования наркотизма сыграли теории,

подчеркивающие важность межличностного общения в распространении той или иной формы поведения. На этой идее базируются эффективные программы профилактики наркомании, особенно среди подростков, так как влияние сверстников в этом возрасте колоссально. То есть, несмотря на общественное отношение к употреблению наркотиков как к разновидности отклоняющегося поведения, при наличии релевантной группы сверстников, одобряющих запрещенные вещества, подросток будет склоняться скорее ко второй позиции, преследуя цели получить социальное одобрение (Цветкова Л.А., 2011).

В своем исследовании Николас Фьюлэйн и Фредерик Мартинез (Fieulaine N. , Martinez F., 2011) подчеркивают важность исследований социального влияния на злоупотребление ПАВ, того, как социальное неравенство может приводить к неравенству здоровья.

Личностные свойства аддиктов: Одна из наиболее значимых проблем девиантного поведения — проблема изучения личности зависимого. Известно, что для них свойственно сочетание противоречивых качеств (Перре М., Бауманн У., 2013).

Аддиктивное поведение часто формируется у лиц с аномалиями характера, причем важна не степень аномалии, а ее тип, преимущественно неустойчивый, эпилептоидный и конформный (Личко А.Е., 1977), либо гипертимный эпилептоидный, неустойчивый и истероидный (Егоров А.Ю., 2003).

Психоаналитическая концепция в качестве факторов возникновения говорит об инфантилизме и нежелании нести ответственность. Инфантилизм в данном случае проявляется в ожидании неограниченного удовлетворения желаний. В психодинамике расстройства преобладают защиты, присущие ананкастной личности: уничтожение сделанного, фантазии о всемогуществе и полном контроле, реактивное образование, а также типичные аддиктивные защиты: отрицание, вытеснение, регрессия (Старшенбаум Г.В., 2006).

1.4 Клинико-психологическая характеристика наркозависимых

Болезненному пристрастию к употреблению психоактивных веществ посвящено необозримое количество исследований. Несмотря на это важнейшие аспекты аддиктивного поведения остаются все еще недостаточно проясненными. По причине различий в теоретических подходах не удается сформулировать единую концепцию одного из ключевых феноменов аддикции – влечения к ПАВ.

В Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-10) одним из диагностических критериев зависимости является непреодолимое желание или компульсивное влечение к употреблению ПАВ. Однако аналогичный критерий отсутствует в DSM-IV, что отражает отсутствие единого подхода в оценке этого феномена (Зобин М., 2012).

В соответствии с МКБ-10 выделены следующие критерии отнесения к синдрому зависимости, которые должны проявляться в клинической картине в течение по меньшей мере одного месяца (или, если менее месяца, то повторно в течение одного года) в количестве трех или более:

- 1) компульсивная потребность приема вещества;
- 2) снижение контроля над потреблением вещества, характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием уменьшить потребление;
- 3) соматический синдром отмены при снижении дозы или прекращении приема, смягчающийся при возобновлении приема;
- 4) повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз, вызывающее необходимость повышения дозы для достижения прежнего эффекта;
- 5) расширение времени, затрачиваемого на добывание психоактивного вещества. Прием и перенесение последствий, сопровождаемое сужением здоровой социальной активности и интересов личности;
- 6) продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2002).

Важно отличать зависимость от злоупотребления. Это разграничение введено в DSM- IV, но отсутствует в МКБ-10. Злоупотребление предшествует зависимости, на этом этапе еще не представлены в развернутой форме все признаки зависимости, а прием вещества не носит систематический характер. Злоупотребление ПАВ наносит вред психическому и физическому здоровью. Степень этого вреда определяется фармакологическими, токсическими и наркотическими свойствами употребляемого вещества, а также особенностями реактивности потребляющего индивида (Сиволап Ю.П., 2012).

Знание критериев злоупотребления ПАВ может быть полезно для клинической оценки ранних форм расстройства. Критерии злоупотребления ПАВ, приведенные Ю.В. Поповым и В.Д. Видом:

1. Дезадаптивный стереотип употребления вещества, ведущий к одному или более вариантам нарушения поведения за последние 12 месяцев:

а) очевидное снижение адаптации в важных сферах социальной активности;

б) повторный прием в ситуациях возможной физической опасности для жизни;

в) повторные конфликты с законом в связи с отклоняющимся поведением, вызванным приемом вещества;

г) прием вещества, несмотря на постоянные межличностные конфликты;

2. Состояние никогда не соответствовало критериям постановки диагноза зависимости по данному классу веществ.

Сам факт употребления ПАВ не является основанием для констатации синдрома зависимости. С синдромом зависимости связаны только патологические мотивы, обусловленные наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к ПАВ. Все другие мотивы употребления психоактивного вещества к синдрому зависимости отношения не имеют (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1998).

Стоит отдельно отметить толерантность к употребляемому веществу. Природа толерантности заключается в том, что после первичного или

повторного употребления наркотического вещества в организме происходит нейроадаптация, нацеленная на поддержание гомеостаза (Перре М., Бауманн У., 1998). Наиболее интересным типом толерантности является психическая, она наиболее характерна для лиц с опиоидной зависимостью. Под страхом развития абстинентного синдрома («фобия отмены») пациенты употребляют вещество с меньшим интервалом между приемами, или в большем количестве. Таким образом, этот психогенный механизм приводит к стремительному развитию психической толерантности к наркотику (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2005).

1.5 Реабилитационный процесс. Показатели эффективности реабилитационных программ в России и за ее пределами

Реабилитационный процесс включает в себя медицинские, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, образующие единый комплекс и осуществляющиеся в различных по структуре и ведомственной принадлежности учреждениях. Как правило, медицинский этап реабилитации проводят в стационарных отделениях наркологических диспансеров, медико-психологический этап — в специальных реабилитационных отделениях этих учреждений (Шайдукова Л.К., 2013).

В США и во многих западноевропейских странах наиболее часто оказываемыми терапевтическими услугами при лечении наркотической зависимости являются амбулаторная замена метадонотерапией и стационарные терапевтические «сообщества», они же группы самопомощи (Перре М., Бауманн У., 1998). Мировой опыт показывает, что реабилитация по программе «12 шагов» является наиболее эффективным методом. На идее альянса профессиональных специалистов — врачей, психологов и консультантов 12-шаговой программы основаны подходы к реабилитации в Московском НПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, в Городской наркологической больнице Санкт-Петербурга - реабилитационная программа "12+" (Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013).

Перед реабилитационной работой стоят задачи устранения физической и подавления психологической зависимости, восстановления биологической и социальной адаптации, развития устойчивости к повторному употреблению наркотика (Катков А.Л., 2002). Реабилитационная работа проводится в следующих направлениях: терапия реабилитационной средой и занятостью (создание улучшенной микросреды, в том числе и трудовой); групповая и семейная психотерапия (обсуждение проблем созависимого поведения и оптимальных механизмов поддержки); тренинги (как правило, направленные на социализацию и профессиональную ориентацию); индивидуальная психотерапия (дестигматизация наркозависимости, работа над возвращением в обычную среду, моделирование поведения при столкновении с пронаркотическим окружением и проч.) (Шайдукова Л.К., 2013). Продолжительность программы для стационарных учреждений сейчас составляет около 3-х месяцев (ранее было около 6-ти месяцев с возможностью уменьшения или увеличения этого срока в зависимости от индивидуальных особенностей).

В последние десятилетия мировым стандартом долгосрочной реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ стала реабилитация в центрах, функционирующих по принципам терапевтического сообщества, где в условиях совместного проживания и совместной деятельности персонала и пациентов наркозависимые осваивают нормативный способ жизни. Терапевтическое сообщество предполагает отказ от сочувствующей опеки и авторитаризма, и акцент на партнерском сотрудничестве персонала и участников.

Развитие амбулаторной реабилитации, в свою очередь, менее затратно и экономически выгодно за счет исключения расходов на содержание пациентов. Амбулаторный вариант реабилитации не предполагает полной изоляции наркозависимого от общества и отрыва от семьи, учебы, работы и других социальных связей, что снимает проблему "процесса возвращения" в общество. При прочих равных условиях и прежде всего для социально

сохранных больных наркологического профиля, амбулаторные формы реабилитации более предпочтительны, чем стационарные (Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013). Для обеспечения комплексного решения проблем пациентов наркологического профиля и создания условий, максимально приближенных к условиям функциональной семьи и социума, по мнению авторов, целесообразно широкое внедрение метода терапевтического сообщества. Повышение качества ремиссии наркозависимых также требует мультидисциплинарности врачебной команды, что подтверждает опыт сотрудничества ярославской наркологической службы с Тромбос Институтом Голландии (Валентик Ю.В., Мельников В.Ф., Волков А.В., Мальшакова М.С., 2003).

Сегодня одной из ключевых задач государственной антинаркотической политики, направленной на снижение спроса на наркотики и улучшения криминогенной обстановки, является создание национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркозависимых, которая позволила бы системно осуществлять возврат в социум лиц, отказавшихся от употребления ПАВ. В отечественной научной литературе наблюдается дефицит описания опыта реально функционирующих программ реабилитации для лиц, злоупотребляющих ПАВ (Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А., 2013).

Опыт реабилитационных программ в стационарных условиях постепенно растет, однако в социально-психологической реабилитации в амбулаторных условиях еще существует большое поле для деятельности. Для реабилитации в амбулаторных условиях можно выделить ряд критериев, наличие которых может оценивать как предиктор успешности: высокая мотивация и желание участвовать в программе, отсутствие выраженной психической патологии, наличие семьи и поддержки значимых людей (Валентик Ю.В., Мельников В.Ф., Волков А.В., Мальшакова М.С., 2003). Свое исследование авторы Гайнуллина Э.Н., Янгуразова З.А, и Хисамутдинов Р.А. (2013) посвятили поиску факторов, способствующих более эффективной

реабилитации: решающим фактором для 89.7 процентов опрошенных стало принятие решения о прекращении употребления наркотиков. Что интересно, информационно-разъяснительная работа специалистов мед. учреждений побудила лишь 1.8 процента респондентов. Более эффективным оказалось убеждение семьи и близких (74.5%), и общение с человеком, успешно прекратившим употребление наркотиков (67.9%).

Немаловажное значение для реабилитационного процесса имеет социальное окружение наркозависимого. Возвращение в привычное окружение после реабилитационного процесса часто повышает риск возникновения рецидивов (Старшенбаум Г.В., 2006). Известно, что психологическое влечение может погаснуть, при появлении нового сильного увлечения чем-нибудь (не наркотиками), что приводит к возникновению положительного эмоционального насыщения. При неприятных переживаниях, не связанных с наркотизацией, психологическая тяга усиливается, так же как и при включении условнорефлекторных механизмов: при встречах с людьми, в компании которых происходила наркотизация, при посещении мест приема наркотиков, в разговоре на тему наркотиков (Пятницкая И.Н., 2008).

В современном информационном поле с его широкими возможностями одним из потенциально новых способов для помощи употребляющим наркозависимым/наркозависимым в ремиссии может стать интернет-консультирование. Внедрение информационных технологий может позволить с одной стороны повысить эффективность поисковой деятельности лицам, стремящимся к получению наркологической помощи, с другой стороны – обеспечить эту группу населения психологической, юридической и социальной информацией.

Тетенова Е.В., Надеждин А.В. и Колгашкин А.Ю. (2010) исследовали возможности внедрения интернета в область поддержки наркозависимых и, главное, оценивали степень необходимости этого инструмента. Анонимность, характерная для интернет-пространства, в данном случае позволяет клиентам

получить первичную помощь без личного обращения за реальной медицинской помощью, что может стать своего рода дополнительным аргументом в пользу обращения за реальной помощью. Такая консультация может выполнять широкий спектр функций: информировать о ближайших адресах стационаров, реабилитационных центров (наличие которых в настоящее время не является широко известным фактом), родственникам наркозависимых онлайн-консультация может помочь узнать, каким способом можно помочь близкому человеку. Другими исследованиями было подтверждено, что отсутствие конкретных знаний о том, какие действия нужно предпринять и кто может оказать помощь, являлось препятствием на пути преодоления зависимости, что говорит о слабой организации информационно-просветительской деятельности (Гайнуллина Э.Н., Янгуразова З.А, Хисамутдинов Р.А., 2013).

Структура информационных запросов потребителей наркотиков и их близких позволяет увидеть некоторые ранее скрытые тенденции, отражающие их социальное поведение, отдельные психологические особенности и даже определенные медицинские факты, касающиеся наркологических заболеваний (Тетенова Е.В., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., 2010).

Подводя итог, можно согласиться с Брюном Е.А. и соавторами (2013) в том, что необходимо продолжить разработку теоретических и организационно-методических основ реабилитации, поиск новых форм наркологической помощи, обеспечивающих работу с преморбидной дефицитарностью пациента наркологического профиля, а накопленный в стране опыт по этому вопросу нуждается в обобщении, систематизации и оценке эффективности.

1.6 Ремиссии и рецидивы при синдроме зависимости

Основным показателем успешности лечения синдрома зависимости является стойкость, длительность и качество достигаемых ремиссий. Однако

четких терминологических границ понятия ремиссия и в особенности её этапов течения, на данный момент нет, ввиду отсутствия общего методологического подхода и систематизированных научных наблюдений.

«Ерышев О.Ф. (1998) определяет ремиссию при алкогольной зависимости, как динамическое состояние, на всех этапах течения которого важнейшим признаком является степень риска рецидива, зависящая как от клинических характеристик болезни, так и от личностных и социально–психологических факторов» (Винникова М.А., 2009).

Что касается точки начала отсчета ремиссии и этапов ее формирования (перехода из одного этапа в качественно другой), единого взгляда на эту проблему нет, вопрос остается по-прежнему открытым. Существует два взгляда на момент начала ремиссии: одни авторы считают, что она наступает непосредственно после прекращения употребления ПАВ, другие же убеждены, что от момента непосредственного прекращения употребления ПАВ должно пройти около 3-4 недель.

Основанием для второй точки зрения является тот факт, что такой срок требуется для максимального снижения постинтоксикационной симптоматики, на протяжении которого выравниваются психическое и соматическое состояние. «Если отсчет ремиссии вести с более ранних этапов, то вполне возможно формирование ошибочного мнения, когда за ремиссию принимаются кратковременные интермиссии, связанные с различными факторами (социальными, биологическими, соматическими)» (Винникова М.А., 2009).

В процессе реабилитационного периода важными считаются соответственно 1 месяц отказа от ПАВ (как точка отсчета ремиссии как таковой) и критические периоды в 3 и 6 месяцев (Карловская И.Ф., 2011). В проведенном нами исследовании все участники будут разделены на группы в соответствии с вышеупомянутыми временными рамками.

Немаловажным будет упомянуть статистику рецидивов во время реабилитационного периода наркотической зависимости, так как показатели

длительной ремиссии в настоящее время встречаются очень редко. В лонгитюдном исследовании, проведенном Винниковой М.А. (2009) получены следующие результаты: 68% рецидивов отмечено в период 1-6 месяцев, из которых две трети случаев состоялись в срок до 3 месяцев. В последующем частота рецидивов прогрессивно уменьшалась: до 1 года рецидивы наблюдались у 6,8%, до 3 лет – у 2,2%, до 5 лет – у 1% пациентов.

