

ПСИХОДИАГНОСТИКА

ПСИХОДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, СФОРМИРОВАВШИМСЯ НА ПСИХОГЕННОЙ ОСНОВЕ

© 2001 г. А. А. Ковалев*, А. Н. Шурыгин**

*Доктор мед. наук, ведущий науч. сотр. НИИ наркологии МЗ РФ, Москва

**Психолог Агентства социальной и юридической помощи населению, Москва

Изложены основные принципы идентификации больных алкоголизмом, сформировавшимся на психогенной почве. Предложен комплекс методик психологического тестирования для своевременного выявления и профилактики алкоголизма, развившегося на фоне психогенных заболеваний. Данные психодиагностики показывают перспективность предложенного подхода для работников практического здравоохранения.

Ключевые слова: алкоголизм, психогенные заболевания, эмоциональность, психотравмирующие ситуации, дифференциальная диагностика, психологическое тестирование.

Среди заболеваний пограничного круга особое внимание как отечественных, так и зарубежных исследователей уделено изучению неврозов, невротического развития личности и реактивных состояний, что в значительной мере обусловлено их большой распространенностью [1]. За последние 40 лет в России уровень распространенности пограничных нервно-психических расстройств вырос в 2.7 раза (по сравнению с другими нервно-психическими заболеваниями), из них неврозов — в 2.6 раза. Следует отметить, что за данный временной интервал количество больных, страдающих алкоголизмом, увеличилось также в 2.6 раза, т.е. скорость роста алкоголизма и неврозов фактически одинакова [6]. Данное явление во многом обусловлено наличием кризисных процессов во многих сферах нашей жизни [4, 5, 8].

Люди, страдающие заболеваниями пограничного круга, с целью снять эмоциональное напряжение, облегчить тягостное соматическое состояние, повысить настроение, купировать навязчивые страхи, тревогу, нарушения сна, искусственную дезактуализацию психотравмирующих ситуаций, прибегают к употреблению алкоголя [3]. Широкий спектр положительной фармакологической активности этанола, включающий в себя анксиолитические, антидепрессивные, психостимулирующие и другие эмоционально-позитивные компоненты в сочетании с относительно легкой доступностью этанола, делают его одним из наиболее популярных психоактивных средств. Вышеупомянутые фармакологические свойства этанола в результате длительного злоупотребления им способны привести к развитию алкогольной зависимости [2].

Существенную помощь в правильной диагностике алкоголизма, формирующегося на фоне психогенных заболеваний, по нашему мнению, оказывают методы психологического тестирования. Велико значение психологического обследования для объективизации и четкого выявления эмоционально значимых психотравмирующих ситуаций, лежащих в основе психогенных заболеваний. При этом целесообразно использовать “комплекс” взаимодополняющих методов психологического тестирования, позволяющих не только выявлять наличие психогенной почвы, но и адекватно реагировать как на положительную, так и на отрицательную динамику психического состояния у конкретного больного в зависимости от степени разрешенности психотравмирующей ситуации (разрешена полностью или частично, не разрешена, усложнена и т.д.), или от изменения отношения к ней. Большое значение, по нашему убеждению, следует придавать изучению типологии психотравмирующих ситуаций: наиболее характерных и специфических, с учетом ряда неблагоприятных социальных и экономических факторов на данном историческом этапе развития нашего общества [7, 9].

Цели настоящего исследования: 1) изучить психологические характеристики больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний, 2) исходя из полученных данных, разработать методические подходы, направленные на своевременную идентификацию изученного контингента обследованных в общей популяции больных алкоголизмом, а также на раннее выявление эмоционально значимых психотравмирующих ситуаций, лежащих в основе заболеваний психогенной этиологии, представители кото-

рых составляют группу риска из-за развития у них в последующем алкоголизма.

В связи с этим задачами настоящего исследования были:

1. Разработка комплекса взаимодополняющих методик психологического тестирования, позволяющих своевременно выявлять эмоционально значимые для больных психотравмирующие ситуации, лежащие в основе развития тех или иных психогенных заболеваний.
2. Описание характерологических особенностей больных алкоголизмом, развившимся на психогенной почве.
3. Разработка дифференциально-диагностических критериев, направленных на своевременную идентификацию больных алкоголизмом, который сформировался на фоне психогенных заболеваний в общей популяции.
4. Определение набора доступных методов психологической диагностики для работников практического здравоохранения, направленных на профилактику психогенных заболеваний и алкоголизма.

МЕТОДИКА

Испытуемыми были лица обоего пола с диагнозом хронический алкоголизм, находящиеся на лечении в стационаре НИИ наркологии МЗ РФ.

Нами были обследованы две группы больных. В первую (контрольную) вошли 53 пациента из общей популяции больных алкоголизмом (не осложненным другими психопатологическими состояниями) – первичный алкоголизм (ПА), а вторую (основную) составили больные алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний (61 человек) – вторичный алкоголизм (ВА). Среди обследованных из группы ПА 28 мужчин и 25 женщин, возраст которых составил от 24 до 36 лет. В группе ВА мужчин – 29, женщин – 32. Возраст больных в данной группе варьировал от 26 до 39 лет.

