

Список литературы:

1. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса.
2. Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. – СПб.: Ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.
3. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R.
4. Ениколопов С. Н. Психотерапия при психотравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 50-56.
5. Пергаменщик Л.А., Гончарова С.С., Яковчук М.И. Преодоление психологических травм. – Мн., 1999. – 55 с.
6. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
7. Кровяков В.М. Психотравматология (2005).
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III; APA, 1980.

СВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ФОРМАХ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

© Яворская А.Г.* , Корнеева С.А.*

Белгородский государственный университет, г. Белгород

Являлась актуальной и востребованной во все времена, на сегодняшний день проблема психологической зависимости оказалась одной из первоочередных в современном обществе. Глобальная аддиктивность, девинантизация общества определяет необходимость радикальных парадигм, связанных с изучением и профилактикой традиционных и вновь возникших аддикций, к наиболее распространённым из которых относятся химические формы зависимости – алкоголизм и наркомания. Проблематика аддиктивных форм поведения в настоящее время представляет особый интерес для психологии аддиктивности, которая всё в большей степени приобретает самостоятельный статус в системе изучения феномена зависимости и занимается рассмотрением всех форм и типов аддиктивного поведения, его механизмов, профилактики, терапии и реабилитации пациентов.

* Бакалавр факультет психологии.

* Старший преподаватель кафедры Общей и клинической психологии.

К одной из наиболее значимых и малоисследованных проблем современной психологии зависимости относится проблема связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей.

Личностные особенности являются устойчивой характеристикой индивида, своеобразной «линзой», отражаясь и преломляясь в которой объективный окружающий мир и внутренние ощущения становятся субъективными, приобретая специфические для каждого типа ценности, личностно значимые акценты, вызывая различные эмоции и чувства. Личность проявляется в любой человеческой деятельности, влияя на межличностное взаимодействие и самоотношение, опосредуя поступки и поведенческие реакции в различных жизненных ситуациях, в том числе и в ситуации заболевания. К числу важнейших клинико-психологических феноменов, неразрывно связанных с личностными особенностями, формирующихся при их непосредственном участии, относится внутренняя картина болезни, которая имеет большое значение в процессе социально-психологической реабилитации зависимых. Вслед за Р.А. Лурия, под внутренней картиной болезни, мы понимаем «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Она является психологическим эквивалентом сознания болезни и характеризует его критическую оценку.

Исходя из этого, проблема нашего исследования звучит следующим образом: какова связь личностных характеристик и особенностей внутренней картины болезни при химических формах аддиктивного поведения?

Исследование проводилось на базе ОГУЗ «Областной наркологический диспансер». В работе приняли участие 30 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Возрастной диапазон испытуемых колебался от 19 до 54 лет, средний возраст составил 30-37 лет, с использованием критериев классификационной системы МКБ-10 диагностировались хронический алкоголизм средняя стадия и опийная наркомания, стаж заболевания колеблется от 2 до 20 лет.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики: методика качественной и количественной оценки нарушений сознания наркологической болезни (авт. М.В. Демина); личностный Опросник Бехтеревского института (авторы методики – сотрудники Бехтеревского института, 1983 год); методика Мини-Мульт; модифицированная методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; метод цветочных выборов М. Люшера (модификация Л.Н. Собчик).

Одним из основных методов статистической обработки данных являлась программа «STATISTICA 6.0» (В.П. Боровиков). Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрических критериев: U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни, критерия ϕ^* – углового преобразования Фишера (Е.В. Сидоренко), при анализе результатов исследования также был использован факторный анализ.

По результатам факторного анализа, назначение которого заключается в выделении конструкторов, описывающих ВКБ на основе личностных характеристик, объединении описанных значимых корреляционных связей в отдельные группы. Было выделено 7 значимых факторов, в которых объединены переменные, сильно коррелирующие между собой.

В первый фактор вошли следующие показатели: сенситивный, тревожный, ипохондрический, неврастенический типы отношения к болезни, показатели по шкале психастении, ипохондрии, шизоидности, а также показатель интенсивности тревоги. Данный фактор собрал в себе показатели, описывающие тревожность, мнительность, низкую переносимость дискомфорта при высокой фиксированности на болезненных ощущениях, а также сенситивность к средовым воздействиям и страх недостаточного признания и пренебрежительного отношения со стороны окружения. Вышеперечисленные особенности являются как личностными характеристиками, так и определяющими отношение к заболеванию. В целом, фактор объединяет тревожно-астенический паттерн отношения к болезни.

Второй фактор включает такие показатели, как апатический тип отношения к болезни, степень удовлетворённости собой, уровень актуальной самооценки, зрелость отношения к ценностям. Следует отметить, что первый входящий показатель (апатический тип отношения к болезни) нагружает фактор отрицательным значением, что позволяет толковать фактор как конструкт, описывающий такой паттерн поведения в ситуации заболевания, который характеризует осознанное отношение к болезни и необходимости лечения, субъективную значимость для больного происходящих с ним изменений. При этом в качестве условий, сопутствующих формированию данного типа отношения к болезни выступают высокий уровень самооценки, чёткое осознание своих возможностей, зрелое отношение к самостоятельно выработанным ценностям.