Исследователи также выделили факторы, способствующие актуализации влечения и развития рецидива, которые условно разделены на 3 группы:

Биологические: обострение патологического влечения к наркотику (ПВН), вызванное спонтанным повышением уровня дофамина, которое имеет корреляцию с уровнем ПВН, однако не имеет какой-либо закономерности, позволяющей предугадать критический момент. Такой феномен называется «сухой абстиненцией», он характеризуется временным проявлением признаков абстинентного синдрома – боли, бессонницы, тревожности, раздражительности (Анохина И.П., 2013); возраст (чем ниже возраст начала употребления ПАВ, тем менее благоприятны прогнозы относительно рецидивов); личностные особенности; длительность зависимости и наличие соматических последствий злоупотребления; проведение лечебных мероприятий (фармакотерапия).

Индивидуально-психологические: установка на лечение (степень ее сформированности), критика к собственному состоянию и мотивация к сохранению здоровья.

Средовые: возвращение в прежнюю компанию; внутрисемейные конфликты, высокие требования со стороны ближайшего окружения; низкая трудовая занятость или конфликты на работе.

При этом, каждая категория факторов может иметь больший или меньший вес в зависимости от того, на каком этапе в данный момент человек. Чем дольше и стабильнее ремиссия, тем дальше отходят на второй план факторы индивидуально-психологического и средового характера, в такой

ситуации спровоцировать рецидив может в основном биологическое влияние. Психологический и социальный факторы играют определенную роль при сравнительно небольшой ремиссии.

1.7 Понятие временной перспективы и история её изучения

Проблема психологического времени – одна из интереснейших и пока что недостаточно разработанных в психологии. «Проблема временной перспективы занимает сегодня особое место в психологических исследованиях человеческого поведения, мотивации личности, когнитивных аспектов Я-концепции, динамических параметров. Изучаются разнообразные характеристики и параметры временной перспективы» (Квасова О.Г., 2012).

Согласно сложившейся научной традиции, личность представляет, осмысливает, организует себя во времени и выстраивает собственную временную перспективу как обобщенный образ жизни. Представление себя во времени позволяет анализировать опыт прошедших событий, раскрыть смысл настоящего момента, выстраивать цели и планы на будущее (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р., 2009).

Категорию будущего как совокупность целей, к которым нужно стремиться впервые ввел А. Адлер. «Совершенство» он видел главной целью развития. Его идеи о целевой детерминации психической жизни оказали мощное влияние на развитие этой области. Целевую детерминацию продолжил развивать Г.Олпорт, он развивал идеи о влиянии ожиданий и планов на актуальное мышление (Мандрикова Е.Ю., 2008).

В. Франкл высказывался о значимости целей в жизни человека, они создают опору и придают жизни смысл. Созданная им логотерапия направлена именно на поиск того, что придаст жизни смысл и избавит человека от невроза и экзистенциального вакуума (Мандрикова Е.Ю., 2008).

Немаловажным для исследования психологического времени стал термин личностного конструкта, предложенный Дж.Келли, который представляет собой репрезентацию мира, благодаря которому человек

способен прогнозировать события в будущем. В данном случае внимание уделяется в основном будущему времени, однако посредством этой перспективы регулируется поведение в настоящем (Мандрикова Е.Ю., 2008).

В отечественной психологии к проблемам психологии времени обращались Л.С.Рубинштейн, А.Н.Леонтьев, М.К.Мамардашвили, К.А.Абульханова-Славская, Н.Н.Толстых, М.М.Бахтин и другие. Л.С.Рубинштейн исследовал жизненный путь человека и в контексте него – временную перспективу. Она рассматривалась им также в контексте самодетерминации. Сергей Леонидович в будущем видел поле возможностей для их потенциального развития. В культурно-исторической традиции и в работах С.Л.Рубинштейна и Б.Г.Ананьева подчеркивается большое значение для временной перспективы принятия индивидом тех или иных ценностей. Рубинштейн также настаивал на исследовании личности в единстве ее структуры и динамики, сквозь призму пространственно-временной картины жизни в объективном и субъективном значении (Мандрикова Е.Ю., 2008).

Понятие временной перспективы в психологию было введено Куртом Левиным. Он определил её как «всеобщность взглядов индивида на его психологическое будущее и психологическое прошлое, существующее в данное время». Самостоятельным предметом исследования временная перспектива стала благодаря Л.К.Франку (Фрэнку) и его публикации в 1939 году (Мандрикова Е.Ю., 2008).

Левин выделил во временной перспективе зоны настоящего, ближайшего и отдаленного прошлого и будущего. Им были выделены этапы онтогенетического развития временной перспективы: от полного отсутствия временного измерения в жизни новорожденного до дифференцированных уровней ближайших и отдаленных зон прошлого и будущего на всех уровнях реальности в более зрелом возрасте. К.Левин предполагал, что мысли и эмоции о прошлом или будущем могут влиять на действия, размышления в настоящем (Сырцова А., 2008).

В рамках мотивационного подхода, основоположником которой является Ж.Нюттен, временная перспектива рассматривается во взаимосвязи с потребностно-мотивационной сферой личности. Представители этого подхода подчеркивают регулятивное значение временной перспективы (Савлакова Н.М., 2010). Временная перспектива рассматривается как мотивационное образование, влияющее на поведение человека (Сырцова А., Нюттен Ж., 2008, 2004).

Нюттен разграничил собственно временную перспективу, временную ориентацию и временную установку. Под *временной перспективой* понимается последовательность событий, представленная в сознании человека. Временной перспективе, как и пространственной, он приписывал характеристики протяженности, глубины и насыщенности (Савлакова Н.М., Нюттен Ж., 2010, 2004). *Временную установку* по отношению к модусам времени он определял как позитивную или негативную настроенность, а *временную ориентацию* – как направленность поведения на объекты или события определенного модуса времени.

В качестве единицы анализа выступает временная интеграция, которая отражает восприятие человеком связей между действиями в настоящем и событиями прошлого или будущего (Нюттен Ж., 2004).

В.Ленсом (1982) были выделены когнитивный и динамический аспекты временной перспективы. Под когнитивным аспектом он понимал способность предвосхищать отсроченные последствия, а под динамическим – способность приписывать высокую ценность и значимость отдаленным целям.

В рамках причинно-целевой концепции (Головаха Е.И., Кроник А.А., 1984) в качестве проблемы исследования выступают особенности отражения и оценивания человеком своей жизни. Единицей анализа психологического времени в данном случае является межсобытийная связь. Авторы выделяют причинные (причина - следствие) и целевые (средство – цель) отношения, которые представляют два противоположных по своему направлению типа

межсобытийных связей. Связи между событиями разных временных периодов бывают трех типов – реализованные, актуальные и потенциальные. Межсобытийные связи позволяют изучать такие феномены, как инверсия удаленности (рассогласование хронологической и психологической удаленности событий), временные децентрации (отделение личного временного центра от момента хронологического настоящего и перенос этого центра в любой иной момент прошлого или будущего), насыщенность и продуктивность жизни (Савлакова Н.М., 2010).

Представителем типологического подхода к изучению временной перспективы является К.А.Абульханова-Славская. В типологическом подходе выделяются разные типы людей, отличные отношением ко времени, организацией и структурированием жизненного пути и своего времени (Сырцова А., 2008). Временная перспектива здесь рассматривается с точки зрения ее регулятивных возможностей. В основе концепции К.А.Абульхановой-Славской лежит трехкомпонентная структура психологического времени: осознание, переживание и практическая организация времени. Для описания временного модуса были выделены понятия жизненной позиции, линии и перспективы. *Жизненная перспектива* часто сопоставляется с временной, и в данной концепции разделяется на психологическую, личностную и собственно жизненную перспективы. *Психологическая* перспектива определяет способность сознательно и достаточно детально строить жизненные планы. Способность мысленно предвидеть будущее и готовность к нему характеризуется *личностной перспективой*. В свою очередь, *жизненная перспектива* представляет собой существующий ресурс личности, её потенциал, заложенный ее прошлым опытом, уровнем развития и способностями (Савлакова Н.М., 2010).

Методический инструмент для выявления основных временных ориентаций личности предложил и описал Ф.Зимбардо (1997). Временная перспектива рассматривается им как ситуационно детерминированный процесс и в то же время как относительно стабильная индивидуальная черта.

По мнению Зимбардо существуют тенденции акцентироваться на одном из времен, на контрасте с которыми выделена сбалансированная временная ориентация, позволяющая гибко перемещаться между прошлым, настоящим и будущим (Мандрикова Е.Ю., 2008).

Определение временной перспективы. Существует большое количество работ, посвященных временной перспективе, она изучается в связи с социокультурными и половозрастными факторами, развивается изучение связи временной перспективы и образа жизни человека. Временная перспектива изучается как компонент личностной регуляции жизненного пути, как источник самоопределения и т.д. (Петракова Т.И., 2011). Однако, разрозненность и отсутствие проработанных теорий, обеспечивающих единый контекст методологических и методических разработок данной проблемы, не позволяет сопоставить результаты всех исследований, проанализировать сам феномен временной перспективы и построить общие выводы (Мандрикова Е.Ю., 2008).

В области исследования данного конструкта существует путаница в понятиях, несогласованность в определении временных границ перспективы, в выделении компонентов временной перспективы (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р., 2009). Множество определений временной перспективы отражают разнообразие подходов и методов оценки, что сказывается на отсутствии единой концепции, объясняющей феномен.

В одном литературном обзоре (McGrath, Kelly, 1986) представлено 211 подходов к конструкту временной перспективы. Одни авторы фокусируются на эмоциональной валентности прошлого или будущего, другие – на временной доминантности, пребывании в прошлом или будущем, третьи изучают временную соотнесенность прошлого, настоящего и будущего и т.д. (Митина О.В., Сырцова А., 2008).

В целом можно выделить несколько общих характеристик:

- это взгляды человека на его психологическое будущее и прошлое, существующие в данный момент времени и определяющие его поведение;
- процесс отнесения событий к определенным хронологическим рамкам, это инструмент для структурирования жизни человека;
- временная перспектива характеризуется наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов;

Л.И.Вассерман, Е.А.Трифорова и К.Р.Червинская указывают на большое значение смыслового единства прошлого, настоящего и будущего для целостности личности.

Временная перспектива включает в себя три компонента: когнитивный, эмоциональный и социальный. Формирование временной перспективы зависит от культурных ценностей, типа образования, модели семьи, социоэкономического статуса, экономической и политической ситуации, наличия в опыте субъекта травматических событий и персональных успехов (Голубев А.М., Казачанская М.Г., 2009).

Также стоит упомянуть о методологической основе исследования временной перспективы. Систематических исследований временной перспективы и временных ориентаций не так много (Сырцова А., 2008). Они (исследования) фокусируются в основном на ориентации на будущее, либо на изолированной временной ориентации. Исследуются содержания мыслей о будущем, количество надежд и страхов, степень детализации будущих событий. Оценивается характер размышлений о будущем, позитивный или негативный. Широкий спектр вопросов, изучаемых в этой области, также говорит об отсутствии единой согласованной концепции измерения и изучения ориентации на будущее (Митина О.В., Сырцова А., 2008). Исследованию временных рамок прошлого посвящено крайне малое количество исследований.

В настоящее время проблема временной перспективы активно развивается Филиппом Зимбардо в сотрудничестве с Дж.Бойдом и Гонзалесом. Согласно их концепции временная перспектива представляет собой

бессознательный процесс организации жизненного опыта во временные категории, которые позволяют упорядочить события и их значения (Зимбардо Ф., Бойд Дж., Митина О.В., Сырцова А., 2010, 2008).

В структуре временной перспективы Зимбардо и Гонзалес выделили пять временных ориентаций:

- *Негативное прошлое* – отрицательное и пессимистичное отношение прошлому. Часто это смесь реально происходивших неприятных событий и их негативной реконструкции.
- *Позитивное прошлое* – сентиментальное и ностальгическое отношение к прошлому.
- *Фаталистическое настоящее* – беспомощное отношение к жизни и будущему. Убежденность в безнадежности и бесконтрольности жизни, управляемой исключительно извне. Такой человек верит в судьбу и полностью ей подчиняется.
- *Гедонистическое настоящее* – ориентация на удовольствие «здесь-и-сейчас» без учета дальнейших последствий. Для такой ориентации характерны постоянный поиск удовольствия и избегание боли. Такое поведение определяется импульсом и эмоциями.
- *Будущее* – ориентация на цели и вознаграждения в будущем. Такая ориентация характеризуется наличием планов и целей, и поведением, направленным на их осуществление (Зимбардо Ф., Бойд Дж., Сырцова А., Ясная В.А., Замуруева И.И., 2008, 2010, 2012).

На основе выделенных временных ориентаций Ф.Зимбардо с соавторами описали сбалансированную временную перспективу – психологический конструкт, связанный с гибким переключением между размышлениями о прошлом, настоящем и будущем, в зависимости от ситуативных требований, ресурсов, личностных и социальных оценок. Людей с такой временной ориентацией отличает сбалансированная репрезентация прошлого опыта, желаний настоящего и представлений о будущем. Другими

словами, для человека со сбалансированной временной перспективой характерны положительное отношение к прошлому, полноценная жизнь (получение удовольствия от настоящего) в актуальный момент и фокус на будущем. Например, человек может фокусироваться на упорной подготовке к сдаче экзамена, затем отметить получение отличных оценок и насладиться временем, которое он может провести с семьей после сессии. То есть, сбалансированная временная перспектива позволяет переключаться между временными модусами в зависимости от задач, внешней ситуации и внутренних ресурсов (Garcia J.A., Ruiz B., 2015).

Она считается оптимальной с точки зрения психологического и физического здоровья, а также функционирования индивида в обществе. Оптимальным соотношением временных ориентаций считается высокие баллы по шкалам позитивное прошлое и будущее, средний балл по шкале гедонистическое настоящее и низкие баллы т.н. дисфункциональной ориентации - по шкалам негативное прошлое и фаталистическое настоящее (Сырцова А., 2008). Авторы подчеркивают важность совокупного баланса временных ориентаций (не изолированной одной ориентации, вырванной из структуры).

Однако возможен дисбаланс временных ориентаций личности. Когда человек при принятии решения часто склоняется к использованию одного и того же временного континуума, это говорит о дисбалансе временной перспективы (Abby L.V., Henson J.M., 2015). Одни ориентации могут быть чрезмерно выражены по сравнению с остальными, что приводит человека к искажениям целостной временной перспективы. Несмотря на фактор наиболее выраженной временной ориентации, чем ярче проявляется дисбаланс (чем больше разница в показателях), тем выше акцентуация временной перспективы и усиление ее негативных свойств. При лидирующей позиции ориентации на будущее время и при наличии большой разницы между ней и ориентацией на гедонистическое настоящее, человек может быть неспособен получать удовольствие от обыденных вещей, несмотря на

то, что ориентация на будущее объективно считается благоприятным фактором (Голубев А.М., Казачанская М.Г., 2009).

