Содержание

Введение.....3

Глава 1. Теоретические основы исследования психологических особенностей больных алкоголизмом.....7

1.1. Динамика и причины алкоголизма.....7

1.2. Психологические факторы алкоголизма и особенности больных алкоголизмом.....16

Глава 2. Эмпирическое исследование психологических особенностей больных алкоголизмом взрослых и подростков.....29

2.1. Процедура и методики исследования.....29

2.2. Анализ результатов исследования.....32

Заключение.....44

Список литературы.....45

Введение

Актуальность темы

Проблема алкоголизма приобретает в России все большую остроту. Это связано, в первую очередь, с такими факторами как неуклонный рост количество больных алкоголизмом не только среди мужчин, но и женщин, и детей, алкоголизм в последние годы продолжает «молодеть», алкогольная зависимость служит причиной преждевременной смертности, депопуляции и утраты трудоспособности большой части населения.

Проблема алкоголизма уже перестала быть просто социальной проблемой. Сегодня ее изучением занимаются специалисты различных отраслей: врачи-наркологи, психиатры, психотерапевты, социологи, психологи, педагоги.

На сегодняшний день ясно, что алкоголизм имеет не только социальные и исторические корни (отсутствие культуры потребления, традиционность употребления большого количества алкоголя по праздникам и т.д.), но и психологические. Можно говорить о том, что существуют личностные черты, которые делают человека уязвимым перед различного рода зависимостями. Выявление этих психологических особенностей актуально в свете ранней профилактики алкоголизма и его лечения.

История подходов к алкогольным проблемам прошла много этапов. Далеко не сразу сформировалось современное представление об алкоголизме как о болезни, хотя уже в древних источниках можно найти упоминание о болезненном характере влечения к алкоголю. Медицинский подход отражается, например, в высказываниях римского юриста Ульпиана (170-228 годы н.э.), который неумеренное пьянство считал проявлением болезни.

Широкую популярность получили в прошлом морально-этические концепции алкоголизма. В основе их лежало представление о том, что острая алкогольная интоксикация является самоповреждением и вызывается по воле принимающего алкоголь человека.

Первая научная формулировка алкоголизма была дана Троттером, написавшим в 1804 г. книгу о медицинских, философских и химических аспектах употребления алкоголя и о его влиянии на организм человека. Влечение к алкоголю Троттер рассматривал как признак психического заболевания. Психиатры XIX века много занимались вопросами психических заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, ими была установлена связь ряда психических расстройств и поражений нервной системы с алкоголизмом (французский психиатр Маньян, шведский врач Гусе, шотландский психиатр Саттон и др.).

Всемирную известность получили работы отечественного психиатра С. С. Корсакова, который в 1887-1890 годах описал сопровождающийся тяжелым расстройством памяти и воспалением периферических нервных стволов алкогольный психоз, вошедший в литературу под названием Корсаковского.

Среди основных факторов развития алкоголизма особое значение приобретает психологический. Медико-психологическое направление рассматривает алкоголизм как болезнь в психологическом значении, как симптом определенного психологического нарушения. Психологическое исходит из отрицания концепции болезни вообще

Проблема алкоголизма рассматривается в основном в двух направлениях: два самостоятельных направления исследований: традиционный медицинский, клинический подход, обогащенный методологией других дисциплин (медицинская и социальная психология, медицинская антропология), который в течение многих лет развивается одним из авторов (Ц.П. Короленко), и направление, основанное на клинико-психологическом анализе и психотерапии алкоголизма (В.Ю. Завьялов). Первое направление - это анализ алкоголизма как общественного явления, психосоциальной патологии, изучение общих медико-психологических механизмов формирования зависимости от алкоголя; второе - взгляд

«изнутри личности», исследование индивидуально-психологических механизмов заболевания.

Психологическим проблемам хронического алкоголизма посвящены работы отечественных ученых Б.С. Братуся, В.Ю. Завьялова, Ю.В. Валентика, Ц.П. Короленко, Б.М. Гузикова, К.Г. Сурнова и других авторов.

Объект исследования – психологические особенности личности.

Предмет исследования – индивидуально-психологические особенности больных алкоголизмом.

Цель исследования: выявить психологические особенности больных алкоголизмом.

Задачи:

1. рассмотреть теоретические основы динамики и причины алкоголизма;

2. рассмотреть психологические факторы алкоголизма и особенности больных алкоголизмом;

3. провести эмпирическое исследование индивидуально - психологических особенностей больных алкоголизмом.

4. проанализировать работы отечественных и зарубежных психологов по вопросу алкогольной зависимости.

Гипотеза исследования:

Лица, страдающие от алкогольной зависимости, имеют дезадаптирующие устойчивые личностные черты.

База исследования: В исследовании приняли участие две группы: контрольная – 20 человек в возрасте 22-35 лет без признаков зависимости от алкоголя; экспериментальная - 20 взрослых людей в возрасте 22-35 лет, стоящих на учете у нарколога с диагнозом «алкоголизм». Пол мужской.

Методы: анализ научной литературы, тестирование, методы математической статистики.

Были использованы следующие **методики исследования**:

- методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда (методика СПА),

- копинг-тест Лазаруса,

- методика изучения самооценки С. Будасси,

- методика исследования акцентуации характера Леонгарда-Шмишека. Для проверки статистически значимых различий был применен U-критерий Манна-Уитни.

Теоретическая значимость: Проведенное исследование расширяет и углубляет имеющиеся в отечественной психологии представления о психологических особенностях личности больных алкоголизмом. Исследованные психологические особенности больных алкоголизмом позволяют составить представление о наличии у больных установок на лечение и трезвость. Результаты исследования доказывают необходимость более широкого привлечения клинических психологов для проведения комплексной психологической диагностики личностных особенностей наркологических больных.

Практическая значимость: Статистические исследования показывают, что происходит рост заболеваний хроническим алкоголизмом во многих странах мира. Результаты исследования необходимо учитывать при оказании медико-психологической помощи больным алкоголизмом. Таким образом, актуальность проблемы алкоголизма на современном этапе возросла, а попытки ее решения остаются неудовлетворительными. В разрешении данной проблемы должны быть с возросшей силой задействованы все социально-общественные сферы.

Глава 1. Теоретические основы исследования психологических особенностей больных алкоголизмом

1.1. Динамика и причины алкоголизма

Согласно данным официальной статистики в России количество больных, злоупотребляющих алкоголем, превышает 2,7 млн. человек. Это число включает больных алкоголизмом, алкогольными психозами и лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями. Согласно мнению экспертов, реальное количество больных может превышать данные официальной статистики в 5 раз, достигая показателя в 13,5 млн. человек. Важной экономической составляющей является злоупотребление алкоголем среди лиц трудоспособного возраста. В Российской Федерации около 2% мужчин и 1% женщин в возрасте от 18 до 60 лет страдают алкоголизмом. При этом почти треть мужчин трудоспособного возраста систематически употребляют алкоголь в опасных для здоровья дозах, а их соматические заболевания связаны с алкогольной интоксикацией [11, с. 87].

По данным Министерства здравоохранения РФ уровень потребления алкоголя в нашей стране на душу населения составляет 15 литров в год. Это по-прежнему самый высокий показатель в мире, несмотря на то, что по отношению к 2008 году произошло снижение с 18 до 15 литров за счет значительного увеличения потребления пива и других слабоалкогольных напитков.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает 8 л в год, то это уже опасно для здоровья нации. Каждый добавочный литр, сверх определенного ВОЗ предела, сокращает продолжительность жизни мужчин на 11 месяцев, женщин – на 4 месяца. В России вклад алкоголизма в общую

смертность составляет от 11,9% до 23,4% всех смертей, из которых 63,9% приходится на мужчин [21, с. 121].

Чаще всего алкоголизм формируется уже в подростковом возрасте, и большая часть больных алкоголизмом пристрастилась к алкоголю в подростковом и юношеском возрасте. Доля людей, которые начали систематически употреблять алкоголь в зрелом возрасте, намного меньше.

Каждая четвертая смерть среди подростков в Европейском регионе связана с алкоголем. Это – один из причинных факторов гибели 55 000 подростков каждый год. По-видимому, снижается возрастная планка экспериментирования с алкоголем. Свыше половины 11-летних детей в большинстве стран сообщают о том, что они уже пробовали спиртные напитки. Хотя между странами и наблюдаются существенные различия в величине этого показателя, обнаружить какой-либо четкой субрегиональной или географической тенденции не удается. К 13 годам число попробовавших алкоголь выше среди мальчиков, чем среди девочек, однако к 15 годам это различие практически стирается. Большую обеспокоенность вызывают показатели сообщаемых случаев опьянения. Так, до 67% 15-летних подростков сообщают, что они были пьяными по крайней мере два раза. Во всех обследованных странах показатели достижения состояния опьянения выше среди мальчиков по сравнению с девочками независимо от возрастной группы. Злоупотребление алкоголем может быть как симптомом, так и причиной проблем психического характера. Оно часто ассоциируется с насилием среди молодежи и является существенным стрессогенным фактором на уровне семей и местных сообществ [12, с. 65].