В третий фактор вошли показатели: эргопатический тип отношения к болезни, гармоничный тип отношения к болезни, уровень идеальной самооценки по шкале «Здоровье», а также по всем шкалам в среднем, степень удовлетворённости собой по шкале «Здоровье». Данный конструкт объединяет показатели, описывающие два наиболее зрелых, адекватных типа отношения к заболеванию, характеризующиеся стремлением содействовать успеху лечения, переключением интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному, в частности на работу, при этом уровень притязаний к собственному здоровью, а также к другим сферам остаётся высоким, а низкая степень удовлетворённости собой преодолевается успехами в тех сферах деятельности, в которых проявляется активность пациентов.

Четвёртый фактор объединяет такие показатели, как паранойяльный тип отношения к болезни, показатель по шкале паранойяльности, что подтверждает результат корреляционного анализа позволяет выделить конструкт, описывающий паранойяльное отношение к болезни.

Показатели, входящие в пятый фактор – эйфорический тип отношения к болезни и близость к гипертимному типу личности также отражают описанную выше корреляцию. Данный фактор расширяет и уточняет эйфорический тип отношения к болезни.

В шестой фактор вошли показатели по шкалам истерии, депрессии, ипохондрии, общий показатель по клинической оценке переживания наркологической болезни, эгоцентрический тип отношения к болезни, а также нагружающий фактор отрицательным значением гармоничный тип отношения к болезни. Данный фактор объединяет показатели описывающие эгоцентризм, стремление пациента показать свою исключительность, в том числе в отношении болезни, демонстративность, выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний, фиксированность на состоянии здоровья, чувствительность, неудовлетворенность собой и своими возможностями, отсутствие адекватной оценки собственного состояния, наличие нарушений сознания наркологической болезни. Таким образом, фактор уточняет эгоцентрический паттерн отношения к болезни.

Седьмой фактор содержит показатели: анозогнозический тип отношения к болезни, уровень актуальной и идеальной самооценки по шкале «Оптимизм». Объединённые показатели позволяют уточнить анозогнозический паттерн отношения к болезни, для которого характерны активное отбрасывание мысли о болезни, отрицание очевидного в проявлениях болезни, отказ от лечения. При этом сопутствующими данному типу отношения к болезни оказываются такие особенности, как высокий уровень оптимизма, взгляд на жизнь с позитивной точки зрения, уверенность в лучшем будущем.

Факторный анализ позволил нам подтвердить предположение о связи между различными особенностями внутренней картины болезни и личностными характеристиками наркозависимых, а также уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни на основе выделения конструктов, описывающих ВКБ и личностные характеристики наркологических больных.

Обобщая результаты проведённого исследования можно сделать ряд выводов:

1. наиболее часто встречаемыми типами отношения к болезни среди пациентов обеих групп являются неврастенический, ипохондрический, тревожный и паранойяльный типы. Кроме того, у больных алкоголизмом в большей степени, чем у больных наркоманией;
2. полученные данные по клинической оценке переживания наркологической болезни позволяют констатировать, что нарушения сознания болезни у пациентов характеризуются как незначительные и свидетельствует о высокой вероятности восстановления нарушенного сознания болезни. Различия между особенностями переживания болезни пациентами с алкоголизмом и наркоманией касаются, главным образом, характера переживания вреда болез-

ни: больные алкоголизмом переживают болезнь как угрозу психическому здоровью и предпринимают попытки противостоять болезни, большинство больных наркоманией остаются на уровне констатации физических осложнений;

3. в изучаемой выборке преобладают черты характера, стили поведения и общения, близкие к ипохондрическому, психастеническому и шизоидному типу. При этом полученные нами данные высокой долей вероятности объясняются временем и спецификой ситуации обследования, так как все пациенты на момент диагностики находились в абстинентном синдроме, для которого характерны состояния дискомфорта, беспокойства, повышенного внимания к вегетативным нарушениям, высокий уровень тревожности. Среди больных наркоманией наиболее высокие средние баллы выявлены также по шкалам депрессии и психопатии;
4. анализ состояния самооценки испытуемых позволяет заключить о преобладании среди пациентов среднего уровня актуальной самооценки, высокого уровня идеальной самооценки, низкой степени удовлетворённости собой, интегрированности осознанного и неосознаваемого уровней самооценки, эмоциональной неустойчивости и незрелости отношения к ценностям;
5. изучение интенсивности тревоги позволяет выявить наличие у испытуемых какого-либо психологического конфликта или состояния физиологического неблагополучия, являющихся источником тревоги;
6. в результате проведения факторного анализа мы получили возможность уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни путём выделения конструкторов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных. На основе личностных особенностей нами были дополнено описание ипохондрического, эгоцентрического, меланхолического, паранойяльного, апатического, анозогностического типов отношения к болезни. Кроме того, выделены конструкторы, описывающие тревожно-астенический паттерн отношения к болезни, паттерн отношения, характеризующийся высоким уровнем осознанности болезни и признанием необходимости лечения, конструктор, описывающий гармонический и эргопатический типы – два наиболее зрелых, адекватных типа отношения к заболеванию, характеризующиеся стремлением содействовать успеху лечения.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза подтверждается, проведённое исследование, направленное на изучение связи между личностными характеристиками и особенностями внутренней картины болезни при химических формах аддиктивного поведения позволило нам уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни на основе выделения конструкторов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных.