

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ, ЛИЧНОСТИ И ЕЕ СТРУКТУРЫ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

И.Ф. Карловская

Исследуется проблема взаимосвязи социального статуса и психологических свойств личности зависимых от героина мужчин, находящихся в ремиссии различной длительности. Выявлена специфика взаимосвязей характеристик семейного окружения, некоторых особенностей личности и ее структуры с длительностью ремиссии.

Ключевые слова: зависимость от героина, длительность ремиссии, психологические характеристики семьи наркозависимого, восприятие полового партнера, отношение к себе.

Введение

Наркомания является одной из острых социальных проблем современного общества, потребление психоактивных веществ широко распространено во всех странах мира. Так, число людей, ежегодно умирающих от передозировки героина в странах Евросоюза, составляет свыше 10 тыс. человек [21], численность лиц в возрасте от 12 лет и старше, зависимых от употребления героина, в США в 2007 году составила 153 тыс. человек; а к 2008 году контингент наркозависимых увеличился и их число составило 213 тыс. человек [22]. В Российской Федерации показатели распространенности наркомании также ежегодно увеличиваются [4]. В 2009 году численность больных, состоящих на наркологическом учете по поводу наркомании и токсикомании, составила 353,3 тыс. человек [13]. При этом 87,8 % таких пациентов наблюдаются в связи с наличием у них психического расстройства, вызванного употреблением опиоидов (код F.11 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [4]). Отличительной особенностью большинства наркозависимых является пристрастие к героину [12]. Лечение этой группы расстройств сегодня характеризуется низкой эффективностью [7].

Основным критерием эффективности лечения наркомании является полное воздержание от употребления вызвавшего ее психоактивного вещества (ПАВ). Наступающая при этом ремиссия (воздержание от употребления ПАВ), как правило, крайне непродолжительна (длительность ремиссии свыше 1 года наблюдается только у 5–9 % больных [8, 14]). Столь низкая продолжительность

ремиссии и большая численность продолжающих употребление опиатов приводят к выводу о неэффективности лечения наркозависимых [17, 19].

Одним из базовых положений в наркологии является представление о том, что ремиссии носят характер сложных динамических состояний, для каждого из этапов которых характерны определенные клинические и клинико-психологические особенности [6]. В связи с этим отмечается мнение о том, что ремиссия при героиновой зависимости «является сложным этапом хронического заболевания с закономерной сменой динамических состояний, качественно различных по своей клинической структуре» [2]. На динамику формирования и стабильность ремиссии оказывают влияние как биологические, так социальные и личностные факторы [16].

Преобладание биологического подхода к изучению ремиссии, ориентированность существующих моделей реабилитации на фармакологическую и социальную помощь вызвали недостаточную изученность психологических механизмов в системе реабилитации [1]. В то же время известно, что психотерапевтические и медико-психологические методы лечения наркозависимых занимают важное место в системе реабилитации [11], выделены и описаны некоторые психологические факторы, влияющие на формирование ремиссии [5, 10, 18], однако, очевидно, что их перечень неполный. В частности, недостаточно изучена взаимосвязанность индивидуально-личностных и микросоциальных, семейно-средовых факторов. Описанное ниже исследование направлено на устранение имеющегося дефицита такого рода данных.

Организация и методы исследования

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургской городской наркологической больницы и Санкт-Петербургского межрайонного наркологического диспансера в 2008 – 2010 гг. В исследовании приняли участие 64 пациента мужского пола в возрасте от 26 до 40 лет (средний возраст $32,53 \pm 3,69$), страдающих героиновой зависимостью, с длительностью заболевания от двух лет до двадцати одного года. Критерием включения в исследование являлась продолжительность периода ремиссии.

Выборка испытуемых была разделена на три группы:

1) группа испытуемых с продолжительностью ремиссии до 1 месяца включительно (4 недели), численностью 22 человека (группа № 1, $n=22$);

2) группа испытуемых, находящихся в ремиссии от одного до трех месяцев, численностью 22 человека (группа № 2, $n=22$);

3) группа испытуемых с периодом ремиссии от трех месяцев до года, численностью 20 человек (группа № 3, $n=22$).

