

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ОТНОШЕНИЕМ К БОЛЕЗНИ

*Работа представлена кафедрой медицинской психологии и педагогики
Санкт-Петербургской медицинской академии им. И. И. Мечникова.*

Научный руководитель — доктор психологических наук, профессор С. Л. Соловьева

Статья описывает особенности личности больных наркоманией с различным типом отношения к болезни, что дает возможность построить на основе этих данных психокоррекционную программу с учетом специфических психологических свойств наркозависимых и тем самым индивидуализировать реабилитационный процесс для каждого пациента.

Ключевые слова: *отношение к болезни, критика болезни, терапевтическая мотивация, свойства личности.*

PERSONALITY OF DRUG-ADDICTED PEOPLE WITH DIFFERENT TYPES OF ATTITUDE TO THE DISEASE

The article describes personalities of drug-addicted people with different types of attitude to this disease. It gives an opportunity to create rehabilitation programmes with specific psychological characteristics of drug-addicted people and to make the rehabilitation process personal for every patient.

Key words: type of attitude to a disease, criticism against a disease, therapy motivation, personality characteristics.

Проблема осознания болезни при различных типах зависимости от психоактивных средств является одной из наиболее дискуссионных в современной наркологии и психологии. Феномен осознания болезни, по мнению большинства исследователей, является сложным многокомпонентным и многоуровневым образованием, на формирование и развитие которого оказывают влияние социальные, клинические и психологические факторы. Одним из наиболее важных психологических факторов, тесно взаимосвязанных с критической оценкой болезни, являются личностные особенности больных, но в специальной литературе они освещаются в рамках клинических или психологических исследований, констатирующих подобные факты, но не предполагающих их целенаправленного анализа. Формирование зависимости изменяет социальную ориентацию личности [5, с. 103], снижает продуктивность познавательных процессов, способствует возникновению эмоционально-волевых нарушений и патологических личностных изменений [6, с. 91]. Личностные изменения, в свою очередь, накладывают отпечаток на клинические особенности заболевания, определяют специфику терапевтического и психотерапевтического подходов, влияют на длительность и качество ремиссий [2, с. 54; 4, с. 14]. Изучение взаимосвязи между личностными особенностями и осознанием болезни проводилось преимущественно при алкогольной зависимости [3, с. 115].

Осознание себя, своего состояния, в том числе и болезненного, представляет собой непосредственный продукт личности [1, с. 30]. Поэтому личностные особенности не могут

быть интактными факторами для феномена отношения к болезни. Продолжение исследований их взаимосвязи позволит повысить эффективность не только для диагностических, но и терапевтических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий при опийной наркомании.

Для достижения поставленной цели исследования нами было проведено комплексное исследование 120 больных героиновой наркоманией. Среди обследованных пациентов было 77 мужчин (64,2%) и 43 женщины (35,8%). Все испытуемые проходили курс стационарного лечения в Мурманском областном наркологическом диспансере. Средний возраст пациентов составил 21–22 года, стаж злоупотребления героином — 3–7 лет.

В ходе исследования были использованы клиничко-психологический и экспериментально-психологический методы. Клиничко-психологический метод предполагал исследование отношения к болезни у пациентов с применением разработанного структурированного интервью и метода экспертных оценок. Экспериментально-психологический метод включал опросник 16 PF Р. Кеттелла для определения свойств личности, методику для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), методику «Смыслжизненные ориентации» (адаптированная версия теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика) для определения жизненных целей и локуса контроля, методику «Индекс жизненного стиля» для определения ведущих механизмов психологической защиты и общую степень их напряженности у испытуемых, методику «Цветовой тест

отношений» для исследования особенностей отношений испытуемых в значимых сферах.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов математической статистики (корреляционный анализ, факторный анализ, метод определения достоверности статистических различий с использованием *t*-критерия Стьюдента). Для обработки данных использовались компьютерные программы SPSS 11.0 и Excel 2003.

Отношение к болезни рассматривалось нами как сложное клинико-психологическое образование, включающее в свою структуру критичность к заболеванию и терапевтическую мотивацию. С учетом установленных в ходе исследования данных были обозначены три типа отношения к болезни среди наркозависимых: тип с полной критикой к болезни и положительной терапевтической мотивацией, тип с частичной критикой к болезни и отрицательной или формально-вынужденной терапевтической мотивацией и тип анозогнозией и отрицательной или формально-вынужденной терапевтической мотивацией.

В группу с полной критикой к болезни вошли 35 пациентов (29,2%), из них 22 мужчины (62,9%) и 13 женщин (37,1%). Возрастной состав группы колеблется от 18 до 33 лет, средний возраст группы — 22 года. Личность испытуемых, по данным методики «16 PF», характеризовалась умеренной эмоциональной лабильностью, тревожностью, ранимостью ($p < 0,01$), неуверенностью в себе, осторожностью общении с окружающими ($p < 0,000$), но при этом способностью к эмпатии. Факторы О и Q4 коррелировали с тревожным ($p < 0,02$) и сенситивным ($p < 0,05$) типами отношения к болезни. Связь фактора С с «проекцией» ($p < 0,02$) и «проекцией» с «регрессией» ($p < 0,02$) подтвердила эмоциональную лабильность пациентов, возможность совершения ими импульсивных поступков и внешнеобвиняющих реакций. Взаимосвязь факторов G и Q3 ($p < 0,04$), а также с субшкалой «Локус-контроль Я» методики «Смысложизненные ориентации» ($p < 0,01$) свидетельствовала о понимании общепринятых социальных правил, стремлении к самоконтролю, проявлениям

