

Н. И. Зенцова

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФАКТОРОВ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ГЕРОИНА

Исследование направлено на определение специфики качественных и количественных, структурных и функциональных характеристик психологической адаптации лиц, зависимых от героина. В результате исследования обнаружено, что для больных опийной (героиновой) наркоманией характерно непонимание связи между выбираемым поведением и его возможными последствиями. Это приводит к дезадаптации психосоциального характера, созданию конфликтных ситуаций. Причина — дефицитарность социального интеллекта. У больных наркоманией также снижена эмпатия, с которой тесно связана коммуникативная компетентность, представляющая собой сумму знаний и навыков о партнерах по общению и о коммуникативном процессе в целом.

Ключевые слова: психосоциальная адаптация, когнитивные факторы, зависимость от героина, психоактивные вещества.

Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) относится к разряду серьезных социально-психологических проблем. Согласно данным, опубликованным в докладе Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН) при ООН за 2005 г., масштабы и темпы распространения наркомании и алкоголизма настолько велики, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части. По данным на 2004 г. за последние 10 лет в России субпопуляция больных росла в 3 раза быстрее субпопуляции здоровых (Родионова, Вяльцева, 2004). Наряду с высоким темпом распространения наркомании отмечается низкая эффективность противодействующих усилий, в частности медико-реабилитационных (Валентик, Сирота, 2002). В рамках адаптационной модели психологии здоровья исследуются факторы и механизмы развития личности, способствующие или препятствующие ее гармоничному существованию во всех сферах взаимодействия со средой. Успешное решение задач адаптации является дополнительным резервом укрепления и сохранения психологического здоровья личности (Налчаджян, 1988). С точки зрения данной парадигмы феномен зависимости от

наркотиков может рассматриваться как проявление социально-психологической дезадаптации.

В данном исследовании, направленном на определение специфики качественных и количественных, структурных и функциональных характеристик психологической адаптации группы нормы (контрольной группы) и группы больных наркоманией, ставились следующие задачи: 1) изучение когнитивных факторов, участвующих в психосоциальной адаптации лиц, зависимых от героина; 2) выявление специфики механизмов психологической адаптации каждой из обозначенных групп, сходства и различий данных групп по параметрам адаптации.

Человек представляет собой многоуровневый биопсихосоциальный феномен (Выготский, 1982; Зейгарник, 1986; Зинченко, 1997; Леонтьев, 1975; Лурия, 1974; Рубинштейн, 1973; Теплов, 1985), поэтому в качестве факторов психологической адаптации нами были выбраны различные по своей принадлежности к уровням личности составляющие: исследовались уровень и структура социального интеллекта (Зенцова, 2007), способности к эмпатии, коммуникативные умения, личностные черты и уровень макиавеллианского интеллекта.

Характеристика испытуемых. Было обследовано 70 больных с диагнозом «опийная наркомания» (все мужчины, средний возраст — 24.15 года, средний стаж наркотической зависимости — 2.9 года), проходивших лечение в клинике ННЦ наркологии Росздрава в 2005—2006 гг. Верифицированный диагноз (МКБ-10: F11.3) ставился врачом-наркологом. По результатам обследования, проведенного психиатром-наркологом, из исследования были исключены лица с сопутствующей тяжелой психической патологией, подпадающей под следующие диагностические рубрики МКБ-10: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00—F09); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20—F29); умственная отсталость (F70—F79), так как выраженное интеллектуально-мнестическое снижение вследствие органического поражения ЦНС делает невозможным анализ внутренних переживаний и представлений пациента с привлечением его интеллектуальных усилий.

На момент проведения исследования больные находились на стадии терапевтической ремиссии, непосредственно предшествующей выписке из стационара. У всех отмечались синдром психической и физической зависимости от ПАВ и полностью сформированный абстинентный синдром, что подтверждено клиническими обследованиями психиатров-наркологов. 75% больных работали, 36% имели семью; у 30% анамnestически выявлена наследственная отягощенность.

В контрольную группу вошли 100 мужчин (средний возраст — 24 года), не страдавших ни наркоманией, ни токсикоманией, ни алкоголизмом, — студенты вузов и сотрудники ряда предприятий разного профиля г. Москвы.