Пациенты с ремиссией более 1 месяца были включены в специальную реабилитационную программу, обязательными условиями прохождения которой являлись временное проживание вне семью и прекращение контактов с лицами, продолжающими употребление наркотиков. Указанная продолжительность (1 месяц) является общепринятым в наркологии для начала отсчета начала ремиссии, а другие периоды (от одного месяца до трех и от трех месяцев до одного года) рассматриваются в качестве своеобразных «критических» периодов ремиссии [3].

Для оценки особенностей микросоциального окружения и социально-психологического климата в семьях больных наркоманией в разные периоды ремиссии была использована «Шкала семейного окружения» (ШСО) в адаптации С.Ю. Куприянова [20]. Индивидуально-психологические характеристики личности изучались с помощью формы С-методики 16-факторного личностного опросника Р. Кетелла [15]. Для диагностики особенностей структуры личности и ее бессознательного компонента (бессознательной Я-структуры) был использован «Я-структурный тест» Г. Аммона в адаптации Ю.Я. Тупицына, В.В. Бочарова и др. [9]. Сравнительное исследование полученных данных и характеристик их взаимосвязанности проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа, в котором дисперсионные комплексы формировались по крите-

рию продолжительности ремиссии в группах испытуемых. Для выявления межгрупповых различий была выполнена процедура множественных сравнений Tamhane's, являющаяся стандартной опцией пакетов статистических программ.

Результаты исследования и их обсуждения

Наиболее существенные межгрупповые различия были получены по следующим показателям:

1. Характеристики уровня конфликтности (шкала «Конфликт» методики ШСО), интерпретируемой как степень открытого выражения гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений, в целом характерных для семьи [20]. У испытуемых с ремиссией 1–3 месяца (группа №2) показатели по этой шкале значительно ниже аналогичных показателей испытуемых, только вышедших в ремиссию (группа № 1). В группе № 3 показатели по данной шкале были еще ниже, чем в обеих группах пациентов с меньшей продолжительностью ремиссии, что может свидетельствовать об уменьшении уровня конфликтности у больных наркоманией по мере увеличения у них продолжительности периода ремиссии, обусловленном, наиболее вероятно, прекращением наркотизации пациентов.

2. Характеристики организации межличностного взаимодействия в микросоциуме пациента в период ремиссии (Шкала «Организация» методики ШСО), описывающей меру важности для пациента и членов его семьи существующего в семье порядка и организованности, в частности, структурированности, ясности и определенности семейных правил и обязанностей [20]. Выявлена «конверсионная» («V-образная») картина с статистических данных по этой шкале: показатели пациентов группы №2 существенно ниже аналогичных данных обследованных пациентов двух других групп наркозависимых, что обусловлено переживаниями отрыва наркозависимого от своей семьи, являющегося обязательным требованием для вступления его в реабилитационную программу.

3. Самые существенные различия в характеристиках индивидуальности личностных черт были выявлены в показателях по фактору «Аффектотимия» («+А») 16-факторного личностного опросника Р. Кетелла, описывающего динамику эмоциональных переживаний обследуемого [15]. Наиболее высокие значения по этому фактору получены в группе наркозависимых, только вышедших в ремиссию: их результаты существенно выше

показателей уровня аффектотимии у пациентом с продолжительной ремиссией (группа №3) и ремиссией более короткой продолжительности, что позволяет сделать вывод о меньшей подверженности аффективным переживаниям наркозависимых, находящихся в ремиссии более одного месяца, обусловленной, очевидно, стабилизацией психического состояния наркозависимого в период пребывания их в наркологическом стационаре, включающем в лечение в том числе назначенные психофармакотерапии.

Наиболее информативные межгрупповые различия в отношении цели и задач исследования получены по следующим шкалам «Я-структурного теста» Г. Аммона: «Агрессия конструктивная» ($p \leq 0,01$), «Сексуальность конструктивная» ($p \leq 0,01$), «Сексуальность деструктивная» ($p \leq 0,01$), «Нарциссизм дефицитарный» ($p \leq 0,05$).

Конструктивная агрессия, интерпретируемая как активный, деятельный подход к жизни, несмотря на наличие противодействия, наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств, что проявляется способностью устанавливать и поддерживать продуктивные межличностные контакты, способностью формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их, иметь и отстаивать свои идеи, мнения в конструктивных дискуссиях [9]. Показатели по этой шкале у больных в начальном периоде ремиссии существенно выше, чем в группе пациентов с ремиссией продолжительностью 1–3 месяца. Одним из объяснений этому может являться прежде всего прекращение контактов с лицами, употребляющих героин. Как следствие, ситуация начала реабилитационной программы и необходимость адаптации в новых условиях затрудняют возможность пациента открыто проявлять свои эмоции, активно взаимодействовать с окружающими. Кроме того, возможные проявления спонтанности, активности и любопытства во многом подавляются содержанием вмешательства в рамках реабилитационной программы, поскольку в ранний период абстиненции такие проявления, как правило, маскируют влечение к употреблению ПАВ [12].

В соответствии с интерпретацией теста Г. Аммона, конструктивная сексуальность как сугубо человеческая возможность получать взаимное удовольствие от физического, телесного сексуального взаимодействия переживается как свободное от страхов и чувства вины зрелое единение личностей, не отягощенное никакими ролевыми фиксациями, социальными обязанностями или стремлениями

и не детерминированное исключительно биологическими нуждами. Конструктивная сексуальность предполагает способность вступать в сексуальный контакт с ощущением живой реальности данного партнера и сохранением чувства внутренней аутентичности. Вместе с тем наличие конструктивной сексуальности проявляется возможностью выйти из сексуального симбиоза без разрушительного чувства вины и переживания потери, а напротив, с чувством радости взаимного обогащения [9]. У пациентов группы с малой и длительной ремиссией (группы №2 и №3) показатели по этой шкале существенно ниже, чем у наркозависимых с начальным периодом ремиссии.

Деструктивная сексуальность как деформированное развитие функции сексуальности, проявляющееся в нарушении процесса интеграции сексуальной активности в целостном поведении личности, фактически приводит к отщеплению сексуальности от Я-идентичности. Тем самым субъектом преследуются автономные цели, зачастую не согласующиеся с другими проявлениями, наблюдается искажение интериоризированной бессознательной групповой динамики, превращающее сексуальность из средства углубления общения, достижения близости, доверительности и интимности в способ избегания подлинно человеческого контакта. При этом и партнер, и отдельные компоненты собственной сексуальной активности инструментализируются и манипулятивно используются для достижения сексуального наслаждения [9]. Показатели по шкале «Деструктивная сексуальность» теста Г. Аммона у пациентов с малой продолжительностью ремиссии (1–3 месяца) существенно ниже, чем у наркозависимых с начальным или длительным периодом ремиссии (при том, что результаты в этих группах не отличаются). Последнее может рассматриваться как один из факторов формирования реабилитационного потенциала у пациентов, начинающих участие в реабилитационной программе. Дополнительным подтверждением такого вывода является анализ различий среднегрупповых значений по рассмотренным шкалам сексуальности. У пациентов с относительно стабильной ремиссией (от 1 до 12 месяцев) степень интегрированности сексуальной деятельности в общую активность индивида отличается незначительно. Характеристики деструктивной сексуальности у них позволяют определить особенность восприятия полового партнера наркозависимыми в период ремиссии исключительно как объекта для удовлетворения собственных желаний, с иг-

норированием переживаемых их сексуальным партнером чувств, с возможным манипулированием таким характером сексуальных отношений.

