

**ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА «Я» У ЛИЦ
С АЛКОГОЛЬНОЙ И ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ****Гончарова К.Н.**

Представлено сравнительное исследование особенностей образа «Я» у лиц, страдающих алкогольной и опиийной зависимостью. Выделены общие характеристики Я-образа и общие тенденции патологизации процесса самооценки у больных с разными видами зависимости. Исследование образа «Я» больных наркоманией и алкоголизмом имеет теоретическое и практическое значение, позволяя глубже проникнуть в личностные механизмы аддиктивного поведения и определяя разработку эффективных психотерапевтических подходов и реабилитационных программ.

Ключевые слова: зависимость, личностная патология, образ «Я», самооценка, уровень притязаний.

В механизмах формирования личностной патологии у больных наркоманиями, как и в развитии личности вообще, как интегративной характеристики психолого-поведенческих свойств индивида немаловажную роль играют условия его воспитания и процессы социализации, система мотивов, побуждающих его к деятельности, которая складывается на основе совокупности потребностей, в том числе возникших в динамике болезни.

Алкогольная деградация, развивающаяся на отдаленных этапах алкоголизма, включает в себя аффективные расстройства, психопатоподобные симптомы, этическое снижение, утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом, стойкие изменения памяти и интеллекта [4]. Аффективные расстройства при развитии алкогольной деградации становятся неотъемлемым свойством личности больных, отличаются чрезвычайной стойкостью, обнаруживаются не только в связи с алкогольными эксцессами, но и при длительном воздержании от алкоголя. Аффективные нарушения проявляются особой эмоциональной лабильностью, неустойчивостью настроения, подверженностью ситуационным влияниям, обидчивостью, пессимизмом с экспрессивным выражением своих чувств. Эмоциональная неустойчивость всегда сочетается с возбудимостью, поэтому аффективные вспышки сопровождаются бурными проявлениями раздражения и гнева. В большинстве случаев аффективные колебания поверхностны. У небольшой части больных аффективные нарушения выражены отчетливее. На отдаленных этапах алкоголизма развиваются клинически очерченные расстройства, выходящие за рамки абстинентных состояний, которые можно

квалифицировать как алкогольное слабоумие, алкогольные дисфории или даже кратковременные депрессии с эндогенными компонентами. Из-за эмоционального огрубения и снижения критики нет глубокого переживания неприятных событий, не появляется истинного чувства вины, понимания своих поступков. У больных отмечается (несмотря на изменения настроения) эйфорическая установка – склонность к эйфории, беспечности, недооценке жизненных трудностей, плоскому юмору. Эти особенности настолько свойственны многим больным алкоголизмом на отдаленных этапах, что обычно выделяют тип алкогольной деградации с эйфорической установкой [7].

Этическое снижение тесно связано аффективными и психопатоподобными симптомами, поэтому некоторые стороны поведения больных алкоголизмом пытаются объяснить не моральными изъянами, а эмоциональными изменениями. В частности, быстрые переходы больных от грубого тона к заискивающему связывают не с исчезновением моральных принципов, а с огрубением и лабильностью эмоций. Готовность больных ко лжи или заведомо невыполнимым обещаниям объясняют эйфорической установкой [7].

Типично стремление приукрасить положение вещей, лживость. Часто наблюдаются цинизм, алкогольный юмор: однообразные шутки на серьезные темы. В другое время больные могут докучать окружающим сентиментальными излияниями, назойливой откровенностью. Эти лица в кругу партнеров по выпивке склонны к взаимному восхвалению, подчеркиванию бескорыстности, преданности друг другу, в то же время в неприязненном тоне обсуждаются общие знакомые, особенно игнорирующие их компанию.

Утрата критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом служит очень важным феноменом для разработки методов лечения больных алкоголизмом, в первую очередь, психотерапевтических. Главным элементом утраты критики при алкоголизме является неспособность больных оценить тяжесть злоупотребления алкоголем. В беседе с врачом отсутствие критики не обязательно имеет вид активного несогласия. Отрицая у себя алкоголизм, больные прибегают к определенной шаблонной аргументации. Как подчеркнул Е. Блейлер, она используется всеми пациентами одинаково, независимо от их образования и культуры. Сравнивая свое состояние с состоянием других больных, больной не находит у себя тех тяжелых проявлений алкоголизма, которые есть у других, либо объясняет свои выпивки особыми обстоятельствами: «нельзя было не выпить». Снижение критики редко становится тотальным; обычно к каким-то обсуждаемым вопросам больные более критичны, а к другим – менее [2].