Причины пьянства и алкоголизма, особенно у подростков, изучены недостаточно. Этим в определенной мере объясняется и невысокая эффективность мер, направленных на профилактику и лечение алкоголизма. Казалось бы, все предельно просто. Пьянство — это признак моральной распущенности, а алкоголизм развивается в результате злоупотребления алкоголем. Однако в жизни все гораздо сложнее. Не все подростки,

начинающие пить, отличаются, особенно на первых порах, моральной распущенностью, и, главное, не у всех из них обязательно формируется алкоголизм [9, с. 54].

В настоящее время выделяют три основные группы факторов, способствующих формированию пьянства и алкоголизма у подростков: социальные, психологические и биологические.

Социальные факторы. К ним относят питейные традиции народа, социальное положение (состав семьи, образование, экономическая обеспеченность, профессия, образ жизни и т. д.), национальную и религиозную принадлежность, обычаи и влияние ближайшего окружения (семья, товарищи, компания). Социальные факторы, способствующие развитию пьянства и алкоголизма, обычно совпадают.

Среди факторов, влияющих на формирование алкоголизма, на первом месте стоят такие, как: 1) условия воспитания в семье; 2) низкий уровень образования; 3) раннее вступление в самостоятельную жизнь; 4) раннее употребление алкоголя; 5) влияние неформальной группы сверстников [17, с. 43].

Исследования, проведенные П. Н. Литвиновым, показали, что среди подростков с ранним алкоголизмом 90,7 % — рабочие низкой квалификации, 52 % воспитывались без отца и 42 % в семьях, где один из родителей — алкоголик, 89 % начали работать до 17 лет и примерно в этот же период стали злоупотреблять алкоголем [15, с. 21].

К факторам, способствующим ранней алкоголизации, причисляют также пренебрежительное отношение подростков к своим социальным и функциональным обязанностям, наличие у них «лишнего» времени, неумение содержательно проводить досуг.

Московские исследователи Н. Я. Копыт и Е. С. Скворцова нашли, что 75,7 % подростков, злоупотребляющих алкоголем, учились плохо, 22,9 % — посредственно и лишь 1,5 % — чуть выше среднего уровня. У большей половины из них (68,8 %) длительность досуга достигала 7—8 часов, в то

время как у непьющих сверстников — не более 3,5 часа. Секции и кружки среди пьющих подростков посещало только 28%, выставки и театры — 5,8 %, совсем не читало художественных книг— 19,3 %, не участвовало в общественной работе — 97,9 % [22, с. 49].

Из факторов, способствующих пьянству, следует отметить плохо поставленное противоалкогольное воспитание в школе, ошибочное представление об истинных свойствах алкоголя, терпимость общественности к пьянству, высокую оплачиваемость некоторых видов неквалифицированного труда, не стимулирующую к профессиональному росту и образованию.

Особое значение среди факторов, способствующих формированию пьянства, имеет влияние окружающей микросреды и в первую очередь семьи. Это влияние нельзя рассматривать однозначно: хорошая непьющая семья — хорошее влияние; пьющая семья — плохое влияние. Не раз приходиться наблюдать подростков с тяжелыми формами алкоголизма, которые воспитывались в семьях трезвенников. И, наоборот, в семьях, где родители тяжело больны алкоголизмом, иногда растут совсем не пьющие дети [3, с. 76].

Тем не менее, роль семьи, как первичного побудителя к пьянству, недооценивать нельзя. Наибольшее значение в этом плане имеют такие социальные факторы, как алкогольные традиции семьи, низкий культурный уровень и конфликтные взаимоотношения родителей, негативное отношение к образованию, игнорирование общественных интересов. В семьях алкоголиков, наряду с пьянством, обычно процветают разврат, тунеядство, стяжательство, скандалы. Дети здесь лишены внимания и контроля. Они предоставлены самим себе, часто пропускают школьные занятия, отстают в учебе, рано приобщаются к асоциальным группам. Иногда родители сами приучают детей к пьянству и асоциальному образу жизни [14, с. 38].

Наблюдения показывают, что в семьях, где подросткам разрешено пить, алкоголизм у них формируется примерно в **10** раз чаще, чем там, где

употребление спиртных напитков детьми считается недопустимым. Склонность к раннему систематическому употреблению спиртного у подростков, родители которых страдают алкоголизмом и пьянствуют на глазах у детей, в 5—6 раз выше, чем у подростков в семьях, ведущих трезвый образ жизни.

Изучение группы подростков, злоупотребляющих алкоголем, показало, что 64 % из них жили в неполных семьях (у 46 % не было отцов, у 10 % — матерей и у 8 % — обоих родителей), в 5 % случаев матери и в 3 % случаев оба родителя были лишены родительских прав. В подавляющем большинстве (86 %) родители этих подростков злоупотребляли алкоголем, в 40 % случаев имели судимость. Важным фактором, способствующим формированию раннего алкоголизма, является вовлечение подростка в компанию сверстников, где процветает пьянство [23, с. 67].

Подросткам свойственно почти инстинктивное влечение к группированию. Такие «неформальные» группы обычно имеют «свою территорию» (сарай, чердак), свое название («волки», «коты»), свои ритуалы, свои понятия о чести и долге. В группе, как правило, есть лидер, порядок в ней поддерживается строгой субординацией. В неформальной группе (в отличие от семьи и школы) подросток может выступать в различных ролях: обвиняемого и судьи, ученика и учителя, и в этом плане группа способствует психическому формированию подростка. Однако если такая группа не контролируется взрослыми (а так бывает чаще всего) и ведет асоциальный образ жизни, то она может стать основным регулятором поведения так называемых «трудных подростков», являясь «группой повышенного риска» формирования пьянства и алкоголизма [20, с. 65].

Специальными исследованиями подобных «групп риска» установлено, что они отличаются от обычных подростковых групп целым рядом особенностей. Во-первых, эти группы держатся подчеркнуто обособленно от других подростковых групп и стремятся к полной самостоятельности. Во-вторых, внутри них вырабатываются специфические групповые нормы,

ценности и способы поведения, ориентированные на групповое пьянство. В-третьих, между уровнем развития личности членов этих групп и групповыми нормами имеется тесная взаимосвязь: отдельные представители группы формируют и определяют групповые нормы и моральные ценности, а последние, в свою очередь, влияют на формирование личности членов группы. И хотя такие подростковые группы складываются стихийно, их обычно составляют подростки, близкие по уровню развития, запросам и интересам.

Поэтому не случайно подростки из социально неблагополучных семей, склонные к злоупотреблению алкоголем, объединяются в компании с асоциальным уклоном [32, с. 87].

К специфическим условиям формирования зависимости от, алкоголя мы причисляем все факторы, способствующие частому приему спиртных напитков. К ним относятся прежде всего так называемые "питейные традиции", "алкогольная атмосфера", царящая в некоторых микросоциальных группах, в том числе и в семьях, в "алкогольных компаниях», влияние уже заболевших алкоголизмом, внедряющих культ потребления алкоголя в сознание еще не приобщившихся к выпивкам молодых людей. Это так называемые "алкогольные лидеры", которые являются как бы "центром кристаллизации» пьяного быта, распространения на окружающих алкогольных привычек, мнений о пользе спиртных напитков, "правил" и "норм" их потребления [28, с. 138].

Формирование алкогольной зависимости идет параллельно с изменением личности заболевшего и его связей с окружающими. Стираются индивидуальные различия в образе жизни, запросах, мировоззрении, привычках, мотивах деятельности, интересах, способах существования. Алкоголики становятся похожими друг на друга. Их ведущая деятельность заключается в добывании алкоголя и его распитии. Это объединяет алкоголиков в легко создающиеся и также легко распадающиеся группы. Транскультуральные исследования, в которых сравниваются алкоголики,

принадлежащие к разным этническим, религиозным, социальным, экономическим и другим группам населения в разных странах, показывают, что привычки и стиль жизни злоупотребляющих алкоголем начинают приближаться к определенному «синдрому», который можно описать как нечто типичное для всех алкоголиков, независимо от того, к какой стране или к какой группе общества они принадлежали до развития зависимости от алкоголя. В зарубежной литературе этот синдром называется "синдром алкогольных проблем" – САП [30, с. 76].

САП больше относится к социально-психологическим характеристикам злоупотребления алкоголем и гораздо шире понятия "алкоголизм", которое включает в себя четкие клинические проявления алкогольной болезни. Однако для анализа факторов, предшествующих проявлению собственно болезни и в значительной мере определяющих пути к заболеванию, по нашему мнению, необходимо знание САП. Он включает в себя все самые разнообразные формы злоупотребления алкоголем, связанные с патологическим влечением к опьянению или спровоцированные исключительно средовыми влияниями, "примерами" других. САП включает также и все возможные последствия этого злоупотребления - нарушения общественных норм, отклонения поведения в состоянии опьянения и результаты этого поведения, психологические последствия алкоголя для самого пьющего и для окружающих лиц [14, с. 163].