Методики

Для достижения целей исследования использовались психодиагностические методики, измеряющие различные параметры психосоциальной адаптации или коррелирующих с ними психологических свойств: 1) Тест Дж. Гилфорда и М. Салливена (Михайлова (Алешина), 1996); 2) Опросник на макиавеллизм (Знаков, 2000); 3) Тест оценки коммуникативных умений (ТОКУ) (Тест., 2001); 4) методика «Шкала эмоционального отклика» (Лабунская, Менеджерицкая, Бреус, 2001).

Статистический анализ результатов осуществлялся с помощью программ Statistica for Windows (version 6.0, StatSoft Inc., 2005).

Результаты

I. В целях изучения такого фактора психосоциальной адаптации, как социальный интеллект, под которым, согласно Дж. Гилфорду (Guilford, 1967), имеется в виду способность понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека по невербальной и вербальной экспрессии, была использована методика исследования социального интеллекта, разработанная Дж. Гилфордом и М. Салливаном (O'Sullivan, Guilford, 1977) в адаптации Е.С. Михайловой (Алешиной) (1996).

Субтест № 1 — «Истории с завершением» — измеряет фактор познания результатов поведения, т.е. способность предвидеть последствия поведения персонажей в определенной ситуации, предсказать то, что произойдет в дальнейшем. По данному субтесту в группе больных наркоманией (БН-группе) были получены низкие значения — 2.1 балла, тогда как в группе нормы — 3.2. Различия между группами статистически значимы (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$). Таким образом, можно сказать, что больные наркоманией плохо понимают связь между поведением и его последствиями. Часто могут совершать ошибки (в том числе и противоправные действия), попадать в конфликтные, а возможно, и в опасные ситуации, потому что неверно представляют себе результаты собственных действий или поступков других. Они плохо ориентируются в общепринятых нормах и правилах поведения.

По субтесту № 2 — «Группы экспрессии» — различий между группами испытуемых не обнаружено.

Субтест № 3 — «Вербальная экспрессия» — измеряет фактор познания преобразований поведения, т.е. способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации. По данному субтесту в БН-группе также были получены более низкие, чем в группе нормы, средние показатели — 2.0 и 3.3 балла соответственно. Различия между группами статистически значимы (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$). Таким образом, мож-

но сказать, что больные наркоманией плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Они часто говорят невпопад и ошибаются в интерпретации слов собеседника.

Субтест № 4 — «Истории с дополнением» — измеряет фактор познания систем поведения, а именно способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях. Средние оценки по группам: БН-группа — 2.9 балла, группа нормы — 3.1. Различия между группами статистически значимы (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$). Таким образом, можно сказать, что больные наркоманией испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия и, как следствие, плохо адаптируются к разного рода взаимоотношениям между людьми (семейным, деловым, дружеским и др.).

Субтест № 4 является наиболее комплексным и информативным по общему факторному весу в структуре социального интеллекта. Успешность его выполнения положительно коррелирует с точностью, полнотой, дифференцированностью и гибкостью описания незнакомого человека по фотографии, с дифференцированностью Я-концепции, глубиной рефлексии, с принятием себя, чувством собственного достоинства, с интересом к социальным проблемам, общественной активностью, с экзаменационной успешностью. На основании полученных результатов можно сказать, что у больных наркоманией эти способности развиты не в полной мере.

Общий уровень развития социального интеллекта определяется на основе композитной оценки. По общему показателю социального интеллекта в БН-группе также были получены более низкие, чем в группе нормы, значения. Средний балл в БН-группе — 2.5 балла, что, согласно методике, характеризует социальный интеллект как среднеслабый. В группе нормы — 4.15 балла. Различия между группами статистически значимы (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$). Следовательно, больные наркоманией распознают связи между поведением и его последствиями хуже, чем здоровые люди, плохо понимают характер, смысл, оттенки и контекст социальных отношений, испытывают трудности при анализе межличностных ситуаций. Они могут испытывать трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняет взаимоотношения и снижает возможности социальной адаптации.

II. В целях исследования такого фактора психосоциальной адаптации, как эмоциональный интеллект, была применена методика «Шкала эмоционального отклика», созданная А. Меграбианом и Н. Эпштейном (Mehrabian, Epstein, 1972). С помощью данной методики фиксировался уровень выраженности способности больных наркоманией эмоционально отзываться на соответствующие эмпатогенные ситуации, представ-

ленные как перечисление ряда открытых переменных, актуализируемых вербальным описанием.

