

МОТИВАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ГАШИШНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

МОТИВАЦІЙНИЙ КОМПОНЕНТ У СТРУКТУРІ ОСОБИСТОСТІ ЧОЛОВІКІВ, ЩО ПОТЕРПАЮТЬ ВІД ГАШИШНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

М. О. ШУМЕЙЧЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Рассмотрены мотивы потребления гашиша и типы отношения наркозависимых к своему заболеванию. Сделан вывод, что выявленные закономерности должны быть учтены при коррекции гашишной зависимости.

Ключевые слова: гашишная зависимость, мотивы наркотизации, отношение к болезни.

Розглянуто мотиви споживання гашишу та типи ставлення наркозалежних до свого захворювання. Зроблено висновок, що виявлені закономірності треба враховувати під час корекції гашишної залежності.

Ключові слова: гашишна залежність, мотиви наркотизації, ставлення до хвороби.

В мотивах потребления психоактивных веществ отражаются все наиболее важные аспекты зависимости: социально-психологические факторы в широком социокультурном значении, влияние «микронаркотической» группы и связанных с ней норм группового потребления наркотика, отношение к нему, его потреблению, к опьянению, а именно символические функции наркотика; система ожидаемых психических эффектов; реакция личности на «проблемное потребление» наркотиков и способы ограничения потребления; социальная позиция человека, пытающегося примирить выходящую за рамки общепринятых норм манеру потребления психоактивных веществ и в целом поведение и изменение стиля жизни в соответствии с требованиями социума и жизненной ситуацией.

Содержанием мотивов потребления психоактивных веществ в фазе активного прогрессирования зависимости являются «опредмеченные» в наркотике и ритуалах его потребления нереализованные потребности человека, искаженно представленные планы и программы развития личности [1]. Злоупотребление психоактивными веществами может быть обусловлено значительным изменением иерархии ценностей человека, уходом в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенной деформацией личности [2].

Изучение психологических механизмов образования зависимости от психоактивных веществ, а именно патологической мотивации к нему, диктует необходимость в методах исследования

структуры мотивов потребления наркотика и их количественной оценки. Большинство методов, применяемых в наркологической практике, направлено на исследование отдельных особенностей личности и их изменений вследствие злоупотребления либо различных параметров поведения.

Многие исследователи придерживаются аналитического способа выявления мотивации потребления наркотических веществ, которая состоит в том, что в состоянии опьянения человек испытывает некий психологический эффект, этот эффект устойчив, так как возникает не случайно, а следуя определенной закономерности, и значит именно он и побуждает человека к повторному приему данного вещества. Иллюстрацией такого подхода могут служить известные исследования D. McClelland [3].

Разработанная В. Ю. Завьяловым [4] методика шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя служит не только инструментом научного анализа, но и рабочей психодиагностической методикой в наркологии по отношению к другим видам зависимостей. Набор шкал предусматривает фиксацию не одного какого-либо изолированно выбранного мотива, а целого их комплекса. При группировании мотивов потребления психоактивных веществ по субшкалам в систему мотивов и индивидуально-личностного отношения к наркотизации несколько искусственно вносится некий порядок. Поэтому в проведенных исследованиях не были выявлены «чистые» типы мотивации, а следовательно, принималось во внимание доминирование той или

Таблица 1

Мотивы потребления гашиша

Мотивы	Группы обследованных		Всего, n = 100
	первая, n = 55	вторая, n = 45	
Социально-психологические			
традиционные	9±4	—	5±2
субмиссивные	7±4	—	4±2
псевдокультурные	2±2	—	1±1
Личностные			
гедонистические	36±7	20±6	29±4
атарактические	27±6	18±6	23±4
гиперактивации	11±4	26±7	18±4
Патологические			
абстинентные	4±3	29±7	15±4
аддиктивные	—	7±4	3±2
самоповреждения	4±3	—	2±2

Примечание. Здесь и в табл. 2 данные в процентах.

иной мотивации. Данный метод не охватывает всех аспектов мотивации потребления психоактивных веществ, не вскрывает «глубинных мотивов» личности, а позволяет получить приближенное, модельное описание изучаемой патологии.

Центральное звено в процессе формирования зависимости — система мотивов опьянения, которая вначале образуется в результате внешнего мотивирующего воздействия, а затем начинает развиваться «изнутри личности» по собственным законам, превращаясь в жесткую программу поведения.

Целью нашей работы было изучение мотивов потребления гашиша и выявление типов отношения к своему заболеванию у мужчин, страдающих гашишной зависимостью.