Наиболее характерные признаки этого синдрома, описанные Вестермейером, следующие: 1) потребление алкоголя становится смыслом существования, оно настолько важно для человека, что он готов рисковать чем угодно (здоровьем, положением), даже умереть, лишь бы только продолжать удовлетворять свою страсть к алкоголю; 2) поскольку общество препятствует этому ненасытному желанию, злоупотребляющие алкоголем развивают "безответственное поведение", они центрируются только на себе, своих собственных нуждах, вступают в конфликт с обществом; 3) будущее этих людей не распространяется дальше следующей выпивки, поэтому

соблюдение любых норм для них становится бессмысленным; 4) другие люди имеют ценность для злоупотребляющих только в том смысле, если они способствуют приобретению алкоголя и не мешают продолжать пьянствовать, место непьющих друзей и знакомых начинают занимать лица, также злоупотребляющие алкоголем [42, с. 194].

Социально-психологический портрет людей с САП, очерченный даже такими скудными штрихами, выгладит довольно мрачно.

Можно, конечно, его "просветлить" различными оправдательно-оптимистическими красками таких рассуждений, как "люди не знают, чем занять себя", "проблема свободного времени", "недостаток культуры" и т.д., но вряд ли стоит скрывать истинную картину. Людей с описанным синдромом немало, они живут, и достаточно долго живут, в данном статусе, они объединяются, мгновенно диагностируют признаки такого же синдрома у других, "помогают" друг другу еще дальше погружаться в тьму и хаос алкогольного стиля жизни, они оказывают наиболее сильное сопротивление "антиалкогольной идеологии», уничтожают веру в освобождение от алкогольных, проблем тех, кто еще не совсем погряз в "винном болоте" и мечтает выбраться наверх, они соблазняют вернуться к алкогольным "радостям" тех, кто пробовал жить без алкоголя [39, с. 102]

Поскольку такие люди имеются во всех регионах, странах, где распространено употребление алкоголя, есть основания говорить об "алкогольной субкультуре", которую они составляют. В масштабах всеобщих культурных ценностей, норм и идеалов "алкогольная субкультура" представляет собой некий антипод культуры, теневую сторону или "дно" культуры.

Ядро "алкогольной субкультуры", или, лучше сказать, "эпицентр", составляют лица с признаками алкоголизма, зависимые от алкоголя психически и физически, лица, к которым применимо понятие "синдрома алкогольных проблем". Вокруг эпицентра можно представить зоны более или менее отдаленные, где алкогольные проблемы людей, находящихся в данных

зонах, представлены менее выраженно, у которых зависимость от алкоголя еще не является такой принудительной силой, как при алкоголизме в фазе "расцвета". В зонах, значительно отдаленных от эпицентра, люди еще сохраняют связи с обществом, культурой, семьей, группами общения, в которых алкоголя нет либо он занимает малое место [39, с. 173].

Ключом к пониманию процесса образования зависимости от алкоголя является атмосфера пьющей компании. "Позитивные" эффекты алкоголя вне общения, вне социального контекста практически не проявляются. Только в компании таких же опьяненных людей человек, принявший спиртные напитки, ощущает эйфорию, "жажду общения", испытывает "прилив сил", особое настроение и т.д. Культ особого общения, "облегченного" действием алкоголя и традиционными нормами поведения в опьяневшей компании, является "магнитом", притягивающим к себе тех людей, личность которых имеет проблемы контактов с другими [26, с. 54].

Из приведенного анализа неспецифических условий развития алкогольной мотивации становится ясно, что личность "уязвимого" к алкоголизму человека движется в своем развитии по пути все большего нарастания проблематичности контактов и взаимоотношений с другими людьми, социальными группами. Само по себе это не является непосредственной причиной алкоголизма, но есть очень значимое условие для принятия норм и правил "алкогольной субкультуры", т.е. приобщения к групповому приему алкоголя. Очень скоро алкогольное опьянение, фармакологические эффекты нагружаются психологическим смыслом, психологическими «добавками» [36, с. 172].

Подобное возникает при взаимодействии по крайней мере двух факторов: 1) принятие тех значений алкоголя в жизни человека (лекарство от скуки, плохого настроения, для храбрости и т.д.), которые распространены в «алкогольной субкультуре»; 2) своеобразная оценка опыта переживания алкогольного опьянения, который оформляется в особое эмоциональное отношение к алкоголю, в то, что психиатры называют «стереотипом

опьянения» (манера пития, дозировка, темп приема алкоголя, форма поведения в состоянии опьянения). Очень важно выяснить механизм психологического «нагружения», «псевдоодухотворения» спиртных напитков и их действия. Область эта практически не изучена [21, с. 75].

К неспецифическим условиям формирования алкогольной мотивации можно отнести общественные условия развития личности, которые делают человека уязвимым к алкоголю, однако сами по себе еще не вызывают появления к нему патологической потребности. Это - семья и особенности воспитания, выбор профессии, друзей, супружество, выбор ведущей деятельности и другое.

1.2. Психологические факторы алкоголизма и особенности больных алкоголизмом

Под характером понимают совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности человека, которые можно представить как систему бинарных (т.е. пары противоположных свойств: мужественность - женственность; доминантность - подчиненность; оптимизм - пессимизм и т.д.) качеств, складывающихся и проявляющихся в деятельности и общении. Эта система обусловливает типичные для человека способы поведения. В отличие от темперамента, в понятие «характер» входят содержательные аспекты эмоционально-волевых и интеллектуальных процессов, среди которых наиболее важен личностный смысл деятельности, в которую включается человек. Характер проявляется в системе отношений человека к окружающей действительности и к самому себе. Отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление структуры характера, системы отношений личности и обеспечивает ее цельность, как отмечает Б.Д. Карвасарский [6, с. 70].

Для больных алкоголизмом наиболее «характерным» признаком является искаженное или неразвитое (в психологическом смысле) отношение к самому себе. Сколько бы ни различались по характеру больные алкоголизмом, общим для многих из них оказывается низкий уровень самоуважения, ущемленное чувство собственного достоинства, негативное (неадаптивное) отношение к себе, собственной деятельности, собственной жизни в целом. С этим связано то, что получило название «аутоагрессивные тенденции» - стремление навредить самому себе, которое в своем законченном проявлении выражается в желании и попытках убить себя. По данным различных наблюдений, около 39% всех попыток самоубийства совершаются больными алкоголизмом. Алкоголизм, по образному выражению некоторых психиатров, сам по себе является «замедленным самоубийством». Например, число попыток у алкоголиков превосходит число завершенных самоубийств в 5-10 раз (по данным разных авторов), т.е. это можно расценить как желание мучить себя («убивать, но не до конца», растянуть это на время, «убить себя несколько раз»), а не просто как вынесение окончательного приговора себе, как это бывает у больных эндогенной депрессией. Более «мягкие» формы аутоагрессивного поведения можно видеть в нежелании больных алкоголизмом оградить себя от пагубного действия алкоголя, хотя большинство из них прекрасно понимают всю тяжесть последствий злоупотребления им [40, с. 94].

В своих последних работах З. Фрейд ввел понятие «мортидо» - влечение к смерти, обусловленное биологическими свойствами организма человека. В дальнейшем в психоанализе разрабатывались идеи проявления этого «инстинкта смерти» в поведении человека, в том числе и при алкоголизме. Критика этих взглядов достаточно известна. Существование инстинкта смерти весьма спорно, однако психиатрическая практика свидетельствует о том, что при некоторых психических заболеваниях стремление убить себя приобретает признаки влечения, объяснить которое невозможно только ослаблением (или извращением) инстинкта

самосохранения. Биологи в последнее время признают генетически закрепленные ограничители индивидуальной продолжительности жизни у животных. Исследование В.М. Дильманом жизненного цикла горбуши показывает, что после достижения наиболее важной для продолжения вида биологической цели - икрометания у самок и оплодотворения у самцов - взрослые сильные особи гибнут от множественных инфарктов в различных органах, от катастрофически быстрого старения организма. Кастрирование особей (невозможность выполнения указанной биологической цели) продляет жизнь, устраняет на время действие «ограничителя жизни» [41, с. 85].

Даже если и существует «инстинкт», ограничивающий продолжительность жизни человека, как полярное дополнение к инстинкту самосохранения и развития в бинарной паре, в человеческом поведении, в характере он не может существовать в «чистом виде». Все инстинкты человека проявляются опосредованно, через сложную систему социальных отношений, личностных значений и смыслов и других личностных образований, формирующихся с самого начала под воздействием социальных факторов. Наличие «аутоагрессивных тенденций» у алкоголиков есть социально сформированное (на определенной индивидуально-психологической природной основе) отношение к самому себе, а не биологическая «потребность» в саморазрушении [34, с. 194].

Многочисленные психологические исследования личности людей, склонных к алкоголизму, вставших на путь злоупотребления спиртным, сформировавшихся алкоголиков показывают, что нарушения системы отношений к окружающим людям и к себе предшествуют возникновению алкоголизма. Низкий уровень самоуважения считается одним из этиологических (причинных) личностных факторов алкоголизма. Определенное отношение к себе в некоторых условиях приобретает большую значимость, устойчивость, становится характерным для личности, превращается в черту характера, оставаясь в то же время и отношением.

Генез искаженного отношения к самому себе достаточно сложен. В качестве иллюстрации приведем подход Бэйкэна в исследовании нарушения чувства самоуважения, слабости «я – концепции» у будущих алкоголиков [13, с. 96].

