

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПИЙНОГО АДДИКТА

Н.А. Бохан, А.И. Мандель (Томск)

Аннотация: Обсуждаются проблемы структуры, клиники и течения наркоманий, в частности, опиатной зависимости. Изучаются, с помощью многофакторных опросников, личностные особенности наркоманов и здоровых испытуемых. Обозначаются социально-психологические деформации больных наркоманией.

Ключевые слова: опиатная зависимость, наркомания, индивидуально-психологические особенности личности, эмоциональные и поведенческие реакции, аддикция, трансформация, снижение уровня личности.

«И у морфинистов встречаются подделки рецептов, воровство и т.п., но все же циничности ... там не наблюдается», - писал М.П. Кутанин в 1915 году. В последние годы при опиатной зависимости происходит существенная трансформация личностных изменений: от различий в характере преморбидной отягощенности, до гротескных личностных аномалий с чертами психического инфантилизма (5).

Произошли изменения в структуре, клинике и течении наркоманий. Меняется спектр потребляемых наркотических средств, снижается возраст больных, иными становятся социально-психологические факторы, способствующие началу наркотизации. Дальнейшее развитие болезни приводит к «заострению» преморбидных черт характера, формированию психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств, обесцениванию морально-этических категорий, что в целом и определяется как «снижение уровня личности», «изменениями личности по наркоманическому типу», «органическим синдромом настроения» [2, 6, 14, 15], что определяет дифференцированный выбор реабилитационных программ [1, 4].

В своем исследовании мы попытались определить индивидуально-психологические особенности, характеризующие «модальную» для субпопуляции современных наркоманов личность [8], лиц, проживающих на территории Западной Сибири, русскоязычных, европеоидной расы, мужского пола (средний возраст 20.0 ± 2.6 лет).

Для этих целей был использован 16-факторный тест Р.Б. Кэттелла и методика многостороннего исследования личности (ММРП), позволяющие выявить у испытуемых определенный набор личностных черт, эмоциональных и поведенческих реакций [11], а также оценить степень их выраженности для последующего использования в фармако- и психотерапии при аддиктивных расстройствах. Анализ результатов проводился на основе математической обработки данных с применением кластерного и дискриминантного

анализа, а также тестов значимости различий по t-критерию Стьюдента.

Усредненный личностный профиль по тесту 16 PF обследованной группы больных наркоманией представляет собой «зубчатую» кривую с доминированием средних оценок по факторам: А, Н, L, О, N; ниже средних (в пределах 4.0) - по факторам F, N и Q2; значимо низких, приближающихся к полюсу отрицательных значений, - по факторам E, C, G, I, M и Q1 (средние значения от 3.0 до 3.6).

Прежде всего, это свидетельствует о незрелости личности (в психоаналитическом контексте «слабость Я»), эмоциональной недисциплинированности, импульсивности, неумении доводить начатое до конца, тенденции уклоняться от ответственности, избегании требований действительности, стремлении потворствовать своим желаниям, отсутствии интеллектуальных интересов, небрежности, эгоистичности. Обследуемым присущи такие качества как практичность и «приземленность», жесткость и прагматизм, отсутствие интеллектуальных интересов, зависимость от группы, безинициативность в выборе собственной линии поведения.

Из качеств, характеризующих силу принципов индивида относительно общественных моральных норм, можно выделить сниженный самоконтроль, хаотичность, безалаберность, неумение контролировать свои эмоции и поведение. Характерное отношение к фрустрации - удовлетворенность существующим положением дел, отсутствие стремления к достижениям и переменам.

Для объективной оценки полученных результатов проведен сравнительный анализ показателей факторной структуры личности, выявляемых тест-опросником Р.Б. Кэттелла, в контрольной группе. В качестве контроля была обследована группа испытуемых, идентичная с основной по полу, возрасту и месту проживания. - 36 студентов мужского пола, учащихся 2 курса одного из вузов Томска, средний возраст 19.7 ± 1.1 , без признаков наркотической аддикции

(по сведениям, полученных от кураторов учебных групп).