Дефицитарный нарциссизм как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, равно как и реалистично оценивать себя, представляет собой рудиментарное состояние чувства собственной достаточности и автономии [9].

Наиболее высокие значения шкалы получены в группах наркозависимых, находящихся в ремиссии от трех месяцев до года (группа №3) и от месяца до трех (группа № 2), достоверно превышающие показатели уровня дефицитарного нарциссизма у только что вышедших в ремиссию (группа № 1), что может быть объяснено формирующейся в этот период способностью пациентов расставаться с собственными мнениями и взглядами взамен на одобрение и поддержку референтной группы, облегчающую усвоение новых поведенческих навыков, необходимых для сохранения трезвости. При этом представляется маловероятным, что формирование такой личностной особенности наркозависимых происходит вследствие их участия в программе реабилитации, поскольку в этот период ремиссии сохраняют свое участие в программе те пациенты, которые и до включения в реабилитационную программу не имели целостного стабильного принятия себя.

При сравнении результатов обследования по всем трем методикам выявлены статистически достоверные межгрупповые различия дисперсий показателей по следующим шкалам (см. рисунок):

1. Между средними значениями в груп-

пах №1 и №2 по шкалам методики «Я-структурный тест» Г. Амона «Агрессия конструктивная» (A1), «Сексуальность конструктивная» (S1), «Сексуальность деструктивная» (S2), «Нарциссизм дефицитарный» (N3) ($p \leq 0,05$).

2. Между средними значениями в группах №2 и №3 по шкалам «Организация» методики ШСО (ШСО 3) и «Сексуальность деструктивная» (S2) теста Г. Амона ($p \leq 0,05$).

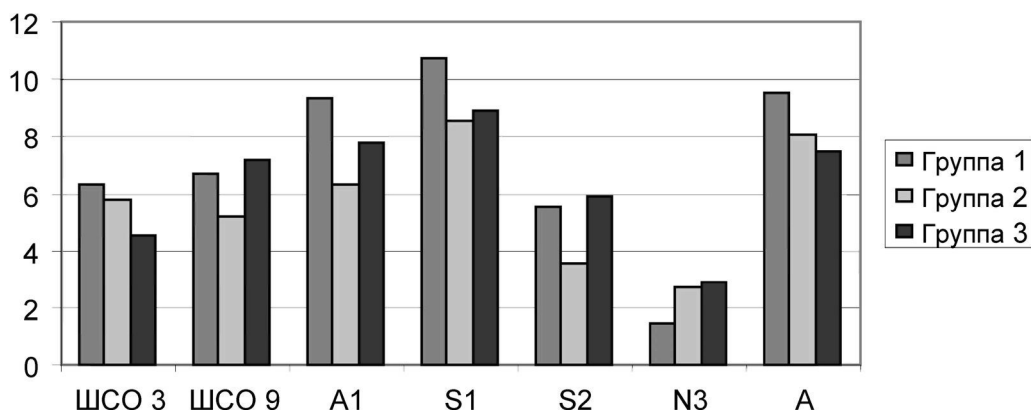
3. Между средними значениями в группах № 1 и № 3 по шкалам «Конфликт» методики ШСО (ШСО 9), «Сексуальность конструктивная» (S1) теста Г. Амона и «Аффективность» (A) методики Р. Кеттелла ($p \leq 0,05$).

Выводы

1. Ремиссия при героиновой наркомании характеризуется сменой различных психических состояний, имеющих определенную динамику.

2. Изученные в настоящем исследовании психологические характеристики семейного окружения, структуры личности и ее психологических черт в процессе формирования ремиссии при героиновой наркомании обнаруживают взаимосвязь показателей агрессии, сексуальности и семейной организации жизни пациентов с длительностью периода ремиссии, статистические значения которых возрастают по мере увеличения срока ремиссии, отражая особенности реабилитационного потенциала больных.