Дисбаланс во временной перспективе проявляется в недостаточной способности к прогнозированию, импульсивности, неспособности откладывать немедленное вознаграждение, стремлении к новым ощущениям и склонности к риску. Подобное рассогласование создает предпосылки для формирования отклоняющегося поведения (Ясная В.А., Замуруева И.И., 2012).

Временная перспектива рассматривается как одновременно стойкая черта человека, формирующаяся на протяжении всей жизни, так и изменчивая. Конструкт временной перспективы может меняться в зависимости от внешних ситуаций, особенно, если они имеют большое значение для человека. Стрессы, болезни, жизненные кризисы часто могут приводить к тому, что люди замыкаются в настоящем или уходят в прошлое (Савлакова Н.М., 2010). При этом, временная ориентация является относительно стабильной диспозициональной характеристикой (Голубев А.М., Казачанская М.Г., 2009).

1.8 Временная перспектива и злоупотребление психоактивными веществами

Временная перспектива заслуживает отдельного внимания при рассмотрении самоконтроля, крайне значимого в рамках злоупотребления ПАВ, так как решение, которое основывается на балансе между быстрыми и отсроченными последствиями – центральный компонент саморегуляции. Здоровое поведение, в свою очередь, предполагает постоянную дилемму выбора между временными рамками «сейчас» и «потом»: мгновенные преимущества и жертвы в будущем, либо мгновенная «плата» с пользой в перспективе. Это один из механизмов воздействия временного конструкта на поведение, связанное со здоровьем. Таким образом, ориентация на будущее и стремление испытать новые яркие эмоции и впечатления, то есть, ориентация

на гедонистическое настоящее, это в некоторой степени индикаторы поведения, связанного со здоровьем (Fieulaine N., Martinez F., 2011). Существуют данные, что на злоупотребление ПАВ временная перспектива влияет не в одиночку, но во взаимодействии со стремлением к контролю. Исследователи (Fieulaine N., Martinez F., 2011) пришли к выводу, что высокие показатели по фактору настоящего гедонистического времени и высокие показатели стремления к контролю с одной стороны, и низкие показатели настоящего гедонистического и высокие показатели стремления к контролю – в равной степени наиболее уязвимые профили для злоупотребления ПАВ. Иные сочетания не настолько опасны: высокие показатели стремления к контролю поддерживают защитную функцию ориентации на будущее при ее достаточной выраженности.

Проведенные исследования, изучающие связь временной перспективы и злоупотребления ПАВ, показали, что одни временные ориентации могут выступать защитными факторами для здоровья, а другие – потенциально опасными.

Подтвержден факт наличия взаимосвязи здорового поведения и временной перспективы. Так, например, привычки лиц с наиболее выраженной ориентацией в будущее время отличают наличие спорта, использование ремней безопасности, профилактические осмотры врача и использование контрацептивов. Для них же менее выражено поведение, которое может иметь негативные последствия для здоровья: курение, употребление алкоголя, наркотиков. Исследования показали, что молодые люди, ориентированные на получение удовольствия в настоящем, дают неадекватные оценки последствиям таких пагубных привычек, как курение, алкоголь и наркомания (Савлакова Н.М., 2010).

При этом интересно заметить, что именно временная перспектива влияет на «здоровое» поведение, а не наоборот (Abby L.V., Henson J.M., 2015). Временная перспектива также играет важную роль при выборе досуга, то, как человек воспринимает и понимает время, является ключевым

компонентом планирования свободного времяпрепровождения (Garcia J.A., Ruiz B., 2015).

Разработка методов оценки временной перспективы положила начало практическим исследованиям ее роли в функционировании личности (Трусова А.В., Климанова С.Г., Киселева А.С., 2013). Одним из направлений исследований психологического времени является изучение связи между временной перспективой и употреблением ПАВ. Исследования, описывающие взаимосвязь временной перспективы и мотивационной сферы (в данном контексте мотивации сохранения здоровья) личности крайне немногочисленны (Трусова А.В., Климанова С.Г., Киселева А.С., 2013). В исследованиях, связанных со здоровьем, ориентация на прошлое среди взрослых людей не показала каких-либо значимых корреляций с поведением человека, поэтому основное внимание исследователей направлено на настоящее и будущее (James M., Henson, Michael P. Carey, Kate B. Carey, Stephen A. Maisto, 2006).

Исследование временной перспективы в данном русле психологии является перспективным компонентом лечения и профилактики зависимости от ПАВ. Некоторые исследования установили, что на поведение, связанное с сохранением здоровья, могут воздействовать компоненты временной перспективы (Митина О.В., Сырцова А., Kelli A. Keough, Philip G. Zimbardo, John N. Boyd, 2008, 1999). Низкие баллы по фактору Будущего времени коррелируют с злоупотреблением ПАВ,. В то время как настоящее гедонистическое – наиболее часто встречающаяся временная ориентация среди зависимых лиц.

Проблему существующих программ, направленных на ознакомлении людей с последствиями нарко- и алкогольной зависимости, многие авторы видят в преобладающей гедонистической ориентации, которая не позволяет потенциальным больным трезво оценить последствия поступка в настоящем. Однако, рассматривая конструкт временной перспективы в его целостности, нельзя полностью исключить наличие ориентации на настоящее время.

Ориентация на настоящее, необходимость которой зачастую подчеркивается в реабилитационных программах наркозависимости в девизах «Трезвость сегодня», не исключает ориентации на будущее время, но здесь крайне важен баланс, и коррекция структуры темпоральных ориентаций – новое и перспективное направление для помощи наркозависимым.

В исследованиях взаимосвязи физического, психического здоровья и временной перспективы мы видим важность баланса между положительным отношением к прошлому, ориентацией на будущее и получением удовольствия в настоящем времени (Трусова А.В., Климанова С.Г., Киселева А.С., 2013).

Согласно главенствующей биопсихосоциальной концепции формирования наркозависимости, подталкивает к употреблению ПАВ множество факторов, от влияния окружающей среды до личностных черт. По мнению Зимбардо, временная перспектива является важной личностной характеристикой, которая может быть полезна для полного понимания динамики развития зависимости от ПАВ (Kelli A. Keough, Philip G. Zimbardo, John N. Boyd, 1999). Поведение, связанное со здоровьем представляет собой выбор между безотлагательным удовлетворением актуальной потребности и отсроченной пользой. Временная перспектива имеет непосредственное влияние на принятие этого решения (Nicolas Fieulaine, Frederic Martinez, 2011).

В исследовании, проведенном А.В.Трусовой, С.Г.Климановой и А.С.Киселевой (2013) изучалась взаимосвязь характеристик временной перспективы и поведения, приводящего к негативным последствиям для здоровья. Была установлена связь ведущих временных ориентаций и «здорового» поведения. Были выделены такие взаимосвязи:

1. Временные перспективы негативного прошлого и фаталистического настоящего наблюдались у респондентов, чья физическая активность ограничивается состоянием здоровья, в связи с чем они часто испытывали ощущение утомления и

негативные переживания, связанные с депрессивными и тревожными переживаниями. Эта группа наиболее неблагоприятна с точки зрения злоупотребления алкоголем, что было подтверждено в исследовании.

2. Временные перспективы позитивного прошлого и гедонистического настоящего проявлялись у испытуемых, на повседневную активность которых не влияло их состояние здоровья. Они отличаются беспечной установкой к жизни в целом, это проявляется и в ностальгическом, излишне положительном отношении к прошлому, так и в стремлении испытать удовольствие в настоящем.
3. Временная ориентация на будущее в сочетании с восприятием настоящего как конструируемого и изменяемого индивидом сочетается с общей направленностью на будущие цели. Эта группа испытуемых склонна полностью отказываться от употребления алкоголя и испытывает минимальные ограничения состояния здоровья на повседневную активность.

Ориентация на настоящее может говорить о поведении, потенциально угрожающем здоровью. Существует положительная корреляция между ориентацией на настоящее и злоупотреблением ПАВ (Wills, Sandy, Yaeger, 2001). Было обнаружено, что наркозависимые более ориентированы на гедонистическое и фаталистическое настоящее и значительно менее на будущее (Зимбардо Ф., Бойд Дж., 2010). Также известно о влиянии на мотивацию сохранения здоровья ориентации на будущее: высокая ориентация на будущее коррелирует с низким уровнем рискованного поведения (James M., Henson, Michael P. Carey, Kate B. Carey, Stephen A. Maisto, 2006). Можно сказать, что между ориентацией на будущее и злоупотреблением ПАВ выявлена обратная корреляция (Зимбардо Ф., Бойд Дж., Голубев А.М., Казачанская М.Г., 2010, 2009).

В исследовании взаимосвязи временной перспективы и употребления ПАВ среди школьников была установлена связь ориентации на будущее и

таких адаптивных механизмов, как чувство контроля, оптимизм и поведенческого копинга. Напротив, ориентация на настоящее оказалась связана с наличием негативных событий в недавнем прошлом, отсутствием чувства контроля и малоадаптивными стратегиями копинга – злость, замыкание в себе и беспомощность (Wills, Sandy, Yaeger, 2001).

На восприятие человеком времени влияет его состояние и деятельность, в которую он вовлечен. Помимо эмоций, в частности, наслаждения и страха, на восприятие течения времени влияет и употребление ПАВ. В исследовании (Ogden, Montgomery, 2012), посвященном непосредственно восприятию времени людьми, употребляющими ПАВ, было показано, что искажение временного восприятия происходит во время действия вещества. Опиаты можно разделить по их воздействию на восприятие времени: ускорение течения времени происходит при употреблении кокаина; марихуана может давать разные эффекты, в зависимости от условий, например, употребление одной марихуаны приводит к замедлению течения времени, в то время как добавление других наркотиков или алкоголя ускоряет течение времени (Ruth Ogden, Catharine Montgomery, 2012).

В свою очередь, длительное употребление ПАВ может привести к органическим повреждениям и снижению когнитивного функционирования, что в свою очередь, искажает восприятие течения времени уже дольше, чем на момент интоксикации (Ruth Ogden, Catharine Montgomery, 2012). Также важно отметить, что существует предположение (Wittmann, 2007), что тенденция переоценивать течение времени может привести к увеличению употребления ПАВ.

Влияние ПАВ на восприятие течения времени может быть объяснено воздействием на контроль времени, который осуществляет мозг. Авторы (Ogden, Montgomery, 2012) предполагают, что это происходит посредством изменения скорости «внутренних» часов. Наряду с этой точкой зрения существует мнение, что причина в совершаемой деятельности, которая

отвлекает от самого времени, тем самым изменяя его восприятие (Зимбардо Ф., Бойд Дж., 2010).

Таким образом, временная перспектива у наркозависимой личности существенно изменена: оценка настоящего связана с гедонистическими и фаталистическими установками. Прошлое расценивается преимущественно негативно, а будущее не связано с определением конкретных целей и видением перспектив (Польская Н.А., 2012).

1.9 Временная перспектива как инструмент для работы с зависимостью

Множество исследований подтвердили тот факт, что временная перспектива занимает центральную роль в жизни человека, интегрируя в себе всю историю жизни. В последнее время активно проводятся исследования временного конструкта в сочетании с различными личностными чертами и особенностями, однако практически отсутствуют разработки терапевтических программ, направленных на балансировку темпоральных ориентаций, особенно с учетом особенностей определенных категорий людей. Сейчас существуют лишь некоторые попытки включить временной континуум в работу с депрессией.

В настоящий момент учет особенностей временных ориентаций в реабилитационном процессе может носить разве что индивидуальный характер, требующий личной инициативы и интереса исследователя.

Структура временных ориентаций, как объективно благоприятная, так и патологичная, как например в случае с зависимыми лицами, уже имеет четкие очертания, поэтому одна из важнейших задач в развитии этой области – разработка непосредственно методов для помощи с использованием темпоральных особенностей, их унификация и использование в качестве дополнительного инструментария.

Уже известно, что одно только обсуждение временных ориентаций может иметь положительный результат, прохождение опросника и знакомство с теоретической частью проблемы способно обратить внимание на

существующую проблему при ее наличии. Однако более глубоких техник работы с временной перспективой на данный момент выделено и апробировано крайне немного.

Масштабный теоретический обзор подходов к работе с временной перспективой был подготовлен Илоной Бониуэлл, Евгением Осиным и Анной Сырцовой (2014). Авторы предложили пошаговую инструкцию для практической регуляции временной перспективы, объяснили, как понимать и интерпретировать результаты методики Филиппа Зимбардо (ZTPI) и описали ряд проблем, которые могут возникнуть при существенном дисбалансе темпоральных ориентаций.

Первый шаг при работе с временной ориентацией – это всегда знакомство в процессе прохождения опросника Зимбардо, обсуждение полученных результатов, и внимание на то, в каком временном поле лежит большинство ситуаций, которые обсуждаются с пациентом, и то, как далеко он смотрит в будущее. Так же важно оценивать тон рассказа (положительный/отрицательный/нейтральный). В интерпретации результатов нужно быть аккуратным и не сравнивать их со сбалансированной временной перспективой как единственно идеальным результатом. На этом этапе одна из основных целей – это отслеживание непродуктивных, патологичных поведенческих паттернов, связанных с временными периодами.

Техники для работы с выраженной ориентацией на прошлое негативное: а) написание писем с описанием неблагоприятного эпизода (помогает структурировать пережитый опыт, мысли и эмоции) в течение минимум двадцати минут на протяжении хотя бы четырех дней. Однако, если воспоминания о травмирующем событии еще слишком свежи в памяти, лучше подождать; б) практика прощения (помогает редуцировать обиду, агрессию, тревогу и депрессию). Авторы верят, что прощению можно обучить и ввести в обучающую практику. Помочь в этом процессе может личный пример выдающихся, релевантных личностей, или написание письма, в котором человек позволит себе описать пережитую боль и

приобретенный опыт; в) «позитивное портфолио» - коллекция книг, цитат, картинок, музыки, которая напоминает о положительных эмоциях и чувствах, таких как любовь, благодарность, безопасность, гордость и т.д.; г) работа с сожалением о прошлых решениях, ошибках. В этом направлении перспективной считается беседа и обсуждение того, насколько было возможно определить ошибочность решения в момент ситуации, какие были причины для принятого действия, какой ценный опыт был получен.

Техники для работы с позитивным прошлым: «позитивное портфолио»; ежедневное (вечернее) осознание минимум трех событий/вещей/моментов за прошедший день, когда все прошло хорошо. Помимо перечисления этих моментов важно разобраться, почему так получилось и кому или чему человек должен быть благодарен (себя можно и нужно рассматривать); практика благодарности (желательно также, в письменной форме); так как положительное прошлое зачастую связано с фокусом на семью и традиции, полезным может быть практика составления семейного дерева, календаря дней рождений близких, совместные семейные проекты.

Техники для работы с настоящим фаталистическим: основная мишень таких техник – снижение пассивной, непродуктивной деятельности, как например, просмотр телевизора, бесцельный интернет-серфинг. Важно показать пациенту наличие такой привычки и совместно подумать над решением проблемы – на примере просмотра телевизора, это отказ от бессознательного «щелканья» каналов, автоматического включения телевизора по возвращении с работы, а стремление к повышению сознательности – выбор конкретной, интересной программы, переключение канала сразу после её завершения и т.д. Необходимо работать над расширением области выбора и автономии – формирование осознания того, что всегда есть выбор; осознание и принятие ответственности путем постановки вопросов «Что произошло? Чему можно научиться? Что человек думает об этой ситуации сам, и как, по его мнению, думают и чувствуют другие участники».

