

Санкт-Петербургский государственный университет

Выпускная квалификационная работа на тему:
**СООТНОШЕНИЕ АГРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ЛИЦ С
АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В РАННИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
ПЕРИОД (НА ПРИМЕРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТИ)**

по направлению подготовки 37.05.01 - Клиническая психология
основная образовательная программа: клиническая психология
профиль: кризисных и экстремальных состояний

Выполнила:

студентка 6 курса.
очной формы обучения
Станкевич Е.О.

Научный руководитель:
Кандидат психологических наук, доцент
кафедры психологии кризисных и
экстремальных ситуаций
Бочаров В.В.

Рецензент:

Доктор психологических наук,
профессор кафедры клинической психологии и
психологической помощи
Малкова Е.Е.

Санкт-Петербург

2017

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ

Generating Table of Contents for Word Import ...

Аннотация к выпускной квалификационной работе

Для изучения особенностей влияния злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем на уровень агрессии и тревожности было обследовано 60 пациентов ККНД г. Ставрополя и ГНБ г. Санкт-Петербурга, из них с диагнозом алкогольная зависимость - 30 человек, с диагнозом наркотическая зависимость - 30 человек. Измерялись: уровень агрессии (опросник уровня агрессивности Басса-Перри, Я-структурный тест Амона), уровень тревожности (шкала тревоги Спилбергера, интегративный тест тревожности), личностные и клинические показатели (16PF опросник Кэттелла форма С). Обработка данных: корреляционный и дисперсионный анализы.

Результаты. В подгруппе больных алкоголизмом сильнее выражены проявления гнева, в подгруппе наркоманией сильнее выражено проявление физической агрессии (методика Басса-Перри). Некоторые компоненты тревожности: фобический ситуативный, фобический личностный, оценка перспектив ситуативная, - сильнее выражены у больных алкоголизмом, чем у больных наркоманией (интегративный тест тревожности).

Вывод: лица, больные алкоголизмом, у которых тревожность есть свойство личности, склонны к проявлению неспровоцированных физической агрессии и гнева. Больные наркоманией, в ситуациях, вызывающих тревожность, склонны проявлять деструктивную агрессию: разрушительную активность, направленную против себя самого, других людей и объектов.

Graduate qualification work`annotation

To study the peculiarities of the influence of the substance abuse on the level of aggression and anxiety, 60 patients of the Regional Clinical Narcological Dispensary (Stavropol) and the Municipal Addiction clinic (St Petersburg) were examined, of which 30 patients were diagnosed with alcohol dependence, and 30 were diagnosed with drug addiction. The aggression level, (Buss-Perry Aggression Questionnaire, "I"-structural test of Ammon), anxiety level (State-Trait Anxiety Inventory, Test anxiety), personal and clinical scores (the Castell's 16 PF questionnaireC) were checked. Data processing: correlational and dispersive analysis.

Study outcome. The manifestation of anger is strongly marked in the alcoholics' subgroup; the manifestation of physical aggression is strongly marked in the drug addict's subgroup (Buss-Perry methods). Some components of anxiety: phobic state, phobic personal, assessment of situational prospects are strongly marked in alcoholics, then in drug addicts (Test anxiety).

Conclusion: Persons who are sick with alcoholism, whose anxiety is a personality, apt to the manifestation unprovoked physical aggression and anger. Patients with drug addiction, in situations of anxiety, apt to the manifestation of the destructive aggression: destructive activity directed against themselves, other people and objects.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Проблема агрессивных действий, совершаемых лицами, злоупотребляющими наркотическими средствами и алкоголем, является чрезвычайно актуальной для современной юридической психологии, судебной психиатрии и наркологии.

В настоящее время число зависимых людей катастрофически увеличивается во всем мире, в том числе и у нас в стране. По данным Всемирной организации здравоохранения, в начале XXI века злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими веществами, изменяющими сознание, приняло характер эпидемии. В России, например, около 40 % взрослого населения страдает химической зависимостью.

Среди множества губительных последствий алкоголизма и наркозависимости выделяются критические нарушения поведения в социуме, а именно агрессия в словах и поступках. К сожалению, учитывая, что количество людей, страдающих алкоголизмом, достигает в Российской Федерации 10 млн. человек, и это только по официальным данным, степень влияния данного явления на криминальную ситуацию, прочность семейного института, уровень эффективности и производительности работы предприятий и других сфер жизнедеятельность каждого гражданина и страны в целом пугающе высока.

В связи с изложенным, выбранная тема является актуальной, и заслуживает самого пристального внимания.

Научная новизна. В процессе обоснования причин агрессивности и тревожности в поведении и действиях авторы придерживаются крайне противоположных мнений.

Так, Фридман придерживается теории, что агрессия в действиях напрямую зависит от влияния на психическое состояние человека алкогольных и наркотических веществ. Обосновывают это описанием отклонений в поведении и действиях человека, присущих алкогольному отравлению, среди них: агрессивная вспыльчивость вплоть до буйства, нестабильность в настроении и т.п.

Другие авторы рассматривают проявление агрессии под влиянием алкоголя как следствие развития алкоголизма и изменения проявлений состояния опьянения. На смену присущим алкогольной интоксикации на начальном этапе ощущению блаженства, чувствам праздника, расслабления и беспечности приходят состояние озлобленности, подозрительности, безосновательной раздражительности перерастающими в буйство и агрессию (Энтин Г.М., Гофман А.Г). Со своей стороны, ряд авторов обуславливают агрессию в поведении под влиянием алкоголя внешними раздражителями, такими как прения, ссора, угроза, ревность, претензии и т.п. (Кондратьев Ф.С., Антонян Ю.М., Дмитриева Т.Б.)

А в работе Альтшуллера (2002) рассматриваются именно основания и причины, которые способствуют развитию и проявлению агрессии, среди которых выделяются расстройства личности, наличие повреждений черепно-мозгового отдела в следствии травм, наличие психических расстройств несвязанных с алкоголизмом, которые по отдельности или в совокупности становятся причиной ухудшений в клинике алкоголизма с явными признаками озлобленности, вспышек гнева, притяжения своими действиями и непосредственное создание конфликтов, перевозбужденности, буйства, ощущения угрозы, преследования, применения силы.

Предмет исследования. Выраженность агрессии и тревоги в ранний реабилитационный период у лиц с химической и алкогольной зависимостью.

Объект исследования. Наркозависимые лица и лица с алкогольной зависимостью, в ранний реабилитационный период. Возраст испытуемых 25-35 лет.

Цель исследования. Выявить выраженность агрессии и тревоги в ранний реабилитационный период у лиц с химической и алкогольной зависимостью

Задачи исследования:

- 1) Исследовать проявления агрессивных реакций у наркозависимых лиц и лиц с алкогольной зависимостью.
- 2) Исследовать уровень тревоги наркозависимых лиц и лиц с алкогольной зависимостью.

3) Исследовать структурные особенности агрессии при алкогольной и химической зависимости.

Теоретическая база исследования: научные работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные проявлению агрессии и тревожности у лиц с аддиктивным поведением, в частности, больных алкоголизмом и наркоманией; публикации в научных изданиях; диссертации и авторефераты.

Гипотеза исследования: в структуре и выраженности агрессии и тревожности у больных с алкогольной и наркотической зависимостью существуют как статистически достоверные различия, так и инвариантные проявления (т.е. свойственные обеим подгруппам испытуемых).

Методы исследования: общенаучные и специальные психологические:

- 1) клинико-психологический (клиническая беседа, наблюдение);
- 2) экспериментально-психологический (психологические тесты и методики)

3) психоdiagностические методики

- Опросник уровня агрессивности Басса-Перри;
- Я-структурный тест Амона:
- Шкала тревоги Спилбергера;
- Интегративный тест тревожности;
- 16 факторный личностный опросник Кеттелла.

База эмпирического исследования: Краевой клинический наркологический диспансер г.Ставрополя и Городская наркологическая больница г.Санкт-Петербурга.

Краткое описание выборки. 60 пациентов с диагнозом алкогольная зависимость - 30 человек, с диагнозом наркотическая зависимость - 30 человек. 45 респондентов – мужчины, 15 респондентов – женщины, возраст респондентов от 24 до 35 лет, стаж употребления психоактивных веществ от 9 до 24 лет.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа включает введение, содержательную часть из 3 глав, заключение о результатах исследования, список литературных источников и приложения.

ГЛАВА 1. Теоретические основы изучения агрессии и тревожности у лиц с аддиктивным поведением

1.1. Клиника аддиктивных расстройств – алкоголизм и наркомания

Алкоголизм представляет собой хроническое психическое заболевание, провоцирующее склонность к чрезмерному употреблению алкоголя с сильной физической и психической зависимостью от спиртного. К отличительным характеристикам алкогольной зависимости можно отнести: отсутствие каких-либо границ в количестве употребляемого алкоголя; краткосрочную амнезию на события, происходящие в момент опьянения; повышение потребности в увеличении употребляемых доз алкоголя; токсическое отравление внутренних органов с последующим нарушением их деятельности, развитие абстинентного синдрома в перерывах между приемами спиртного.

Употребление алкоголя с нарастающей периодичностью на фоне повторяющихся пагубных последствий характеризует понятие злоупотребления алкоголем DSM-IV (стандарт диагностики в психиатрии и физиологии).

Международная классификация болезней МКБ-10 относит синдром алкогольной зависимости (F10.2) к V разделу, включающему нарушения психики и поведения как следствия влияния употребленных веществ с психоактивными свойствами.

Заболевание характеризуется комплексом проявлений физиологического, умственного и поведенческого характера, наличие которых свидетельствует о том, что употребление спиртных напитков становится приоритетным в системе ценностных ориентаций человека. Диагностика алкоголизма предполагает проявление у больного от 3-х отличительных симптомов в течении года из перечисленных ниже¹:

1.Постоянное неуемное влечение или ощущение острой потребности в принятии алкоголя.

2.Отсутствие каких-либо временных рамок или границ в количестве употребляемых доз алкоголя.

¹ Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Литера, 2002. С. 96.

3. Синдром прекращения употребления алкоголя (синдром отмены).
4. Повышение переносимости алкоголя.
5. Предоставление преимущества в жизнедеятельности действиям и последствиям, связанным с приемом алкоголя: приоритетность времени для его приобретения, употребления и т.д.
6. Игнорирование явных последствий алкоголизма: снижение умственных способностей, цирроз печени, развитие затянувшихся постдепрессий и продолжение употребления алкогольных напитков².

В клинике алкоголизма следует различать острую и хроническую формы алкоголизма. Острая форма заболевания – патологическое опьянение, хроническая форма называется хроническим алкоголизмом.

В.М. Матвеев выделяет следующие характеристики патологического опьянения:

1. Внезапные начало и конец.
2. Состояние развивается вскоре после употребления алкоголя в промежутке времени от 10-15 минут до 1 часа, вне зависимости от объемов выпитого.
3. Продолжительность от нескольких часов до считанных минут.
4. Нет сопутствующих симптомов алкогольного опьянения.
5. В итоге происходит полная или частичная амнезия с последствиями в виде нервно-психической слабости и утомляемости вплоть до немощи.
6. В большинстве случаев, характерно для людей, не имеющих алкогольской зависимости, и у которых симптомы психического расстройства не проявлялись ранее.
7. Способствующими условиями могут быть: повреждения головного мозга и/или его сосудистое заболевание, наличие бессимптомной эпилепсии, наличие в истории болезни перенесенных инфекций и интоксикаций.

² Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Литера, 2002. С. 97.

8. Сильный испуг, стресс, переживания, паника, гнев, отсутствие сна, сильная усталость могут стать провоцирующими факторами³.

Существует три основных синдрома, которые являются основными в диагностике тяжелого случая хронического алкоголизма:

Во-первых, патологическое пристрастие к потреблению алкоголя и его последствиям в виде состояния опьянения;

во-вторых, алкогольный абстинентный синдром;

в-третьих, алкогольная деградация личности.

В рамках представления об алкоголизме различают три основные стадии.

Первая стадия алкоголизма характеризуется частотой нарастания непреодолимой потребности в потреблении алкоголя. Если спиртное не доступно в этот момент, то потребность временно притупляется, но если возможность выпить появилась, то при этом контроль над уровнем потребляемых доз с каждым разом резко падает. Этот этап заболевания сопровождается, в большинстве случаев, повышенной агрессивностью, подозрительностью, раздражительностью и, иногда, частичными провалами в памяти в период опьянения. Больной со временем утрачивает адекватное критическое отношение к пьянству и начинает находить оправдания и причины для принятия алкоголя. Завершающей фазой первой стадии можно выделить повышение уровня переносимости алкоголя. После чего болезнь плавно перерастает во вторую стадию⁴.

На второй стадии переносимость алкоголя существенно повышается и со временем переступает границу так называемого «плато толерантности». Больной шаг за шагом перестает контролировать процесс потребления алкоголя. Именно эта стадия характеризуется появлением физической алкогольной зависимости и разными симптомами абстинентного синдрома алкоголизма: соматическими и психологическими расстройствами, например, раздражительностью, потливостью, учащенное сердцебиение, расстройство сна,

³ Цит. по: Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 15.

⁴ Фридман Л.С. Наркология/ Под ред. Л.С. Фридмана, Н.Ф. Флеминга, Д.Х. Робертса, С.Е. Хаймана. – М.: Изд-во БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2000. С. 183.

дрожание, жажда, головные боли. Что влечет за собой многодневное пьянство, приводящее к замкнутому кругу – невозможность остановится. Поскольку резкий отказ от алкоголя может стать причиной множества обострений в состоянии здоровья до самых алкогольных психозов и требует, в большинстве случаев, обязательной медицинской помощи.

Третья стадия приводит к усилению потребности в выпивке на фоне пропорционального снижения контроля за ней. Для наступления стадии опьянения организму на этой стадии уже достаточно небольшого объема алкоголя. Также усугубляются проблемы с провалами в памяти по причине нарушения психического состояния. Деградация в физическом, социальном и психическом плане приобретает устрашающие размеры. Все чаще больной находится в стадии «действительного запоя», в которой тяга к употреблению алкоголя находится на бессознательном, рефлекторном уровне. В связи с малой дозой алкоголя, требуемой для входления в состояние опьянение, подобный запой, чаще всего, заканчивается только в случае тотального изнурения организма. И на этом этапе психическая деградация приобретает непоправимую форму алкогольного маразма. Также необходима медицинская помощь для прерывания запоя во избежание психозов⁵.

Прием наркотиков, чаще всего неконтролируемый, вызывает заболевание наркоманией. Встречается также использование понятия «токсикомания», подразумевающая зависимое употребление веществ отсутствующих в перечне наркотических согласно закону⁶.

Блок F11-F19 класса V (расстройства психики) международной классификации заболеваний МКБ-10 описывает расстройства психики и поведения, в том числе непреодолимое влечение и синдром отмены, как следствие употребления ПАВ.

Наркотики могут вызывать физическую и психологическую зависимости в различной степени.

⁵ Фридман Л.С. Наркология/ Под ред. Л.С. Фридмана, Н.Ф. Флеминга, Д.Х. Робертса, С.Е. Хаймана. – М.: Изд-во БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2000. С. 185.

⁶ Пятницкая И. Н. Наркомании: рук-во для врачей. – М. : Медицина, 1994. С. 32.

Неконтролируемая потребность в употреблении наркотиков является последствием психологической и физической зависимости от действия наркотических средств. Разграничивают на зависимость в потребности позитивного характера, когда употребление наркотиков необходимо для испытания эйфории, приподнятого настроения долгого ощущения наполненности сил и отсутствия чувства усталости, и в потребности, своего рода, негативного характера, а именно, для избавления от плохих мыслей, недомогания и тяжелой реальности. Физическая зависимость предполагает наличие абстинентного синдрома, для наркозависимости, так называемой, - ломки - боли вплоть до мучений при паузе в непрерывном употреблении наркотиков. А возобновление употребления наркотиков дает временный результат и освобождает от подобных ощущений⁷.

На формирование зависимости может также влиять предрасположенность, передаваемая на генетическом уровне иосообщенности головного мозга конкретного пациента.

Всемирная организация здоровья описывает наркомана, как больного пребывающего в состоянии, имеющем следующие последствия:

1. Беспрерывное употребление наркотиков приводит организм к частичной краткосрочной или тотальной устойчивой интоксикации, которая несет опасность не только для самого больного, но и для окружающих. Находясь под действием наркотиков, наркоман не только ухудшает свое психическое и физическое самочувствие, понижая свое социальное положение, но и приносит своими действиями вред и моральный, и материальный не только окружающим, но и своим близким.

2. На фоне прогрессирующей толерантности наркоман увеличивает дозу принимаемых веществ для получения вожделенных ощущений от действия наркотиков

3. Прослеживается явные физическая и психическая зависимости от употребляемых веществ в проявлении неумного влечения к наркотикам.

⁷ Гофман А.Г. Клиническая наркология. – М.: «Миклош», 2003. С. 64.

4. Непреодолимая жажда к употреблению наркотиков провоцирует наркомана на любые действия для их приобретения, часто, пугающие отсутствием каких-либо рамок⁸.

И.Н. Пятницкая в клинической картине наркомании выделяет четыре основных синдрома:

- во-первых, синдром измененной реактивности;
- во-вторых, синдром психической зависимости;
- в-третьих, синдром физической зависимости;
- в-четвертых, синдром последствий хронической наркотизации⁹.

И.Н. Пятницкая выделяет 5 стадий развития наркомании.

На первой стадии «злоупотребления наркотиком» принятие ПАВ попеременно сочетается с непостоянными длительными периодами воздержания. Характерно отсутствие тяжелых симптомов наркомании. Ключевые особенности этой стадии включают получение тенденциозных ощущений счастья и блаженства, выработку предпочтения отдельных видов наркотиков, постоянство в употреблении наркотических веществ, ослабление первоначального эффекта от их приема.

На второй стадии «продрома болезни» происходит повышение дневной дозы и переход к неоднократному употреблению наркотиков в течении суток. Проявляются различные деформационные изменения функций организма физического и психического характера, как следствие несоблюдения суточного темпа размеренности функционирования нервной системы, в виде нарушения и беспорядочности сна, отсутствие ослабления деятельности в течении дня, стойкой повышенной жизненной активности, возбужденности. Данный период очень сложно клинически ограничить от иных стадий развития наркомании.

Третья стадия, называемая И.Н. Пятницкой «I стадией наркоманической зависимости», характеризуется регулярностью приема наркотика. Появляется синдром измененной реактивности, как перемены в форме и регулярности

⁸ Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 74-75.

⁹ Цит. по: Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 78-79.

приема наркотических веществ, исчезновение защитных реакций организма, видоизменение форм состояния опьянения, увеличение необходимой дозы для получения желаемого эффекта, а также обессиное влечение к наркотическим веществам, как синдром психической зависимости.

Четвертая стадия, называемая автором «II стадией наркоманической зависимости», представлена тремя основными наркоманическими синдромами:

- синдром измененной реактивности (плато толерантности, видоизменение формы проявления опьянения и введения наркотических средств, повышение необходимой дозы наркотиков для получения желаемого эффекта, потеря организмом защитных реакций);
- синдром психической зависимости с навязчивой тягой к употреблению наркотиков;
- синдром психической зависимости (не поддающееся волевому контролю влечение и проявление абстинентного синдрома).

Пятой стадии развития наркомании, называемой «III стадией наркоманической зависимости» присуще ослабление толерантности, появление тенденции трансформации формы состояния опьянения к понижению или полному отсутствию эйфории и к проявлению абстинентного синдрома в виде расстройств соматноврологического характера. Проявляются результаты усугубления синдрома перманентной наркотизации с ослаблением активности, нарушениями пищеварительной системы, повышением неуравновешенности психического поведения человека, нарушением памяти в следствии психического расстройства деградирующей направленности на фоне разрушения клеток головного мозга¹⁰.

1.2. Характерные черты алкоголизма и наркомании

¹⁰Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 9-80.

Как уже было сказано в п. 1.1, характерными синдромами алкоголизма являются патологическое влечение к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром и алкогольная деградация личности.

Согласно точки зрения В.Б. Альтшулера, **болезненное влечение к алкоголю** характеризует наличие у человека перманентной алкогольной зависимости и, являясь ее основным симптомом, нацелено на удовлетворение потребности в комфорте, получаемом в состоянии алкогольического опьянения. Подобное алкогольное влечение характеризуется потерей контроля не только над дозами, принимаемыми больным, но и над самой ситуацией¹¹.

Главным синдромом, проявляющим клиническую картину хронической алкогольной зависимости, является **абстинентный синдром**. Данный синдром наступает течении 6-48 часов после последнего приема алкоголя, а в случае отсутствия соответствующих терапевтических действий может длится от 2-3 дней до 2-3 недель, проявляется рядом физиологических, неврологических и психических нарушений общего состояния и появляется после резкого прекращения употребления или уменьшения доз потребляемого спиртного после многолетнего злоупотребления алкогольными напитками, и, в свою очередь, после очередного принятия спиртного – пропадают¹².

Алкогольный абстинентный синдром в случае хронической зависимости состоит из 4 фаз:

1-ая фаза является началом второй стадии алкоголизма, характеризуется короткой продолжительностью клинического периода ААС в районе 4 суток, проявляется быстро исчезающими симптомами, такими как слабость, вегетативные и сосудодвигательные нарушения, которые наступают после принятие больших доз спиртного.

2-ая фаза характеризуется увеличением срока острого ААС до 2-х недель с более резким проявлением клинической картины без зависимости от количества употребляемого спиртного параллельно с повышением

¹¹ Цит. по: Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 15.

¹² Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 18.

толерантности. При этом растет потребность в принятии спиртного: начиная с периодического употребления алкоголя во второй половине суток, постепенно употребляют утром и/или часто опохмеляются в течении суток.

3-я фаза свойственна обострению второй стадии хронического алкоголизма и характеризуется максимальным проявлениями симптомов ААС и уровнем влечения к спиртному, осложнением функциональных физиологических болезней, а также может проявляться эпилептоподобными приступами, галлюцинациями, иллюзионным обманом слухового, тактильного и зрительного порядка, на фоне повышения возможности риска формирования тяжелых алкогольных психозов.

4-ая фаза свойственна третьей стадии алкогольной зависимости, характеризуется стабильным и длительным проявлением всех симптомов ААС параллельно с явными нарушениями в области памяти (интеллектуально-мнестическими), продолжением обострения функциональных физиологических заболеваний, повышения уровня риска формирования и обострения тяжелых алкогольных психозов при употреблении незначительных доз спиртного в совокупности с понижением уровня толерантности¹³.

Алкогольная деградация личности наблюдается в следствии продолжительного злоупотребления спиртными напитками и как результат развитие хронических алкогольных заболеваний головного мозга в следствии воздействия на него алкогольной интоксикации и проявляется в грубом агрессивном поведении, обезличивание особенностей и проявления личности, минимизации интересов и приоритетов жизни, нарушении умственных способностей, ослаблении волевых качеств¹⁴.

Согласно Г.М. Энтину, существует три ключевых формы проявления алкогольной деградации личности:

1. Деградация в алкогольно-психопатоподобной форме. Проявляется в повреждении эмоциональной сферы и волевых качеств личности на фоне

¹³ Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 19-20.

¹⁴ Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 25.

падения морально-этических принципов в поведении и действиях, грубости, бахвальстве, хамстве, лживости, переоценке своей значимости и отсутствием критичного отношения к злоупотреблению спиртного. Характеризуется непринятием существования проблемы с алкоголем и как следствие отказом от прекращения пьянства и обращения за медицинской помощью для лечения, склонностью к тунеядству, конфликтности, возбудимости, эмоциональной неустойчивости, экспансивной настойчивости, гневу с агрессивной окраской, горячности, неуправляемости эмоциями, быстрой смене состояния блаженства и радости на депрессивные проявления.

2. Деградация в органически-сосудистой форме. Основным проявлением являются ослабление внимания, провалы в памяти и общее ее ухудшение, заторможенное мышление, лень, безразличие, быстрая умственная и психическая астения, резкое падение трудоспособности – интеллектуально-мнестические нарушения, в особенности у алкоголиков с наличием органической патологией центральной нервной системы. В состоянии трезвости данной форме деградации свойственны состояния глубоких депрессий вплоть до суицидальных мыслей. Люди переносящие алкогольную деградацию личности в этой форме более контакты и адаптированы к укладу жизни, и по добре воле соглашаются на медицинскую помощь или обращаются за ней, но, по причине понижения волевых качеств и эмоциональной неустойчивости, период ремиссий редко бывает продолжительным или достигается с большим трудом.

3. Деградация в смешанной форме. Самая распространенная вариация, в которая проявляется совокупностью эмоциональных отклонений, волевых нарушений и интеллектуально-мнестических повреждений. Начало заболевания характеризуется нарушения эмоционального и волевого характера психопатоподобной формы деградации, после наступает понижение интеллектуальных способностей с преобладанием органически-сосудистой формы деградации личности¹⁵.

¹⁵Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 26-27.

Как уже было сказано в п. 1.1, основными синдромами наркомании являются синдром измененной реактивности, психическая и физическая зависимости от психоактивного вещества, синдром последствий хронической наркотизации.

Синдром измененной реактивности характеризуется следующими проявлениями:

- видоизменение формы введения/употребления наркотиков, перерастающей из периодического к регулярному их приему;
- рост толерантности к принятым наркотическим веществам с постепенным увеличением разовой дозы и суточной, намного превышающих первоначальный объем;
- изменение формы потребления наркотика с переходом от эпизодического к систематическому употреблению;
- потеря защитных реакций организма в случае передозировки (откашливание, икота, зуд, тошнота, рвота, обильное слюноотделение, сильное потоотделение, боль/резь в глазах и т.п.);
- видоизменение состояния и ощущений наркотического опьянения с тенденцией к уменьшению эффекта и ослаблению качества¹⁶.

Под **синдромом психической зависимости** имеются в виду ощущения удовлетворения и психического возбуждения и воодушевления, которые провоцирует психоактивное наркотическое вещество, требующие его регулярного употребления для поддержания подобного состояния или избавления от дискомфортных ощущений. Синдром психической зависимости состоит из психической обсессивной потребности в наркотиках и проявляется в навязчивых мыслях о них, эмоциональном возбуждении в ожидании эффекта перед их приемом, депрессивных состояниях и чувстве неудовлетворенности при невозможности принятия наркотических веществ на фоне столкновения

¹⁶Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 78.

побуждений, в свою очередь, может развиваться или ослабевать в зависимости от внешних раздражителей.

Под **синдромом физической зависимости** подразумевается состояние адаптации с резким скачком развития психических и соматоневрологических нарушений после отказа от приема наркотиков или ослабления их воздействия с помощью специальных антагонистских веществ определяющее понятие абстинентного синдрома. Отсутствие борьбы побуждений параллельно с неудержимым стремлением, к принятию наркотиков характеризуют понятие компульсивного влечения, которое свойственное для физической зависимости и может обнаруживать себя в составе абстинентного синдрома как в период ремиссии, так и в состоянии опьянения, являясь причиной потери контроля над употребляемыми дозами и приводя к передозировке¹⁷.

Снижение жизненной активности, ослабление личностных проявлений и как результат физических и ментальных ресурсов больного, развитие неуравновешенности психики, умственно-мнестические нарушения, множественные трофические расстройства, имеющие последствия в виде соматоневрологических деформаций в совокупности являются признаками проявления синдрома последствий хронической наркотизации, среди клинических симптомов которого при разных формах зависимости от психоактивных веществ¹⁸.

1.3. Психологические особенности больных с химической и алкогольной аддикцией

Для исследования психологических особенностей больных с алкогольной и наркотической зависимостями в 2010 году было проведено исследование с использованием многофакторного метода исследования личности – СМИЛ (российская адаптация выполнена Л.Н. Собчик). 196 человек, из них 128 - наркозависимых, пребывающих в состоянии ремиссии; 38 – алкоголиков; 30

¹⁷ Там же. С. 78-79.

¹⁸ Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 78.

здоровых человек, не имеющих ни алкогольную, ни наркотическую зависимость, приняли участие в исследовании.

По результатам данного исследования можно составить усредненный личностный профиль наркозависимых и страдающих алкоголизмом больных.

Усредненный личностный профиль больных наркоманией:

- повышена тревожность;
- выше нормы значения по шкале «индивидуалистичность» и «оптимизм»;
- даже слабое чувство безысходности способствует появлению тревожности и негативных эмоциональных проявлений, справиться с ними можно, уйдя во внутренний мир и придерживаясь «психической дистанции» с окружающим миром;
- специфическая, экстравагантная или высокомерная манера действий и поведения при отсутствии эмоций и соответствующих эмоциональных реакций по причине ослабления интуитивного сознания, понимания и принятия окружающего мира и способности к рефлексии¹⁹.

Другие особенности прослеживаются в **усредненном личностном профиле алкозависимых**:

- изменение степени податливости личности существующему или мнимому внешнему влиянию большинства путем смены первоначальных позиций и взглядов, поведения и мнения (конформность);
- трудности в налаживании контакто;
- склонность к сумбурным импульсивным действиям;
- наличие повышенной тревожности и необходимости в получении помощи;
- высокие результаты на шкале «пессимистичность», отражающие наличие тревожности, переживаемой как чувство расплывчатой опасности, цель и период появление которой невозможно предугадать и обосновать,

¹⁹ Грузкова С.Ю. Индивидуально-личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. // Казанский педагогический журнал. – 2011. - №4. – С. 26 – 31.

угрозы и беспокойного ожидания, депрессивных эмоций и пессимистичного настроя;

– в межличностных отношениях с окружающими людьми, страдающие зависимостью от алкоголя чувствуют необходимость в привлечении и удержании их внимания, придают особое значение их мнению, прилагают усилия для получения и сбережения близких отношений с ними, в то время как со стороны они производят впечатление замкнутых и избегающих общения людей;

– для людей, страдающих хроническим алкоголизмом, свойственно реагирование с сопутствием ощущения раздражения, негодования и вины, направленных на себя²⁰.

В.Б. Альтшулер выделяет следующие характерные психологические особенности алкоголиков, включающие 5 компонентов²¹:

Идеаторный компонент. Размышления об употреблении спиртного, столкновение побуждений, причин и мотивов. Появление, степень и развитие тяги к спиртному напрямую влияет на возникновение различных мнений у лиц, зависимых от алкоголя, находящих оправдания и причины для употребления алкоголя (алкогольная анозогнозия).

Поведенческий компонент. Содержит признаки поведения алкоголиков, выраженные в постоянном затрагивании темы спиртного в разговорах, агрессивности и противостоянии людям, поддерживающим и пропагандирующими трезвость, проведении своего рода «алкотроп», наклонности избегать лечения, беспокойности, тревожности, диффузности и т.п.

Эмоциональная составляющая характеризуется выраженными ощущениями состояния дисфории - неудовлетворенности, раздражения, мрачности, вспыльчивости, агрессивности, ощущением внутренней неуютности, а также ощущениями состояния депрессии – уныния, фрустрации,

²⁰Грузкова С.Ю. Индивидуально-личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. // Казанский педагогический журнал. – 2011. - №4. – С. 26 – 31.

²¹ Цит. по: Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 17.

жалости к себе, апатии, равнодушия к происходящему вокруг, при которой отсутствуют суточные изменения настроения, появляются умственная и физиологическая медлительности, размышления о своей вине (виноват кто угодно, только не я), в отличии от депрессии эндогенного характера. Иногда эта составляющая проявляется по большей степени тревожностью, но допускаются и гибридные состояния, при которых уныние, тревожность, импульсивность, неуравновешенность, нестабильность эмоциональных проявления и вспыльчивость проявляются в комплексе.