В результате математической обработки, были получены значимые показатели, достоверно дифференцирующие две группы испытуемых по следующим факторам 16 PF: B, N и Q1 ($p < 0.001-0.05$). Наиболее выраженные отличия получены по фактору B, отражающему способность к абстрактно-логической деятельности - средние значения его в группе

контроля существенно выше по сравнению со значениями в группе больных (7.3 и 4.7 стенов соответственно). Последнее согласуется с позицией автора теста, состоящей в том, что познавательная деятельность, способность к усвоению нового, наиболее полному использованию интеллектуальных ресурсов непосредственно связана с особенностями личности - волевыми качествами, уровнем активности, спонтанности, самоконтроля.

Таблица 1
Достоверность различий между группой больных наркоманией и контрольной группы по тесту 16 PF

	Group 1: norma : 1 Group 2: narkom : 2										
	Mean norma	Mean narkom	t value	df	p	Valid N norma	Valid N narkom	Std.Dev. norma	Std.Dev. narkom	F-ratio variances	p variances
A	5.92	5.28	1.4	110	.17	36	76	1.98	2.40	1.47	.21
B	7.31	4.78	6.2	110	.00	36	76	1.41	2.24	2.51	.00
C	4.06	3.46	1.4	110	.18	36	76	2.08	2.19	1.10	.77
E	3.61	3.51	.2	110	.81	36	76	1.78	2.05	1.33	.35
F	4.42	4.14	.7	110	.49	36	76	2.13	1.85	1.33	.30
G	3.83	3.62	.5	110	.60	36	76	2.22	1.88	1.40	.22
H	3.94	4.92	-2.3	110	.02	36	76	2.01	2.12	1.11	.75
I	3.47	3.47	-.0	110	1.00	36	76	1.93	2.05	1.12	.72
L	5.97	5.53	.9	110	.35	36	76	1.70	2.61	2.36	.01
M	4.53	3.09	3.3	110	.00	36	76	2.17	2.19	1.01	.99
N	1.81	3.54	-5.6	110	.00	36	76	1.49	1.54	1.06	.86
O	5.17	4.76	.8	110	.43	36	76	2.46	2.55	1.08	.82
Q1	4.94	3.46	3.2	110	.00	36	76	2.25	2.29	1.04	.93
Q2	4.31	4.00	.8	110	.41	36	76	2.28	1.57	2.09	.01
Q3	4.94	4.62	.7	110	.49	36	76	2.46	2.29	1.15	.60
Q4	5.33	4.61	1.5	109	.14	36	75	1.96	2.55	1.70	.08

Здоровые испытуемые в большинстве более естественные, бесхитростные, наивные, отличающиеся гибкостью мышления и творческой направленностью [10]. Аддикты - социально более изощренные, изобретательные, циничные, склонные к жестким, трудно корректируемым стереотипам. Сравнительный анализ испытуемых двух групп выявил также ряд факторов со схожими значениями, из которых наиболее интересны одинаково низкие значения фактора G. Этот фактор соответствует аналитическому показателю нравственности, совестливости, чувства долга, ответственности и выдержанного, социально одобряемого поведения. Низкие значения фактора, напротив, соответствуют всем критериям аморального, не подчиняющегося правилам безответственного поведения.

Совпадение низких значений фактора в группе наркоманов и здоровых, социально

адаптированных студентов, по нашему мнению, свидетельствует в первую очередь, о значимости возраста при оценке нравственных категорий и стремлений к соблюдению моральных требований, к утверждению общечеловеческих ценностей в ущерб личным целям.

Так, например, отсутствие утвердительных ответов на утверждения, имеющие высокие нагрузки по фактору G, - «люди должны больше заботиться о выполнении законов», «я стараюсь не ранить чувства людей неосторожными замечаниями» или «любая работа должна делаться тщательно» и, напротив, утвердительный ответ на утверждение «я думаю, что личная свобода в поведении важнее хороших манер и соблюдения правил» - в современных реалиях воспринимается вполне толерантно, но приводит к низким значениям фактора G.