Также общим для представителей обеих групп обследованных являлось то, что они не отличались по тяжести клинических проявлений алкоголизма.

Исследование всех пациентов проводилось спустя 10–15 дней после их поступления в стационар, когда были купированы основные клинические проявления алкогольного абстинентного синдрома.

Обследование каждого из больных было индивидуальным и состояло из семи этапов: установление эмоционального контакта с испытуемым; проведение модифицированного теста “Самооценка Дембо-Рубинштейн”; проведение теста “Незаконченные предложения”; тестирование по опроснику Айзенка; использование методики “Мини-Мульт” (модификация MMPI) и опросника Кеттелла 16 PF; заключительная встреча (беседа) с испытуемым, выход из ситуации тестирования.

Следует подчеркнуть, что подобная организация методики и выбор диагностических инструментов диктовались, прежде всего, запросами практики – необходимостью создания стандартизированного набора психологических методов, применимых в условиях практического здравоохранения (в наркологических и психиатрических учреждениях), в особенности при решении вопроса о диагностике алкоголизма, сформировавшегося на психогенной почве.

Вышеуказанные тесты соответствуют поставленной задаче классификации – выделение личностных особенностей, присущих двум подгруппам испытуемых; обладают высокой валидностью и надежностью, содержание их пунктов отражает распространенные симптомы; адекватны к условиям отечественной культуры, применимы как к мужчинам, так и к женщинам с разным уровнем образования; хорошо структурированы и экономичны по времени проведения; результаты легко формализуемы и могут быть представлены в виде наглядных графиков и профилей; проведение тестирования и обработка результатов стандартизированы и доступны среднему медицинскому персоналу; опросники снабжены специальными шкалами лжи, что позволяет повышать достоверность выявляемых параметров.

Другие две методики, включенные в исследовательский блок, – “Самооценка” и “Незаконченные предложения” – позволяют выявить содержательные характеристики личности, наличие интрапсихических конфликтов, нарушения межличностных отношений. Возможность использования этих методик в психодиагностических целях достаточно обоснована в работах отечественных патопсихологов [10]. Данные методики позволили своевременно выявлять эмоционально значимые психотравмирующие ситуации, которые лежали в основе развития тех или иных психопатологических состояний, и выделить из общего числа больных алкоголизмом тех, у кого произошло формирование алкогольной зависимости на фоне того или иного психогенного заболевания.

Математико-статистическая обработка результатов экспериментально-психологического тестирования осуществлялась с использованием методов многомерного анализа: корреляционного, факторного и кластерного. Использовались критерии качественно-количественной корреляции (С), коэффициента Чупрова (K_{ij}), множественной корреляции (η_{ij}).

Достоверность различий между используемыми показателями определялась по критерию Стьюдента (t) (при достоверной вероятности $p \leq .05$).

Обработка массива данных осуществлялась при помощи компьютерных программ SPSS и STAT-5. Факторный анализ проводился по методу главных компонент.

Для получения валидной психодиагностической информации непосредственно перед тестированием устанавливался доверительный эмоциональный контакт с обследуемым с учетом клинических особенностей алкоголизма, давности пребывания больного в отделении и психологического состояния испытуемого.

Другими словами, необходимым условием уменьшения нежелательных артефактов являлось создание у обследуемых ситуативной готовности к выполнению тестовых заданий.

Подобная мотивация больных вполне могла быть создана выбором особой тактики предварительной беседы, когда им сообщалось о необходимости пройти психодиагностическое обследование.

Для ПА-больных наиболее адекватной инструкцией оказалась лаконичная информация о направлении их на тестирование, которое необходимо было пройти в соответствии с планом лечебных мероприятий. Подробные объяснения и ответы на вопросы этих больных, как правило, усиливали их негативное отношение к эксперименту и снижали его дальнейшую продуктивность.

Напротив, пациенты из группы ВА охотнее вступали в контакт. Усиление их мотивации на работу с тестами способствовало мнению о том, что это поможет более ясному пониманию их переживаний и позволит в дальнейшем повысить эффективность лечебного процесса.

В беседе, предшествующей работе с тестами, часто требовалось купировать повышенную тревожность у пациентов, нацеливать их на самостоятельную работу.