Злоупотребление алкоголем обычно ассоциируется с каким-либо типом конфликта «зависимость – независимость». Зависимость понимается как универсальная поведенческая установка, связанная с поисками помощи. Человек рождается беспомощным и не может удовлетворять свои физические и психологические потребности без взрослых. Вследствие длительного периода беспомощности в начале жизненного пути у ребенка развивается поведение «поиска помощи», которое согласуется с воспитательной позицией родителей и взрослых и их поведением «давать помощь». Во всех обществах поведение «поиск помощи» является предметом социализации и модифицируется постепенно в поведение «давать помощь», как только развитие ребенка начинает соответствовать стандартам общества, в котором он воспитывается. В некоторых обществах установление высоких стандартов самоуверенности и «достижения» (независимость) на ранних этапах развития сопровождается либо наказанием за эти мотивы деятельности (особенно в примитивных обществах), либо их поощрением. В последнем случае мотивы «достижения» (независимость) становятся в оппозиционные отношения с поведением «поиска помощи». В условиях, когда наблюдается еще и низкий уровень терпимости, потакания потребностям ребенка, что ведет к фрустрированию зависимости, развивается напряженный конфликт «зависимость – независимость». Напротив, адекватная снисходительность к «потребностям зависимости», мягкая и ненаказуемая социализация, неназойливая, скрытая поддержка крепнущего со временем чувства самоуверенности и мотива достижения сопровождается низким уровнем конфликта «зависимость – независимость» [38, с. 28].

Выпивка временно уменьшает напряжение указанного конфликта одномоментным удовлетворением зависимости или фантазиями о

достижениях и успехах. Тревога, ассоциирующаяся с конфликтом «зависимость – независимость» в период трезвости, редуцируется при приеме алкоголя. Это временное разрешение конфликта может служить подкреплением поведения, направленного на поиск опьянения. Частота выпивок и пьянства негативно коррелирует с мерой снисходительности к потребностям ребенка и позитивно коррелирует с давлением, которое стимулирует у ребенка развитие мотивов самоуверенности и достижения. Иначе говоря, личности, склонные к злоупотреблению алкоголем, в детстве испытывали затруднения в выборе поведения: их держали под строгим контролем, не давая проявляться самостоятельности, и в то же время упрекали в ее отсутствии. Характерной чертой у таких личностей становится скрытое желание продолжать быть зависимым ребенком, что реализуется в алкогольном опьянении; вместе с тем имеется сильное стремление быть независимым, «быстрее стать взрослым». Подтверждает это то, что частым мотивом потребления алкоголя является желание быстрее стать самостоятельным, «как все мужчины» и т.д [31, с. 50].

В данной гипотезе прослеживается развитие только одной пары бинарных качеств психического склада человека, характера. В то же время характер есть целая система таких пар: эгоизм - альтруизм, смелость - трусость, стремление к новому - сохранение старого и т.д. Оппозиционность, противоречивость качеств, составляющих пары, не является чем-то ненормальным. Напротив, это противоречие обеспечивает непрерывность развития психики человека, служит источником энергии развития. Однако конфликтная напряженность в некоторых отношениях, например любовь -ненависть, подчинение - доминирование, как и в случаях неврозов, на примере которых это хорошо изучено, может быть психологической (характерологической) предпосылкой для развития алкогольной зависимости.

Другой подход к исследованию проблем развития характера, традиционный для психиатрии, - феноменологический анализ. Он

основывается на богатейшем эмпирическом материале наблюдений за поведением психически больных людей, лиц с ненормальным характером, которые в трудных ситуациях проявляют заметные отклонения в психическом реагировании. Несмотря на огромное разнообразие психических отклонений, вариантов патологии психики, клинико-психопатологический анализ позволяет объединить эти отклонения в довольно ограниченное число так называемых кругов. Каждый круг определен соответствующим типом наследственно-конституциональных признаков. Минимальное число таких групп расстройств - четыре: сексуальные нарушения, перверзии (гомосексуализм, садизм и т.д.); пароксизмальные (эпилепсия, истерия); шизофренические; циркулярные (депрессия, маниакальность, периодическое чередование последних - маниакально-депрессивный психоз). Похожесть психики, характера некоторых людей на характер тех, кто болен определенным душевным расстройством, стала основанием для традиционной классификации крайних вариантов нормы и патологии характера: циклоиды, эпилептоиды, шизоиды, истероиды [20, с. 95].

Одна из устаревших точек зрения - представление о том, что предпосылкой для развития алкоголизма служит предшествующая психопатия, т.е. патологический, ненормальный склад характера. Большое количество наблюдений, однако, показало, что психопатия сама по себе не является причиной алкоголизма, но встречается достаточно часто в преморбиде (предболезни) алкоголиков (от 20 до 50% больных, по данным разных авторов, имеют те или иные отклонения характера до болезни).

Наиболее убедительно в литературе показано влияние некоторых нарушений (характерологических) в эмоционально-волевой сфере будущих алкоголиков на развитие зависимости от алкоголя, а также на ускорение темпа формирования патологического влечения к спиртным напиткам и появление более тяжелых последствий хронической алкогольной интоксикации [22, с. 85].

Самый известный вариант преморбидной личности, т.е. характера, - «синтонный алкоголик», описанный Э. Кречмером и С.Г. Жислиным в рамках циклотимической конституции (круг циркулярных депрессивно-маниакальных психических расстройств). Позже и другие исследователи также отмечали, что среди алкоголиков часто встречаются лица с тимопатическим характером (конституциональная нестабильность настроения), гипертимные (конституциональное повышенное настроение, активность) и конституционально-депрессивные. М. Блейлер в 40% случаев алкоголизма обнаружил в преморбиде алкоголиков эмоциональные расстройства в форме циклотимии [42, с. 172].

Отмечаемое в эпидемиологических исследованиях алкоголизма большое число лиц с депрессивными расстройствами в преморбиде послужило основанием разделять алкоголизм по крайней мере на три группы (по Ивэнс): симптоматический, в основе которого лежат расстройства настроения, депрессии, «депрессивный характер» и другие аномалии структуры характера, делающие человека уязвимым к стрессу; аддиктивный - развивающийся по обычным механизмам: привыкание к алкоголю вследствие влияний «алкогольной микросреды» и далее – «алкогольная наркомания»; социальное пьянство - злоупотребление алкоголем среди нормальных и здоровых в целом людей, связанное в основном с «питейными традициями», без четкой связи пьянства с какими-то психологическими, личностными проблемами [41, с 55].

В целом можно сказать, что чем больше выражены у человека отклонения характера, особенно в сторону эмоциональных нарушений, импульсивности, неустойчивости настроения, депрессии, дисфории (крайние варианты раздражительности, гневливости), тем больше у него шансов при прочих равных условиях стать алкоголиком. Алкоголизм протекает при этом злокачественнее, формируется более быстро, чем у тех, кто имеет нормальный, непатологический характер.

Основную группу алкоголиков все же составляют лица, не имевшие до заболевания ни психопатических черт или патологической структуры характера, ни психических нарушений. Однако нет серьезных оснований относить всех их к совершенно здоровым в психологическом смысле, гармонично развитым, социально адаптированным, т.е. к ним нельзя применять критерии зрелой, активной, адаптивной и творческой личности. Как показывает тщательное изучение психобиографии больных с «неосложненным» алкоголизмом, злоупотребление алкоголем в большинстве случаев связано с теми или иными неудачами формирования характера и личности, является показателем психологического или социального (чаще того и другого) неблагополучия человека [37, с. 78].

Клинические варианты нормального характера, предшествующего развитию алкоголизма, в настоящее время принято классифицировать в рамках « акцентуаций характера ».

Термин «акцентуированные личности» (имеется в виду характер) предложен К. Леонгардом для обозначения психически здоровых лиц, имеющих определенно выраженные характерологические черты, которые в значительной мере определяют их поведение. Эти особенности характера при благоприятных условиях среды создают предпосылки для общественно полезного развития личности («одаренность», по К. Леонгарду). В случаях неблагоприятных условий среды возможно заострение данных черт характера, нарушение равновесия в системе, какой является структура характера, что приводит к снижению адаптивных возможностей личности и развитию внутренних и межличностных конфликтов, содержание которых зависит от типа «акцента». Акцентуация - это совокупность различных черт характера и темперамента, которые влекут за собой отклонение от некоторого стандарта, «среднего» человека. Население Берлина, например, по данным исследований коллег К. Леонгарда, на 50% состоит из акцентуированных личностей, а на 50% - из людей стандартного типа. Ширмер при исследовании алкоголиков только в 5% случаев не определил

акцентуаций , 60% выявленных акцентуаций принадлежали к кругу циклоидных (гипертимный акцентуированный тип встречался чаще остальных - в 3 2% случаев; тимолабильный и циклоидный - в 28%) [31, с. 96].

Психологический анализ жизненного пути, проведенный в различных исследованиях, длительные беседы с больными показали, что алкоголизм у них не являлся неизбежным следствием особенностей сформированного акцентуированного характера. У них также жизнь могла сложиться по-другому. Например, у некоторых выбор профессиональной деятельности был явно неудачным в отношении их характера, что приводило к частым эмоциональным перегрузкам, переживаниям, конфликтам. У многих критическим моментом в развитии потребности в опьянении стала неблагоприятная семейная ситуация, трудные эмоциональные отношения с женой. Складывалось впечатление, что эти люди плохо понимали самих себя, не знали особенностей собственного характера в той мере, в какой это знание способствовало бы нахождению наиболее подходящих способов реализации жизненных целей, деятельности, позволяющих раскрыть положительные, социально ценные качества их характера [25, с. 64].