Под наблюдением были 100 мужчин в возрасте от 17 до 37 лет с гашишной зависимостью, среди которых были выделены две группы: первую составили 55 человек в возрасте 17–25 лет с I стадией, вторую — 45 человек в возрасте 26–37 лет со II стадией зависимости. Длительность потребления гашиша составляла в первой группе от 1 года до 5 лет, во второй — от 6 до 10 лет и более.

Для выявления мотивации потребления наркотика мы использовали модифицированный нами для изучаемого контингента обследованных опросник МПА В. Ю. Завьялова [4].

Как видно из данных, представленных в табл. 1, социально-психологическая триада мотивов потребления гашиша была выявлена только у обследованных первой группы, чаще всего это были традиционные и субмиссивные мотивы, а псевдокультуральный мотив был выявлен лишь в единичных случаях.

В личностной триаде мотивов чаще всего в пер-

вой группе наблюдались гедонистические мотивы, а во второй группе — мотивы гиперактивации; на втором месте по частоте в первой группе были атарактические мотивы, во второй — гедонистические. Патологическая мотивация значительно чаще встречалась во второй группе обследованных, причем резко превалировал абстинентный ее тип, а аддиктивные мотивы употребления гашиша были выявлены лишь во второй группе, в отличие от первой, где одинаково часто были диагностированы мотивы абстинентные и самоповреждения.

Результаты исследования иллюстрируются также графиком на рис. 1.

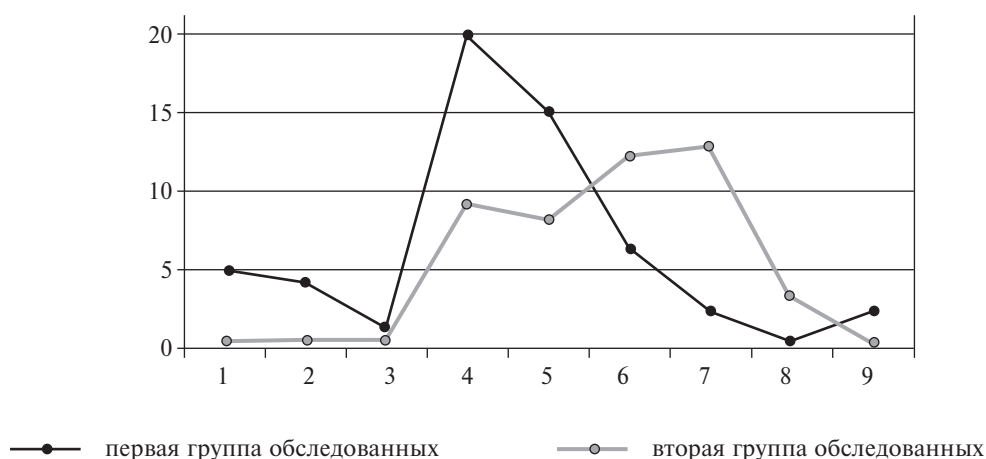


Рис. 1. Усредненный график мотивов наркотизации обследованных мужчин

По оси абсцисс: социально-психологические мотивы: 1 — традиционные, 2 — субмиссивные, 3 — псевдокультурные; личностные мотивы: 4 — гедонистические, 5 — атарактические, 6 — гиперактивации; патологические: 7 — абстинентные, 8 — аддиктивные, 9 — самоповреждения.

По оси ординат — количество выявленных у обследованных выборов.

В первой триаде шкал традиционные, социально обусловленные, культурно-распространенные мотивы характерны для наркоманических групп как своего рода ритуалы потребления психоактивных веществ. Субмиссивные мотивы отражают подчинение давлению других людей или референтной группы в плане потребления и навязывания потребления наркотических средств. Они свидетельствуют о неспособности человека отказаться от предлагаемого окружающими приема наркотических веществ. Неспособность противостоять давлению обусловлена характерологическими и личностными чертами человека, пытающегося избежать ситуаций осуждения и страхом оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной», и является базой для субмиссивной мотивации потребления веществ, вызывающих изменение психического состояния. Псевдокультурный тип мотивов отражает стремление человека приспособить свой личный опыт к «наркотическим ценностям» социальной микросреды, в которой он функционирует. Эта мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Такой человек рассматривает употребление гашиша сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных — знатоков, богемы. При данном типе мотивации важно не само употребление наркотика, а демонстрация этого процесса окружающим.

Вторая триада состоит из личностных, персонально значимых мотивов. Гедонистические мотивы отражают стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия наркотика, «психосоматический комфорт», а также опыт яркого переживания эйфории. В. Д. Менделевич [2] отмечает, что гедонистическая мотивация способствует повышению нормального настроения. Эта направленность проявляется в получении удовлетворения, испытании чувства радости от приема гашиша на фоне обычного ровного настроения как способ ухода в иллюзорный мир, доставляющий наслаждение. Поскольку гашиш обладает эйфоризирующим действием, его употребление способствует быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвеобилия, немаловажным становится поиск необычного действия веществ, превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное».