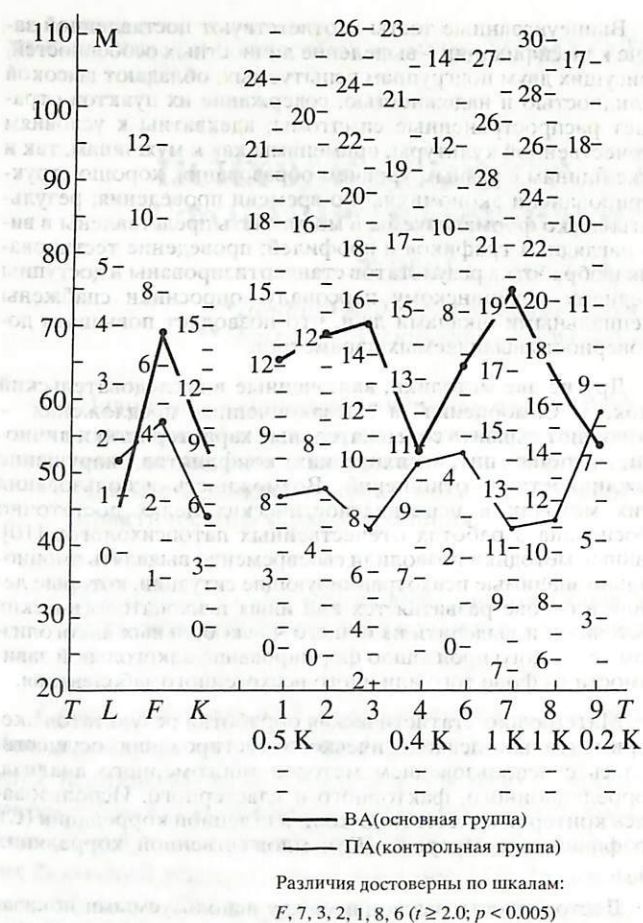


Рис. 1. Усредненные профили по методике "Мини-Мульти" в группах ВА и ПА-больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Уже на первых этапах контакта предварительные диагностические оценки позволяли выделить различные варианты отношений к экспериментальным заданиям у обследуемых лиц.

Из особенностей дальнейшего протекания контакта во время тестирования можно отметить более внимательное отношение к поставленной задаче у ВА-больных. Они стремились дословно понять инструкции к тестам, не отвлекались от их выполнения и были активно включены в работу. ПА-больные часто брались за выполнение экспериментальных заданий, не дослушав инструкцию до конца, нередко прерывались на "перекур", задавали вопросы, не относящиеся к тексту методик.

Выход из контактов у ПА-больных всегда был поспешным. Они могли вообще прервать тестирование на том основании, что устали и "вообще пора идти обедать". ВА-больные, напротив, стремились тщательно завершить тестирование и всегда находили время, чтобы договориться с экспериментатором о возможной встрече

че в будущем для обсуждения полученных результатов для получения дополнительных рекомендаций, способствующих процессу "выздоровления".

Методика "Мини-Мульти". На рис. 1 представлены усредненные профили по данной методике в группах ВА и ПА-больных.

Прежде всего следует отметить более высокую конфигурацию (свыше 50 Т-баллов) усредненного профиля в основной группе больных (ВА) по сравнению с контрольной (ПА), что свидетельствует о выраженной психической дезадаптации ВА-больных.

По оценке шкал достоверности (L, F, K) можно сделать вывод о субъективно более тяжелом состоянии больных с ВА, их стремлении раскрыть имеющиеся болезненные переживания.

По-разному в результатах тестирования проявляются факторы анозогнозии, типичного симптома алкоголизма. Если в ответах ПА-больных отмечена тенденция представить себя в более благоприятном свете в соответствии с принятыми социальными нормами, то испытуемые с ВА используют более тонкую стратегию (повышение по шкале коррекции). На клиническом уровне анализа, на наш взгляд, здесь проявляются различия в двух способах психологической защиты. У обследованных с ПА – это стойкое отрицание реальности болезни; при ВА речь идет о другом варианте: некотором приуменьшении выраженности заболевания, что свидетельствует о более отчетливой внутренней переработке картины заболевания у больных.

При анализе основных шкал методики Мини-Мульти статистически значимые различия были выявлены по следующим параметрам: F, 7, 3, 2, 1, 8, 6. Подобное сочетание признаков свидетельствует о преобладании у ВА-больных высоких показателей по шкалам так называемой "невротической триады" (1, 2, 3), что в сочетании с общим высоким подъемом всего профиля является признаком значительной конфликтности в аффективной сфере. Можно отметить выраженную степень фиксированности внимания на ощущениях со стороны жизненно важных органов (1-я шкала – 12.05 ± 0.558). Соматические жалобы постоянно "звучат" в высказываниях ВА-больных и могут быть связаны с их желанием вызвать сочувствие и сострадание у окружающих. Они плохо переносят смену обстановки и легко теряют самоконтроль в социальных конфликтах. Высокие показатели по 2-й шкале (12.19 ± 2.22) свидетельствуют о преобладании депрессивного фона настроения, пессимизма, неудовлетворенности. Пик на 3-й шкале (15.095 ± 3.47) говорит о высокой эмоциональной лабильности ВА-больных. Для такого психологического типа обычным средством избе-

гания ответственности за свое поведение является использование симптомов соматического заболевания. Важной интрапсихической характеристикой в этой подгруппе можно считать выраженное расхождение между субъективной оценкой своих личностных качеств и степенью объективной их реализации в поведении.

В свою очередь, подобное реагирование может приводить к переживаниям острой несправедливости объективно складывающейся ситуации и формированию в отдельных случаях стойких аффективных комплексов (подъем по 6-й шкале – 7.8 ± 1.25). Пик на 7-й шкале (19.62 ± 1.96) обычно интерпретируется как фиксация тревоги, наличие аффектов страха, неуверенности в своих силах, что влечет за собой потерю спонтанности в межличностных отношениях, ограничение в контактах с другими людьми, склонность к уединению, стремление избегать трудностей, сочетающиеся с пониженным фоном настроения (снижение на 9-й шкале – 7.62 ± 1.77).

Наличие множества внутриличностных конфликтов, трудности в социальных контактах могут в отдельных случаях приводить к стойкому нарушению когнитивных процессов по типу искажения процессов обобщения (повышение на 8-й шкале – 17.28 ± 1.95).

Факторный анализ параметров методики "Мини-Мульт" в группе ВА-больных по сравнению с группой ПА.

С наибольшими нагрузками в первый фактор группы ВА-больных вошли шкалы: 1 (0.858); 2 (0.759); 3 (0.731); 6 (0.713); F (0.679). Первый фактор в группе ПА-больных: с отрицательным знаком образовали шкалы K (–0.819), 7 (–0.757), 9 (–0.557), а с положительным – шкала 6 (0.756). Таким образом, наблюдается явное различие в содержании первых факторов в выделенных группах больных, за исключением 6-й шкалы (стойкость аффекта), что связано со спецификой алкогольного заболевания, способствующего формированию стойких эмоциональных комплексов в обеих группах больных. Содержание первого фактора в группе ВА явным образом коррелирует с повышением по шкалам невротической триады, отмеченным нами ранее при анализе усредненных профилей методики Мини-Мульт.

Содержание второго фактора в группе ВА определяется прежде всего 9-й шкалой с отрицательным знаком (–0.773), 2-й (0.29) и 3-й (0.26) шкалами, что можно интерпретировать как депрессивные тенденции в сочетании с незначительным вытеснением тревоги.

Третий фактор в группе ВА образован прежде всего 4-й шкалой (0.968), частично шкалами F (0.307) и L (0.236), что связано, на наш взгляд, с непосредственным влиянием алкоголизма, при-

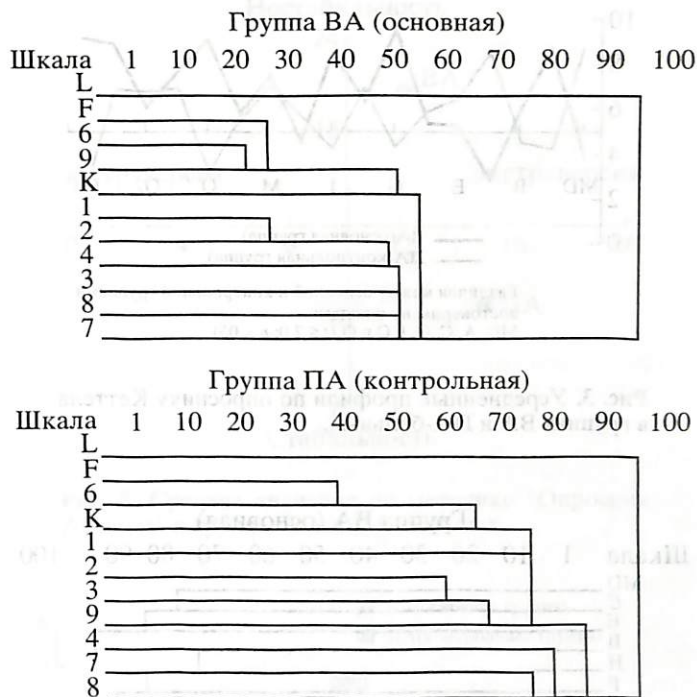


Рис. 2. Дерево иерархической классификации, построенное на основании кластерного анализа.

водящего к усилению импульсивного поведения, проблемам с четким соблюдением границ социальных норм.

Четвертый фактор (7-я шкала – 0.943 и 3-я – 0.299) определен нами как вытеснение тревоги.

Пятый фактор (шкала K – 0.885, 1-я шкала – 0.25; 3-я – 0.23 и шкала F – 0.23) может быть интерпретирован как фактор, связанный с соматизацией вытесненной тревоги.

Шестой фактор (8-я шкала – 0.879 и 9-я – 0.259) указывает на связь между снижением общего энергетического уровня в группе ВА-больных, что непосредственным образом отражается на качестве протекания когнитивных процессов.

Кластерный анализ (рис. 2) позволил наглядным образом определить наличие тесной связи между шкалами 1, 2, 4, 3, 8 и 7, что показывает типичные для ВА корреляции между 2-й и 4-й шкалами, но при этом "вторичный" характер болезни четко проявляет себя в присоединении в этой структуре шкал, диагностирующих эмоциональные проблемы (1, 3 и 7), прежде всего – трудности совладания с тревогой, что сказывается на качестве когнитивной сферы (8-я шкала).

Опросник Кеттелла

На рис. 3 представлены усредненные профили по опроснику в группах ВА и ПА-больных.



Рис. 3. Усредненные профили по опроснику Кеттел в группах ВА и ПА-больных.

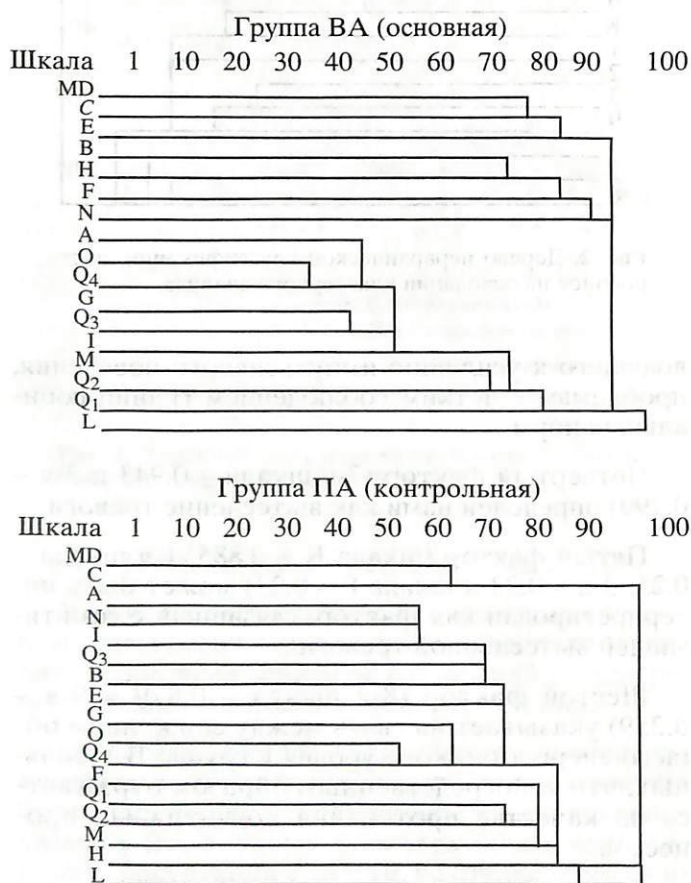


Рис. 4. Дерево иерархической классификации, построенное на основании кластерного анализа.

При сравнительном анализе усредненных профилей статистически значимые различия были выявлены по факторам MD, A, C, G, I, O и Q₄.

Для группы ВА-больных оказалось типичным понижение по фактору MD (3.8 ± 1.33), что свидетельствует о заниженной самооценке, несоответствии между потенциальными возможностями и их реализацией. Повышение по фактору A (8.67 ± 1.15) говорит об эмоциональной лабильности,

включенности в межличностные отношения. Не-высокие значения по фактору C (2.9 ± 1.7) можно интерпретировать как проявление низкой толерантности к фрустрации, подверженность ситуативным эмоциям и лабильности настроения. Характерным является сочетание раздражительности и утомляемости, фиксации внимания на тягостных, неприятных ощущениях со стороны внутренних органов.

Высокие оценки по фактору G (9.52 ± 1.07) свидетельствуют о неуверенности в себе, сверхзависимости от внешних оценок и мнений. Высокие значения по фактору O (9.05 ± 1.16) интерпретируются как склонность к тревоге, депрессии, озачужденности собой. Неуверенность может сочетаться с выраженным чувством вины. Повышение по фактору Q₄ (9.05 ± 1.16) свидетельствует об аффективной напряженности, фрустрации, усталости от невозможности реализации своих жизненных целей, неудовлетворенности уровнем притязаний.

Факторный анализ результатов по опроснику Кеттел в группе ВА-больных.

В первый фактор с наибольшими нагрузками вошли M (0.807), Q₂ (0.771) и с отрицательным знаком фактор A (-0.943). Очевидно, что последний носит оценочный характер и по своему содержанию показывает личностные качества, которые были бы весьма желательны для ВА-больных, но отсутствуют у них: самодостаточность, предпочтение собственных решений, наличие четких границ личности в сочетании с творческим воображением.

Второй фактор образован прежде всего параметром G (0.908) и говорит о четком стремлении больных соблюдать внешние социальные нормы.

Третий фактор (MD - 0.85 и Q₂ - 0.23) показывает возможный для данной группы больных способ повышения самооценки за счет роста доверия к традиционным устоям жизни, тщательного выполнения внешних правил.

Четвертый фактор (H - 0.72; I - 0.73; Q₂ - 0.376) по всей видимости отражает представления, сложившиеся в группе ВА-больных об активном проявлении чувств с положительно-романтической гаммой эмоций, возможном только в крайних (экстремальных) ситуациях, сопровождающихся высокой степенью риска.

Пятый фактор образован параметрами F - 0.93 и H - 0.311, что показывает характерную для ВА-больных осторожность в выражениях своих чувств, пессимистическую оценку ситуации, повышенное беспокойство.

Иерархическое дерево классификации, построенное на основании кластерного анализа (рис. 4), демонстрирует связь между параметрами MD (са-

мооценка), С (эмоциональная неустойчивость) и Е (подчиненность, зависимость).

Опросник Айзенка

На рис. 5 представлены средние значения по данной методике в группах ВА и ПА-больных.

В группе ВА-больных было больше искренних ответов ($L = 1.58 \pm 0.978$), причем корреляция между шкалами L и Н (0.4688) говорит о прямой зависимости достоверности результатов тестирования от выраженности эмоциональной стабильности (нестабильности). При сравнении групп больных с ВА и ПА были обнаружены статистически значимые различия по шкале "Нейротизм" и прослежено явное различие (приближающееся к достоверному) по шкале "Экстраверсии-Интраверсии".

Полученные результаты свидетельствуют о выраженной эмоциональной нестабильности больных из группы ВА, что проявляется в лабильности аффекта, обидчивости, низкой стрессоустойчивости и эмоциональной интолерантности, легкости развития невротических расстройств. Меньшая выраженность экстравертности в группе больных ВА по сравнению с обследованными из группы ПА говорит о повышенной тревожности, пессимистичности, понижении качества межличностных контактов.

По методике "Самооценка" полученные результаты в наглядной форме отражены на рис. 6.

После статистической обработки с использованием критерия Стьюдента статистически значимые различия были получены по всем шкалам, за исключением шкалы "Ум".

Для группы ВА-больных по сравнению с ПА-больными типичным оказалось:

1. Понижение по шкале "Здоровье". Больные из этой группы считали себя соматически неблагополучными. Многие заявляли о своих хронических заболеваниях, неблагоприятно протекающих, причем замечали, что большинство из них возникли на "нервной почве" или после стрессов, вызванных сложной ситуацией на работе или в личных отношениях, а также под влиянием тяжелых проблем близких людей.

2. Различия по шкале "Ум" оказались статистически недостоверными ($p > .05$), однако среди ВА-больных явно просматривалась тенденция оценивать себя несколько выше, чем ПА-больные, хотя объективно образовательный и культурный уровень больных с ВА был на порядок выше. Таким образом, можно констатировать относительное занижение своих объективных когнитивных возможностей у больных с ВА. (У них часто звучали высказывания: "Я люблю читать, но сейчас этого не делаю, так как трудно бывает сосредоточиться"; "Нет времени даже телевизор посмотреть, много внимания приходится уделять



Рис. 5. Средние значения по методике "Опросник Айзенка" в группах ВА и ПА-больных.

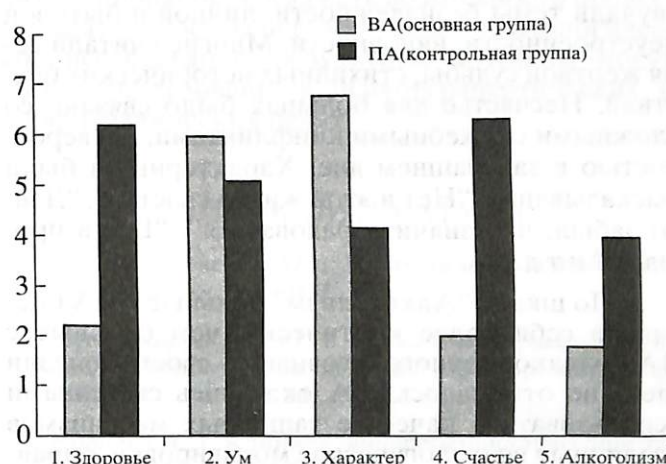


Рис. 6. Усредненные показатели по методике "Самооценка" в группах ВА и ПА-больных.

уходу за больным мужем"; "Раньше я руководил отделом, теперь — другие времена, никому мои знания не нужны", — т.е. звучала тема своей нереализованности и это связывалось с субъективной дискредитацией умственных способностей.)

3. По шкале "Характер" больные с ВА оценивали себя выше, чем больные с ПА. При этом в высказываниях "звучали" следующие реплики: "Хотя характер у меня хороший, но в жизни мне не везет"; "У меня такой характер, что я больше думаю о других, чем о себе, и в результате я оказываюсь виноватым, если что-то не получается"; "По характеру я человек чувствительный, ранимый, долго переживаю неприятности, не могу забыть измену"; "Я горжусь своим характером: я всегда делал все с ответственностью, на самом высоком уровне, а если не получалось, я долго и сильно переживал, стремился исправить ошибки".



Рис. 7. Усредненные профили по методике "Незаконченные предложения" в группах ВА и ПА-больных.

4. Наибольшие различия между группами обследованных с ВА и ПА наблюдались по шкале "Счастье". Больные с ВА оценивали себя по этому параметру очень низко, в их высказываниях звучали темы безнадежности, личной и бытовой неустроенности, виновности. Многие считали себя жертвой судьбы, стихийных исторических бедствий. Несчастье для больных было связано со сложными служебными конфликтами, неуверенностью в завтрашнем дне. Характерными были высказывания: "Нет в этой жизни счастья", "Давно забыл, что значить радоваться", "Все в прошлом" и т.д.

5. По шкале "Алкоголизм" больные с ВА оценивали себя более критически, чем больные с ПА, однако полного осознания своей болезни здесь не отмечалось. ВА оказались склонными использовать в качестве защитных механизмов различные психологические мотивировки, оправдывая наличие алкогольных "срывов" различными эмоциональными стрессами (например: "Умер близкий родственник, такое горе, что нельзя не выпить"; "Снова несчастная любовь — выхода не было, запила").

Алкоголь часто выступал здесь как "помощник", способ пережить неблагоприятную жизненную ситуацию, возможность почувствовать снова положительные эмоции, отдохнуть.

Таким образом, данные по методике "Самооценка" свидетельствуют о заниженном Я-образе у больных с ВА (за исключением параметров "Ум" и "Характер"). Диагностически ценными оказались установленные факты резко заниженной самооценки больных по параметрам "Счастье" и "Здоровье", а также и возможность раскрыть содержание психотравмирующих ситуаций на основе ответов на вопросы экспериментатора.

По методике "Незаконченные предложения" ответы испытуемых были прошкалированы: от 1 — для самых отрицательных характеристик; до 7 — для положительных ответов; 4 — отмечались в случае безразличной, нейтральной интерпретации незаконченного предложения.