Сенсорная составляющая возникает на стадии неуемного влечения к спиртному в совокупности со специфическими болезненными ощущениями («сводит зубы», «сосет под ложечкой», «спазмы во рту», «дерет горло», «колотится сердце» и т. п.).

Вегетативная составляющая отличается дисбалансом симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системой, который устанавливается на основании проводимых тестов, восприимчивостью и активацией, обильным слюноотделением, появлением постоянных глотательных движений, при упоминании о спиртном - облизыванием губ, покраснением или наоборот бледностью лица, блеском глаз²².

Выделяют следующие характерные психологические особенности наркоманов:

1. **Эмоциональные нарушения.** К ним относят улучшение общего настроения, психического и физического состояния, состояния эйфории, спокойствия, умственного прояснения, оживления и др.

2. **Расстройства восприятия** проявляются в четырех формах, и зависят от вида принимаемых ПАВ:

- усиление апперцепции (стимуляторы);
- выборочность рецепции (опиаты)
- ослабления восприятия (седативы)
- обострение восприятия (стимуляторы);

²² Цит. по: Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 17.

– осложнения качества апперцепции в форме психосенсорных нарушений, восприятие мира как нереального, галлюцинации (опиаты, психодизлептики).

1. Нарушения мыслительных процессов включают расстройство концентрации и свойств мышления, уменьшение скорости ассоциативных процессов, сдвиг соотношения ментального и чувствительного, формирование параноидальных мыслей и нереальных представлений, мысли и представления, которым сопутствует ощущение, что они находятся вне волевого контроля и т.п.

2. Расстройство сознания различных проявлений и силы, от сужения до разной формы помутнения.

3. Соматоневрологические нарушения. К данному виду нарушений могут относиться уменьшение или увеличение зрачка, перегрев (повышение) или резкое понижение температуры тела, приток крови, вызывающий покраснение кожи или наоборот бледность, повышенная половая активность, обильное сало-, пото- и слюноотделение, расстройство активности желудочно-кишечного тракта, учащение сердцебиения и дыхание, гипертония, нарушение двигательной координации, потеря аппетита, мышечного тонуса²³.

²³ Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. М., Вузовская книга, 2013. С. 76.

1.4. Агрессия у психически больных и аддиктивных

Понятие «агрессия» переводится с латинского «aggredi» как приступ, стремление захватить кого-то, атаковать, набрасываться. В связи с разнообразием направлений по изучению проблемы агрессивности нет единого определения понятию агрессивного поведения. И это является причиной отсутствия единой целостной формулировки междисциплинарного представления об агрессии²⁴.

Главенствующим проявлением агрессии, согласно правовой доктрине, является насилие, принуждение, при котором импульсивная реакция в межличностном общении представляется как агрессия. Криминология определяет понятие агрессии как противозаконные, неправомерные действия, направленные на нанесения урона и повреждений. Со своей стороны, теория гомеостаза считает агрессию специфическим способом психологического саморегулирования. А психология характеризует агрессивное состояние человека как форму соответствующей характерной черты человека или его ответ на состояние повышенной тревожности, подавленности, безысходности.

Основываясь на теории коммуникации, психологи представляют агрессию как болезненную форму взаимодействия с окружающими, которая базируется на асоциальных побуждениях при общении в социуме, и даже может стать поводом для убийства, как ее предельного выражения, рассматривают именно оборонительный характер от антагонистичности и вражды со стороны внешнего мира, и предупреждение возможной угрозы нападения, как способ самоутверждения и/или самообороны, уменьшения экспансивности и стресса, ощущения опасности, безысходности, уныния²⁵.

Основными составляющими понятия агрессии отечественные психиатры признают применение силы и побуждение, а под самым понятием агрессии подразумевают применение силы одним человеком с целью нанесения

²⁴ Агрессия и психическое здоровье. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. – СПб.: «Юридический центр Пресс», 2006. С. 24.

²⁵ Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймолов А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. С. 36.

физических повреждений другому или группе лиц, и/или патологическое целенаправленное поведение для предупреждения и/или ликвидации раздражителей и факторов, представляющих опасность для физического и психического здоровья и целостности организма. Большинство авторов связывают определение агрессии с понятием агрессивного поведения. Но также существует мнение о необходимости разграничения агрессии, как действия, которое предпринимается в определенных условиях по причине появления соответствующих раздражителей и факторов, от агрессивности, как личного качества свойственного человеку как биологическому виду.

Ученые рассматривают различные теории о факторах, природе и основных раздражителях, влияющих на формирование и проявление агрессии. На сегодня точно установлено, что агрессивность может иметь одну из двух природу источников возникновения, во-первых, биологическую, во-вторых, имеет корень происхождения в трудном воспитании и поверхностной или полным отсутствием культуры поведения человека.

Множество исследований проводилось в направлении изучения особенности агрессивного проявления, в зависимости от расовой принадлежности, во взаимосвязи между его уровнем и близостью кровных уз, с целью установления биологических факторов агрессивного поведения, в ходе которых были обнаружены подтвержденные факты наследственности проявлений и свойственности агрессивного поведения у человека на генетическом уровне.

Некоторые ученые отмечают характерные для агрессивного поведения симптомы деформации медиаторного и гормонального обмена. Проводятся эксперименты с помощью ядерно-магнитного резонанса, электроэнцефалограммы и КТ мозга для поиска зависимости агрессивного поведения от расстройств функций и повреждений головного мозга²⁶.

В свою очередь, имеет немало приверженцев теория социальной природы агрессии. Существенное влияние на развитие и проявление агрессии, помимо

²⁶ Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймolenko А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагgressии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. С. 36.

отличительных черт психического состояния, реальных факторов и раздражителей внешнего мира макро- и микроуровня, при которых наличие психических нарушений является обстоятельством, способствующим проявлению агрессивности при наименьшем побуждающем раздражителем, было обосновано глобальными исследованиями поведения агрессии в ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (Москва). Среди побуждающих обстоятельств, оказывающих своего рода содействие в совершении особо тяжелых преступлений, выделяют криминальный опыт и непосредственное общение с лицами, осужденными за насилие. Подобные условия воспитания провоцируют деформацию в представлении и понимании норм поведения и межличностных контактов, иногда в совокупности с нарушениями функций головного мозга приводят к приобретению и практике агрессивной модели поведения.

Не смотря на подобные исследования, и иностранные, и отечественные ученые фиксируют, что долю от 50% до 70% (у разных авторов) занимают лица, проявляющие агрессию в действиях, у которых наличествуют различные отклонения в психической деятельности. Согласно судебно-психиатрической статистике, число людей, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, после совершения убийства, признанных невменяемыми составляет - 10%, с умственной недоразвитостью 9,9-25%²⁷, а почти 40% - это больные с психическими расстройствами с краткосрочной, стабильной или развивающейся мозговой патологией, имеющих гипотетически органическую природу, которыми вызваны неоднократность и тяжесть совершенных ими преступлений и убийств. Эпилептики совершившие преступления в агрессивной форме, пройдя судебно-психиатрическую экспертизу, чаще всего, признаются невменяемыми. Доля лиц, совершающих особо тяжкие преступления, с психическими нарушениями превышает данные показатели, хотя они признаются вменяемые их болезни сказываются на их действиях.

Психиатрия обычно исследует взаимосвязь, с одной стороны, агрессии и клинического состояния и внутрисиндромальной конституции психических

²⁷ Там же. С. 37.

заболеваний, с другой. Эксперты отечественной психиатрии инициировали разработку комплексной модели агрессивного поведения при психической неуравновешенности. Исследовались действия в состоянии агрессии, подкрепленные умственной недоразвитостью, шизофренией, органическим психическим расстройством, эпилепсией,aldo- и наркозависимостью.

Независимое направление по изучению абстрактных теоретических подходов к определению агрессивного поведения людей, имеющих психические расстройства (болезни) сформировано и работает в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Выяснено, что существенно чаще, чем у больных психозами, например, шизофренией, среди лиц, совершивших убийства и имеющих психические расстройства, можно встретить людей, страдающих олигофренией, наркозависимостью, расстройством личности²⁸.

Расстройство личности, согласно известным доказанным фактам, обуславливается комплексом психопатологических явлений и грубых нарушений в процессе социализации, проявляющихся в агрессивном поведении, алко- и/или наркозависимостях, криминальных поступках. Для людей, страдающих психопатическими нарушениями, факторы микроокружения являются решающими для проявления агрессивного поведения. Для них, после совершения преступлений, приоритетными становятся ослабление самоконтроля и одностороннее ограничение возможных альтернатив, и характерны неумение избегать или сглаживать конфликтные ситуации; нарушение сознательного контроля над физическими действиями, психическими процессами и прогностическими функциями.

Почти 70% людей, осужденных за совершение преступлений, страдающих шизофренией, злоупотребляли спиртным или наркотическими веществами²⁹. А ведь именно у этих людей, страдающих шизофренией, среди факторов риска развития агрессивного поведения выделяют, в первую очередь,

²⁸ Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. - СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2001. С. 216.

²⁹ Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймолов А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагgressии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. С. 40.

сочетание циклотимии и принятия ПАВ, и вторым по значению – сопутствующую диссоциацию личности или уголовный анамнез.

Расстройства функций головного мозга, имеющие свое начало еще в первые годы жизни по причине вредоносных влияний, являются возможными причинами риска повторных преступных действий насильственного характера в отроческом и более взрослом возрасте. Любая форма проявления органической обремененности или пагубное экзогенно-органические влияние являются основными условиями развития патологических особенностей психики и личности человека и проявления агрессивности, грубости и жестокости. По большей части, в развитии многосторонней агрессии важную роль играет эпилептоидная психопатия или акцентуация, являющиеся побочными формами уровня органического радикала.

Вклад в разрушительно-агрессивные действия и напрямую базовых повреждений головного мозга достаточно существенное. С нарушениями функций коры головного мозга именно в левом полушарии, согласно итогам исследования ЭЭГ, связана предрасположенность к убийству. Формированию припадков насилия способствует нарушение церебральной функции, а совокупность патологий разных отделов центральной нервной системы, влияния нейротрансмиттеров, внешних раздражителей, гормонов и приобретенной реакции является фактором агрессивного поведения³⁰.

Значительная часть исследований относит ключевую функцию в прогнозировании опасности психически больных людей для общества именно составу психически болезненного нарушения у человека, а не конкретно его психического диагноза. Так Н.В. Васильева отмечает, что причина агрессивных действий и поведения находится не в психике, подверженной патологии, а в самой структуре личности³¹.

Психическое заболевание ослабляет систему органического контроля и способность индивидуума к противодействию конфликтам; уменьшает

³⁰ Там же. С. 40.