По мере увеличения длительности ремиссии снижается уровень конфликтности в семьях наркозависимых. Меняется отношение наркозависимых к себе – формируется более реалистичное представление о своих возможностях; пациентами учитываются требования и пожелания окружающих. Кроме того, с уве-



Сравнительный график шкальных показателей стандартизированных экспериментально-психологических методик

личением длительности ремиссии снижается эмоциональная лабильность, появляется адекватная дистанция в общении с окружающими, поведение в целом характеризуется большей сдержанностью и упорядоченностью.

Литература

1. Вешнева, С.А. Современные модели реабилитации наркозависимых / С.А. Вешнева, Р.В. Бесалиев // *Наркология*. – М., 2008. – №1. – С. 55–61.

2. Винникова, М.А. Ремиссии при героиневой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.А. Винникова. – М., 2004. – С. 30.

3. Винникова, М.А. Ремиссии при синдроме зависимости / М.А. Винникова // *Русский медицинский журнал*. – 2009. – Т. 17. – № 11. – С. 815–822.

4. Государственный доклад Минздрава РФ, РАМН о состоянии здоровья населения Российской Федерации // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2007. – № 5. – С. 16–17.

5. Ерофеева, М.Г. Личностные особенности наркозависимых с разным стажем употребления героина с учетом гендерных различий: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.Г. Ерофеева. – СПб., 2006.

6. Ерышев, О.Ф. Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук в виде науч. докл. / О.Ф. Ерышев. – СПб., 1998. – 58 с.

7. Зобин, М.Л. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) / М.Л. Зобин, А.Ю. Егоров // *Психическое здоровье*. – 2006. – № 10. – С. 36–48.

8. Киткина, Т.А. Типология ремиссий у больных опийной наркоманией / Т.А. Киткина, // *Сб.: мат. межд. конф.* – Гродно, 1993. – Ч. II. – С. 328–329.

9. Очерки динамической психиатрии транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. – С. 274–314.

10. Парахина, М.В. Психофизиологические и психологические особенности опийных наркозависимых в разные периоды ремиссии: автореф. дис. ... канд. психол. наук /

М.В. Парахина. – Ростов-на-Дону, 2003.

11. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – С. 944.

12. Пятницкая, И.Н. Общая и частная наркология. Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 2008. – С. 200–204; 218–230.

13. *Российский статистический ежегодник 2010*. – М., Росстат, 2010.

14. Рохлина, М.Л. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями / М.Л. Рохлина, К.Э. Воронин // *Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: сб. науч. тр.* – СПб., 1991. – С. 46–50.

15. Рукавишников, А.А. Факторный личностный опросник Р. Кетелла: метод. руководство / А.А. Рукавишников, М.В. Соколова. – СПб.: ГП «Иматон», 2000.

16. *Руководство по психиатрии: в 2 т.* / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 424.

17. *Руководство по аддиктологии* / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 289–290.

18. Сиафетдинова, Ф.З. Интеллектуально-личностные особенности наркозависимых лиц в контексте преодоления болезни: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ф.З. Сиафетдинова. – Казань, 2005.

19. Шабанов, П.Д. Основы наркологии / П.Д. Шабанов. – СПб.: Лань, 2002. – С. 490–494.

20. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – С. 63.

21. *Addiction, crime and insurgency. The transnational threat of Afghan opium. Report UNODC Studies and Threat Analysis Section. - United Nations Office on Drug and crime.* – 2009. – http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Afghanistan/Afghan_Opium_Trade_2009_web.pdf

22. *NIDA's Featured Publications. NIDA InfoFacts: Heroin.* Электрон. дан. – <http://www.drugabuse.gov/infofacts/heroin.html>

Поступила в редакцию 27 мая 2011 г.

Карловская Ирина Федоровна. Аспирант лаборатории клинической психологии и психодиагностики, НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: irina-karlovskaya@ramber.ru.

Irina F. Karlovskaya. Post-graduate of Clinical psychology and psychodiagnostics Bekhterev Research Psychoneurological Institute. E-mail: irina-karlovskaya@ramber.ru.