На рис. 7 представлены усредненные профили по данной методике в группах ВА и ПА-больных.

При построении усредненного профиля по данной методике оказалось, что в целом больные с ВА продемонстрировали больший процент дисгармоничных ответов: весь профиль, за исключением 8-го параметра, находится в сфере негативных отношений.

Личностные сферы, характеризующиеся наиболее выраженными отрицательными значениями у ВА-больных: "Нереализованные возможности", "Отношение к вышестоящим лицам", "Отношение к семье", "Отношение к лицам противоположного пола", "Отношение к отцу" и "Отношение к сотрудникам на работе".

Таким образом, это сферы, имеющие непосредственную связь с межличностными контактами со значимыми людьми (родственниками, сотрудниками, близкими). Однако на первом месте по личностной значимости находится сфера "Нереализованные возможности". Эта область внутриличностной динамики между уровнем притязания индивида и его реальными возможностями, резко ограниченными под влиянием болезни. Интересно отметить, что именно по данному параметру различия между группами "ВА" и "ПА" оказались наиболее статистически значимыми ($p < .001$).

Кроме того, ВА-больных в отличие от ПА-больных дифференцируют значимые различия по параметрам "Отношение к себе", "Отношение к подчиненным", "Отношение к будущему", "Страхи и опасения", "Сексуальные отношения", "Отношения к семье" и "Отношение к сотрудникам". Все перечисленные выше шкалы оказались в группе ВА значительно более дисгармоничными, чем среди ПА, где больные приписывали им нейтральный или, в некоторых случаях, положительный смысл.

Таким образом, методика "Незаконченные предложения" позволила выявить содержание значимых для ВА-больных личностных отношений, которым они приписывали негативный, потенциально конфликтный смысл. Среди этих отношений можно выделить: контакты в семье и с близким окружением; отношения, возникающие в процессе трудовой деятельности; отношения, формирующиеся (возникающие) внутри личности, когда ощущения беспомощности и бесперспективности приобретают сверхценный смысл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате сравнительного анализа данных экспериментально-психологического исследования больных с ВА и ПА можно выделить ряд диагностических параметров, позволяющих идентифицировать группу больных алкоголизмом,

который развился на фоне психогенных заболеваний. Специфическими характеристиками для изученного контингента больных, выявленных с помощью использованных авторами методик (основная группа – больные с ВА), являются следующие.

1. Методика “Мини-Мульт”: общий подъем профиля личности (в пределах 50–80 Т-баллов); пики по шкалам невротической триады (1, 2, 3), тревоги (7), понижение по 9-й шкале (депрессивные тенденции).

2. Опросник Кеттелла: повышение по факторам А – эмоциональность; G – переживание чувства вины; I – неуверенность в себе, зависимость; O – тревожно-депрессивные переживания; Q₃ – умение следовать социальным нормам поведения; Q₄ – фрустрация в аффективной сфере.

3. Методика Айзенка: искренность ответов; высокие значения по шкале нейротизма; тенденция к интровертности.

4. Методика “Самооценка”: низкие значения по шкалам “Здоровье”, “Счастье”, “Алкоголизм”; высокие значения по шкале “Характер”.

5. Методика “Незаконченные предложения”: снижение общего профиля в зону негативных оценок; диагностически значимыми оказались темы: “Нереализованные возможности”, “Отношение к вышестоящим лицам”, “Отношение к семье”, “Отношение к сотрудникам по работе и подчиненным”, “Отношение к будущему”, “Страхи и опасения”, “Сексуальные отношения”, “Отношение к лицам противоположного пола”.

Таким образом, предлагаемый нами комплекс психодиагностических методик позволяет: 1) диагностировать у больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний, отчетливо выраженные признаки психической дезадаптации, прежде всего в эмоционально-личностной сфере; 2) раскрыть содержание психотравмирующих ситуаций, имеющих ведущее значение в происхождении данного заболевания.

Использованный нами набор взаимодополняющих методов психологического тестирования может быть рекомендован для применения в практическом здравоохранении:

I. В целях профилактики – для выявления больных психогенными заболеваниями, а также на начальных стадиях алкоголизма, формирующегося на психогенной почве, и даже на донозологическом этапе, когда еще не сформировались психическая и физическая зависимость от этанола.

Для решения подобных задач можно в первую очередь рекомендовать применение методик Айзенка, “Мини-Мульт”, и “Самооценки”, которые

позволяют при ограниченном времени, в условиях массового обследования выделить группу лиц с психогенными расстройствами. Использование указанных выше методик не требует значительных временных затрат и может быть осуществлено амбулаторно в наркологическом или психоневрологическом диспансерах.