Снижение критики тесно связано с интеллектуально-мнестическим снижением, которое на отдаленных этапах алкоголизма может принимать клинически очерченные формы, хотя обычно и не достигает степени слабоумия. В качестве наиболее ранних признаков интеллектуально-мнестического снижения отмечаются неспособность осваивать новое и шаблонность в профессиональной деятельности. Снижение памяти подчиняется общим закономерностям: в первую очередь страдает память на вновь приобретаемые сведения. Тем не менее при алкоголизме интеллектуально-мнестическое снижение не становится настолько выраженным, чтобы помешать больным выполнять простую работу или, тем более, обслуживать себя в быту [2]. Алкогольные изменения личности более динамичны, чем это предполагали. Чем больше то или иное проявление связано с социальными, психореактивными факторами, тем больше оно подвергается обратной динамике. В частности, в течение длительных ремиссий весьма обратимы морально-этические дефекты и эйфорическая установка. Более устойчивы психопатоподобные симптомы, которые заметно уменьшаются в ремиссиях, за исключением тех случаев, когда личностные отклонения соответствуют конституциональному фону. Еще менее обратимы интеллектуально-мнестические изъяны, но и они могут частично сглаживаться. В длительных ремиссиях часто наблюдается полное социальное восстановление статуса больных, как в семейной, так и в профессиональной сфере [6].

Что касается лиц, страдающих наркотической зависимостью, в процессе наркотизации постепенно происходит опустошение психики, снижение интересов, обеднение эмоций. Даже на начальных

этапах у больных отмечается падение активности, причем это касается главным образом социально положительной направленности деятельности. Когда речь идет о необходимости приобрести наркотик или добыть средства к его приобретению, больные становятся необычайно активны и изворотливы [7].

Больные крайне эгоистичны. У них на первом плане находятся собственные интересы, стремление к избеганию неудобств. Характерной чертой является лживость. Практически все наркозависимые используют обман как средство для получения желаемого. При общении с окружающими больные стремятся произвести хорошее впечатление, часто предъясляют показную уверенность в себе. Приукрашивают свои материальные, а иногда физические возможности, могут вести себя вызывающе, фамильярно, без чувства дистанции. Во внешнем виде нередко обращает на себя внимание неряшливость, неопрятность, неухоженность, либо, наоборот, вычурность в одежде, прическе, поведении [7].

С родственниками, а также с медперсоналом у больных часто возникают конфликты. При этом они могут вести себя грубо, иногда даже непристойно, в резкой форме высказывать свое возмущение, не контролируя свои эмоции, используя при этом жаргонные слова, нецензурные выражения, а иногда и прибегая к рукоприкладству. В личной жизни, в семейных отношениях часто имеют место сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям. Во всех своих неудачах они склонны обвинять окружающих, хотя сами не прикладывают никаких усилий, чтобы исправить положение. Совершая общественно неприемлемые поступки, больные нередко не чувствуют угрызений совести, иногда критика к себе полностью отсутствует. Отмечаются завышенная самооценка и одновременно неумение бороться с трудностями и затруднениями в приспособлении к окружающей среде, повышенная зависимость от взрослых или родственников. При этом выступает отсутствие критики к употреблению наркотиков.

При продолжительном употреблении ПАВ у наркозависимых формируются психопатологические расстройства, характерными проявлениями которых являются: бедность воображения, нарушения непосредственной и опосредованной памяти, мотивационного компонента памяти. У больных наблюдается примитивность суждений, застревание на «мелочах», неспособность анализировать, обобщать и выделять главное. В беседе они быстро утомляются, не могут сконцентрироваться, внимательно следить за содержанием разговора; иногда они не способны вспомнить определенные моменты своей жизни, забывают, о чем идет речь в настоящий момент, часто переспрашивают; нередко отвлекаются,

переключаются на другие темы, проявляют плоский юмор. Сложные ситуации нередко приводят больных в тупик, при этом у них наблюдается растерянность, они стараются всячески оградить себя от вновь возникшей проблемы [6].

Непосредственным результатом систематической наркотизации является снижение активности, энергетического потенциала больных, проявляющееся, прежде всего в снижении и потере трудоспособности. Значительная часть наркозависимых не работает. Они живут на содержании родственников или занимаются криминальной деятельностью, направленной на добывание денег.

Антисоциальное поведение является характерным для больных наркоманиями. Им свойственны уголовно ненаказуемые, но аморальные деяния. Больные наркоманиями часто совершают агрессивные поступки, нередко с нарушением закона, проявляют неприязнь или недоброжелательность, вплоть до словесных оскорблений, или применяют грубую физическую силу, демонстрируя свое превосходство над другим человеком или группой лиц. Чаще всего аффективные вспышки у них возникают психогенно и характеризуются бурными эмоциональными и вегетативными проявлениями – гневом, радостью, тоской, страхом или тревогой.

У всех пациентов, независимо от вида употреблявшегося наркотика, по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелируются, больные становятся все более похожими друг на друга, у них формируется своеобразный наркоманический дефект. Последний характеризуется нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических депрессий, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью. Выражены морально-этическое снижение и интеллектуально-мнестические расстройства. Все это в совокупности объединяет больных по характеру изменений личности в одну группу, которую можно квалифицировать как «наркоманическую личность» [3].