³¹ Цит. по: Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймolenko А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагgressии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. С. 41.

возможные альтернативные варианты действий; содействует проявлению необдуманных, порывистых, противоправных действий и решений, а также является труднопреодолимой преградой между патологической личностью и социумом.

Естественно, кроме внешних раздражителей, на характер поведения людей с психическими расстройствами также влияет само заболевание, однако подобная непосредственная связь психопатологического проявления и желательными формами реакции, характера поведения и действий, и агрессивных в том числе, встречается очень редко, обычно при синдромах психопатологии, в случае потери больным способности ориентации во внешнем мире и окружении, и/или при синдромах проявляющихся в форме бреда и властных галлюцинаций. Согласно шкале опасности психопатологических синдромов, наивысшие показатели у сумеречного расстройства сознания, а наименее опасные – синдромы, проявляющиеся бессилием и утомляемостью. Средними по шкале опасности являются синдромы галлюцинаторно-бредовые, бредовые, экспансивные, психопатоподобные.

В свою очередь, при психических патологиях, которые предусматривают вменяемость, возможна не только связь с окружающим миром, но и своеобразное определения им психического состояния, оценка действий и поведения больного, но с некоторыми искажениями. Общеизвестным является факт влияния, действующего на данный момент, патопсихологического синдрома, который может как не играть рисковую роль для опасных проявлений, так и быть стимулятором развития агрессивного поведения и действий людей, имеющих психические расстройства. Действия личности при взаимодействии внутренних параметров характеризуют патопсихологический синдром. Несмотря на то что патологии являются пусковыми параметрами в структуре агрессивного поведения, ключевым параметром выступает морально-этическая невоспитанность, грубость и отсутствие культуры поведения. Существует обратная зависимость – чем большее влияние на проявление агрессивного поведения имеют личность и ситуативные факторы, тем меньше в

клинической симптоматике базового синдрома продуктивной симптоматологии³².

Именно индивидуальные психологические характеристики, которые развиваются под воздействием патологий, являются побудителями агрессивного поведения, будучи более криминогенными в отличии от последних. В случае, когда нарушение психики напрямую способствует проявлению действий, несущих угрозу окружающим, данный человек должен быть признан невменяемым. Если сравнивать психически здоровых и больных людей, то у людей с патологией, сфера контроля личности ограничена, исходя из этого увеличена сфера влияния психопатологии, что вполне может стать причиной для диагностирования и утверждения ограниченной вменяемости (ст. 22 УК РФ). Однако деформации психологических механизмов при психической патологии не уменьшают их общего действия и влияния. Человек агрессивно реагирует на ту или иную ситуацию, основываясь на особенностях своей индивидуальности, своего характера и взглядов, воспринимая каждую ситуацию по-разному, в связи с особенностями его личности, допуская соответствующую субъективную оценку.

Значимость комплекса взаимосвязи всех обстоятельств и межфакторных зависимостей (наследственных, индивидуальных, психических, патологических, социальных, генетических и др.), определяющих поведение агрессивной направленности, не вызывает сомнений. В связи с этим, актуальность изучения влияния психической патологии на развитие видов, форм и механизмов агрессии сохраняется и сегодня.

1.5. Методы изучения агрессии и тревоги

Существует большое количество методик, направленных на изучение агрессии и тревоги. Охарактеризуем методики, которые будут применены в

³²Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймolenко А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагgressии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. С. 42.

1. Опросник уровня агрессивности Басса-Перри разработан в 1992 году. На русском языке адаптирован и валидирован в 2002-2004 годах С. Н. Ениколоповым, Н. П. Цибульским.

Методика является развитием предыдущей методики BDHI (Опросник уровня агрессивности Басса - Дарки). Параллельно с признанным использованием BDHI, отмечается повышение частоты критики психометрической безосновательности анкеты: шкалы выделялись умозрительно без предварительной проверки, последствием использования обстоятельного анализа было разграничение факторных конструкций; повторяющиеся вопросы с равным наполнением в нескольких факторах; отсутствие анализа ретестовой валидности анкеты; неудобная двухкомпонентная шкала анкеты и для изучаемых (невыполнимо однозначное оценивание утверждения), и для интерпретаторов (которые предпочитали шкалу лайкерта-типа)³³.

Реакцией на критику со стороны А. Басса и М.Перри стала разработка в 1992 г анкеты-опросника ВРАQ на основании качественных и количественных модификаций исходного содержания вопросов модели BDHI, было составлено 52 вопроса, представленные в пятиступенчатых шкалах лайкерта-типа: «Верbalная», «Косвенная агрессия», «Подозрительность», «Физическая агрессия», «Вербальная» и «Гнев».

Сформированный опросник заполнили 1253 студента-респондента в возрастном диапазоне 18-20 лет, сформированные в три выборки. Полученная информация от первой выборки была проанализирована с использованием метода факторного анализа.

В результате авторы исключили вопросы, которые имели или недостаточное факторное наполнение (меньше 0,35), или существенное наполнение по нескольким факторам. В результате анкета стала содержать 29 вопросов и 4 фактора с разным количественным содержанием вопросов: «Гнев» (7), «Физическая агрессия» (9), «Вербальная агрессия» (5) и «Враждебность» (8). Акцент на шкалу «Враждебность» был сделан включением

³³http://psylab.info/Опросник_уровня_агressivnosti_Bassa_-_Перри

в нее вопросов из шкал «Подозрительность» и «Обидчивость». В двух других выборках (448 и 399 чел) надежность 4-х факторной модели опросника была подтверждена³⁴.

Данная методика Басса-Перри прошла множество испытаний, проверок и адаптаций. Ученые Англии, Словакии, Италии США основываясь на их результатах подтвердили основательность вопросов и факторного состава опросника BPAQ. Исследователи Голландии и Канады заключили, что из шкалы «Враждебность» нужно удалить пару вопросов.

Голландские ученые по причине низкой факторной нагрузке пришли к выводу о необходимости изъятия одного из вопросов в шкале «Вербальная агрессия». В Японии в результате адаптации опросника было принято решение об исключении обратных вопросов в количестве двух. В целях совершенствования психометрических свойств указанного опросника привело к выводу испанских ученых о необходимости его сокращения до 20 вопросов, а их чикагских колег - до 12.

В итоге предпринятые меры по адаптированию и апробированию опросника привели, не взирая на разный результат ,по усовершенствованию 4-х факторной структуры. В качестве испытуемых были привлечены студенты университета, за исключением в Англии безработных до 35 лет. Специалисты Южной Флориды осуществили апробацию опросника на осужденных возрастной категории 17-69 лет в количестве 200человек. Состав испытуемых включал как мужчин(124),так и женщин(76) осужденных за различные преступления, а именно не агрессивного характера(78%) и агрессивно-насильственного(22%).Примечательно то что 84% опрошенных не имели высшего образования. Для данного контингента испытуемых выявлена не высокая адаптивность четырехфакторной структуры BPAQ. Эксплораторный факторный анализ показал наибольшую адаптивность таких факторов как: 1«Гнев» и «Физическая агрессия», 2«Враждебность» и «Вербальная агрессия».

В результате апробации опросник получил трёхфакторную структуру, из него возможно извлечение показателей трёх шкал: Гнев, Физическая агрессия и

³⁴http://psylab.info/Опросник_уровня_агрессивности_Басса_-_Перри

Враждебность, а также интегрального показателя. Ответы на пункты формируются по 5-балльной шкале Лайкерта³⁵.

Эта методика подходит для изучения агрессии, во-первых, потому, что содержит три шкалы, характеризующие различные, наиболее распространенные проявления агрессии, и, во-вторых, потому, что не перегружена лишними шкалами, как, например, методика Басса-Дарки.

2. Я-структурный тест Амона (нем. Ich-Struktur-Test nach Ammon, сокр. ISTA) - клиническая тестовая методика, разработанная G.Ammon в 1997 году на основании концепции динамической психиатрии (1976 г.) и адаптированная НИПНИ им. Бехтерева Ю.А. Тупицыным и его сотрудниками.

Психические процессы в рамках теории личности Амона базируется на отношениях, а структура самой личности отражает совокупность отношений. Из сходя из сущности указанной теории идентичность включает в себя структуру личности и психики, отображающих в разном объеме «Я-функций». В связи с этим, по мнению Амона, «психические расстройства по сути являются болезнями идентичности». Базовые структуры "Я" есть сложные элементы взаимодействующие между собой и окружающей средой оставаясь при этом не осознаваемыми. В результате этого изменяясь одна Я функция меняет другую Я-функцию³⁶.

Согласно этой же теории, психические расстройства представляют собой спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности. В рамках этой структуры психические расстройства ранжируются следующим образом: эндогенные психические расстройства, такие как шизофрения и БАР, считаются наиболее тяжелыми, затем следуют расстройства личности, затем - неврозы, вплоть до здоровых, адекватно структурированных личностей. За одними и теми же симптомами: аддикцией, обсессиями и т.д. - могут стоять различные типы поражения личности.

³⁵http://psylab.info/Опросник_уровня_агрессивности_Басса_-_Перри

³⁶http://psylab.info/Я-структурный_тест_Амона

Причиной же расстройств идентичности и предрасположенности к развитию расстройств, по Аммону, являются нарушенные межличностные отношения в значимых социальных группах, в первую очередь - в родительской семье, в результате чего не происходит адекватного интегративного развития Я-функций и общей гармонизации личности. Таким образом, теория Амона является попыткой объяснения этиологии и патогенеза психических расстройств с точки зрения психодинамических концепций, подвергнутых рациональной переработке³⁷.

Основной задачей при разработке теста была операционализация того, как преимущественно неосознаваемые структуры личности находят своё феноменологическое выражение в установках, отношениях и вариантах поведения. Пункты теста описывают варианты ситуаций, которые могли бы возникнуть в групповом межличностном взаимодействии. Неосознаваемая часть "Я" проявляется себя при самооценке переживания и поведения в таких ситуациях.

Эта методика подходит для изучения агрессии потому, что позволяет дифференцировать ее на три вида: конструктивную, деструктивную и дефицитарную.

3. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) считается одной из информативной методикой направленной на исследование самооценки личностной тревожности (как стойкая черта человека) и уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние). Разработана Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным.

Исследования тревожности у человека обязательно, так как поведение часто зависит от этого свойства. Определенный уровень тревоги - нормальная и неотъемлемая характерная черта деятельности индивида. Полезный уровень тревоги - это то что присуще каждому. Оценка человеком собственного

³⁷http://psylab.info/Я-структурный_тест_Амона

состояния в данном отношении считается для него значительным компонентом самоконтроля и самовоспитания³⁸.