2. В лечебно-диагностических целях и в трудно диагностируемых случаях для решения задач дифференциальной диагностики могут быть использованы методики более трудоемкие и продолжительные по времени – опросники Кеттелла и тест “Незаконченные предложения”. Они позволяют раскрыть на более глубоком уровне признаки эмоционально-личностной дезадаптации больных и содержание актуальных для них психотравмирующих ситуаций. Применение их оправдано в условиях наркологических и психоневрологических стационаров, когда есть возможность провести тщательное экспериментально-психологическое исследование, результаты которого могут быть использованы в психотерапевтических и профилактических целях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1997.
2. Александровский Ю.А. Психические расстройства после чрезвычайных ситуаций // Матер. междунар. конф. психиатров. М., 1998.
3. Ковалев А.А. Клиника, дифференциально-диагностические критерии, лечение и профилактика алкоголизма, сформировавшегося на фоне психогенных заболеваний: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998.
4. Лакосина Н.Д. О критериях выделения невротозов // Всерос. IV съезд психиатров: Тез. докл. М., 1990. Т. 1. С. 231–232.
5. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Невротические развития личности. Клиника и лечение. М., 1994.
6. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств: Руководство для врачей. М., 1996.
7. Соколова Е.Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 1991.
8. Соколова Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств // Вопр. психологии. 1995. № 2. С. 92–105.
9. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
10. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.: МГУ, 1980.

PSYCHODIAGNOSTICS OF PSYCHOGENETICALLY DETERMINED ALCOHOLICS

A. A. Kovaliov*, A. N. Shurygin**

**Dr. sci. (psychiatrist), leading res. ass., Institute of Scientific Researches on narcology, Ministry of Health Service, Moscow*

***Psychologist, Agency of social and juridical support for population, Moscow*

The Main principles of identification of psychogenetical alcoholics are presented. The complex of psychological methods to detect alcoholism early and to its prophylaxis is suggested. The results of psychodiagnosis shows the outlook of such approach in applied health service.

Key words: alcoholism, psychogenetical diseases, emotionality, psychotraumatological situations, differential diagnostics, psychological testing.

ДИАГНОСТИКА И ФОРМИРОВАНИЕ КРЕАТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

© 2001 г. Г. В. Ожиганова

Канд. психол. наук, старший науч. сотр. ИП РАН, Москва

Предлагается метод пролонгированной диагностики креативности в естественных условиях жизнедеятельности. На его основе проводится экспериментальное исследование креативного поведения детей младшего школьного возраста. Выделяются факторы проявления и формирования креативности ребенка. Проводится сравнение оценок креативности, полученных при использовании традиционных психодиагностических средств (тестов) в ситуации регламентированной деятельности, с реальными творческими достижениями детей в естественных условиях.

Ключевые слова: креативность, психодиагностика, дети, значимый взрослый, образец креативного поведения.

В последние годы в отечественной психологии возрос интерес к вопросам диагностики и формирования креативности. Актуальность их изучения определяется изменениями, произошедшими в социальной ситуации современной России. В создавшихся условиях повысились требования к таким качествам личности, как открытость новому опыту, умение находить решения в нестандартных ситуациях, творческое отношение к действительности.

Сегодня в нашей стране широко используется различный психодиагностический инструментарий, который включает и тесты креативности (были адаптированы к русскоязычной выборке и получили большое распространение зарубежные методики измерения креативности Е. Торранса и С. Медника). Но проблема заключается в том, что традиционные тестовые процедуры, по мнению ряда ученых, не позволяют представить достаточно полную и адекватную картину творческих возможностей обследуемых людей. Противоречивые данные о креативности, собранные при помощи таких методик ее измерения, как тесты Е. Торранса, С. Медника, свидетельствуют о недостаточной надежности прогноза, сделанного на их основе в отношении реальных творческих достижений (Г. Дэвис, Т. Белчер [21], Д.Б. Богоявленская [1], М.А. Холодная [16] и др.). Д. МакКлелланд справедливо замечает, что “тестологическое движение несет в себе серьезную опасность увековечения мифологической системы отбора по оценкам, в которых ни одно из измерений успешности не опирается на валидность этих измерений за пределами некоего закодированного круга” (тестовой ситуации) [23, с. 14].

Таким образом, тестологический подход к выявлению творческого потенциала человека подвергается критике зарубежных и отечественных ученых.

Характерно то, что наиболее талантливые испытуемые, по мнению Б.А. Саймона, могут плохо справляться с тестовыми заданиями [13]. Это объясняется, на наш взгляд, тем, что в реальных условиях креативность отличается неконтролируемостью, спонтанностью проявления. Кроме того, творчество, как считают исследователи, связано с нецелесообразной активностью, мотивацией самовыражения; большую роль в нем играют бессознательные процессы (интуиция) (В.Н. Дружинин [5], Я.А. Пономарев [11] и др.), что значительно затрудняет процедуру диагностики. Поэтому особое значение приобретает следующий вопрос: какой должна быть процедура диагностики креативности, позволяющая оценить действительные творческие возможности людей в условиях реальной деятельности.

Важную роль в этой связи играет разработка диагностических средств и способов выявления креативности в детском возрасте, так как результаты тестирования ставят “клеймо” на ребенка, которое может во многом предопределить его дальнейшую судьбу. Полученная в детстве низкая оценка интеллектуальных способностей и творческой одаренности может нанести ущерб самооценке и мотивации, стать преградой для полноценного развития, отразиться на социальном положении уже взрослого человека (Р. Эбель [22]). Является ли в таком случае тестологический подход гуманным? Если исходить из предлагаемой М.А. Холодной концепции своеобразия и эволюции индивидуального ментального опыта, кото-