Обзор литературы по данной проблеме позволяет сделать вывод о том, что существуют различные особенности в сформировавшейся патологической личности по наркоманическому или алкогольному типу. Целью нашего исследования является выявление общих особенностей образа «Я» у лиц с алкогольной и опийной зависимостями.

Объектом исследования являются лица, страдающие алкогольной и опийной зависимостями.

Предметом исследования выступают особенности образа «Я» у лиц с алкогольной и опийной зависимостями.

Исходя из цели, объекта и предмета исследования, можно сформулировать гипотезу: существуют общие особенности образа «Я» у лиц с алкогольной и опийной зависимостями.

Респондентами явились пациенты ГУЗ Наркологического диспансера г. Ессентуки.

В исследовании использовались следующие методики.

1. Методика диагностики межличностных отношений (Т. Лири).
2. Методика косвенного измерения системы самооценок (КИСС) разработана Е.Т. Соколовой и Е.О. Федотовой.
3. Исследование самооценки и уровня притязаний по методике Дембо–Рубинштейн (модифицированный вариант).

Результаты исследования могут быть использованы психологами, наркологами, как при построении реабилитационной программы, так и в условиях диспансерного лечения. Также результатами исследования может воспользоваться и сам пациент, поскольку используемые диагностические процедуры можно назвать развивающей диагностикой. Это объясняется тем, что, работая с предложенными методиками, личностьвольно или невольно заглядывает внутрь себя, проецирует особенности своего внутреннего мира во вне – на листы бумаги, такие методики помогают актуализировать рефлексивные процессы.

Выборку составили 24 человека, находящиеся на стационарном лечении в ГУЗ Наркологическом диспансере Предгорного района г. Ессентуки, из них 12 наркозависимых и 12 лиц, зависимых от алкоголя.

Диагноз, поставленный наркологом (выписка из истории болезни):

- наркозависимые: синдром зависимости от опиоидов, средней стадии; абстинентное состояние, средней степени тяжести;
- зависимые от алкоголя: синдром зависимости от алкоголя, средней стадии; абстинентное состояние, средней степени тяжести.

Результаты проведенного эмпирического исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Испытуемым обеих групп свойственна доминантность, нетерпимость к критике, переоценка собственных возможностей, проявляемой в межличностном взаимодействии, но вместе с этими характеристиками, выявлены и такие свойства как склонность подчиняться более сильному, послушность, уступчивость, стремление удовлетворить требования всех, дружелюбность, ориентация на принятие и социальное одобрение, ответственность, стремление помогать окружающим. Проанализировав эти данные и сопоставив их с результатами, полученными с помощью методик,

а также с нашими собственными представлениями, сложившимися в ходе взаимодействия с испытуемыми, мы пришли к выводу о том, что свойства, характеризующие испытуемых как ответственных, стремящихся помогать, дружелюбных, уступчивых, стремящихся к сотрудничеству, являются симулированными.

2. Такие качества, как уверенность в себе, ответственность занимают самые высокие позиции в системе самооценок испытуемых обеих групп, то есть испытуемые наделяют себя положительными качествами, считают себя достаточно уверенными и ответственными. Такие качества, как независимость, стремление к сотрудничеству, здоровье, недоверчивость представлены отрицательными значениями и занимают последние позиции в системе самооценок, испытуемые не принимают эти качества на себя. В структуре ценностей здоровье, недоверчивость, ответственность, занимают первые позиции, а такие качества, как уверенность в себе и стремление к сотрудничеству занимают последние позиции. Недоверчивость, выявленная как ценность, является свидетельством сложившейся личности по наркоманическому /алкогольному типу, что предполагает собой наличие таких свойств личности как скрытность, лживость, подозрительность.
3. Уровень притязаний зависимых одинаково высок, что удостоверяет нереалистическое, некритическое отношение к собственным

возможностям. Высота самооценки занимает среднюю позицию, по некоторым качествам испытуемые оценивали себя достаточно высоко. Мы можем наблюдать значительное расхождение между актуальной самооценкой и уровнем притязаний личности, что свидетельствует о нереалистичности, недостижимости идеалов, незрелости личности.

Полученные данные позволяют нам говорить о том, что наша гипотеза: существуют общие особенности образа «Я» у лиц с алкогольной и опиийной зависимостями – подтверждена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988.
2. Змановская Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения. – СПб.: Питер, 2005.
3. Иванова Е. Как помочь наркоману. – СПб.: Речь, 2001.
4. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. – М.: Изд-во МГУ, 2001.
5. Москаленко В. Зависимость: семейная болезнь. – М.: Смысл, 2002.
6. Пятницкая И.Н. Наркомании. – М.: Изд-во МГУ, 1994.
7. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. – М.: Изд-во МГУ, 2002.