Техники для работы с настоящим гедонистическим: для работы с настоящим гедонистическим могут использоваться инструменты работы с будущим: вопросы, связанные с планами на будущее, например «Где вы видите себя через пять лет?», «Как вы планируете достичь этих целей, и какие ваше настоящее имеет для этого задатки?». Наоборот, вопросы, активирующие ориентацию на настоящее гедонистическое – «Что заряжает вас энергией?», «Что доставляет удовольствие и радость?», «Какая активность приносит вам наибольшее удовлетворение?». Повышение осознанности с помощью сознательного направления внимания на какое-либо чувства (прикосновения, вкус, звук), то есть – проживание настоящего момента. Методики для повышения осознанности: разделение какого-то момента, эмоций с другим человеком; строительство памятных моментов – ментальная фотография события; медитация. Описанные техники могут работать как для повышения временной ориентации, так и на ее снижение, в зависимости от целей.

Техники для работы с будущим: «лучший будущий Я» - необходимо представить себя в будущем, представляя что все случилось именно так, как и хотелось, что все поставленные цели достигнуты и заложенный потенциал пациента реализован. Человеку необходимо написать, какой он видит ежедневную деятельность, что занимает его в будущем (способствующую осуществлению всех планов). Еще одна техника – составление собственной эпитафии или представление себя в позднем возрасте, вспоминая лучшие моменты жизни и здесь нужно будет вычлениить эти самые «воспоминания». В рамках работы с будущим необходимо научиться ставить ясные, конкретные, относительно быстро осуществимые цели, либо разбивать долгосрочные цели на маленькие шаги. Важно помнить, что цели будущего должны быть реалистичными и осуществимыми.

Приведенные выше техники самими авторами относятся скорее к работе с собственным временем и тайм-менеджментом и могут быть непригодны для аддиктивных лиц. Подчеркивается, что при патологической

выраженности какой-либо временной перспективы (особенно, негативного прошлого), необходимо обратиться к специалисту. Однако, для разработки новых техник, приведенный выше материал может служить отличным фундаментом.

ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования

В исследовании приняло участие 52 человека, посещающих городские наркологические реабилитационные центры Санкт-Петербурга. Все участники исследования имеют установленный лечащим врачом психиатром-наркологом диагноз «Синдром зависимости от опиоидов» (F11.2), и на момент исследования находились в ремиссии. Все участники исследования поделены на четыре группы в соответствии с основными этапами ремиссии (Карловская И.Ф., 2011): до 1 месяца; от 1 до 3 месяцев; от 3 месяцев до 1 года; более 1 года.

Критерии включения в исследование: возраст от 18 лет до 55 лет с постановкой диагноза «Синдром зависимости от опиоидов», проживание в

Санкт-Петербурге и Лен. области, способность подписать информированное согласие.

Критерии невключения: выраженные когнитивные нарушения (клинически значимая деменция, острый психоз, тяжелое параноидное расстройство) и/или наличие коморбидного психического заболевания, подтвержденного врачом стационара и отраженного в медицинской документации (шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, а также биполярное аффективное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство); выраженные соматические расстройства, затрудняющие повседневное функционирование (например, тяжелые нарушения функций печени, болевой синдром и т.д.); интенсивная фармакологическая терапия, изменяющая свойства внимания и способность воспринимать новую информацию (в частности, классические нейролептики, антиконвульсанты, и другие препараты с центрально депримирующим компонентом действия).

В исследование включались больные мужского и женского пола в возрасте от 18 до 55 лет. Средний возраст участников исследования составляет 32.35 ± 9.4 лет ($M \pm SD$).

Экспериментально-психологические методы были направлены на выявление корреляции между темпоральными ориентациями и поведением, имеющим негативные последствия для здоровья. С одной стороны выявлялись ведущие временные ориентации и отношение к ним, с другой - наличие компонентов «нездорового» поведения (несоблюдение режима сна, питания, вредные привычки и прочее), также учитывалась самооценка состояния здоровья и позиция здоровья в структуре ценностей. Обнаружение взаимосвязи между ВП и «здоровым» поведением и её дальнейшее изучение позволит выявить роль этого конструкта в рамках психологической зависимости, а также определить временные ориентации, которые могут стать предикторами возникновения аддикции, и те временные ориентации, работа с которыми будет способствовать увеличению длительности и

качества ремиссии. Описанная работа в перспективе может способствовать развитию новых методов эффективной реабилитации.

В исследовании оценивались:

1. Направленность временной перспективы личности по опроснику ZTPI, разработанному Ф.Зимбардо с соавторами в 1997 году. С помощью опросника оцениваются доминирующие ориентации во временном континууме. Конструкт временной перспективы в рамках данного подхода имеет пятифакторную структуру, два из которых относятся к прошлому, два – к настоящему и один – к будущему: Негативное Прошлое, Гедонистическое Настоящее, Будущее, Позитивное Прошлое и Фаталистическое Настоящее. В исследовании применялась адаптированная русская версия опросника (Сырцова А., Митина О.В. и Соколова Е.Т., 2008). Опросник состоит из 56 пунктов, которые оцениваются респондентами по пятибалльной шкале: от «совершенно не верно» до «совершенно верно». Методика направлена на оценку отношения к времени, а через это - на оценку отношения личности к окружающей действительности в целом, а также к самому себе, своему опыту и личным перспективам.

По результатам опросника формируется индивидуальный комплексный конструкт временной перспективы. Зимбардо выделяет такое понятие, как сбалансированная временная перспектива, где наиболее выражены функциональные ориентации – прошлое позитивное и будущее, наименьшие баллы имеют дисфункциональные ориентации – прошлое негативное и настоящее фаталистическое. В рамках этого конструкта баллы по настоящему гедонистическому должны иметь средние показатели. Это наиболее благоприятное распределение баллов временной перспективы. Среди наркозависимых наиболее часто встречается дисфункциональный тип временной перспективы - ярко выраженная ориентация на настоящее гедонистическое – стремление испытать новые яркие впечатления, получить удовольствие здесь и сейчас и нетерпимость к его отсрочке, неприятие во внимание последствий своих поступков; и на прошлое негативное –

ощущение безысходности, убежденность, что все совершенные поступки и главное, попытки улучшить свою жизнь, не приведут ни к каким результатам. Ориентация на будущее (построение долгосрочных планов и целей, зачастую в ущерб желаниям в настоящий момент, осторожность и внимательность к возможным последствиям) выражена, как правило, в наименьшей степени.

2. Отношение к временным модусам с помощью опросника Семантический Дифференциал Времени. Опросник (Вассерман Л.И. с соавт., 2005) представляет собой 25 полярных шкал, состоящих из пар прилагательных, описывающих характер течения времени. Показатели (факторы), по которым производится оценка: Активность времени, Эмоциональная окраска времени, Величина времени, Структура времени, Ощущаемость времени. Методика позволяет оценить малоосознаваемое отношение к трем временным периодам. Описание факторов: *Активность времени* отражает динамические характеристики психологического времени – наполненность жизни. *Эмоциональная окраска* времени отражает аффективные характеристики психологического времени – преобладающие эмоции и удовлетворенность/неудовлетворенность. *Величина времени* отражает сложные характеристики психологического времени, описывающие протяженность – наполненность/отсутствие значимости происходящего. *Структура времени* свидетельствуют об упорядоченности представлений о соответствующем периоде времени и прогнозируемости будущих событий. *Ощущаемость времени* отражает связь человека с соответствующим периодом времени. Эта связь проявляется в высокой эмоциональной и когнитивной вовлеченности.

3. Качество жизни по опроснику SF-36 (Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., 1993). Опросник включает в себя 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Шкалы в совокупности представляют два компонента оценки здоровья – физический и

психологический. Количественно оцениваются следующие показатели: физическое функционирование (степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок); ролевое функционирование, обусловленное физическим/эмоциональным состоянием (влияние физического/эмоционального состояния на повседневную деятельность и работу); жизненная активность (ощущение полноты сил и энергии) и социальное функционирование (количество общения и степень удовлетворенности).

4. Длительность течения субъективного времени. Оценивалось соответствие течения субъективного времени физическому. Для проведения методики испытуемым объяснялась инструкция, отслеживание объективного времени велось при помощи секундомера. Некоторые исследования показывают, что для лиц, страдающих от разного рода зависимостей, характерна переоценка течения времени (течение времени ускорено, они быстрее говорят «стоп»).

5. Поведение, имеющее негативные последствия для здоровья. Опросник представляет собой список вопросов о поведении, связанном со здоровьем – о наличии вредных привычек, стремлении вести активный образ жизни, об общем режиме сна и питания и т.д. Опросник имеет форму самоотчета и предполагает односложные ответы. Бланк методики включен в Приложения (Приложение 2).

6. Здоровье как ценность, инструментальный список ценностей по методике Рокича. Методика представляет собой список из 18 абстрактных и более конкретных ценностей, начиная от уверенности в себе до более умозрительных - эстетики природы и искусства. Каждой из указанных ценностей необходимо присвоить порядковый номер по степени важности для каждого обследуемого. В данном исследовании в большей степени мы уделяем внимание положению ценностей Здоровье и Развлечения (Приложение 3).

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета SPSS 22 for Windows. Для каждого количественного признака

рассчитывались: M – среднее значение, SD – стандартное отклонение, p – уровень статистической достоверности различий. Для качественных признаков рассчитывался показатель N – абсолютная частота встречаемости и процентное соотношение от выборки. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Корреляционные связи рассчитывались с помощью двухстороннего критерия Пирсона.

Всеми пациентами подписано информированное согласие на участие в исследовании.

ГЛАВА 3. Результаты исследования

В этой главе изложены результаты статистической обработки данных, полученных в ходе исследования.

3.1. Общие социальные характеристики и клинико-анамнестические данные больных

В исследовании приняли участие 52 наркозависимых пациента Наркологических Реабилитационных центров Санкт-Петербурга, находящихся на момент прохождения обследования на разных этапах ремиссии. Большинство респондентов – участники поддерживающих групп в рамках реабилитационного процесса МНД Санкт-Петербурга, которые, как правило, не употребляют алкоголь (согласно внутренним правилам МНД). Лица, посещающие Центр одиночно (вне группы), и лица, имеющие относительно небольшую длительность ремиссии, по результатам методик демонстрируют факт наличия употребления алкоголя в разной степени.

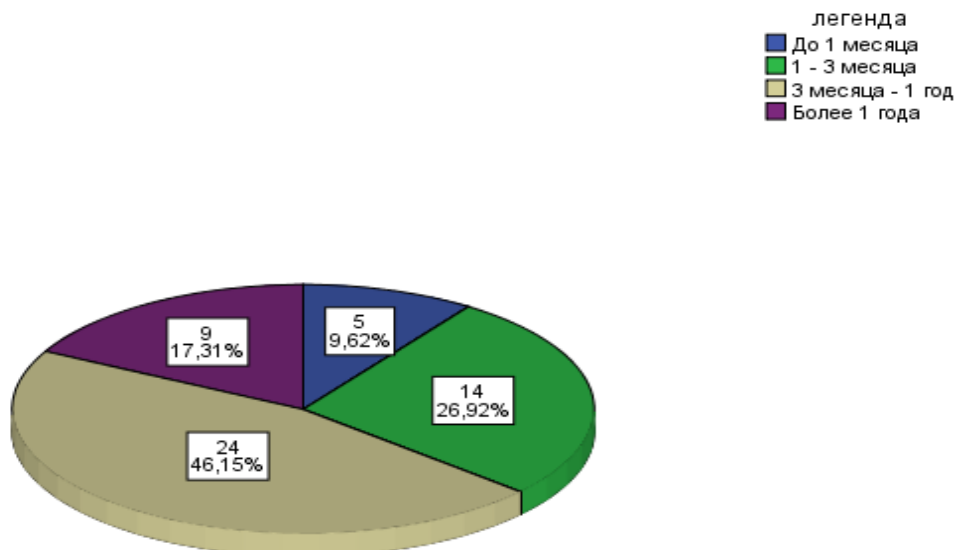
Все участники исследования разделены на 4 группы в соответствии с этапами развития ремиссии: срок до 1 месяца, от месяца до трех, от трех месяцев до года и более одного года. Клиническим основанием для деления групп являются работы Карловской И.Ф. (2011) и Винниковой М.А. (2009). Авторы отмечают, что срок трезвости до 1 месяца как таковой ремиссией считаться не может ввиду остаточных проявлений постабстинентной симптоматики, на сокращение которой требуется около 3-4 недель. Критическими же этапами в работах авторов (на основании общепринятых в отечественной наркологии фактов) выделены сроки в 3 месяца и 1 год.

Больные с ремиссией до 1 месяца составляют первую группу – 5 человек (9,62%). Вторая группа с ремиссией от одного до трех месяцев состоит из 14 человек (26,92%). Практически половину всей выборки (46,15%) составила третья группа с ремиссией длительностью от 3 месяцев

до одного года. Участники с самой длительной ремиссией от года (четвертая группа) – 9 человек (17,31%).

Рисунок 1

Распределение больных в зависимости от длительности ремиссии



При помощи стандартизованного клинического интервью были собраны данные, отражающие различные клинические и социально-психологические характеристики наркозависимых.

Сводные данные, касающиеся семейного положения, социального статуса и профессиональной занятости представлены в таблице 1.

В исследовании приняло участие 52 человека, 35 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 года до 54 лет. Средний возраст составил 32.38 ± 9.33 (M \pm SD).

Все респонденты на момент участия в исследовании регулярно посещали Реабилитационный Наркологический Центр. Несмотря на усилия сотрудников Центра по содействию к трудоустройству, чуть больше половины (51,9%) обследуемых не имеют на данный момент постоянного места работы.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики

Социально-демографические характеристики		N	%
Пол	Мужской	35	67,3
	Женский	17	32,7
Семейное положение	Н е ж е н а т / н е замужем	40	76,9
	Женат/замужем	11	21,2
Взаимоотношения в семье	Хорошие	30	57,7
	Нейтральные	13	25
	напряженные	8	15,4
Взаимоотношения в центре	Хорошие	43	82,7
	Нейтральные	7	13,5
	напряженные	2	3,8
Дети	Есть	21	40,4
	Нет	31	59,6
Образование	Высшее	7	13,7
	Неоконченное высшее	9	17,6
	Среднее профессиональное	22	43,1
	Общее	11	21,6
	Неоконченное общее	2	3,9
Профессиональный статус	Трудоустроен(а)	23	44,2
	Не трудоустроен(а)	27	51,9

3.2. Характеристики аддиктивного поведения

Данные, характеризующие длительность ремиссии в изучаемой группе больных, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Длительность ремиссии	min	max	M	SD
-----------------------	-----	-----	---	----

(мес)	0,25	60	8,89	12,15
-------	------	----	------	-------

По результатам, полученным в рамках самоотчета мы можем наблюдать большой диапазон длительности ремиссии, что говорит о том, что в исследовании приняли участие как постоянные участники групп анонимных наркоманов, так и одиночные больные, не посещающие группы, либо те, кто поступил в Центр совсем недавно, их отличает некоторая отрешенность от происходящего и употребление алкоголя (запрещенное со стороны реабилитационного центра).