При употреблении гашиша наблюдаются изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся психопатологическими расстройствами. Возникают безудержная болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внешнего мира, он становится

значительно ярче и красочнее. У человека в подобном состоянии появляется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичны и вызывающие веселье симптомы нарушения схемы тела: ощущение удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, консистенции. Эти симптомы и обуславливают гедонистическую мотивацию употребления гашиша.

Атарактические мотивы связаны с желанием с помощью гашиша нейтрализовать негативные эмоциональные переживания — напряжение, тревогу, страх и т. п. Атарактическая мотивация, в отличие от гедонистической, способствует повышению сниженного эмоционального состояния до нормы, прием гашиша позволяет при этом смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт. В данном случае, гашиш, вызывая опьянение, используется для снятия негативных феноменов и симптомов душевного неблагополучия. Чаще всего этими симптомами являются страх, тревога, депрессия и их разновидности. Повышенная эмоциональная насыщенность, негативный фон настроения способствуют выбору в пользу наиболее легкого решения проблемы.

Мотивы гиперактивации отражают стремление к стимуляции растормаживания своего поведения, желание выйти из состояния скуки, психологической «пустоты», незанятости, душевного бездействия либо желание усилить эффективность своего поведения — «для храбрости». Данная мотивация близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на активирующем эффекте гашиша. Иногда эти эффекты действуют совместно, однако нередко разделяются самими наркозависимыми. При данной форме мотивации базисной становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью вещества, провоцирующего необычную, запредельную живость реакции и активность, и позволяющего избавиться, пусть на короткое время и даже ценой психических расстройств, от состояния скуки и равнодушия.

Третья триада мотивов проявляется на клиническом уровне в форме патологического влечения к гашишу. Абстинентные мотивы — это стремление с помощью наркотика снять связанный с его лишением абстинентный синдром, психофизиологический дискомфорт, улучшить самочувствие, используя гашиш как лекарство. Аддиктивные мотивы отражают «пристрастие» к наркотику, фиксацию в сознании влечения к нему, «жажду» опьянения. Наконец, самоповреждение — это стремление употреблять наркотик назло себе и другим в ка-

честве протеста против потери перспективы в будущем, утраты смысла трезвости. Данная триада, свидетельствующая о прочно сформировавшейся физической зависимости, является прерогативой врача-нарколога.

Таким образом, мотивы потребления гашиша в первой и второй группах обследованных имеют существенные различия, заключающиеся в том, что для I стадии гашишной зависимости характерны первая и вторая триада мотивов наркотизации, а для II стадии — вторая и третья триады, что свидетельствует о прочно сформировавшейся зависимости.

Для течения и эффективности коррекции любого заболевания, в том числе и гашишной зависимости, большое значение имеет отношение больного к своему заболеванию, к окружению и к самому себе. Ранее оно понималось как функция бессознательного, но с позиций психологии отношений следует признать, что это отношение в подавляющем большинстве случаев осознается больным, а то, что не осознано, в принципе может стать осознанным [5]. Отношение к болезни, ко всему, что с ней связано и на что она оказывает влияние, определяется тремя важнейшими факторами: природой самого заболевания; типом личности, в частности наличием и типом акцентуации характера; отношением к данному заболеванию в том значимом для личности окружении, в той микросоциальной среде, к которой она принадлежит. Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему в связи с заболеванием, к работе, родным и близким, к окружающим и т. п.

Для выявления отношения к заболеванию обследованных мы использовали личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), который основан на принципе «психологии отношений» [5]. Данная методика позволяет диагностировать сложившийся под влиянием заболевания паттерн отношения к самому заболеванию, к лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, сон, аппетит), что очень важно учитывать при разработке системы психологической коррекции гашишной зависимости.

Результаты данного исследования представлены в табл. 2.

Предусмотренных методикой ЛОБИ тревожного, ипохондрического, меланхолического, апатического, обсессивно-фобического, паранойяльного и гармоничного типов отношения к болезни в данной выборке обследуемых выявлено не было.