Таким образом, низкие оценки по фактору G выявляются в норме при несформированных нравственно-этических ценностях. Балл по этому фактору определен не реальной «аморальностью», а установкой на демонстрацию определенного образа «я», соображениями престижа, подверженных влиянию времени [3, 6]. Высокие же значения фактора однозначно коррелируют с успехами в обучении и общими достижениями [9, 6].

Полученные результаты подтвердились при исследовании актуального эмоционального состояния зависимых от наркотиков индивидуумов с помощью методики многостороннего исследования личности. Усредненный профиль группы больных опиоидной наркоманией (рисунок 1) характеризовался пиками по 4, 6, 8, 9 шкалам (аффективной ригидности или «паранойи» в классическом варианте теста, асоциальных тенденций или «психопатии», «аутизации» или индивидуалистичности и высокой активности или «гипомании») на фоне высоких значений шкалы «напряженности» и низких шкалы «коррекции» (код профиля 4689-/50 F/-IK).

Для всех обследуемых характерен в той или иной степени социопатический вариант развития личности, дезадаптивный стиль поведения с доминированием агрессивных реакций, конфликтностью, пренебрежением социальными нормами, низким самоконтролем.

Для более детального изучения индивидуальных проявлений, аффективных и поведенческих особенностей, формирующихся в процессе наркотизации, результаты тестирования, полученные с применением методики многостороннего исследования личности, были подвергнуты кластерному анализу. Результатом кластеризации явилось разделение исходной когорты больных наркоманией на три группы.

Усредненный профиль MMPI первой группы больных (в нее вошло 19 человек, код профиля 1 8"6 /-5 0 F/-KL), характеризовался повышением показателей в пределах 70-80 Т-баллов по шкалам «ипохондри» (соматизации

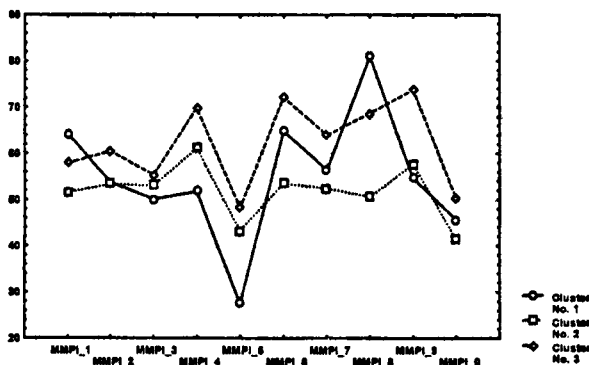
тревоги)» и «аутизации» на фоне высоких значений по шкале «напряженности» и низких по шкале «коррекции».

Первый кластер отдифференцировал наиболее «взрослых» больных (18 человек) в возрасте 21.8 лет в среднем. Код усредненного профиля этой группы свидетельствует о нарастании ипохондричности и аутизации параллельно стажу употребления наркотиков. В процессе развития заболевания складывается ригидный стереотип поведения с высокой резистентностью по отношению к внешним воздействиям, вступающий в противоречие с внутренней установкой на переживание соматического благополучия. Напряженность в дальнейшем может быть использована как механизм для работы с потенциалами человека, структурировании контуров его нового образа [16].

Второй кластер представлен лицами в возрасте 20.5 лет в среднем (всего 30 человек), чьи особенности связаны с преобладанием в профиле методики многостороннего исследования личности 4 и 9 шкал (код профиля 4"9 -/0 F/-KL, уровень профиля располагается в пределах нормы - от 60 до 40 Т-баллов). Из свойственных им качеств следует отметить, прежде всего, асоциальные тенденции и склонность к совершению антисоциальных поступков. Отсутствует способность к рефлексии, преобладает беспечность, непостоянство в привязанностях, снисходительное отношение к своим недостаткам, сниженный самоконтроль в поведении и тенденция пренебрегать последствиями своих действий.

Естественные для молодого возраста характеристики - высокая активность, преобладание мотивации достижения, спонтанность, уверенность и быстрота принятия решений, высокий уровень притязаний, потребность в социальных контактах, - в процессе формирования зависимости от наркотика трансформируются под воздействием патологического влечения, приобретают

График средних значений каждого кластера
(группа больных с диагнозом наркомания)



аффективную насыщенность, становятся трудно коррегируемыми и доминируют в эмоционально-волевой сфере личности. Нарастают черты «аффективной ригидности» и «аутизации».