В поддерживающих группах, как правило, состоят участники с примерно одинаковым сроком ремиссии и вместе они идут к завершению реабилитационной программы, вместе обсуждая актуальные проблемы, собственное здоровье, индивидуально общаются с психологами и учатся по-новому смотреть на привычные вещи.

В процессе сбора данных была очевидна разница между участниками, которые отказались от употребления ПАВ месяц и год назад, она колоссальная: больной с большей ремиссией, как правило, трудоустроен, его внимание не расфокусировано, он способен сконцентрироваться на задании и выполнить его в установленный срок, не отвлекаясь на посторонние раздражители. Порой лица с большей ремиссией интересовались о целях проводимого исследования более активно. Для недавно поступивших лиц было характерно скорее отсутствие большой заинтересованности в участии, однако, предоставление обратной связи по результатам пройденного исследования заметно увеличивало интерес.

Так как все полученные результаты распределены на группы, в таблице 3 приведены показатели длительностей ремиссии для каждой из групп.

Таблица 3

Сроки ремиссии по группам

Группа:	min (мес)	max (мес)	M	SD
До 1 мес	0,25	0,5	0,3	0,11
1 – 3 мес.	1	2,6	1,48	0,50
3 мес. – 1 год	4	12	7,12	2,92
Более 1 года	14	60	29,88	16,42

Как показано в таблице 4, 14 человек (73,6%), подтвердивших наличие соматических заболеваний, указали Гепатит С, в то время как 5 человек (9,25%) страдают от ВИЧ-инфекции. Как гепатит, так и ВИЧ широко распространены среди наркозависимых, зачастую по причине несоблюдения правил гигиены при употреблении ПАВ, либо при токсическом воздействии наркотика на печень (в случае гепатита).

Таблица 4

Инфекционный статус – ВИЧ/гепатиты (самоотчет)

	N	%
Да	19	36,5
Нет	33	63,5

Ввиду большого суммарного веса третьей группы относительно остальных, здесь коморбидные заболевания предсказуемо встречаются чаще (таблица 5).

Таблица 5

Положительный инфекционный статус в группах

	Группа 1 (до 1 мес)	Группа 2 (1 – 3 мес)	Группа 3 (3 мес – 1 год)	Группа 4 (более года)
N	2	3	11	3
%	40	21,4	45,8	33,3

Одним из важных фактов является запрет употребления алкоголя в процессе реабилитации, однако, результаты самоотчетов показывают, что часть участников регулярно или эпизодически принимают алкогольные напитки. Показатели употребления алкоголя и его частоты представлены в таблицах 6 и 7. Эта информация важна не только для оценки поведения, имеющего негативные последствия для здоровья и, как следствие, мотивации

к сохранению здоровья, но и для общего взгляда на выборку. О частоте встречаемости другой распространенной вредной привычки – курения, будет упомянуто в конце главы.

Таблица 6

Употребление алкоголя (самоотчет)

	N	%
Да	17	32,7
Нет	35	67,3

Таблица 7

Частота употребления алкоголя

	N	%
Каждый день	10	19,2
3-4 раза в неделю	2	3,8
Один раз в неделю	4	7,7
3-4 раза в месяц	5	9,6
Один раз в месяц	6	11,5

3.3. Клинико-психологические характеристики больных – средние групповые результаты экспериментальных методик и тестов

Методики на выявление преобладающей временной перспективы: Временная Перспектива Зимбардо (ZTPИ), Семантический Дифференциал Времени. В таблице 8 и 9 показаны средние результаты для всей выборки (Таблица 8) и для каждой группы (Таблица 9). Наглядная картина изменений показателей ZTPИ по группам продемонстрирована в рисунках 2 – 6.

Таблица 8

Показатели ZTPИ, средние значения

	min	max	M	SD
Негативное прошлое	1,73	4,27	3,14	0,64

	min	max	M	SD
Гедонистическое настоящее	2,18	4,82	3,39	0,54
Будущее	1,38	4,62	3,43	0,74
Позитивное прошлое	2,00	4,67	3,13	0,52
Фаталистическое настоящее	1,00	4,44	2,83	0,74

n=52

Таблица 9

Показатели ZTP1, средние значения по группам

		Нег. Прош	Гед. Наст	Будущ.	Поз. Прош	Фат. Наст
Группа 1 (до 1 мес)	M	3,45	3,97	3,30	3,13	3,37
	SD	0,30	0,46	0,85	0,57	0,88
Группа 2 (1 -3 мес)	M	3,12	3,34	3,35	3,20	2,89
	SD	0,77	0,31	0,46	0,59	0,64
Группа 3 (3 мес – 1 год)	M	3,21	3,26	3,35	3,06	2,85
	SD	0,61	0,56	0,88	0,51	0,69
Группа 4 (более года)	M	2,80	3,46	3,83	3,22	2,36
	SD	0,62	0,65	0,58	0,49	0,78