Под личностной тревожностью понимается стойкая личная характеристика, отражающая склонность личности к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на любую из них конкретной реакцией. Личностная тревога, как предрасположенность, активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, которых можно отнести к высокотревожным, могут воспринимать угрозу личной самооценке и жизнедеятельности в большом диапазоне ситуаций и реагировать сильным состоянием тревожности. Если психологический тест обнаруживает у исследуемого повышенный показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа³⁹.

Эта методика подходит для изучения тревожности потому, что из основная масса популярных методов исследования тревожности позволяет оценить только или личностную тревожность, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером.

4. Интегративный тест тревожности – это оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева к.пс.н. А.П.

³⁸http://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера

³⁹http://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера

Бизюком, д.м.н. профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности, в том числе в клинике психосоматических заболеваний⁴⁰.

Авторы исходили из общих клинико-психопатологических представлений о тревоге как психофизиологическом процессе и учитывали накопленный опыт в создании и использовании стандартизованных инструментов оценки тревоги.

Тревога относится к числу фундаментальных, но наименее специфических субъективных эмоциональных состояний, постоянно наблюдаемых при различных формах патологии и предпатологии. Являясь одним из наиболее облигатных проявлений острого и хронического стресса, тревога, как известно, выполняет как защитную (мобилизующую) функцию, так и дестабилизирующую в том случае, если ее интенсивность и длительность превышают индивидуальные компенсаторные возможности личности в процессе адаптации⁴¹.

Ещё одним недостатком многих инструментальных методов исследования является недифференцированность тревоги и тревожности. Тревога и тревожность – различные, но системно связанные понятия, анализировать которые следует сопряжено для того, чтобы понять их личностный смысл в реальной жизненной ситуации человека. Именно таким образом в комплексной многомерной диагностике нарушений психической адаптации исследуется патогенез формирующихся психогений и социогений, внутренней картины болезни, тенденций к саморазрушающему поведению и др. Особенно четко эти общие механизмы формирования клинической картины болезни, где тревога – тревожность играют существенную (а нередко и основополагающую) роль, прослеживаются преимущественно при невротических и неврозоподобных расстройствах соматоформного типа (F4 – МКБ-10). Универсальность тревоги как аффективного регулятора поведения заключается прежде всего в ее опосредующей значимости и включенности в другие психические феномены,

⁴⁰http://psylab.info/Интегративный_тест_тревожности

⁴¹http://psylab.info/Интегративный_тест_тревожности

поэтому позитивная диагностика этого феномена чрезвычайно важна для квалификации формирующейся клинической картины болезни при тревожно-фобических (F40), других тревожных расстройствах (F.41), особенно при смешанных тревожных и депрессивных расстройствах (F41.2), при посттравматических стрессовых расстройствах (F43.1) и расстройствах адаптации (F43.2), соматоформных вегетативных расстройствах (F45.3), при соматогенных и др. нарушениях аффективного круга⁴².

Более того, тревога как эмоциональное состояние и тревожность как фундаментальная личностная характеристика, должна анализироваться во многих сферах функционирования личности: в спорте, военной и операторской деятельности специалистов, профотборе, педагогическом процессе и других областях, где предъявляются специальные требования к адаптивным возможностям человека⁴³.

Эта методика подходит для изучения тревожности, потому что, во первых, выделяет в феномене тревожности ситуативный и личностный компоненты, и, во-вторых, каждый компонент дифференцирует на 5 элементов. Т.е. эта методика позволяет провести детальную диагностику состояния тревожности.

5. Многофакторный личностный опросник 16PF (Sixteen Personaflity Factor Questionnaire, 16PF) считается одним из более популярных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей человека за рубежом и в нашей стране. Он создан под руководством Р. Б. Кеттелла и используется для написания большой сферы индивидуально-личностных отношений. Особой чертой опросника является то, что он ориентирован на выявление относительно независимых 16 факторов (шкал, первичных черт) личности.

Опросник Кеттелла (форма А, В) был размещен в 1949 году Институтом по проверке способностей личности (JPAT). В 1956-57 г. выпустили второе издание, которое было дополнено свежими разработками (форма С, D). В

⁴²http://psylab.info/Интегративный_тест_тревожности

⁴³ Там же.

1961-62 г. (форма Е, F) – третье, которое разрешено было применять как руководство к опроснику. В 1970 году вышло в свет пособие, с которым, как говорил Кеттел, «можно работать в полной мере». Адаптированный русскоязычный вариант опросника создан В.И. Похилько, А.С. Соловейчиком, А.Г. Шмелевым⁴⁴.

Для получения первичной информации о личности и способов её измерения Кеттелл использовал три важнейших источника информации:

L-данные («Liftrecorddata»), которые были получены с помощью регистрации подлинного поведения человека в повседневной жизни. Q-данные («Questionnairedata») были получены с помощью опросников и различных методов самооценок. Т-данные («Objectivetestdata»), были получены после использования объективных тестов с контролируемой экспериментальной ситуацией, которые получены как итог объективного измерения поведения без обращения к оценкам экспертов или самооценкам.

Р. Кеттелл изначально исходил из L-данных, полученных в 1936 г. Х. Одбертом и Г. Олпортом. На основе точного анализа лексики английского языка эти авторы обозначили 17953 определения, на основе которых отдельные черты поведения человека можно описать. Из этого перечня взяли 4,5 тысячи слов, характеризующих наиболее полно личностные черты, а устойчивые и важные поведенческие характеристики. Р. Кеттелл в 1946 году попытался сократить это число до разумной величины, на основе применения статистических методов факторного анализа. Это позволило ему сократить список признаков личности до 171. В целях дальнейшего уменьшения он прибегнул к услугам экспертной группы, которая оценивала степень знакомства личности с каждой из 171 личностных характеристик. В целях определения мнения группы судей ученый провел взаимную корреляцию оценок и вычленил 36 корреляционных плеяд, внутри которых имелись высоко-коррелирующие характеристики, выражющие общие суждения. Как он и ожидал, все плеяды включали пары членов, с высокими, отрицательными корреляциями, а именно, «доверчивый – подозрительный», «разговорчивый – молчаливый», «веселый – печальный» и

⁴⁴http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла

т.д. Итак, в результате у него подобралось 36 биполярных названий, впоследствии они были им расширены до 46 пар, включив в них специальные термины, взятые в работах других ученых⁴⁵.

Далее он составил рабочие определения для каждой биполярной пары характеристик, что было обусловлено необходимостью обучения экспертов и сформированности у них единого мнения. Впоследствии ряд проведенных исследований по использованию биполярных прилагательных позволили установить, что пространство L-данных может быть уменьшено до 12–15 факторов. В связи с этим сочли целесообразным перейти от исследований «L»-данных к исследованиям «Q»-данных. В итоге составляющие, выявленные на основании L-данных, обозначили латинскими буквами, начиная с A, а составляющие, выявленные в рамках Q-данных, буквой Q с числовыми индексами - римскими и арабскими⁴⁶.

Эта методика подходит для изучения личностных особенностей испытуемых, поскольку содержит 16 ключевых факторов, позволяющих получить комплексное и всестороннее описание личности.

6. Опросник агрессивности Басса - Дарки (англ. Buss - Durkee Hostility Inventory, сокр. BDHI) предназначен для выявления уровня агрессивности респондентов. На русском языке стандартизирован А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 году⁴⁷.

Агрессивность имеет качественную и количественную составляющие и, как и любое свойство, ей характерна разная степень проявления: от практически полного отсутствия до максимально возможного развития. Любая личность может проявлять определенную степень агрессивности, отсутствие которой способно привести к ведомости, конформности, пассивности, и т.д. Повышенное ее проявление становится определяющим во всем облике личности, что делает ее неспособной на сознательную кооперацию, приводит к

⁴⁵http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла

⁴⁶ Там же.

⁴⁷http://psylab.info/Опросник_уровня_агressivnosti_Bassa_-_Darki

конфликтности и т.д. Агрессивность как таковая не приводит к социальной опасности субъекта, что объективно обусловлено существующей нежесткой связью между агрессией и агрессивностью, но, в тоже время, акт агрессии сам по себе не способен принимать социально опасную и неодобряемую форму. В обыденном сознании агрессивность воспринимается как «злонамеренная активность», но деструктивное поведение по сути своей «злонамеренностью» не характеризуется. Таковым оно проявляется в силу мотива деятельности и те ценности, для достижения и обладания которыми проявлена активность.

Хотя внешне практические действия обладают общими характеристиками, но прямо противоположными являются их мотивационные компоненты.

На основе проведенного анализа, можно выделить два основных типа проявления агрессии: первый – мотивационная агрессия как самоценность, второй – инструментальная как средство (понимания под этим, что оба типа способны проявляться и под контролем сознания, и вне его, будучи сопряжены с эмоциональными переживаниями (враждебность, гнев). Практикующих психологов преимущественно должна заинтересовать именно мотивационная агрессия как непосредственное проявление реализации характерных для личности деструктивных тенденций. Только определившись с уровнем этих деструктивных тенденций, возможно с большой степенью уверенности прогнозировать проявления открытой мотивационной агрессии. К подобным диагностическим процедурам относится опросник Басса-Даркии⁴⁸.

Данная методика не будет применена в ходе практического исследования агрессии, т.к. вместо нее будет использована более совершенная методика Басса-Перри.

7. Handtest – это проективная методика исследования личности. Она была введена в научный и практический оборот в 1962 году. Автором этой методики является Э. Вагнер, а З. Пиотовский и Б. Брикли разработали систему

⁴⁸http://psylab.info/Опросник_уровня_агрессивности_Басса_-_Дарки

подсчета очков и коэффициентов. В Российской Федерации его адаптировала Т.Н. Курбатова⁴⁹.

«Hand-test» выгодно отличается относительной простотой от самых популярных проективных методик. Эта проектная методика есть средство более глубокого исследования личности. Способность валидно оценивать наклонность к «открытым агрессивному поведению», включая и сексуальное, отражает исключительную особенность теста.

Авторы «Hand-test'a» обосновывали его теоретические положения на основе следующих составляющих.

Только благодаря более высокому уровню развития мозга человека и его рук объясняется господство человека в системе живых существ. Как только рука перестала быть опорой при движении, став более свободной в движениях, она стала использоваться при выполнении иных функций, формируя новый образ мышления. Проведенные научные исследования подтвердили наличие этой связи. В результате проведенных изысканий выяснилось, что ни какая часть организма человека, кроме глаз, не способна оказать ему существенной помощи в ориентации и восприятии пространства как рука, а без нее, не представляется возможной выполнение какого-либо действия. Только она вовлечена во внешнюю активность. Только она способна оказать помощь человеку в выполнении множества функций. Наукой доказаны факты, свидетельствующие о ее роли (вместе с глазами) даже в период сна. Рука осуществляет постоянный контакт с внешней средой.