Усредненный профиль личности (код профиля 4 6 9"8-/0 F-/KL с повышением показателей шкал «психотической тетрады» до 70 Т-баллов), сформирован по результатам тестирования лиц, образующими третий кластер (28 человек, средний возраст 20.5 лет).

Психологический дискомфорт, аффективная насыщенность психических переживаний, плохо организованная активность приводят к реализации эмоциональной напряженности в вызывающем антисоциальном поведении, снятии моральных запретов, склонности не учитывать требований объективной реальности. Положительные корреляционные связи со шкалами ММРІ, сформировавшими в нашем случае третий кластер, обнаруживает показатель «деструктивной агрессии», описанный при анализе различных форм агрессивного поведения [12].

Поведение больного организуется сообразно стремлению к измененному состоянию сознания, лежащему в основе патологического влечения к психоактивным веществам. Зона жизненного комфорта жестко ограничивается пределами наркотического опьянения, что приводит к неадекватному, девиантному поведению и социальной дезадаптации [13].

Таким образом, в результате исследования, проведенного с целью изучения психологических особенностей, формирующихся в процессе наркотизации, был выявлен паттерн личностных характеристик, отличающих больных наркоманией - это низкие показатели факторов С, G, I, M, Q1, определяемых тестом 16 PF, а также высокие значения шкал F 1 4 6 8 и 9, выявляемые тестом ММРІ. При сопоставлении результатов обследования группы больных наркоманией и группы здоровых индивидуумов, состоявшихся личностно и профессионально, выявляется ряд психологических особенностей, не свойственных или утерянных лицами, склонными к употреблению наркотиков - это эмоциональная устойчивость, доминантность, смелость, гибкость и критичность мышления, контроль желаний и поведения. С увеличением стажа наркотизации трансформируются морально-этические ценности, уменьшаются возможности самоконтроля, способности к интеграции, осознанности поведения, забота о «социальной репутации», снижается уровень личности в целом.

Литература:

1. Бохан Н.А., Мазурова Л.В., Мандель А.И., и др. Психотерапевтические программы в реабили-

литации больных опийной наркоманией // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные вопросы) / Под ред. В.Я. Семке. - Томск: Изд-во НТЛ, 1998. - С.19-22.

2. Бохан Н.А., Мандель А.И., Воеводин И.В. Качество социально-психологической адаптации и копинг-поведения при аддитивных состояниях // Качество жизни – стратегия XXI века: Материалы IV Международной научно-практической конференции Томск: Изд-во НТЛ, 1999. - С.108-110.

3. Забродин Ю.М., Похилько В.И., Шмелев А.Г. Статистические и семантические проблемы конструирования и адаптации многофакторных личностных тест-опросников // Психологический журнал. - 1987. - № 6. - С. 79-89.

4. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. - Томск: ТГУ, 1993. - 272 с.

5. Иванец Н.Н., Демина М.В. О патоморфозе клинической картины современных опийных наркоманий //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1998. - № 3. - С. 59-62.

6. Кон И.С. Постоянство и изменчивость личности // Психологический журнал. - № 4. С. 126-137.

7. Курек Н.С. нарушение целенаправленной активности у больных опийной наркоманией // Психологический журнал. - 1993. - № 4. - С.118-125.

8. Лурье С. Антропологи ищут национальный характер // Знание – сила. - 1994. - № 3. - С. 48-53.

9. Мандель А.И. Клинические и социально-психологические характеристики алкоголизма (региональный аспект) / Автореф.дисс...канд.мед.наук. - Томск, 1989. - 21 с.

10. Матвеева Л.В., Аникеева Т.Я., Мочалова Ю.В. Экранный образ и личностные особенности телеведущих (статья первая) // Психологический журнал. - 1999. - № 1. - С. 20-30.

11. Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. - М.: Просвещение, 1985. - 319 с.

12. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л. Экспериментально-психологические аспекты профилактики агрессивного поведения // Судебно-медицинская экспертиза. - 1996. - № 1. - С. 30-31.

13. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть II) // Вопросы наркологии. - 1995. - № 3. - С. 75-94.

14. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркоманий // Вопросы наркологии. - 1998. - № 1. - С. 11-20.

15. Семке В.Я., Бохан Н.А. Превентивные аспекты аддитивных состояний у подростков // Семке В.Я. Превентивная психиатрия. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. - С. 310-312.

The personal peculiarity of the opium addiction

N.A. Bokhan, A.I. Mandel

Summary: Are discussed the Problems of Structure, Clinic and Flow of the Drug Addiction, in Particular, Opiatic Dependence. With Many factors Questionarys, are studed Personal Peculiarity of Drug Addicts and Healthy Respondents. Social-Psychological Deformation of the Drug Adicts is showing.

Key words: Opium Addiction, Drug Addiction, Individual-Psychological Peculiarity of the Person, Emotional and Behavioral Reactions, addiction, Transformation, Deterioration of Level of Person.

ВОЗМОЖНОСТИ БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

Н.В. Казинцева, Г.В. Залевский (Томск)

Аннотация: Утверждается, что бихевиоральная оценка позволяет выявить довольно большой размах психологических и поведенческих расстройств у детей. Рассматриваются, проводящиеся в рамках поведенческой терапии, две фазы оценочного наблюдения: начальная оценка и эффективность лечения, целью которых является подтверждение или опровержение гипотезы, выведенной из результатов листа учета поведения, интервью и истории болезни.

Ключевые слова: Бихевиоральная оценка, поведение, среда, ребенок, SORC-модель, расстройство.

Отличительным свойством поведенческой оценки является причинно-следственная связь между оценкой и лечением, направленным на определенные результаты оценки.

Специфическим результатом бихевиоральной оценки является назначение лечения, сфокусированного на взаимодействии ребенка с причинной ситуацией дома, в школе, с родителями и т.д. Поведение рассматривается как функция того, какие отклонения ребенок имеет и специфической ситуации, влияющей на эти поведенческие проявления. Таким образом, поведение является ситуационно обусловленным и наилучшим образом характеризует установление взаимодействия между ребенком и средой. При проведении оценки ударение ставится на том, что ребенок *делает* или *вследствие чего* такое поведение. Учитывая эту ситуационную взаимообусловленность, лечение основывается на непосредственном наблюдении ребенка, взаимодействующего со средой, и затем изменение среды (событий, которые управляют и мотивируют поведение) с целью изменения поведения ребенка. Neys et al., предложили термин «лечебная утилитарность оценки» для описания адекватности оценки в направлении инициации действительно полезного лечения.

Поведенческая оценка состоит из гетерогенного набора методик, которые включают прямое наблюдение проявлений поведения и изменений среды, контролирующими это поведение. На концептуальном уровне поведенческая оценка понимается как взаимодействующее влияние ситуации и поведения, описанными выше; на методологическом уровне бихевио-

ральная оценка включает манипулирование внешними событиями для того, чтобы произошли видимые изменения поведения; на практическом уровне ударение ставится на проведение непосредственного (прямого) наблюдения за поведением под влиянием различных средовых условий.

Наиболее общей моделью, используемой в поведенческой оценке детей, является модель SORC:

- а) S - означает отсылку к предшествующему стимулу (событиям), которые приводят к изменению поведения;
- б) O - означает данные об особенностях организма ребенка, включая историю воспитания, физиологический статус, оценку способностей, например, интеллекта;
- в) R - отсылает к специфическим реакциям, ответам на стимулы;
- г) C - отсылает к последствиям реакции на стимул.

Итак, предшествующие события обуславливают проявления поведения, вызванные ситуацией, а последующие изменения событий контролируют его поддержание (сохранение) посредством мотивации (усиления) поведения. В рамках этой модели поведение является функцией изменений у детей, взаимодействующих как с предшествующими, так и последующими изменениями среды.

Наиболее часто SORC-модель применяется как часть бихевиорального интервью с целью расспроса о специфическом поведении и событиях окружающей среды, которые могли повлиять на поведение и мотивировать его. Таким об-