Графики средних результатов ZTP1 по группам

Рисунок 2

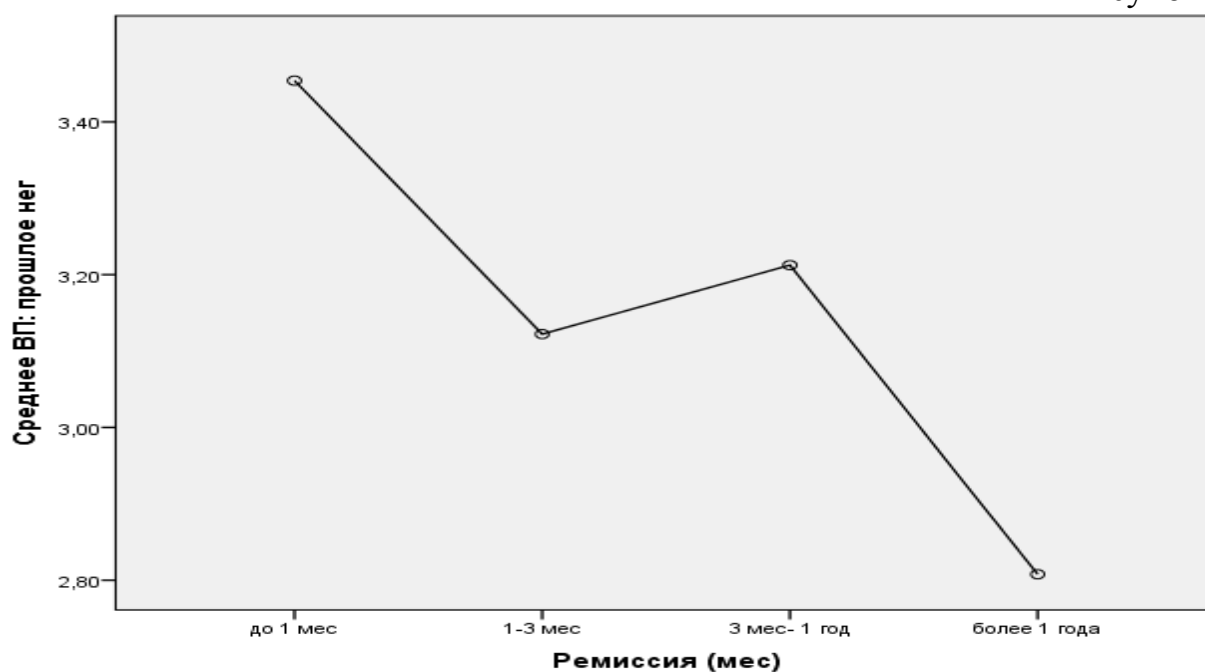


Рисунок 3

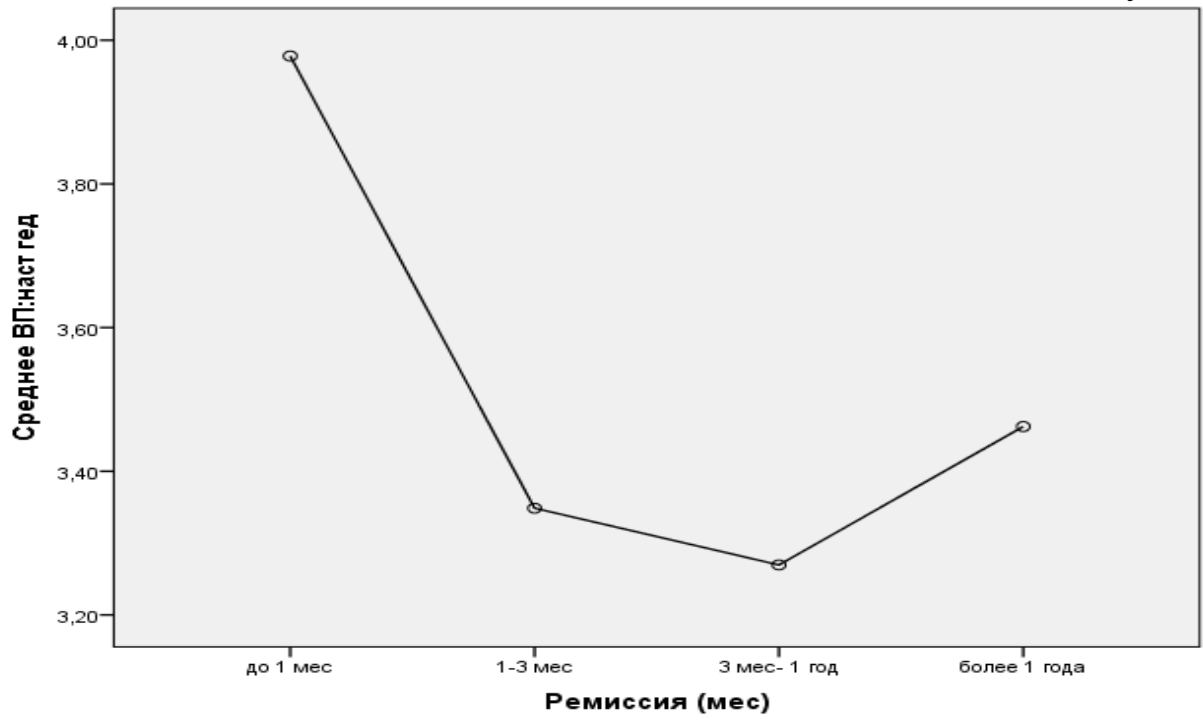


Рисунок 4

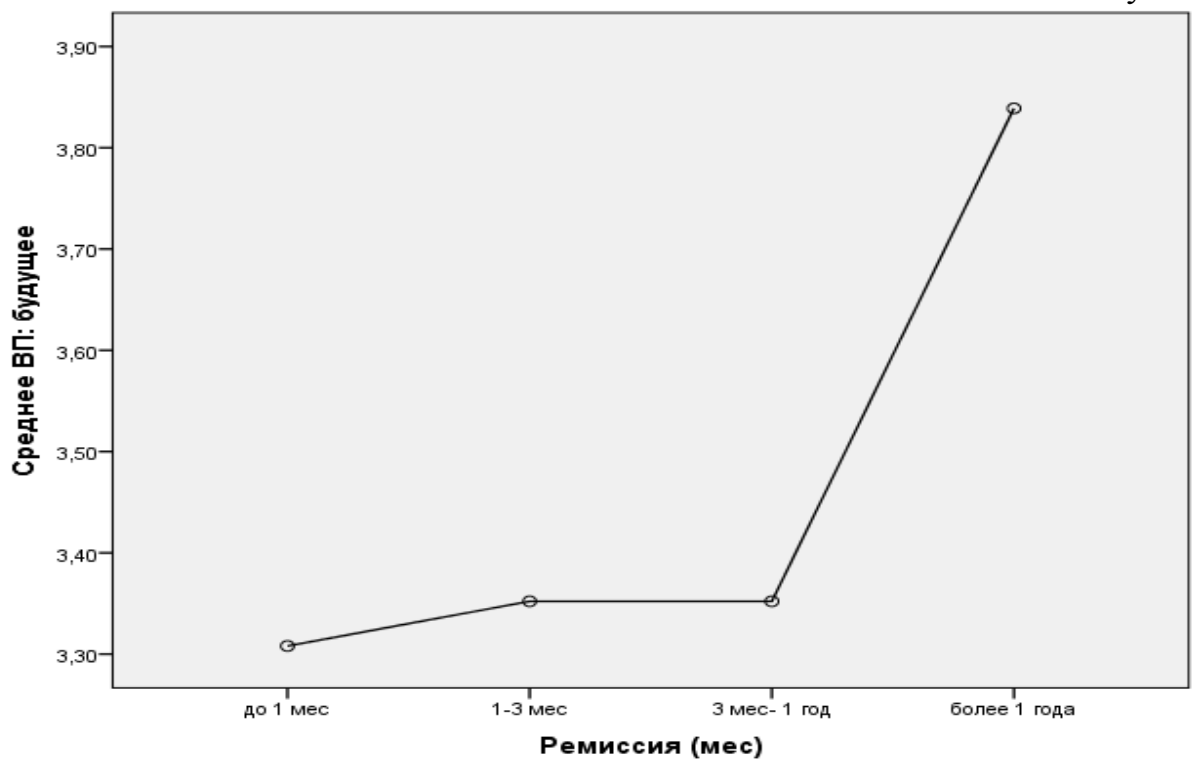


Рисунок 5

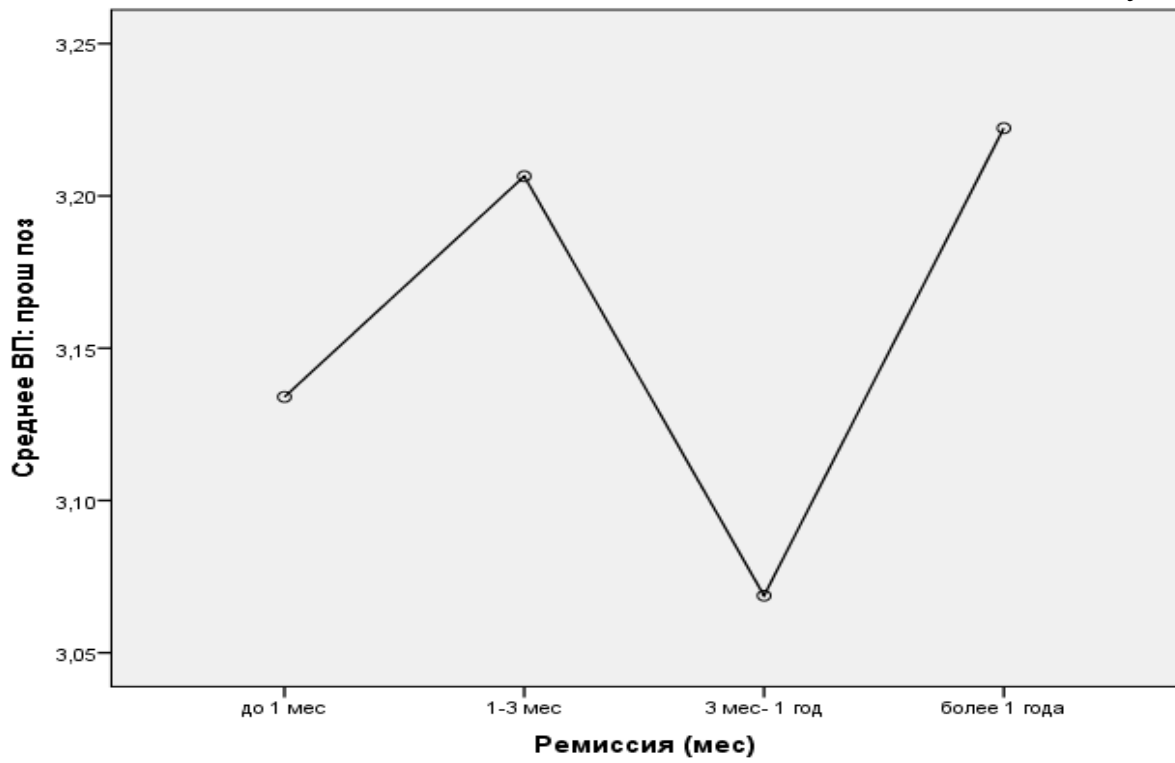
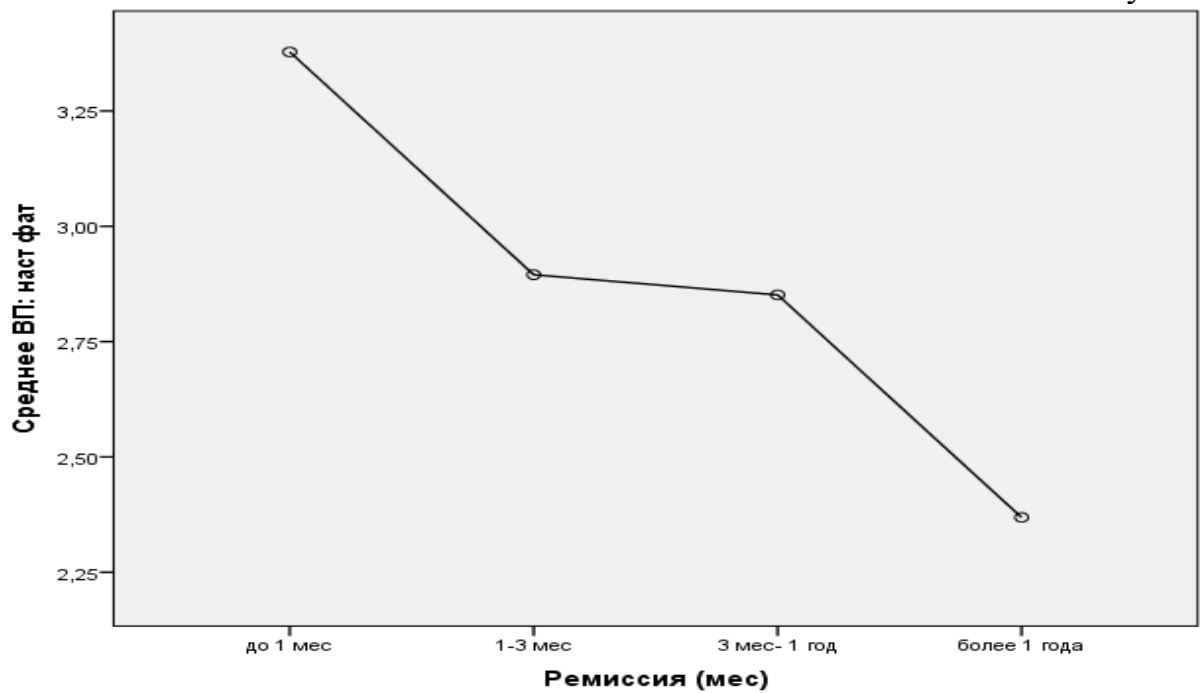


Рисунок 6



При анализе сравнительных данных можно заметить тенденции в изменении ключевых для зависимости темпоральных ориентаций *будущего*

времени и *настоящего гедонистического*. Несмотря на то, что различия показателей настоящего гедонистического всех четырех групп не так разительны, непременно стоит учитывать выраженность ориентации на будущее, так как она с увеличением ремиссии меняется в большую сторону, что непосредственно влияет и на поведение в настоящем.

Также заметно меняются показатели выраженности *фаталистического* отношения к настоящему, оно заметно ниже у группы с ремиссией более 1 года по сравнению с теми, кто только начал путь к жизни без ПАВ. Вероятно, что длительность ремиссии представляет собой дополнительный ресурс уверенности и подконтрольности собственной жизни. Выраженность *негативного прошлого* во временных ориентациях также заметно снижается с увеличением ремиссии.

Фактор *позитивного прошлого* во всех группах остается на одном уровне и меняется незначительно.

Что касается комплексной оценки ВП (оценка среза группы), отталкиваясь от сбалансированной модели, очевидны структурные изменения: если в первой группе лидируют дисфункциональные ориентации на гедонистическое настоящее и негативное прошлое, то во второй и третьей группах они «выравниваются», а в группе с самой большой ремиссией лидирует благоприятная ориентация на будущее, сравнительно сильно выражена ориентация на прошлое положительное и гедонистическое настоящее, тогда как дисфункциональные ориентации имеют меньший удельный вес.

Результаты методики СДВ показывают большой разброс показателей и представлены в таблице 10 и 11 (по группам). Средние показатели прошлого времени снижены по сравнению с нормативными.

Таблица 10

Показатели Теста Семантического Дифференциала Времени (СДВ)

Факторы времени		М	SD	Нормативные показатели
НАСТОЯЩЕЕ	Активность времени	3,68	4,31	5,49±4,54
	Эмоциональная окраска	6,35	5,58	2,08±5,38
	Величина времени	6,82	3,67	2,92±4,24
	Структура времени	3,8	4,39	2,14±3,56
	Ощущаемость времени	3,62	3,78	4,65±4,50
ПРОШЛОЕ	Активность времени	1,33	4,53	3,81±5,01
	Эмоциональная окраска	-2,9	6,6	1,59±6,21
	Величина времени	-0,07	5,92	1,48±5,35
	Структура времени	0,74	4,87	-0,02±3,95
	Ощущаемость времени	-1,09	4,33	1,49±5,75
БУДУЩЕЕ	Активность времени	4,72	2,81	5,05±3,24
	Эмоциональная окраска	9,63	3,65	5,45±4,60
	Величина времени	9,82	3,65	5,40±4,45
	Структура времени	6,68	4,8	2,34±3,64
	Ощущаемость времени	5,52	4,39	5,10±4,57

Таблица 11

Показатели Теста СДВ по группам (средние)

		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Прошломое	М	-0,96	0,68	-0,23	-2,17
	SD	3,72	4,66	5,24	3,92
Настоящее	М	4,36	3,94	5,2	5,11
	SD	2,12	4,12	4,42	2,15
Будущее	М	6,32	5,44	7,58	9,04
	SD	1,94	5,33	2,93	3,06

Таблица 12

Измерение длительности индивидуальной минуты

N	М	SD	Минимум	Максимум
52	51,48	22,15	18,0	116,40
Нормативные	60,2	1,4	58,8	61,6

значения				
----------	--	--	--	--

Измерение течения объективного времени напрямую связано с биологическими ритмами и адаптационными способностями организма. У лиц с высокими способностями к адаптации ИМ превышает минуту физического времени, у лиц с невысокими способностями к адаптации ИМ равна в среднем 47,0 - 46,2 с., у хорошо адаптирующихся – 62,9 – 69,71 с. (Губарева Л.И., Колесникова А.А., 1995). Результаты оценки течения времени наркозависимых представлены в таблице 12.

В рамках исследования влияния восприятия времени среди зависимых лиц, было установлено, что ПАВ при длительном употреблении наносят непоправимый ущерб нервной системе и повреждают когнитивные функции. Это имеет непосредственное влияние на восприятие мозгом времени. ПАВ, как известно, влияют на дофаминовую систему вознаграждения, которая в свою очередь имеет непосредственное отношение к восприятию времени. В зависимости от природы каждого конкретного ПАВа, влияние на восприятие времени отличается. Увеличение воспринимаемого времени может пагубно сказаться на злоупотреблении, потому что может привести к увеличению употребления ПАВ ввиду субъективного ощущения, что последний прием был довольно давно.

Анализ самооценки здоровья показал, что с увеличением срока ремиссии положительно меняются показатели общего физического функционирования (в целом они высокие и в первой группе) и физического состояния, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. Значительно меняется показатель интенсивности боли, в первой группе находящийся в пограничном положении, что вероятнее всего можно связать с постабстинентной симптоматикой и гомеостатическому восстановлению организма. Растет уровень социального функционирования и психологического состояния. Незначительно меняются показатели ощущения полноты сил и энергии и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, что может быть связано с тем, что борьба с

зависимостью а также преморбидных характеристики личности делают эмоциональное состояние довольно хрупким. Все описанные результаты представлены в таблице 13 и 14 (по группам).

Интересны для исследования результаты во второй группе, в некоторых случаях препятствующие линейному изменению признаков.

Таблица 13

Показатели Теста SF-36

Факторы		М	SD
Физический компонент	PF	87,30	18,7
	RP	62,98	40,06
	BP	70,07	24,87
	GH	65,13	17,55
PHsum		49,65	10,65
Психологический компонент	VT	61,05	15,94
	SF	70,94	24,10
	RE	51,91	38,15
	MH	63,09	18,47
MHsum		42,26	10,39

Таблица 14

Показатели Теста Sf-36 по группам

	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Группа 4	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
PF	89	11,4	90,7	8,5	82	23,8	95	5
RP	60	45,4	55,3	44	61,4	41	80,5	27,3
BP	43,4	12,9	63,7	21,8	74,4	25	83	22,8
GH	61,8	24,4	56,3	14,6	65,3	16,1	80,1	12,9
VT	57	5,7	56,4	17,2	63,5	16,1	63,8	17,2
SF	57,5	20,9	73,2	19,5	69,8	28,3	77,8	19,5
RE	39,9	36,5	52,3	40,7	50	35,4	62,9	45,4
MH	46,4	22	59,1	11,3	67,3	18,1	67,2	22,4

Респондентам был предложен список инструментальных ценностей, который необходимо было упорядочить по признаку субъективной важности. Важно отметить, что здоровье в четверти ответов занимало в списке первое место. В целом, здоровье в большинстве занимает одну из лидирующих

позиций (таблица 15, рисунок 7). Увидеть, как распределены результаты по группам можно в таблицах 16 – 20.

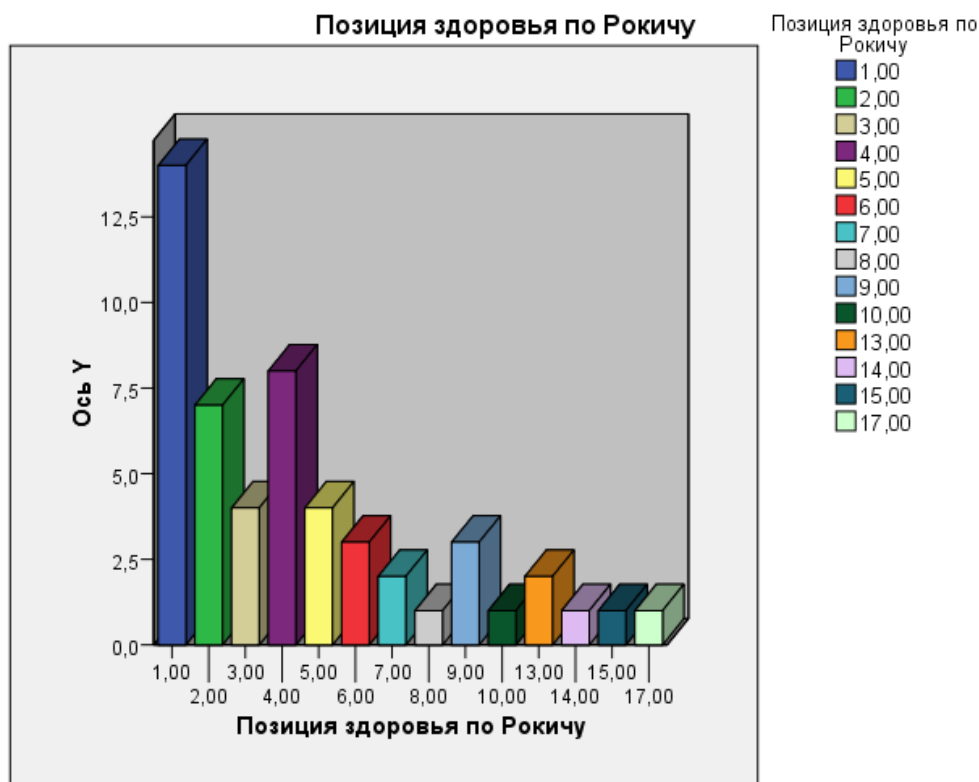
Таблица 15

Здоровье как ценность

(позиция здоровья в шкале из 18 ценностей)

Позиция	N	%
1	14	26,4
2	7	13,2
3	4	7,5
4	8	15,4
5	4	7,7
6	3	5,8
7	2	3,8
8	1	1,9
9	3	5,8
10	1	1,9
13	2	3,8
14	1	1,9
15	1	1,9
17	1	1,9

Рисунок 7



Таблицы 16 – 19

Позиция ценности Здоровье по группам

Группа 1 (до 1 мес)		
№	Частота	Проценты:
1	2	40
3	1	20
15	1	20
17	1	20

Группа 2 (1 – 3 мес)		
№	Частота	Проценты:
1	3	21,4
2	2	14,3
3	2	14,3
4	1	7,1
5	3	21,4
6	1	7,1
7	1	7,1
13	1	7,1

Группа 3 (3 мес – 1 год)		
№	Частота	Проценты:
1	5	20,8
2	5	20,8
4	5	20,8
5	1	4,2
6	1	4,2
7	1	4,2
8	1	4,2
9	2	8,3
10	1	4,2
13	1	4,2
14	1	4,2

Группа 4 (более 1 года)		
№	Частота	Проценты:

1	4	44,4
3	1	11,1
4	2	22,2
6	1	11,1
9	1	11,1

Таблица 20

**Оценка поведения, имеющего негативные последствия для
здоровья**

Показатели «здорового поведения»		N	%
Продолжительность сна	Менее 6 часов	11	21,2
	6-8 часов	36	69,2
	Более 8 часов	5	9,6
Сонливость	Да	25	48,1
	Нет	27	51,9
Здоровое питание	Да	16	30,8
	Нет	36	69,2
Курение	Да	45	86,5
	Нет	7	13,5
Алкоголь	Да	17	32,7
	Нет	35	67,3
Частота употребления алкоголя	Не употр.	35	67,3
	3-4 раза/нед.	2	3,8
	Раз в нед.	4	7,7
	3-4 раза/мес.	5	9,6
	Раз/мес.	6	11,5
Количество алкоголя за прием	Не употр.	35	67,3
	1-2 единицы	13	25
	3-4 единицы	3	5,8
	5 и более	1	1,9
Время за компьютером	Менее 2 часов	26	50
	2-3 часа	16	30,8
	Более 3 часов	10	19,2
Физические упражнения/неделя	Никогда	15	28,8
	Менее 4-5 раз	21	40,4
	4-5 раз	10	19,2
	Более 4-5 раз	6	11,5
Профилактический осмотр	Да	26	50
	Нет	26	50

Подавляющее большинство (86,5%) опрошенных имеют никотиновую зависимость, что в целом не является терапевтической мишенью в процессе реабилитации в отличие от строго запрета на алкоголь. Несмотря на это, 32,7% констатировали употребление алкоголя с разной периодичностью

(таблица 21). Рассмотрение ответов, касающихся употребления алкоголя по группам, отраженных в таблицах 22 – 25, показывает, что показатели прямолинейно меняются в зависимости от длительности ремиссии, в группе с ремиссией более 1 года респонденты не употребляют алкоголь.