Как видно из приведенных данных, доминирующими типами реагирования на заболевание

Таблица 2

Тип отношения обследованных мужчин к своему заболеванию

Тип отношения к заболеванию	Группы обследованных		Всего, n = 100
	первая, n = 55	вторая, n = 45	
Неврастенический	9±4	9±4	9±3
Сенситивный	18±5	7±4	13±4
Эйфорический	36±7	22±6	30±5
Анозогнозический	33±6	52±8	41±5
Эргопатический	—	11±5	5±2
Эгоцентрический	4±3	—	2±2

у обследованных первой группы были эйфорический и анозогнозический типы, значительно реже встречались сенситивный и неврастенический, в единичных случаях — эгоцентрический и ни у кого из обследованных не было эргопатического типа отношения к болезни. Во второй группе резко превалировал (более чем у половины больных) анозогнозический тип, часто встречался эйфорический и не было эгоцентрического типа отношения к болезни.

Полученные результаты наглядно иллюстрируются рис. 2.

Для эйфорического типа отношения к болезни были характерны необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что «само все обойдется»

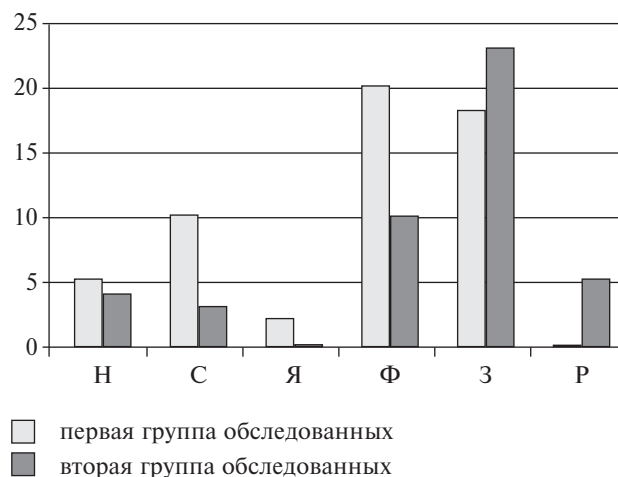


Рис. 2. Усредненные раскодированные результаты исследования типов отношения к болезни

По оси абсцисс — типы отношения к болезни: Н — неврастенический, С — сенситивный, Я — эгоцентрический, Ф — эйфорический, З — анозогнозический, Р — эргопатический.

По оси ординат — число больных.

и желание получать от жизни все, несмотря на болезнь.

Анозогнозический тип отношения к болезни, превалировавший у обследованных обеих групп, характеризовался тем, что больные активно отбрасывали мысль о болезни, о возможных ее последствиях, отрицали очевидные проявления болезни, приписывая их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям, отказывались от обследования и лечения.

Мужчины с сенситивным типом реагирования проявляли чрезмерную озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. Они опасались, что окружающие станут избегать их, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распространять сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе их заболевания, испытывали страх стать обузой для близких и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Обследованные с эгоцентрическим типом отношения к болезни выставляли напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью привлечь к себе их внимание. Они предъявляли требование исключительной заботы о них, любые разговоры окружающих быстро переводили на себя. В других людях, если также нуждались во внимании и заботе, эти пациенты видели «конкурентов» и относились к ним неприязненно. Характерным было также постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Для неврастенического типа отношения к болезни типичным было поведение по типу раздражительной слабости — вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования, непереносимость боли, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. Раздражение нередко изливалось на первого попавшегося и завершалось нередко раскаянием и слезами.

При эргопатическом типе отношения к болезни больные, даже испытывая страдания, старались во что бы то ни стало продолжать работу, трудились с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, отдавая работе все время. Эти больные старались лечиться и проходить обследование так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что отношение к болезни было неадекватным в обеих группах обследованных. Поскольку наркоман — это не только больной человек, но и изначально плохо адаптированная в жизни личность, особое значение в лечении наркомании приобретают методы психологической коррекции, призванные научить больного более продуктивным способам общения, поведения в конкретных ситуациях, помочь ему найти другой, ненаркоманический способ разрешения внутриличностных и межличностных проблем, вооружить психологическими приемами, способствующими более эффективному приспособлению к меняющимся условиям жизни. И пока этот новый, более эффективный способ адаптации не будет найден и усвоен пациентом, по-прежнему будет существовать угроза срыва, несмотря на проведенное медикаментозное лечение.

Л и т е р а т у р а

1. *Братусь Б. С.* Психологический анализ измененной личности при алкоголизме.— М.: Медицина, 1974.— 96 с.
2. *Менделевич В. Д.* Психология девиантного поведения: Уч. пособие — М.: МЕДпресс, 2001.— 432 с.
3. *The drinking man / D. S. McClelland, W. N. Davis, S. Kalin et al.*— N.Y., 1972.— 1020 p.
4. *Завьялов В. Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости.— Новосибирск: Наука, 1988.— 198 с.
5. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.— 312 с.

Поступила 01.11.2005