волевой активности и осознанию управляемости и подчиненности собственной жизни. Была отмечена отрицательная корреляция субшкалы «Результат» с защитой «компенсация» ($p < 0,03$), что говорит о неудовлетворенности жизнью и стремлении чего-нибудь достичь, изменить. В системе значимых отношений на момент исследования было выявлено негативное отношение к болезни, наркотикам, прошлому, связанному с наркотиками, положительное — к лечению, выздоровлению и будущему. Субшкала «Цели» коррелировала с «будущим» ($p < 0,03$), это говорит о позитивных ожиданиях и планировании будущего. Отрицательная корреляция характеристики «лечение» с субшкалами «Локус контроля Я» ($p < 0,03$) и «Локус контроля — жизнь» ($p < 0,02$) подтвердила позитивные ожидания от лечения представителей данной группы и потребность в помощи.

В группу с частичной критикой к болезни вошел 51 человек — 64,7% мужчин, 35,3% женщин. Средний возраст группы — 22 года (от 16 до 30 лет). Результаты методики «16 PF» и корреляционного анализа выявили взаимосвязь между факторами А и F ($p < 0,009$), Е и F ($p < 0,01$), что говорит о сочетании общительности, стремления к доминированию с импульсивностью, беспечностью, безрассудством. Отмечена корреляция фактора Е с эгоцентрическим типом отношения к болезни ($p < 0,001$). О социальной смелости, готовности к риску, склонности к авантюризму свидетельствует взаимосвязь факторов А, Н и F ($p < 0,001$), что многократно усиливает черты неустойчивости поведения и затрудняет социальную адаптацию пациентов. Испытуемым группы свойственна повышенная тревожность, подверженность страхам с эмоциональной неустойчивостью ($p < 0,000$), раздражительностью, низкой фрустрационной толерантностью ($p < 0,02$), низкий самоконтроль над внешними проявлениями эмоций и импульсивными побуждениями, слабОВОлие и недисциплинированность ($p < 0,000$). Фактор Q3 отрицательно коррелировал с дисфорическим ($p < 0,02$) и неврастеническим ($p < 0,02$) типами отношения к болезни. О низком самокон-

троле, инфантильности пациентов группы и отсутствии целей в жизни, экстермальном локусе контроля и неудовлетворенности жизнью в настоящем свидетельствовало сочетание фактора Q3 с субшкалами «Цели», «Процесс», «Локус контроля Я» ($p < 0,01$; $p < 0,03$; $p < 0,006$) и с защитой по типу «регрессия» ($p < 0,002$). Преобладающие механизмы психологической защиты — «регрессия» и «проекция», была снижена защита «вытеснение». В системе отношений — позитивное отношение к наркотикам и будущему, негативное — к лечению и прошлому. Позитивное отношение к прошлому взаимосвязано с негативным отношением к выздоровлению ($r = -0,41$, $p < 0,003$).

Группа с анозогнозией включала 34 человека, из них 67,6% составляли мужчины и 32,4% — женщины, средний возраст в группе — 21 год. Личность пациентов, по данным опросника «16 PF», характеризовалась эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, конфликтностью ($p < 0,002$), неразборчивостью в общении, склонностью к риску, плохим пониманием социальных норм ($p < 0,03$), преобладанием незрелых форм поведения в проблемных ситуациях ($p < 0,000$). Высока вероятность смещенной агрессии при слабом осознании

асоциальности и неприемлемости своего поведения ($p < 0,01$). Защита по типу «регрессия» отрицательно коррелировала с фактором О ($r = -0,36$, $p < 0,04$), что говорит об отсутствии чувства вины в связи с таким поведением. Фактор Е связан с эгоцентрическим типом отношения к болезни ($p < 0,04$), фактор F и защитный механизм «регрессия» — с анозогностическим типом ($p < 0,03$). Экстернальный локус контроля был связан с эмоциональной неустойчивостью испытуемых ($p < 0,000$), свои эмоциональные проблемы пациенты компенсировали употреблением наркотиков ($p < 0,008$). В силу нескритичности к собственному поведению пациенты на момент обследования положительно относились к прошлому, связанному с наркотиками ($p < 0,04$). Ведущими механизмами психологической защиты являлись «регрессия», «проекция», «рационализация», была снижена защита «вытеснение».

Таким образом, при различных вариантах осознания болезни при героиновой наркомании отмечается преобладание определенных свойств личности. Полученные результаты могут учитываться при определении прогноза заболевания и разработки психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демина М. В. «Внутренняя» картина наркологической болезни. М., 2004. 58 с.
2. Иванец Н. Н. О роли личностного фактора при хроническом алкоголизме // Вопросы психоневрологии. 1980. Вып. 8. С. 95.
3. Классен И. А., Шмакова М. А. Диагностика анозогнозии у больных хроническим алкоголизмом после психотерапевтического лечения // Казанский мед. журнал. 1986. Т. 67. № 2. С. 150.
4. Козлов А. А., Бузина Т. С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1999. № 10. С. 114.
5. Ланда А. Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // Некоторые проблемы наркомании: сб. науч. тр. М., 1989. С. 120.
6. Ураков И. Г., Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Рохлина М. Л. Некоторые особенности осложненной опиоидной наркомании в возрастном аспекте // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. Вильнюс, 1983. С. 105.