Именно рука способна удовлетворить витальные потребности и участвовать практически во всех действиях, связанных с получением удовольствия, в том числе и сексуального. В период детства она – единственный источник аутоэротического удовольствия. Только рука есть инструмент, обеспечивающим тактильную обратную и кинестетическую связь,

⁴⁹http://psylab.info/Тест_руки

и, именно она способна дать человеку преимущественную часть интериндивидуальной информации⁵⁰.

Итак, логические рассуждения привели нас к выводу о том, что проективный личностный тест, где разнообразные изображения руки рассматриваются как визуальные стимулы, позволит вскрыть основные тенденции в поведении человека на основании специфики его личностного восприятия предложенного стимульного материала.

Данная методика не будет применена в ходе практического исследования, т.к. она является проективной. При этом, во-первых, интерпретация результата, полученного с применением проективных методик, характеризуется субъективизмом исследователя, во-вторых, из-за отсутствия шкал, результаты методики не могут быть подвергнуты статистической обработке.

1.6 Сравнительное изучение выраженности агрессии и тревожных переживаний у больных алкоголизмом и наркоманией

Для сравнения выраженности агрессии и тревожных переживаний у лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимости, обратимся к исследованию, проведенному в 2010 г., и упомянутому в п. 1.4.

Выраженность тревожных переживаний у больных наркоманией и алкоголизмом. Особенности переживания тревоги наркозависимыми лицами характеризуются тем, что практически любые фрустрации, даже самые незначительные, вызывают тревогу и другие, связанные с ней, отрицательные эмоции (страх, беспокойство, паника). Чтобы защититься от тревожных переживаний, наркоман дистанцируется от своего окружения, он буквально уходит из окружающей среды во внутренний мир⁵¹.

У наркоманов тревожные опасения вызывают ограничительное поведение, выражющееся в отказе от деятельности в ситуациях, исход которых

⁵⁰http://psylab.info/Тест_руки

⁵¹Грузкова С.Ю. Индивидуально-личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. // Казанский педагогический журнал. – 2011. - №4. – С. 26 – 31.

непредсказуемым или трудно предсказуем. Наркозависимые лица проявляют склонность к навязчивому беспокойству, напряженности и нерешительности.

Авторы цитируемого исследования делают предположение о конституциональной предрасположенности наркоманов, в сочетании с особенностями индивидуального развития, к возникновению тревожных реакций. В своей деятельности лица, больные наркоманией, руководствуются, в первую очередь, не потребностью достичь успеха, а стремлением избежать неудачи. Свое поведение они строят таким образом, чтобы свести возможность неудачи к минимуму⁵².

Лицам, больным алкоголизмом, в отличие от наркозависимых лиц, свойственна повышенная пессимистичность. Переживание тревоги алкоголиками «окрашено» депрессивными и пессимистическими оттенками. Субъективно лица, больные алкогольной зависимостью, переживают тревогу как ощущение неопределенной угрозы, с не поддающимися предсказанию характером и временем возникновения, как опасения, тревожное ожидание.

Выраженность агрессии у больных наркоманией и алкоголизмом. Лица с алкогольной зависимостью характеризуются повышенной индивидуалистичностью, нарушением конформности, что отражается на проявлениях ими агрессии. Алкоголикам свойственно импульсивное и неупорядоченное поведение, а также реакции на поступки окружающих или собственные поступки, на фоне аутоагgressии.

У алкоголиков, как людей подверженных эмоциональному стрессу, неудовлетворенности качеством жизни, параллельно с расстройством конформности, наблюдается игнорирование общепринятых социальных морально-этических ценностей, принятых в здоровом обществе правил и норм поведения. В зависимости от стадии алкоголизма, это игнорирование может переходить и в агрессивные проявления. В особо тяжких формах, тенденции к проявлению антиобщественного поведения и действий могут переходить в самопроизвольную агрессию, сексуальную распущенность, реализацию

⁵²Грузкова С.Ю. Индивидуально-личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. // Казанский педагогический журнал. – 2011. - №4. – С. 26 – 31.

асоциальных импульсов. Часто агрессия проявляется алкоголиками косвенным путем, и направлена в основном на ближайшее окружение⁵³.

На сегодняшний день, в научной литературе отсутствуют данные сравнительного характера о выраженности тревожных переживаний и агрессии у больных наркоманией и алкоголизмом. Этую проблему до настоящего времени практически никто не исследовал.

⁵³Грузкова С.Ю. Индивидуально-личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. // Казанский педагогический журнал. – 2011. - №4. – С. 26 – 31.

Выводы по главе 1

Алкоголизм и наркомания представляют собой хронические психические заболевания, характеризующиеся пристрастием к психоактивным веществам (этиловому спирту или наркотическим веществам), с психической и физической зависимостью от них.

Международная классификация болезней МКБ-10 относит синдромы алкогольной и наркотической зависимости к V разделу, включающему психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Общей характерной чертой алкогольной и наркотической зависимостей является абstinентный синдром, возникающий при прекращении приема психоактивного вещества (алкоголя или наркотика), либо снижении его дозы.

В ходе проведенного в 2002 году исследования выявлены структурообразующие личностные качества наркозависимых: гиперконтроль, импульсивное поведение, завышенный оптимизм, тревожность, отсутствие контроля действий.

Психологическими особенностями алкоголиков являются тревожность, индивидуалистичность, импульсивность, эмоциональная лабильность и пессимистичность.

И алкоголики, и наркоманы часто «уютят в себя», в свой индивидуальный мир, и выстраивают своего рода барьер между собой и социумом, теряют связь с действительностью, подменяют существующее окружению своеобразным мнимым обществом таких же зависимых лиц.

Следовательно, общими признаками больных, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, выступают замкнутость, личностная обособленность и безучастность, изолированность в комплексе со склонностью обвинять других в любых проблемах (в отношениях, в жизни), а также склонность к конфликтам.

ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

2.1. Методы и материалы исследования

Актуальность планируемого эмпирического исследования заключается в следующем:

- понимание выраженности агрессии и тревоги у лиц с аддиктивным поведением может использоваться в комплексной терапии этих лиц, при составлении программы психокоррекции;
- проведение эмпирического исследования агрессии и тревоги у лиц с аддиктивным поведением позволит заполнить существующий пробел в психологической литературе, где такие исследования в настоящее время отсутствуют.

Предмет эмпирического исследования: выраженность агрессии и тревоги у пациентов с аддикциями (алкогольной и наркотической зависимостями).

Объект эмпирического исследования: выборка из 60 пациентов с диагнозом алкогольная зависимость - 30 человек, с диагнозом наркотическая зависимость - 30 человек.

Методы исследования: психодиагностический, математической статистики.

Материалы исследования: результаты проведенных опросов по 5 психодиагностическим методикам (характеристика методик приведена в п. 2.4 и п. 1.5).

2.2. Цели и задачи исследования

Цель эмпирического исследования: выявить структуру и выраженность агрессии и тревоги у пациентов с аддикциями (алкогольной и наркотической зависимостями).

Задачи эмпирического исследования:

- сформировать выборку испытуемых;
- сформировать комплекс психодиагностических методик;
- провести опрос испытуемых с использованием выбранных методик;

- произвести обработку полученных данных с использованием методов математической статистики;
- описать полученные результаты.

Гипотеза исследования (общая): в структуре и выраженности агрессии и тревожности у больных с алкогольной и наркотической зависимостью существуют как статистически достоверные различия, так и инвариантные проявления (т.е. свойственные обеим подгруппам испытуемых).

2.3. Описание выборки

В качестве базы исследования выбраны два медицинских учреждения наркологического профиля:

- Краевой клинический наркологический диспансер г.Ставрополя;
- Городская наркологическая больница г.Санкт-Петербурга.

В исследовании приняли участие 60 пациентов указанных медицинских учреждений. Из них с диагнозом алкогольная зависимость - 30 человек, с диагнозом наркотическая зависимость - 30 человек.

Социально-демографические характеристики испытуемых приведены в таблице 2.1.

Характеристики формы употребления психоактивных веществ (ПАВ) испытуемыми приведены в таблице 2.2.

Таблица 2.1

Социально-демографические характеристики участников исследования

Характеристика		Группа (количество респондентов)	
		Алкоголизм (N = 30)	Наркомания (N = 30)
Пол	Мужчины	17	28
	Женщины	13	2
Возраст	Диапазон	25 - 35 лет	24 - 35 лет
	M (SD)	28,9 (3,5)	29,7 (2,9)
Родительская семья	Полная	7	7
	Только мать	19	18
	Только отец	4	5
Семейное положение	Женат / замужем	15	10
	Холост / не замужем	15	20
Дети	Есть	24	14
	Нет	6	16
Образование	Неполное среднее	0	0
	Среднее	3	5
	Среднее специальное	20	18
	Незаконченное высшее	4	4
	Высшее	3	3
Опыт работы	Никогда не работал	3	1
	Случайные заработки	21	22
	Имел постоянную работу	6	7
Трудовая деятельность в настоящее время	Не работает	5	6
	Работает	25	24
Наличие судимости	Нет	27	9
	Да	2	13
	Несколько	1	8

Таблица 2.2

Характеристики формы употребления ПАВ участниками исследования

Характеристика		Группа (количество респондентов)	
		Алкоголизм (N = 30)	Наркомания (N = 30)
Возраст начала	Диапазон	11 - 18 лет	11 - 21 год
	M (SD)	14,3 (2)	14,6 (2,5)
Стаж употребления	Диапазон	9 - 24 года	9 - 21 год
	M (SD)	14,6 (4,6)	15 (3,4)
Срок трезвости	Диапазон	7 - 180 дней	14 - 210 дней
	M (SD)	50 (47,3)	71,5 (59,9)
Наличие проблем у супруга(и)	Есть	7	8
	Нет	8	2
Форма пьянства	Однодневное пьянство с похмельным синдромом	0	
	Непостоянное пьянство с похмельным синдромом	13	
	Постоянное пьянство	10	
	Запойное пьянство	7	
Сочетанное употребление различных ПАВ	Да		29
	Нет		1
Гедонистический мотив употребления алкоголя / ПАВ	Да	13	14
	Нет	17	16
Мотив употребления алкоголя / ПАВ — снятие напряжения	Да	26	24
	Нет	4	6
Конформный мотив употребления алкоголя / ПАВ	Да	26	24
	Нет	4	6
Мотив обращения за помощью	По настоянию родственников	21	16
	По собственной инициативе	6	10

Характеристика	Группа (количество респондентов)	
	Алкоголизм (N = 30)	Наркомания (N = 30)
Иной	3	4

2.4. Описание методик

В ходе исследования используются 5 психодиагностических методик:

1. Опросник уровня агрессивности Басса-Перри.
2. Я-структурный тест Аммана.
3. Шкала тревоги Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).
4. Интегративный тест тревожности.
5. 16PF опросник Кэттелла (форма С).