При изучении самосознания больных алкоголизмом обнаружены особенности самооценки, отношения к себе как к больному человеку, а также специфичность восприятия другого. Выявлено преобладание защитных функций самооценки над адаптивными и регулятивными, а также преобладание в оценке окружающих характеристик, связанных с алкоголем у больных, отрицающих наличие заболевания.

В структуре мотивации потребления алкоголя у больных, допустивших нарушение режима трезвости, доминируют социально-традиционные и гедонистические мотивы. Мотивы патологической группы (похмельные и аддиктивные) и атарактические мотивы представлены незначительно.

Наибольшее количество нарушений ремиссий выявлено у больных хроническим алкоголизмом с выраженной эмоциональной лабильностью, склонных к невротическим защитным реакциям конверсионного типа и ригидностью, проявляющейся субъективной логической схемой, часто неподдающейся коррекции извне [12, с. 86].

Основными индивидуально-типологическими и характерологическими особенностями личности, повышающими длительность терапевтической ремиссии являются: возраст (31-40 лет); 1-2 или 2 стадия хронического алкоголизма; в структуре мотивации потребления алкоголя преобладают атарактические и собственно патологические мотивы; преобладающий тонус симпатической нервной системы; доминирует тревожный тип отношения к болезни.

В отдельных работах, посвященных личностным особенностям людей, склонных к заболеванию алкоголизмом чаще всего отмечались:

• пассивно-зависимые черты характера;

• созерцательность, неприспособленность;

• неуверенность в себе;

• чувство неполноценности;

• негативный опыт детства;

• импульсивность;

• дефензивность;

• низкая самооценка [16, с. 85].

Ц.П.Короленко с соавторами выделяет следующие личностные особенности, способствующие развитию алкогольной зависимости:

• Сниженная переносимость затруднений (неспособность к длительному напряжению, субъективность оценки возникающих проблем, житейских трудностей, конфликтов, неспособность к длительному и спокойному ожиданию, «бегство от реальности»).

• Комплекс неполноценности, который часто прикрыт напускной бравадой и внешне выражаемой решительностью.

• Незрелость личности в целом (эгоцентризм, инфантильность, потребность в похвале, опеке, поддержке, эмоциональная неустойчивость).

• Относительная интеллектуальная недостаточность (касается уровня развития интеллектуальных запросов и чувств) [29, с. 69].

Особое место в развитии алкоголизма уделялось отрицательным психотравмирующим воздействиям — внезапному горю, тяжелым душевным переживаниям, неудовлетворенности своим положением. Однако в соответствии с современными данными роль психотравм в возникновении алкоголизма не считается принципиальной.

И.В. Стрельчук на основе многолетних исследований алкоголизма пришел к заключению, что более склонны к нему лица со слабым или сильным неуравновешенным типом, у которых недостаточно развит процесс торможения, сдерживания (меланхолики и холерики). Ретроспективный анализ поведения пьяниц в детстве также показывает, что данные личности отличаются повышенной возбудимостью, неустойчивостью, недостаточным контролем над поведением, слабыми возможностями сдерживания желаний, возникших потребностей, чувств. Характерным для них является изначально низкая поведенческая толерантность к алкоголю, т.е. алкогольная интоксикация вызывает у них более выраженные изменения поведения (расторможенность, говорливость, изменения настроения и т.д.), чем у тех людей, которые не становятся алкоголиками даже при длительном потреблении алкоголя [15, с. 162].

Похожесть личности больных алкоголизмом на некий тип "личности алкоголика» связана, во-первых, с токсическим (длительная алкоголизация) фактором, приводящим к различным мозговым дисфункциям; во-вторых, с той социальной ролью, которую больной начинает играть из-за конфликта с обществом, бегства в "алкогольную субкультуру", потери социальной активности, общественно значимых интересов и мотивов деятельности. Однако эта похожесть алкоголиков друг на друга возникает при далеко зашедшем процессе и связана с постепенным разрушением личности, т.е.

«личность алкоголика» - это процесс прогрессирующей "потери личности". Чем больше человек разрушает себя алкоголем, тем более он становится похож на «личность алкоголика», вернее, его личность приобретает те типичные клинические изменения психики человека, которые обозначаются клиницистами как «алкогольная деградация личности».

Выводы:

Таким образом, алкогольная зависимость чаще всего начинает формироваться в подростковом и юношеском возрасте, так как молодые люди в силу возраста и малого жизненного опыта часто прибегают к употреблению алкоголя, не понимая последствий. Число больных алкоголизмов неуклонно растет и возраст больных постоянно молодеет. Это касается как мужского, так и женского алкоголизма.

Существует много факторов, влияющих на возникновение алкогольной зависимости. К социальным факторам можно отнести:

- неправильное родительское воспитание;
- алкоголизм в семье;
- принадлежность к различным группам и субкультурам, где поощряется употребление алкоголя;
- низкий уровень культуры личности;
- отсутствие стремления к профессиональной самореализации, неквалифицированный труд.

К психологическим факторам можно отнести:

- особенности темперамента;
- наличие акцентуаций;
- психические отклонения;
- психологические проблемы;
- особенности волевой сферы и самоконтроля;
- низкую самооценку и некоторые другие факторы.

Кроме того, можно выделить и некоторые биологические факторы:

- генетическая предрасположенность;
- пол;
- этническая принадлежность.

Глава 2. Эмпирическое исследование психологических особенностей больных алкоголизмом взрослых и подростков

2.1. Процедура и методики исследования

В исследовании приняли участие две группы: контрольная – 20 человек в возрасте 22-35 лет без признаков зависимости от алкоголя; экспериментальная - 20 взрослых людей в возрасте 22-35 лет, стоящих на учете у нарколога с диагнозом «алкоголизм». Пол мужской.

Были использованы следующие методики исследования: методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда (методика СПА), копинг-тест Лазаруса, методика изучения самооценки С. Будасси, методика исследования акцентуации характера Леонгарда-Шмишека.

Для проверки статистически значимых различий был применен U-критерий Манна-Уитни.

1. Методика диагностики социально – психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда

Опросник личностный. Предназначен для изучения особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности. Цель: изучение уровня сформированное социально-психологической адаптации личности.

Показатели:

Адаптивность

Дезадаптивность

Лживость

Приятие себя/Неприятие себя

Приятие других/Неприятие других

Эмоциональный комфорт/Эмоциональный дискомфорт

Внутренний контроль

Внешний контроль

Доминирование/Ведомость

Эскапизм (уход от проблем)

2. Копинг-тест Лазаруса

Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году.

Шкалы:

Конфронтационный копинг

Дистанцирование

Самоконтроль

Поиск социальной поддержки

Принятие ответственности

Бегство-избегание

Планирование решения проблемы

Положительная переоценка

3. Методика самооценки личности С.А. Будасси

Методика С.А. Будасси позволяет проводить количественное исследование самооценки личности, т.е. ее измерение. В основе данной методики лежит способ ранжирования.

Цель обработки результатов - определение связи между ранговыми оценками качеств личности, входящими в представления «Я идеальное» и «Я реальное».

Диагностируемая самооценка:

Неадекватно низкая

Завышенная

Недифференцированная

Адекватная

4.Тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда

Тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда предназначен для диагностики типа акцентуации личности, опубликован Г. Шмишеком в 1970 г и является модификацией "Методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда". Методика предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента. Согласно К. Леонгарду акцентуация - это "заострение" некоторых, присущих каждому человеку, индивидуальных свойств.

Акцентуированные личности не являются патологическими, другими словами они нормальные. В них потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд.

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный).

Тест предназначен для выявления акцентуированных свойств характера и темперамента лиц подросткового, юношеского возраста и взрослых. Характерологический тест Шмишека подходит для учета акцентуаций характера в процессе обучения, профессионального отбора, психологического консультирования, профориентации.

2.2. Анализ результатов исследования

Исследование социально-психологической адаптации больных алкоголизмом дало следующие результаты, отраженные на рис. 1.