С помощью этой методики в группе нормы был выявлен значительно более высокий уровень развития эмпатии, чем в БН-группе. Средний коэффициент эмпатийности в группе нормы — 54.65 балла, что является средним уровнем развития эмпатии с тенденцией к высокому. В БН-группе — 23.54 балла, что говорит о среднем уровне развития с тенденцией к низкому уровню эмпатийности. Различия между группами статистически значимы (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$).

Исходя из полученных результатов, видно, что у лиц, зависимых от героина, снижен уровень развития эмпатии. Лиц с такими низкими показателями можно охарактеризовать как субъектов затрудненного общения (Лабунская, Менеджерицкая, Бреус, 2001). Эмпатия субъектов затрудненного общения проявляется в том, что они дают эмоциональный отклик на состояния партнера, испытывая при этом противоположные по модальности переживания. Для них характерно интерпретировать со значительными искажениями нейтрально и негативно окрашенные эмоциональные состояния партнера, в особенности женского пола (этот факт подтверждают и данные клинической беседы с больными наркоманией, свидетельствующие о том, что среди них много одиноких или разведенных).

Исследования показали, что люди с пониженной эмпатией, как правило, раздражают окружающих, и успех (по их представлению) не желает им улыбаться. Чаще всего они не могут представить себе, почему. Причина в том, что им очень не хватает эмоциональных способностей. Реувен Бар-Он назвал эти способности «системой компетенций и умений, которые влияют на возможность успешно справляться с требованиями и давлением окружающей среды» (цит по: Андреева, 2006, с. 80). Другими словами, людям, зависимым от ПАВ, не хватает системы умений, которая дает им возможность прокладывать свою дорогу в сложном мире, — личных, социальных и «выживательных» аспектов общих способностей, неуловимого здравого смысла и чувствительности, которые так существенны для эффективного ежедневного функционирования. На быденном языке можно сказать, что у больных наркоманией недостаточно хорошо развиты эмоциональные способности, т.е. то, что относится к способности воспринимать и систематизировать политическую и общественную обстановку; интуитивно улавливать, чего хотят и в чем нуждаются другие, их силу и слабость; оставаться невозмутимым в стрессогенной обстановке; быть общительным, т.е. таким человеком, с которым другие хотели бы сблизиться.

III. Методика «Опросник на макиавеллизм», шкала Mach-IV (Geis, 1978), адаптированная В.В. Знаковым (2000), была применена в целях диагностики такого фактора психосоциальной адаптации, как макиавеллизм. Западные психологи называют «макиавеллизмом» склонность

человека манипулировать другими людьми в межличностных отношениях, используя такие тонкие, не агрессивные способы, как лесть, обман или подкуп. Несколько иначе макиавеллизм описывается в работе П. Экмана (1999, с. 273): «Макиавеллизм — это стратегия социального поведения, включающая манипуляцию другими в личных целях, зачастую противоречащая их (т.е. других людей) собственным интересам». Макиавеллизм следует рассматривать как количественную характеристику. По мнению одного из создателей шкалы Mach-IV, Р. Кристи, это понятие представляет собой синдром, основанный на сочетании взаимосвязанных когнитивных, мотивационных и поведенческих характеристик.

По опроснику на макиавеллизм, шкале Mach-IV нами были получены следующие результаты: в БН-группе доля макиавеллистов составляет 71.43%, в группе нормы — 30%. Различия между группами статистически значимы (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$). Вывод: одной из ведущих стратегией больных героиновой наркоманией в различных социальных ситуациях является обман. Высокий показатель макиавеллизма как личностная характеристика в целом отражает также неверие больных наркоманией в то, что большинству людей можно доверять, что они альтруистичны, независимы, обладают сильной волей.

Кроме того, полученные результаты свидетельствуют о том, что больные наркоманией при вступлении в контакт с другими людьми склонны держаться эмоционально обособленно, ориентироваться на проблему, а не на собеседника, испытывать недоверие к окружающим.

IV. Результаты по «Тесту оценки коммуникативных умений» (Тест., 2001) показали, что сравнение значений степени проблем в речевой коммуникации («какой Вы собеседник») не выявило статистически значимых различий между обследованными группами, однако по показателям умения слушать («какой Вы слушатель») различия между группами оказались статистически значимыми (критерий Манна—Уитни, $p < 0.05$). При этом испытуемые группы нормы оценивали себя как слушателей хуже, чем больные (среднее в группе нормы — 60.76, в БН-группе — 64.57). Таким образом, можно предположить, что у больных наркоманией при самооценке собственных коммуникативных умений отсутствует критика, обнаруживаются иллюзорные, завышенные представления о своих коммуникативных способностях.