Употребление алкоголя по группам:

Таблица 21

Группа 1		N	%
Употребление алкоголя:	Да	4	80
	Нет	1	20
Частота:	Не употр.	1	20
	3-4 раза/нед.	1	20
	Раз в неделю	1	20
	Раз в месяц	2	40
Объем:	Не употр.	1	20
	1 – 2 ед.	1	20
	3 – 4 ед.	2	40
	5 и более	1	20

Таблица 22

Группа 2		N	%
Употребление алкоголя:	Да	6	42,9
	Нет	8	57,1
Частота:	Не употр.	8	57,1
	3-4 раза/нед.	2	14,3
	Раз в неделю	2	14,3
	Раз в месяц	2	14,3
Объем:	Не употр.	8	57,1
	1 – 2 ед.	6	42,9
	3 – 4 ед.	-	-
	5 и более	-	-

Таблица 23

Группа 3		N	%
Употребление алкоголя:	Да	7	29,2
	Нет	17	70,8

Группа 3		N	%
Частота:	Не употр.	17	70,8
	3-4 раза/нед.	1	4,2
	Раз в неделю	1	4,2
	Раз в месяц	3	12,5
Объем:	Не употр.	17	70,8
	1 – 2 ед.	6	25
	3 – 4 ед.	1	4,2
	5 и более	-	-

Таблица 24

Группа 4		N	%
Употребление алкоголя:	Да	-	0
	Нет	9	100

69,2% респондента указали нормативный объем сна, причем 48,1% испытывают сонливость и усталость в течение дня. 69,2% не считают свое питание правильным, при этом не занимаются спортом лишь треть участников исследования (28,8%). Половина опрошенных регулярно посещают терапевта для профилактического осмотра.

3.4 Анализ взаимосвязей между полученными данными

Непараметрическое сравнение выборок

Массив полученных в исследовании данных был обработан с помощью непараметрического критерия Н Краскала-Уоллеса, который позволяет сравнить факторы ВП, здорового поведения и длительности ремиссии.

Таблица 25

Сравнение четырех групп по показателям ZTP1:

Ремиссия		N	Средний ранг
Прошлые негативные	До 1 месяца	5	35,80
	1 – 3 месяца	14	26,71
	3 месяца- 1 год	24	27,48
	Более 1 года	9	18,39
	Всего	52	
Настоящее гедонистическое	До 1 месяца	5	42,30
	1 – 3 месяца	14	26,43
	3 месяца- 1 год	24	22,17
	Более 1 года	9	29,39
	Всего	52	
Будущее	До 1 месяца	5	23,90
	1 – 3 месяца	14	22,79
	3 месяца- 1 год	24	25,96
	Более 1 года	9	35,17
	Всего	52	
Позитивное прошлые	До 1 месяца	5	27,00
	1 – 3 месяца	14	27,82
	3 месяца- 1 год	24	24,23
	Более 1 года	9	30,22
	Всего	52	
Настоящее фаталистическое	До 1 месяца	5	36,30
	1 – 3 месяца	14	27,71
	3 месяца- 1 год	24	27,79
	Более 1 года	9	15,72
	Всего	52	

Статистические критерии а,в

	Прошлые нег.	Настоящее гедонистич.	Будущее	Прошлые позитивные	Настоящее фаталистическое
Chi-квadrat	4,578	7,782	3,971	1,203	6,936
ст.св.	3	3	3	3	3
Асимптотическая значимость	0,205	0,051	0,265	0,752	0,074

а. Критерий Краскела-Уоллиса

б. Группирующая переменная: Ремиссия (мес)

Таблица 26

Сравнение групп по длительности индивидуальной минуты:

	Ремиссия	N	Средний ранг
Длительность минуты	До 1 месяца	5	22,50
	1 – 3 месяца	13	29,88
	3 месяца – 1 год	24	21,17
	Более 1 года	9	35,22

Статистические критерии a,b

	Длительность минуты
Хи-квадрат	7,167
ст.св.	3
Асимптотическая значимость	0,067

а. Критерий Краскела-Уоллиса

б. Группирующая переменная: Ремиссия (мес)

По результатам анализа статистически достоверна взаимосвязь длительности ремиссии и временной ориентации на настоящее гедонистическое время. На уровне статистической тенденции обнаружена взаимосвязь длительности ремиссии и ориентации на настоящее фаталистическое время. Сравнение групп по показателям СДВ статистически достоверных корреляций не показало. Выявлена значимость различий групп по длительности индивидуальной минуты.

Анализ показателей компонентов «здорового» поведения в группах продемонстрировал различия между значениями правильного питания (асимпт. знч. – 0,09), употребления алкоголя (асимпт. знч. – 0,01), частотой употребления алкоголя (асимпт. знч. – 0,02), объемом употребляемого алкоголя (асимпт. знч. – 0,005), профилактическими осмотрами (асимпт. знч. – 0,07). С длительностью ремиссии также коррелирует трудоустройство (асимпт. знч. – 0,03).

Сравнение групп по показателям теста Sf-36, отражающего самооценку качества жизни показал различия по факторам интенсивность боли (асимпт. знч. – 0,01) и общее состояние здоровья (асимпт. знч. – 0,01).

ГЛАВА 4. Обсуждение результатов

В исследовании приняли участие пациенты наркологических диспансеров с довольно большим разбросом длительности ремиссии, что позволило провести внутригрупповой анализ.

Ввиду большого веса третьей группы во всей выборке, вызванного большим разбросом сроков ремиссии (3 месяца – 1 год), наиболее распространенным среди участников исследования, результаты могут быть недостаточно всеобъемлющими и определённо требуют дальнейшего, более широкого и глубокого продолжения.

По показателям методики ZTP1 видно, что лидирующими временными ориентациями в общей выборке являются будущее и настоящее гедонистическое время.

При сравнении групп мы получили статистически достоверное различие в показателях фактора «настоящее гедонистическое время». Многие авторы, изучающие зависимость в области временных тенденций, подчеркивают значимость этого темпорального модуса, так как аддикция с этой точки зрения представляется как выбор между непосредственным удовлетворением потребности (здесь и сейчас, в настоящем времени) и более отсроченным удовольствием (в будущем), зачастую, в большем объеме или ином качестве. Таким образом, получены результаты, подтверждающие гипотезу исследования о взаимосвязи длительности ремиссии и показателей временной перспективы.

График, отражающий средние показатели фактора ориентации на будущее время демонстрирует заметное увеличение веса этой тенденции в общей структуре ВП. Однако для поиска статистически значимых корреляций требуется дальнейшее изучение вопроса.

Еще одним интересным наблюдением является изменение показателя фаталистического взгляда на настоящее время – с ростом срока ремиссии

вклад этой временной ориентации падает, несмотря на то, что даже в группе с ремиссией до 1 месяца она выражена не так сильно. По всей видимости, с увеличением срока отказа от наркотиков, снижении постабстинентной симптоматики, с появлением новых интересов и безусловно при поддержке близких и участников реабилитационных центров, растёт вера в свои силы и подконтрольность собственной жизни, нехарактерная для фаталистического отношения.

Негативное отношение к прошлому является довольно серьёзной проблемой и при сравнении групп по этому показателю заметно снижение его выраженности с увеличением длительности ремиссии. Полагаем, что на этом факторе могут положительно сказываться обмен опытом и общение с участниками поддерживающих групп, что подчеркивает пользу коммуникации с замотивированными в трезвости людьми, проходящий такой же сложный путь. В свете влияния социального компонента на реабилитационный процесс можно предположить, что поддерживающие группы с одинаковой ремиссией являются скорее полезными, однако присутствие в группах лиц с более долгой ремиссией может также иметь положительный эффект.

Будет серьёзным упущением не упомянуть комплексную структуру временной перспективы, так как по мнению Филиппа Зимбардо именно её полный состав является наиболее показательным. При сравнении результатов четырех групп, очевидно, что структура ВП меняется, а именно:

- с увеличением ремиссии снижаются факторы прошлого негативного времени, гедонистического настоящего времени и фаталистического настоящего.

- увеличиваются показатели ориентации на будущее и прошлое позитивное время.

В промежуточных группах 2 и 3 результаты по некоторым факторам влияют на линейность зависимости, что можно списать на влияние

дополнительных переменных, не учтенных в проведенном исследовании. Однако факт динамических изменений наглядно отражен в результатах.

В отношении результатов методики СДВ сложно проследить какие-либо четкие тенденции, результаты показали широкий разброс показателей.

Что касается «здорового» поведения, можно сказать, что несколько показателей статистически достоверно меняются в процессе реабилитации: правильное питание, употребление алкоголя и профилактические осмотры. Употребление алкоголя значительно меняется в группах с разным сроком ремиссии и, к примеру, участники четвертой группы не употребляют его совсем. Вместе с тем, со сроком ремиссии коррелирует трудоустройство, что как правило, подразумевает меньший объем свободного времени, новый круг общения и необходимость фокусировки на определенной деятельности, а все эти факторы имеют колоссальное значение для борьбы с зависимостью.

Выводы

1. Для наркозависимых в ремиссии характерна специфическая структура временной ориентации: чрезмерная выраженность ориентации на настоящее гедонистическое время и недостаточность направленности в будущее. Однако комплексная структура временной перспективы группы с наибольшей длительностью ремиссии имеет потенциально сбалансированный характер.

2. В группах наркозависимых с разной длительностью ремиссии различаются показатели факторов временной перспективы: с увеличением срока отказа от наркотиков повышаются показатели ориентации на будущее время, снижается выраженность дисфункциональных установок на прошлое негативное, настоящее гедонистическое и фаталистическое время. По результатам статистического анализа можно заключить, что длительность ремиссии влияет на компоненты временной перспективы, а именно, на настоящее гедонистическое и фаталистическое время.

3. Значимых различий между группами исследуемых по показателям методики Семантический дифференциал времени не найдено.

4. Течение ремиссии оказывает влияние на употребление алкоголя, с увеличением периода отказа от наркотиков снижается частота употребления алкогольных напитков. В группе с максимальной ремиссией употребление отрицается полностью.

5. С увеличением длительности ремиссии повышаются показатели самочувствия: улучшается физическое функционирование и состояние в целом, что немаловажно, значительно снижается интенсивность болевого синдрома, повышается социальное функционирование и психологическое состояние, то есть тревожные и депрессивные состояния возникают все реже.

6. С длительностью отказа от наркотиков связано восприятие объективного течения времени.

Заключение

Полученные результаты и их содержательный анализ представляет научный интерес как в области наркологии для потенциального вклада в разработку профилактических методик и реабилитационных программ, так и в область изучения чрезвычайно значимого, но недостаточно полно изученного конструкта временной перспективы.

Тематика временной перспективы является мало изученной в области клинической психологии и наркологии, где она может открыть новые аспекты природы возникновения, течения и профилактики зависимости разного генеза, а также внести свой вклад в решение проблем аддикции.

Исследование представляет большой интерес с точки зрения возрастных особенностей исследуемой выборки. Большинство существующих данных по временной перспективе получены на выборках, как правило, студентов, что несомненно сказывается на средних показателях временных тенденций, в частности, на ориентации в будущее. Большинство современных научных статей, посвященных изучению наркозависимости в России и за ее пределами, опираются на данные, полученные на более молодой выборке, часто они разрабатывают модели формирования зависимости и способы ее превенции. Проведенное нами исследование в большей степени освещает категорию людей среднего возраста, страдающих от зависимости на протяжении какого-то промежутка времени – также немаловажная выборка для исследования феномена и разработки эффективной многосторонней системы помощи.

Показатели наркозависимости в России и что более значимо для данного исследования, проценты срывов в процессе реабилитации освещают наличие проблем в лечебной работе и отсутствии единого подхода к проблеме. Существует масса разносторонних исследований ремиссии наркозависимых людей, что подтверждает сложность и многогранность феномена. Что подтверждает важность исследований и коммуникации между

специалистами разных областей психологии и медицины, так как сложность зависимости как феномена растет с увеличением научных данных.

Данные, полученные в процессе исследования констатируют наличие изменений многих факторов как временной перспективы, так и отношения к здоровью. Ремиссия – это динамический процесс, зависящий от массы факторов, нами рассмотрен лишь один аспект её течения и отчасти, довольно свежий взгляд на проблему. Высокие показатели рецидивов среди наркозависимых демонстрируют сложность работы с психологической зависимостью и требуют всестороннего подхода.

Список литературы:

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни, М.: Мысль, 1991. 160 с.
2. Анохина И.П. Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2013. №6. С.40 – 59.
3. Богданова М.В., Беседина Е.В. Деформация системы психологических защит как фактор формирования и поддержания аддиктивного поведения // Вестник ТюмГУ. 2011. №9. С. 207 – 215
4. Братусь Б.С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма
5. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. 2013. №4. С. 45 – 49.
6. Валентик Ю., Современные представления о зависимости от психоактивных веществ. URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/860>
7. Валентик Ю.В., Мельников В.Ф., Волков А.В., Мальшакова М.С. Российско-Голландский опыт реабилитации наркозависимых в амбулаторных условиях // Наркология. 2003. №3. С. 21 – 24.
8. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2009. 43 с.
9. Винникова М.А. Профилактика рецидивов при опиатной зависимости: общие подходы к терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009.
10. Винникова М.А., Ремиссии при синдроме зависимости // Российский медицинский журнал. 2009. Т.17. №11. С.815 – 821.
11. Гайнуллина Э.Н., Янгуразова З.А, и Хисамутдинов Р.А. Социологически анализ реабилитационных программ и факторов, способствующих процессу реабилитации и ресоциализации лиц с наркотической зависимостью // Вестник Башкирского университета. 2013. Т.14. №4. С. 1244 – 1250.
12. Голубев А.М., Казачанская М.Г. Временная перспектива и мотивационные предпочтения // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: психология. 2009. Т.3. №2. С. 69 – 77.