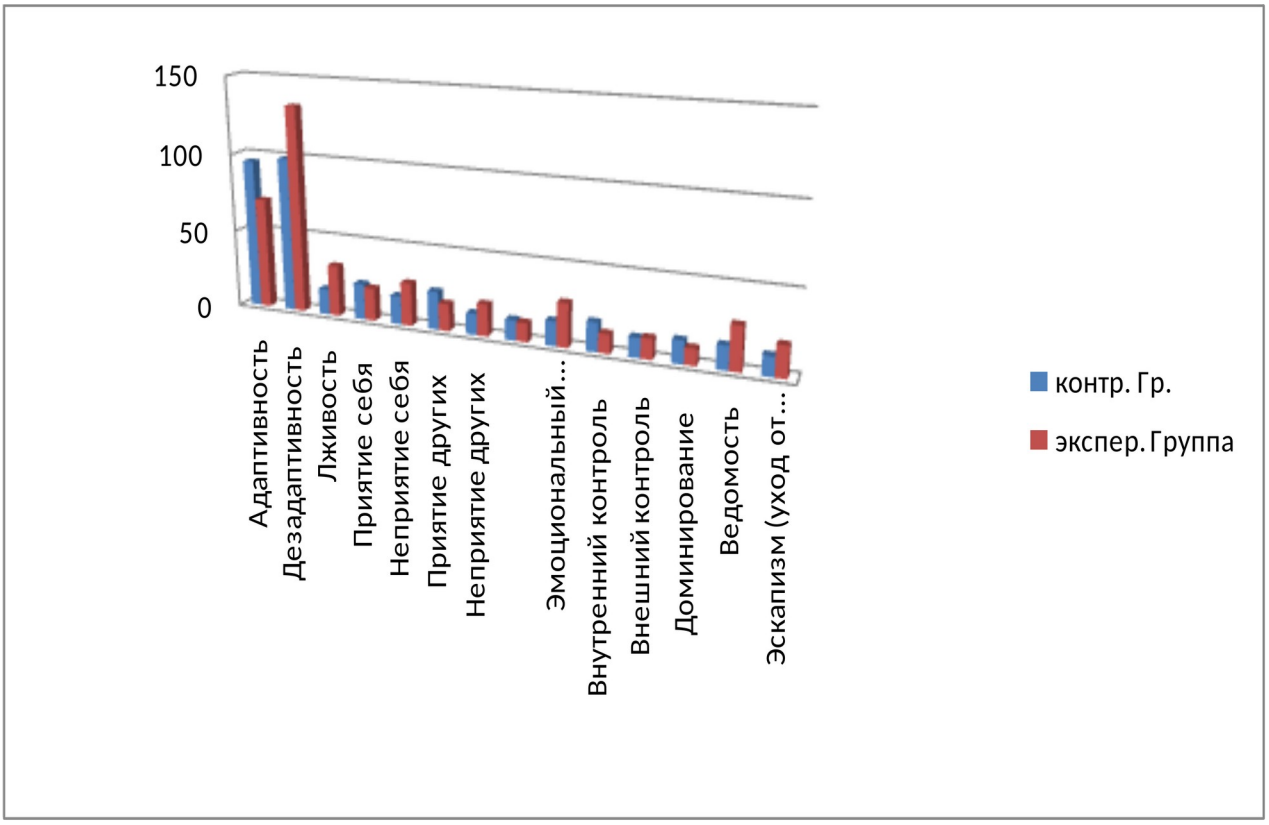


Рис.1. Средние значения социально-психологической адаптации

Как можно видеть на рис. 1., у больных алкоголизмом выше средние показатели дезадаптации, лживости, неприятия себя, неприятия других, эмоционального дискомфорта, ведомости, эскапизма.

У контрольной группы выше показатели адаптивности, приятия себя, приятия других, эмоционального комфорта, внутреннего контроля, доминирования.

Что же касается отдельных особенностей, то у 80% взрослых алкоголиков выражена дезадаптация, у 60% - неприятие себя, 70% - эмоциальный дискомфорт, 80% - ослабленный внутренний контроль (ниже границы неопределенности), у 80% выражен эскапизм, у 75% - ведомость.

Таким образом, у больных алкоголизмом выражена дезадаптация, неприятие себя, эмоциональный дискомфорт, ослабленный внутренний контроль, эскапизм и ведомость.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты статистического анализа методики СПА

Показатель	Контр. Гр.	Экспер. Гр.	Uэмп	Значение степени достоверности (p)
Адаптивность	**95,4**	**70,9**	**109,5**	**0,01**
Дезадаптивность	**98,9**	**132,9**	**98**	**0,01**
Лживость	**16,4**	**32,6**	**82,5**	**0,01**
Приятие себя	23	21		
Неприятие себя	**18,2**	**27,5**	**102**	**0,01**
Приятие других	24,3	17,4	132	

Неприятие других	13,6	20,4	141	
Эмоциональный комфорт	13	12	158	
Эмоциональный дискомфорт	**15,6**	**27,9**	**87,5**	**0,01**
Внутренний контроль	18,4	12,2	148	
Внешний контроль	12,4	13,1	150	
Доминирование	14,5	10,6	143	
Ведомость	**15**	**28**	**83**	**0,01**
Эскапизм (уход от проблем)	**10,4**	**19,8**	**79,5**	**0,01**

Значимые различия обнаружены в показателях адаптивности, дезадаптивности, лживости, неприятии себя, эмоционального дискомфорта, ведомости, эскапизма. У больных алкоголизмом достоверно выше показатели дезадаптивности, лживости, неприятии себя, эмоционального дискомфорта, ведомости, эскапизма, у контрольной группы – показатели адаптации.

Результаты исследования копинг-стратегий отображены в таблице 3.

Таблица 3

Копинг-стратегии больных алкоголизмом

Доминирующая стратегия	Контрольная группа	экспериментальная
Конфронтационный копинг	10%	15%
Дистанцирование	5%	20%

Самоконтроль	35%	0%
Поиск социальной поддержки	20%	5%
Принятие ответственности	30%	0%
Планирование решения проблемы	40%	0%
Бегство-избегание	10%	40%
Положительная переоценка	15%%	5%

Средние показатели стратегий преодолевающего поведения представлены на рис. 2.

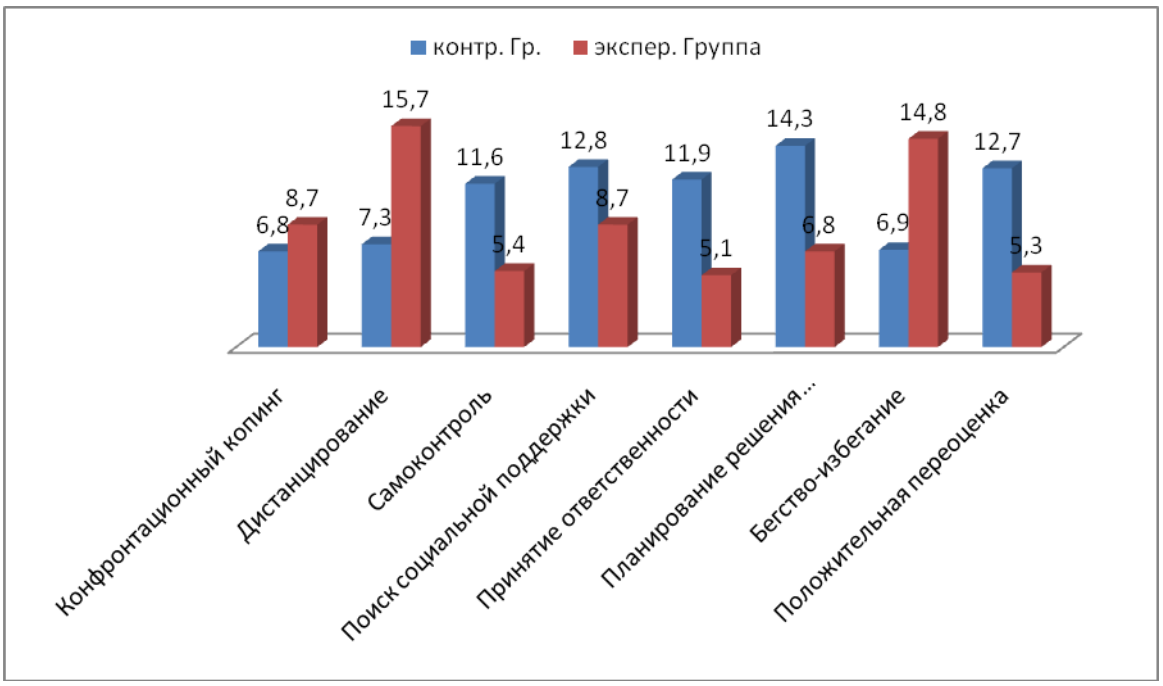


Рис. 2. Показатели стратегий преодолевающего поведения

Таким образом, видно, что у больных алкоголизмов выше показатели использования конфронтационного копинга, дистанцирования, избегания, то есть характерны неконструктивные стратегии.

В контрольной группе выше показатели самоконтроля, поиска социальной поддержки, приятия ответственности, планирования решения проблемы, положительной переоценки.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты статистического анализа методики Лазаруса

Показатель	контр. Гр.	экспер. Группа	Uэмп	Значение степени достоверности (p)
Конфронтационный копинг	6,8	8,7	143	
Дистанцирование	**7,3**	**15,7**	**82**	**0,01**
Самоконтроль	**11,6**	**5,4**	**76**	**0,01**
Поиск социальной поддержки	12,8	8,7	156	
Принятие ответственности	**11,9**	**5,1**	**74,5**	**0,01**
Планирование решения проблемы	**14,3**	**6,8**	**78,5**	**0,01**
Бегство-избегание	**6,9**	**14,8**	**87,5**	**0,01**
Положительная переоценка	**12,7**	**5,3**	**81**	**0,01**

Обнаружены следующие достоверные различия:

- в группе лиц, страдающих алкоголизмом достоверно выше показатели дистанцирования и избегания. Стратегия дистанцирования предполагает

попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т. Стратегия бегства-избегания предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п., с целью снижения мучительного эмоционального напряжения. Большинством исследователей эта стратегии рассматривается как неадаптивная, однако это обстоятельство не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях.