Заключение

В результате исследования обнаружено, что для больных опийной (героиновой) наркоманией характерно непонимание связи между выбираемой моделью поведения и его возможными последствиями. Это приводит к совершению ошибок (вплоть до противоправных действий) психосоциального характера, созданию конфликтных взаимоотношений с окружающими. Причиной является дефицитарность социального интел-

лекта, рассматриваемая как неспособность понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека и проявляющаяся у больных наркоманией как неверное представление о результатах своих действий или поступков других людей.

У больных наркоманией снижен и такой фактор психосоциальной адаптации, как эмпатия, с которым тесно связана коммуникативная компетентность, представляющая собой сумму знаний и навыков о партнерах по общению и о коммуникативном процессе в целом.

Кроме того, больные наркоманией распознают связи между поведением и его последствиями хуже, чем здоровые люди, плохо понимают характер, смысл, оттенки и контекст социальных отношений, что приводит к трудностям при анализе межличностных ситуаций. Вследствие этого ведущей стратегией больных наркоманией в различных ситуациях взаимодействия с окружающими людьми является обман. С помощью манипулирования и обмана лица, зависимые от ПАВ, пытаются преодолеть или заместить многочисленные ситуации неуспеха (как проявления дезадаптации).

Преодоление ситуации хронического неуспеха и формирование успешной психосоциальной адаптации в процессе психологической реабилитации больных наркоманией требует работы по переосмыслению собственных жизненных установок и ценностей зависимых лиц, анализа условий окружающей действительности, межличностных отношений.

Результаты данного исследования используются при разработке психотерапевтических и психопрофилактических программ ФГУ Национального научного центра наркологии Росздрава, Московского государственного медико-стоматологического университета, МГУ им. М.В. Ломоносова. Они внедрены в работу наркологических клиник № 14 и 17 г. Москвы. Кроме того, полученные нами данные могут быть полезны для лечебных, профилактических и реабилитационных организаций, занимающихся терапией, профилактикой или реабилитацией зависимостей от психоактивных веществ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект: исследования феномена // *Вопр. психол.* 2006. № 3.

Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М., 2002.

Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 2. М., 1982.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.

Зенцова Н.И. Структурно-динамические особенности интеллекта лиц, зависимых от алкоголя // *Материалы 8-го Международного конгресса «Здоровье и образование в 21 веке; концепции болезней цивилизации»* (Москва, РУДН, 14—17 ноября 2007 г.).

Зинченко В.П. Посох Осипа Манделыштама и Трубка Мамардашвили. К началам органической психологии. М., 1997.

Знаков В.В. Послесловие. Западные и русские традиции в понимании лжи: мышления российского психолога над исследованиями Пола Экмана // Экман П. Психология лжи. СПб., 1999.

Знаков В.В. Макиавеллизм: психологическое свойство личности и методика его исследования // Психол. журн. 2000. Т. 21. № 5.

Лабунская В.А., Менеджерская Ю.А., Бреус Е.Д. Психология затрудненного общения. Теория. Методы. Диагностика. Коррекция. М., 2001.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.

Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. М., 1974.

Михайлова (Алешина) Е.С. Методика исследования социального интеллекта: Руководство по использованию. СПб., 1996.

Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван, 1988.

Родионова М.С., Вяльцева И.М. Особенности «Я-концепции» у наркозависимых // Психол. наука и образование. 2004 . № 1.

Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., 1973.

Теплов Б.М. Избранные труды: В 2 т. М., 1985.

Тест оценки коммуникативных умений // Психологические тесты: В 2 т. / Под ред. А.А. Карелина. Т. 2. М., 2001.

Экман П. Психология лжи. СПб., 1999.

Geis F.L. Machiavellianism // Dimensions of personality. N.Y., 1978.

Guilford J.P. The nature of human intelligence. N.Y., 1967.

Mehrabian A., Epstein N. A measure of emotional empathy // J. of Personality. 1972. Vol. 40.

O'Sullivan M., Guilford J.P. Les tests d'intelligence sociale // Editions du Centre de psychologie appliquee. Paris, 1977.

Поступила в редакцию
30.11.07