13. Григорьев В., Софронов А., Цейтлин Ю., Абсолютные значения и интенсивные показатели заболеваемости и распространенности наркологических заболеваний в Санкт-Петербурге в 2010-2011 годах. URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/996> (дата обращения: 13.03.2014)
14. Губарева Л.И., Колесникова А.А. Циркадальный ритм индивидуальной минуты и ее возрастная динамика // Цикл природы и общества. 1995. Вып. 3 и 4. С. 223
15. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб: Речь, 2010. 352 с.
16. Зобин М., Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Обзор // Неврологический вестник. 2012. №1. С. 49 – 58.
17. Калиниченко О.Ю., Малыгин В.Л. Аддиктивное поведение: определение, модели, факторы риска // Вестник новых медицинских технологий. 2005. Т. 12. №3-4. С. 36 – 39
18. Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1998. 528 с.
19. Карловская И.Ф. Особенности факторов семейного окружения, личности и ее структуры у больных наркоманией в период ремиссии // Вестник Южно-Уральского Государственного Университета. 2011. №42. С.106 – 110.
20. Квасова О.Г. К современному состоянию проблемы временной перспективы личности// Историческая и социально-образовательная мысль. 2012. №15. С. 137 – 140.
21. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск: Наука, 1990. 224 с.
22. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 259 с.
23. Мандрикова Е.Ю. Современные подходы к изучению временной перспективы личности // Психология личности. 2008. Т.29. №4. С. 54 – 63.

24. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб: Речь, 2005. 445 с.
25. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб: Речь, 2007. 768 с.
26. Менделевич В.Д. Сравнительные особенности стандартов лечения опиоидной зависимости в отечественной и мировой наркологии // Практическая медицина. 2007. №3. С. 32 – 34.
27. Менделевич В.Д., Щевлягина М.Б., Гагарина Е.А., Многоосевая психодиагностика склонности к зависимому поведению, Психическое здоровье // Психическое здоровье. 2011. №8. С. 72 – 77.
28. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., Большой психологический словарь. М.: Аст, 2009. 816 с.
29. Митина О.В., Сырцова А. Опросник по временной перспективе Ф.Зимбардо (ZTPI): результаты психометрического анализа русскоязычной версии // Вестник Московского университета. 2008. Сер.14. Психология. №4. С.67 – 99.
30. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. М.: Смысл, 2004. 608 с.
31. Общая психопатология / Под ред. Бухановский О.В., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Ростов н/Д.: Феликс, 2003. 416 с.
32. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб: Питер, 2013. 1312 с.
33. Петракова Т.И. Временная перспектива и мотивация достижений у больных хроническим алкоголизмом // Медицинская психология в России. 2011. №6.
34. Польская Н.А. Взаимосвязь временной перспективы и личностных черт с актами самоповреждения больных опийной наркоманией // Известия Саратовского университета. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2012. Т.12. №3. С. 87 – 90.
35. Поляк О.Б. Механизмы психологической защиты наркозависимых и их взаимосвязь с особенностями личности // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2008. №55. С. 418 – 423
36. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997. 496 с.

37. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2008. 640 с.
38. Савлакова Н.М. Временная перспектива личности: теоретический анализ проблемы // Философия и социальные науки: Научный журнал. 2010. № 3. С. 18 – 24.
39. Сиволап Ю.П., Лекции по наркологии. URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/1010>
40. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.: Медицина, 2005. 304 с.
41. Соловова Н.А. Выраженность механизмов психологической защиты как предиктор успешности реабилитации наркозависимых // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. №113. С. 291 – 297
42. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М.: Когито-Центр, 2006. 367 с.
43. Сырцова А. Возрастная динамика временной перспективы личности. М., 2008. 317 с.
44. Тетенова Е.В., Надеждин А.В. и Колгашкин А.Ю. Интернет-консультирование при немедицинском потреблении психоактивных веществ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. №6. С. 46 – 59.
45. Трусова А.В., Климанова С.Г., Киселев А.С. Временная перспектива в структуре мотивации сохранения здоровья // Вестник СПбГУ. 2013. №4. С. 61 – 67.
46. Шайдукова Л.К. Современные подходы к реабилитации наркозависимых // Казанский медицинский журнал. 2013. Т.94. №3. С. 402 – 405.
47. Ясная В.А., Замуруева И.И. Временная перспектива подростков с девиантным поведением: особенности и связь с толерантностью к неопределенности и самооценкой // Психологическая наука и образование. 2012. №2
48. Яценко Р.В., Ануфриева Е.В. К проблеме понятия «Временная Перспектива» в психологической науке // Известия Волгоградского государственного технического университета. 2014. №24. С.24 – 27.

49. Abby L. Braitman, Henson M. James, The impact of time perspective latent profiles on college drinking: a multidimensional approach// *Subst use misuse*. 2015. №50. C.664 – 673.
50. Garcia Juan A., Ruiz Belen, Exploring the role of time perspective in leisure choices// *Journal of leisure research*. 2015. №5. C.515 – 537.
51. James M., Henson, Michael P. Carey, Kate B. Carey, Stephen A. Maisto, Associations among health behaviours and time perspective in young adults // *Journal of behavioral medicine*. 2006. №2. C. 127 – 137.
52. Kelli A. Keough, Philip G. Zimbardo, John N. Boyd, Who's smoking, drinking and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use // *Basic and applied social psychology*. 1999. 21(2). C. 149 – 164.
53. Nicolas Fieulaine, Frederic Martinez, About the fuels of self-regulation: Time perspective and desire for control in adolescents substance use // *The psychology of self-regulation*. 2011. C. 102 – 121.
54. Ruth Ogden, Catharine Montgomery, High time // *The psychologist*. 2012. №8. C. 590 – 593.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Информированное согласие на участие в исследовании «ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА В СТРУКТУРЕ МОТИВАЦИИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ»

Мы предлагаем Вам принять участие в этом исследовании, которое посвящено изучению восприятия времени в контексте различных аспектов функционирования личности. Временная перспектива – это «неосознанный процесс, с помощью которого человеческий опыт размещается в определенные временные категории, или временные рамки, таким образом, придавая ему порядок, согласованность, и смысл» (Ф.Зимбардо).

Исследование проводится сотрудниками факультета психологии СПбГУ и НИПНИ им.В.М.Бехтерева.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение того, как восприятие времени может влиять на различные аспекты жизни, в том числе – здоровье.

Что будет происходить в этом исследовании. Если Вы согласитесь принять участие, мы попросим Вас ответить на ряд вопросов и заполнить несколько анкет, что займет у Вас около 35 минут. Вопросы будут посвящены Вашему восприятию прошлого, настоящего, и будущего, а также Вашим привычкам, связанным с поддержанием здоровья. Вы станете одним из примерно 150 человек, которым будет предложено участие в этом исследовании. По результатам этого исследования планируются публикации в научно-психологических изданиях.

Добровольность участия. Участие в этом исследовании является добровольным. У Вас есть право отказаться от участия в этом исследовании. Если Вы решите принять участие в исследовании, но затем измените свое решение, Вы в любой момент можете прекратить участие в исследовании. Ваше участие полностью зависит от Вашего решения. Ваше решение никак не повлияет на оценку Вашей успешности в учебном процессе.

Конфиденциальность. Анкеты, которые Вы заполните, получат индивидуальный идентификационный номер и вся статистическая обработка будет происходить без использования Вашего имени. Ваши личные данные не будут опубликованы ни в каких научных изданиях или отчетах по данному исследованию.

Возможные неудобства. Некоторые вопросы анкет, возможно, затрагивают личные и/или эмоционально значимые (тяжёлые) темы. Также заполнение опросников и тестов потребует от Вас определенной работы, которая может вызвать некоторое утомление. Помните, что Вы можете отказаться от участия в исследовании на любом этапе. Авторы исследования приложили все возможные усилия для того, чтобы исключить или минимизировать риск неблагоприятных последствий для участников исследования.

Данное исследование не предполагает чрезвычайных ситуаций, однако в случае возникновения таковых Вам будет оказана профессиональная психологическая помощь.

Возможные преимущества. Преимуществами участия в этом исследовании могут являться повышение осознанного интереса и улучшение отношения к своему здоровью. Тем не менее, Вы можете не получить никаких преимуществ от участия в этом исследовании.

Обратная связь. В этом исследовании предполагается индивидуальная обратная связь с участниками по поводу полученных результатов.

Проблемы или вопросы. Если у Вас возникают вопросы об этом исследовании, Вы можете связаться с одним из исследователей по телефонам:

- (812) 393-53-07 Мустафина Кристина (психолог, исполнитель исследования).
- (812) 412-72-71 Трусова Анна Владимировна (к.п.н., доцент кафедры мед.психологии и психофизиологии, руководитель исследования).

Данное исследование рассмотрено и одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета, куда Вы можете обратиться, если у Вас возникнут вопросы как у участника исследования [телефон 8(812) 327-7969, irb.spsu@yandex.ru].

Дата _____ Подпись _____

ФИО _____

Идентификационный номер анкет _____

Приложение 2

Опросник методики «Поведение, имеющее негативные последствия для здоровья».

Инструкция: Следующие вопросы касаются вашего образа жизни и самочувствия.

Пожалуйста, в каждом вопросе выберите один пункт, отражающий характерное для вас поведение.

1. В среднем, какова ваша продолжительность сна:

- Менее 6 часов
- Между 6 и 8 часами
- Более 8 часов

2. Часто ли Вы чувствуете усталость и/или испытываете сонливость в течение рабочего дня?

- Да
- Нет

3. По Вашему мнению, придерживаетесь ли Вы принципов здорового питания (т.е., употребляете здоровую пищу, перекусываете каждые 2-3 часа, не переедаете, и т.д.)

- Да
- Нет

4. Вы курите?

- Да
- Нет

5. Вы употребляете алкоголь?

- Да
- Нет

6. В среднем, как часто вы употребляете алкоголь:

- Не употребляю
- Каждый день
- 3-4 раза в неделю
- Один раз в неделю
- 3-4 раза в месяц
- Один раз в месяц

7. Когда Вы употребляете алкогольные напитки, как много Вы употребляете за один раз:

- Не употребляю
- 1-2 единицы алкоголя
- 3-4 единицы алкоголя
- 5 и более единиц

8. Сколько времени вы проводите за компьютером (помимо работы):

- Менее 2 часов в день
- 2-3 часа в день
- Более 2-3 часов в день

9. Как часто Вы занимаетесь физическими упражнениями:

- Никогда
- Менее 4-5 раз в неделю
- 4-5 раз в неделю
- Более 4-5 раз в неделю

10. Обращаетесь ли Вы к врачам для профилактических осмотров (регулярные визиты к терапевту в отсутствии жалоб):

- Да
- Нет

Приложение 3

Список инструментальных ценностей по методике Рокича

Инструкция: Сейчас Вам будут предъявлен список ценностей. Ваша задача пронумеровать их по порядку значимости для Вас как принципов, которыми Вы руководствуетесь в жизни.

Внимательно изучите сначала весь список и, выбрав ту ценность, которая для Вас наиболее значима, поставьте слева от нее цифру 1 (первое место). Затем выберите вторую по значимости ценность и обозначьте ее цифрой 2 (второе место). Затем проделайте то же со всеми оставшимися ценностями. Наименее значимая ценность останется последней и займет восемнадцатое место. Каждой ценности будет присвоен один номер.

Если в процессе работы Вы измените свое мнение, то можете исправить свой выбор, поменяв номера мест ценностей.

___ активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);

___ жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемый жизненным опытом);

___ здоровье (физическое и психическое);

___ интересная работа;

___ красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве);
___ любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);
___ материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);
___ наличие хороших и верных друзей;
___ общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей);
___ познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);
___ продуктивная жизнь (максимальное использование своих возможностей, сил и способностей);
___ развитие (работа над собой, постоянное духовное и физическое совершенствование);
___ развлечения (приятное, необременительное времяпровождение, отсутствие обязанностей);
___ свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках);
___ счастливая семейная жизнь;
___ счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);
___ творчество (возможность творческой деятельности);
___ уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Клинический пример №1

Роман К., 1982 г.р. единственный ребенок в семье. В настоящий момент проживает вместе с родителями. Срок ремиссии – более 7 месяцев, на момент прохождения исследования завершал реабилитационный процесс в наркологическом реабилитационном центре. Не имеет постоянного трудоустройства, финансовую помощь получает от родителей. Есть ребенок школьного возраста и гражданская жена, взаимоотношения с которыми в целом хорошие. В оценке настоящего и будущего времени мечется, во время прохождения исследования отметил большую важность настоящего момента, при общении в контексте обратной связи (через неделю) уже иначе отзывался о будущих планах.

Взаимоотношения с участниками и сотрудниками реабилитационного центра хорошие, пациент легко и активно идет на контакт. В поддерживающей группе занимает негласную позицию лидера.

Физическое самочувствие в целом нормальное, есть жалобы, незначительно сказывающиеся на поведении, хронических заболеваний нет. Употребление алкоголя отрицает, занимается спортом, но вместе с тем часто чувствует усталость.

Роман входит в третью, самую обширную группу респондентов по длительности ремиссии. В структуре временных ориентаций по методике ZTP1 лидируют настоящее гедонистическое время и негативное прошлое (Настоящее Гедонистическое =3,24; Прошлое Негативное =3,27; Прошлое Позитивное =3,11; Настоящее Фаталистическое =3,00; Будущее =2,46), что говорит о том, что выработанный на момент прохождения исследования конструкт временной перспективы не является сбалансированным и требует дальнейшей работы. Средние показатели по методике СДВ в целом нормативны: фактор прошлого времени – 7,2, настоящего – 1, будущего – 6,2.

Приложение 5

Клинический пример №2

Ренат К., 1982 г.р. принял участие в исследовании с минимальным сроком ремиссии (4 дня), до этого многократно обращался в наркологический реабилитационный центр для поддержки ремиссии. Перед тем, как обратиться в НРЦ проживал один, избегая общения с людьми, много времени проводит за компьютером. Периодически работает, но неофициально и не на постоянной основе. Незадолго до посещения НРЦ был госпитализирован в психиатрическую больницу им. Скворцова-Степанова.

Наличие хронических заболеваний отрицает, собственное здоровье оценивает как посредственное. Эпизодически употребляет алкоголь (1 раз в месяц, объем – 5 и более единиц). Самочувствие на момент прохождения исследования неудовлетворительное, физическое и психологическое состояние со слов Рената сильно сказываются на повседневной жизни.

Образование – неполное среднее, социальное общение в целом высокое. С близкими связь не поддерживает. Планы на будущее не строит, даже в рамках одного дня. Что касается результатов исследования, предсказуемо ярко выражены ориентации на гедонистическое и фаталистическое настоящее, мотивация к восстановлению здоровья и полному отказу к употреблению наркотиков низкая, наблюдается высокий

риск рецидива. Результаты по опроснику временной перспективы: Настоящее Гедонистическое = 4,65; Прошлое Негативное = 3,18; Прошлое Позитивное = 3,78; Настоящее Фаталистическое = 4,33; Будущее = 2,31. Методика СДВ демонстрирует в целом нормальные показатели (незначительно занижено отношение к прошлому): настоящее – 5,6, прошлое – (минус)2,6 и будущее – 4,6. Требуется фармакотерапия и психологическая поддержка, поддерживающей группы в рамках реабилитационной помощи вероятнее всего буде недостаточно.