- в контрольной группе достоверно выше показатели самоконтроля, поиска социальной поддержки, приятия ответственности, положительной переоценки. Стратегия самоконтроля предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у личности может наблюдаться стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией. Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми,

ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями. Стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Стратегия планирования решения проблемы предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Стратегия положительной переоценки предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Результаты исследования самооценки представлены на рис. 3-4.

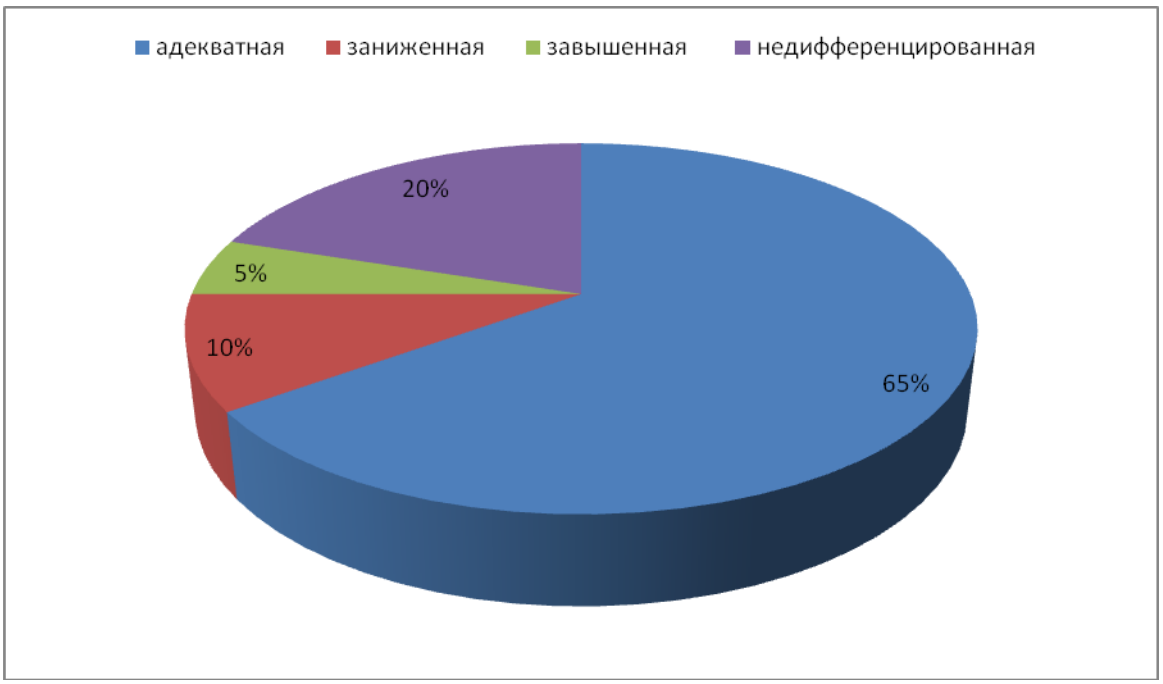


Рис. 4. Уровни самооценки в контрольной группе

У 65% испытуемых контрольной группы адекватная самооценка, у 10% - заниженная, у 5% - завышенная, у 20% - недифференцированная.

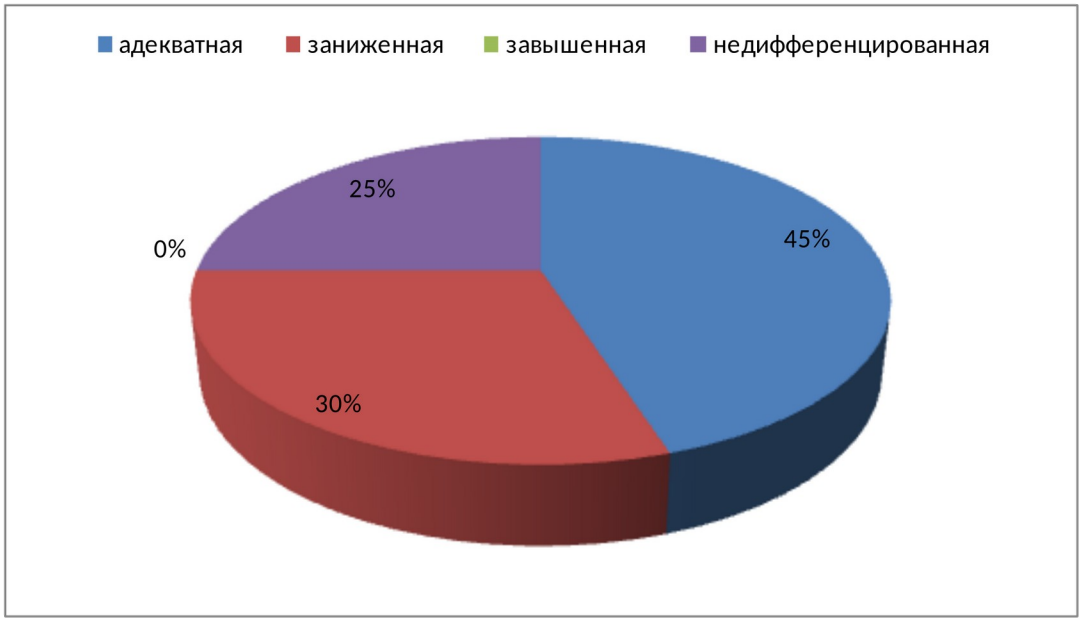


Рис. 5. Уровни самооценки у больных алкоголизмом

Адекватная самооценка обнаружена лишь у 45% больных алкоголизмом, завышенной самооценки не обнаружено, однако, по

сравнению с контрольной группой, в экспериментальной группе выше доля лиц с заниженной самооценкой (30%) и лиц с недифференцированной самооценкой (25%).

Результаты исследования акцентуации характера представлены на рис. 6.

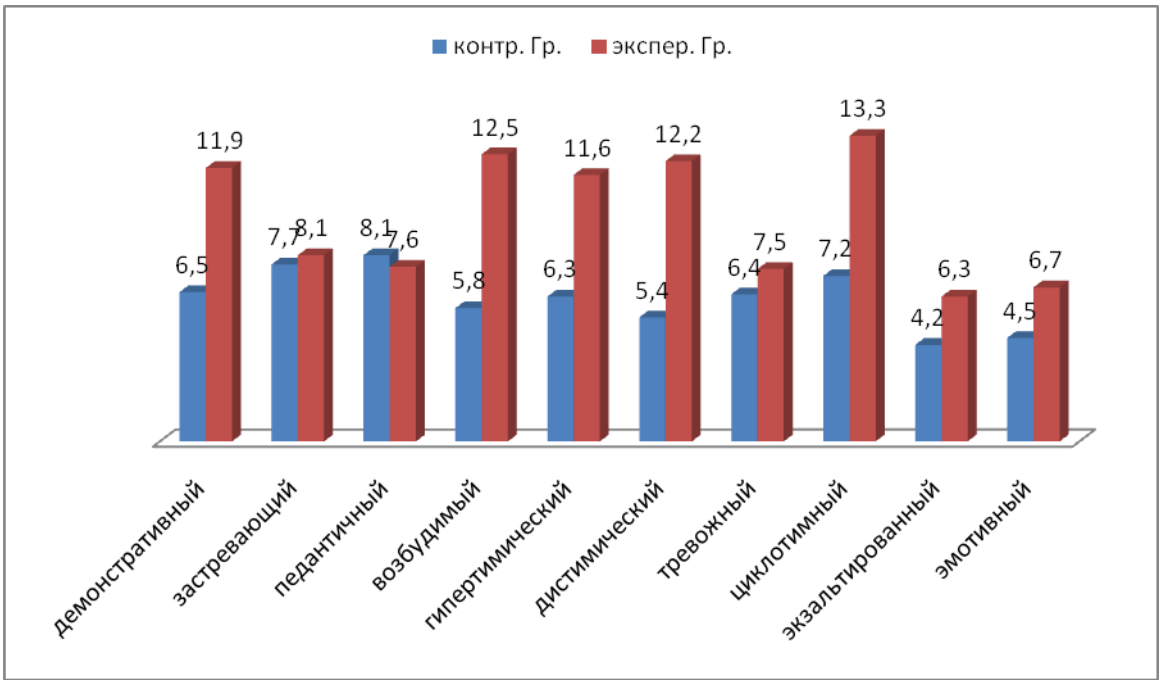


Рис. 6. Показатели акцентуации характера

В экспериментальной группе выше показатели практически всех типов акцентуации по сравнению с контрольной, кроме показателей педантичного типа.

Результаты статистического анализа отображены в таблице5.

Таблица 5

Результаты статистического анализа методики исследования акцентуации

Тип акцентуации	контр. Гр.	экспер. Гр.	Uэмп	Значение степени достоверности (p)
демонстративный	**6,5**	**11,9**	**87**	**0,01**
застревающий	7,7	8,1	156	
педантичный	8,1	7,6	145	
возбудимый	**5,8**	**12,5**	**82,5**	**0,01**
гипертимический	**6,3**	**11,6**	**84**	**0,01**
дистимический	**5,4**	**12,2**	**85,5**	**0,01**
тревожный	6,4	7,5	139	
циклотимный	**7,2**	**13,3**	**80,5**	**0,01**
экзальтированный	4,2	6,3	165	
эмотивный	4,5	6,7	147	

Достоверные различия обнаружены в показателях демонстративного, возбудимого, гипертимического, дистимического, циклотимного типов. У лиц, больных алкоголизмом показатели данных типов достоверно выше.

Качественный анализ показывает, что в экспериментальной группы выраженная акцентуация присутствует у 9 человек: у 2 человек – акцентуация по демонстративному типу, у 1 – по возбудимому типу, у 2 – гипертимическому, у 3 – по дистимическому типу, у 1 – по циклотимному типу. В контрольной группе выраженных акцентуаций не обнаружено.

Таким образом, можно говорить о том, что алкоголизация, с одной стороны, способствует заострению черт, которые составляют основу этих акцентуаций, а, с другой стороны, для людей склонных к алкогольной зависимости, характерны такие черты характера, как отрицание проблемы, фантазирование, уклонение от ответственности, доминирование механизмов психологической защиты по типу избегания, резкие перепады настроения, пассивность, переедание, употребление алкоголя.

Нужно отметить, что среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, встречаются люди и с другими акцентуациями характера: застревание, педантичность, тревожность, экзальтированность и эмотивность, но достоверные различия между страдающими алкогольной зависимостью и здоровыми людьми выявлены только в отношении пяти акцентуаций.

Выводы:

1. Значимые различия обнаружены в показателях адаптивности, дезадаптивности, лживости, непринятии себя, эмоционального дискомфорта, ведомости, эскапизма. У больных алкоголизмом достоверно выше показатели дезадаптивности, лживости, непринятии себя, эмоционального дискомфорта, ведомости, эскапизма, у контрольной группы – показатели адаптации.

2. Для больных алкоголизмом характерно использование неадаптивных копингов. В группе лиц, страдающих алкоголизмом достоверно выше показатели дистанцирования и избегания.

3. Для больных алкоголизмом характерна неадекватная самооценка: заниженная и недифференцированная. По сравнению с контрольной группой, в экспериментальной группе выше доля лиц с заниженной самооценкой и лиц с недифференцированной самооценкой.

4. Для больных алкоголизмом характерны акцентуации характера. Достоверные различия обнаружены в показателях демонстративного, возбудимого, гипертимического, дистимического, циклотимного типов. У лиц, больных алкоголизмом показатели данных типов достоверно выше.

Заключение

Современное общество встает перед проблемой алкоголизации населения, которое принимает тотально катастрофический характер. Алкоголизация, во – первых, связана с увеличением производства алкоголя, терпимым отношением к опьянению, культурными традициями в отношении потребления алкоголя, с интенсификацией современной жизни и связанных с этими явлениями переживания стресса и депрессии, которые выходят на первые позиции среди психических заболеваний современного человека. Немаловажное значение в возникновении алкоголизма имеют индивидуально-психологические особенности человека, а также социальные факторы формирования зависимости.

Данные, полученные в нашем исследовании, показали комплексный характер психологических проблем больных алкогольной зависимостью. Это использование неадаптивных копинг – стратегий, неадекватная самооценка и наличие акцентуаций характера, связанные с эмоциональной нестабильностью и импульсивностью.

Дальнейшие исследования, возможно, должны более глубоко изучить связь этих факторов, выделить наиболее вероятные первопричины формирования зависимой личности.

Список литературы

1. Большая советская энциклопедия. М.: «Советская энциклопедия», 2001. с.170
2. Братусь Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. С.106.
3. Васильева З.А., С.М. Любинская. Резервы здоровья. М.: Изд. «ПРИОР», 2004. С.106.
4. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: Изд. НПО МОДЭК, 2003. 240с.
5. Гуавин, Дональд Алкоголизм/ Пер. с англ. – М.: Олимп – Бизнес, 2002. – 224с.
6. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Клочкова Л.В. Исследование отношения к болезни у больных алкоголизмом./Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. Л.: 1990. - С. 70-73.
7. Двирский А.Е., Кучер Ю.А., Моторный С.М., Власов Г.В. Особенности функциональной ассиметрии головного мозга при различных типах лечения алкоголизма и алкогольном дели-рии.//Вопросы наркологии, 1990, №3 С. 45-46.
8. Дереча В.А., Луцик А.Д. Психологическая структура и формирующие зависимости нозогнозиса у больных алкоголизмом. //Вопросы наркологии. М.: 1991, №2 С. 47.
9. Джонсон, Вернон Как заставить наркомана или алкоголика лечиться/ Пер. с. Англ. – М., 2002. – 193с.
10. Дроздов Э.С, Зинченко Е.И. Алкоголизм: 100 вопросов и ответов. М.: Изд. Советская Россия, 1989, с.33.
11. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования, Спб.: Речь, 2010, 368с.
12. Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия/ Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. и др., - Спб.: Элби – Спб., 2002. -193с.

13. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, 1988. - 195с.

14. Зайцев С.Н. Созависимость – умение любить: пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. Н.Новгород. 2004. 90с.

15. Золотников, А. Г. Алкоголизм – социальная патология / А. Г. Золотников. – Минск: Беларусь, 1988. – 63 с.

16. Зорина Л.М. Созависимость и пути ее преодоления / Упр. Фед. службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по РТ. Изд. 2-е, доп. Казань, 2006. 74с.

17. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентин Ю.В., Игонин А.Л., Каплан И.Я. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями.//Вопросы наркологии, 1991, №3, С. 13-16.

18. Карелин А.Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2007.

19. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. -192с.

20. Короленко Ц.П. Личность и алкоголизм/ Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. – Новосибирск, Наука, 1998. – 165с.

21. Короленко Ц.П., Тимофеева А.С. Корни алкоголизма. Н. Новосибирское книжное издательство, 2006. С.77.

22. Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. Санкт-Петербург: Алетейя, 2001. - С. 22-130

23. Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Ню Иванца. – 3-е изд.. перераб. – М.: Мед. Практика, 2001. – 344с.

24. Лисицын Ю.П. Алкоголизм: (Медико – социальные аспекты) Руководство для врачей/ Лисицын Ю.П., Свиридов П.И. – М.: Медицина, 1990. – 527с.

25. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). М.: Изд. «Медицина», 1990. С.166.

26. Мартыненко А.В. Здоровье молодежи // Светское здравоохранение, 1990. – с.15-17.

27. Марченко Ю.Г., Матвеев П.В. и др. Стратегия отрезвления. Новос-к: Изд. «Новосибирское», 1990, с.103.

28. Минков Е.Г. О совокупности условий, необходимых и достаточных для формирования зависимости от психоактивных веществ. //Вопросы наркологии. 2000, №3. С 51-59.

29. Мирошниченко Л.Д. Энциклопедия алкоголизма. М.: Вече. 1998. -559 с.

30. Мозг и алкоголь. /Под ред. Воронина Л.Г. и др. М.: Наука. 1984 -224 с.

31. Моисеев В.С., Огурцов П.П., Троянова Т.Г. Проблема алкогольной болезни. //Алкоголь и здоровье населения России. 1900-2000. Российская ассоциация общ. здоровья. Под ред. А.К. Демина. 1998. С. 66-75.

32. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): руководство по наркогологии: в 2 т./под ред. Н.Н. Иванца. М., 2002. Т.1.С.182-188.

33. Нагорнова А.Ю. Технология социальной работы с семьями алкоголиков. Ульяновск: УлГПУ, 2012, 107с.

34. Объединенный Комитет Национального совета на Алкоголизме и Наркотической зависимости, журнал американской Медицинской Ассоциации 268 (8): 1012 - 4.

35. Пятницкая И.Н. Пить – значит не быть. М.: Изд. «Советская Россия», 2000. с138.

36. Рожков В.Е. Руководство по психотерапии. Ташкент: Изд. «Медицина», 1985. С.82.

37. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании алкоголизма. М.: Изд. Академия, 2003. 176с.

38. Соловьева В.М. Самооценка больных хроническим алкоголизмом в состоянии абстиненции и после ее купирования. /Проблемы клиники,терапии, патогенеза алкоголизма. Сборник статей./ М.: Наука. 1988. С. 154-157.

39. Сурнов К.Г. Изменение установок личности при алкоголизме. Автореф. дисс.-М.: 1982. 20 с.

40. Такала И.Р. Веселье Руси: История алкогольной проблемы в России. Спб.: Изд. София, 2002. 254с.

41. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.1994 г.

42. Худяков А.В. Распространенность аддиктивного поведения подростков и его социально-психологические основы. //Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией.-Москва-Орел: 1994. С. 101-103.

43. Хухрий А., Тараканов А. Некоторые уроки истории борьбы на трезвость. – Петропавловск – Камчатский, 1988.с.77.

44. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследования и применение. – Спб. – 2003.

45. Чадаева, И. В. Зависимость, которая разрушает нашу жизнь : [о психологических особенностях алкоголиков] / И. В. Чадаева // Справочник секретаря и офис-менеджера. – 2009. – № 4. – С. 63-70.

46. Яценко, Ю. Т. Двойная жизнь. Девиртуализация алкоголизма : пособие для алкогользависимых людей и членов их семей / Ю. Т. Яценко. – Москва : Ин-т общегуманитарных исследований, 2001. – 95 с.