Опросник уровня агрессивности Басса-Перри предназначен для диагностики агрессивности. Описание теоретических оснований методики приведено в п. 1.5.

Опросник включает 3 шкалы:

1. Физическая агрессия.
2. Гнев.
3. Враждебность⁵⁴.

Опросник включает 24 утверждения, на каждое из которых возможны 5 вариантов ответа. Стимульный материал и ключ к методике Басса-Перри приведены в Приложении А.

Я-структурный тест Аммана состоит из 220 утверждений, с каждым из которых испытуемый должен выразить своё согласие или несогласие. Утверждения группируются в 18 шкал, вопросы между шкалами не пересекаются. Шкалы, в свою очередь, группируются по шести основным Я-функциям, на диагностику которых они и направлены. Это Агрессия, Тревога (страх), Внешнее ограничение Я, Внутреннее ограничение Я, Нарциссизм и Сексуальность. Каждая из этих функций, по Аммону, может быть конструктивной, деструктивной и дефицитарной - что и измеряется

⁵⁴http://psylab.info/Опросник_уровня_агрессивности_Басса_-_Перри

соответствующими шкалами. Описание теоретических оснований методики приведено в п. 1.5.

Агрессия в Я-структурного теста Амона рассматривается в качестве активной обращённости к людям и вещам, в первичной ориентированности на окружающую действительность и открытость ей, которые необходимы для удовлетворения его потребностей в общении и новизне. Это включает в себя способность к здоровому любопытству, установлению связей, активному анализу окружающей действительности и упорства в достижении цели. Концепция агрессивности также включает в себя потенциал активности человека и его способность к её реализации. Агрессия формируется в рамках первичных симбиотических отношений внутри первичной группы. В результате безразличного или враждебного отношения первичной группы к ребёнку у него формируется соответствующее переживание агрессии - деструктивное или дефицитарное⁵⁵.

Конструктивная агрессия. По сути это активность относительно самого себя, окружающих, объектов и духовных аспектов, характеризующаяся целенаправленностью и способствующая завязыванию контактов. Это способность формировать свою точку зрения, решать задачи и сохранять отношения. Активное выстраивание своей жизни.

Деструктивная агрессия. Ее существование проявляется через неверно направленное, прерывающие общение, разрушительную активность и в отношении самого себя, и в отношении окружающих, объектов и духовных задач, основными составляющими которой выступают нарушение регулировки агрессии, цинизм, обесценивание других людей, месть деструктивные вспышки.

Дефицитарная агрессия. Этот вид агрессии отличается отсутствием контакта с самим собой, другими людьми, вещами и духовными аспектами, а также пассивность, безучастность, душевная пустота, уход в себя; избежание конструктивного спора и конкуренции.

⁵⁵http://psylab.info/Я-структурный_тест_Амона

Стимульный материал, бланк ответов и ключ к Я-структурному тесту Аммана приведены в Приложении Б.

Шкала тревоги Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) предназначена для самооценки уровня тревожности. Описание теоретических оснований методики приведено в п. 1.5.

Методика включает 2 шкалы:

1. Ситуативная тревожность.
2. Личностная тревожность.

По каждой из подшкал общий итоговый показатель может отражаться от 20 до 80 баллов в 49 диапазоне. Следует отметить, что повышение итогового показателя неизменно влечет повышение уровня тревожности как ситуативного, так и личностного.

Стрессовая ситуация приводит к проявлению состояния реактивной (ситуационной) тревоги и для нее характерно субъективный дискомфорт, напряженность, беспокойство и вегетативное возбуждение. Для такого состояния естественны неустойчивость во времени и различная интенсивность, что определяется силой воздействия самой стрессовой ситуации.

Итак, по данной подшкале именно значение итогового показателя позволит оценить и уровень актуальной тревоги испытуемого, и определить находится ли он в ситуации стресса, а также какова степень интенсивности такого воздействия на него.

Конституциональную черту составляет личностная тревожность, которая по сути своей есть обусловливающая наличие склонности воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. Только в ситуации высокой личностной тревожности каждая подобная ситуация будет иметь стрессовое воздействие на субъекта и способствовать возникновению у него выраженной тревоги. Наличие невротического конфликта прямо коррелируется с очень высокой личностной тревожностью, с невротическими и эмоциональными срывами, а также с психосоматическими заболеваниями⁵⁶.

⁵⁶http://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера

Стимульный материал и ключ к Шкале тревоги Спилбергера приведены в Приложении В.

Интегративный тест тревожности предназначен для ля общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности. Описание теоретических оснований методики приведено в п. 1.5.

В методике выделяются два вида тревожности: ситуативная и личностная. В каждом виде тревожности выделяется 5 компонентов: эмоциональный дискомфорт (ЭД), астенический компонент (АСТ), фобический компонент (ФОБ), оценку перспектив (ОП) и социальные защиты (СЗ). Сумма по всем пяти шкалам показывает уровень общей ситуативной или личностной тревожности. Таким образом, общее количество шкал в данной методике составляет 12⁵⁷.

Стимульный материал и ключ к Интегративному тесту тревожности приведены в Приложении Г.

16PF опросник Кеттелла (форма С) используется в целях оценивания индивидуально-психологических особенностей личности.

Форма С содержит 105 вопросов, на каждый из которых предусмотрены 3 варианта ответа. В начале опроса испытуемому выдают специальный бланк, где ему требуется сделать необходимые пометки, по мере прочтения.

Перед началом работы предоставляется инструкция, в которой содержится информация о действиях испытуемого. Контрольным временем для проведения испытания являются 25-30 минут. Экспериментатор обязан контролировать процесс ответов на вопросы в отведенный временной отрезок работы испытуемого и, в случае медленной работы испытуемого, он его предупреждает об этом. Само испытание следует проводить лично в деловой и спокойной обстановке⁵⁸.

Методика содержит следующие шкалы, или факторы:

Группу коммуникативных свойств образуют следующие факторы:

⁵⁷http://psylab.info/Интегративный_тест_тревожности

⁵⁸http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла

А – общительность;
Н – смелость;
Е – доминантность;
Л – подозрительность;
Н – дипломатичность;
Q2 – самостоятельность.

В группу интеллектуальных свойств входят следующие факторы:

В – интеллектуальность;
М – мечтательность;
Н – дипломатичность;
Q1 – восприимчивость к новому.

В группе эмоциональных свойств объединяются следующие факторы:

С – эмоциональная устойчивость;
F – беспечность;
Н – смелость в социальных контактах;
I – эмоциональная чувствительность;
О – тревожность;
Q4 – напряженность;

В группу регуляторных свойств личности входят следующие факторы:

Q3 – самодисциплина;
G – моральная нормативность⁵⁹.

Стимульный материал и ключ к 16PF опроснику Кеттелла (форма С) приведены в Приложении Д.

Выводы по главе 2

Для изучения выраженности агрессии и тревоги у пациентов с аддикциями (алкогольной и наркотической зависимостями) было проведено эмпирическое исследование на базе двух учреждений здравоохранения наркологического профиля: Краевого клинического наркологического

⁵⁹http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла

диспансера г. Ставрополя и Городской наркологической больницы г.Санкт-Петербурга.

Выборка исследования включала 60 пациентов с диагнозом алкогольная зависимость - 30 человек, с диагнозом наркотическая зависимость – 30 испытуемых, среди которых мужчин 45 и женщин 15 возрастной категории 24 - 35 лет, стаж употребления психоактивных веществ от 9 до 24 лет.

При проведении исследования были использованы пять психодиагностических методик: опросник уровня агрессивности Басса-Перри, Я-структурный тест Амона, шкала тревоги Спилбергера, интегративный тест тревожности и 16PF опросник Кэттелла (форма С). Полученные данные были обработаны с применением методов математической статистики (дисперсионный анализ, U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента).

ГЛАВА 3.Структура и выраженность агрессии и тревоги у пациентов с аддикциями

3.1. Выраженность и структура агрессии по опроснику Басса-Перри

Басс и Перри выделяют в структуре агрессии 3 параметра: физическую агрессию, гнев, и враждебность.

Результаты исследования по методике Басса-Перри приведены в таблице 3.1. Были обследованы 60 респондентов (30 больных алкоголизмом и 30 больных наркоманией). Применение U-критерия Манна-Уитни позволило выявить статистически достоверные различия по шкалам «Физическая агрессия» и «Гнев». По шкале «Враждебность» статистически достоверные различия не выявлены.

Таблица 3.1

Результаты исследования по опроснику Басса-Перри

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) M ±m	Наркомания (N = 30) M ±m	Уровень значимых различий P < 0,05
Физическая агрессия	24,83 ± 1,83	30,4 ± 0,9	U = 330, p < 0,1
Гнев	18,5 ± 0,93	21,63 ± 0,91	U = 297, p < 0,05
Враждебность	21,5 ± 1,06	21,3 ± 0,99	Статистически не достоверно

Выявленные статистически достоверные различия по опроснику Басса-Перри показаны на рисунке 3.1.

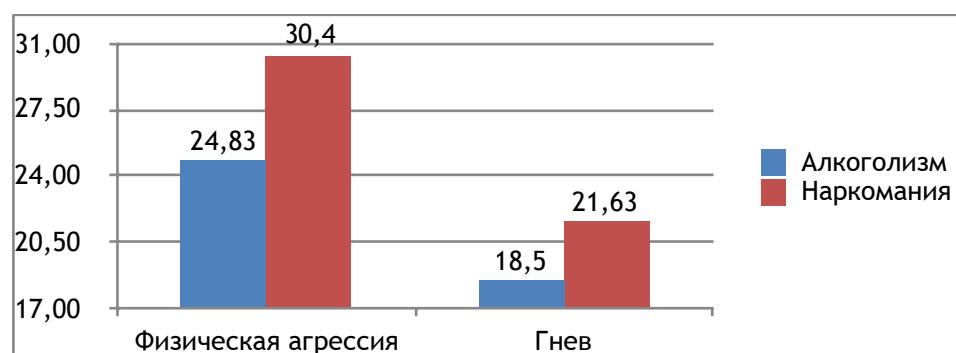


Рисунок 3.1. Достоверные различия по опроснику Басса-Перри

Согласно данным стандартизированной выборки, для методики Басса-Перри нормативные значения по шкале «Физическая агрессия» от 13 до 27, по шкале «Гнев» от 10 до 21, по шкале «Враждебность» от 12 до 24.

Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по опроснику Басса-Перри показано на рисунке 3.2.

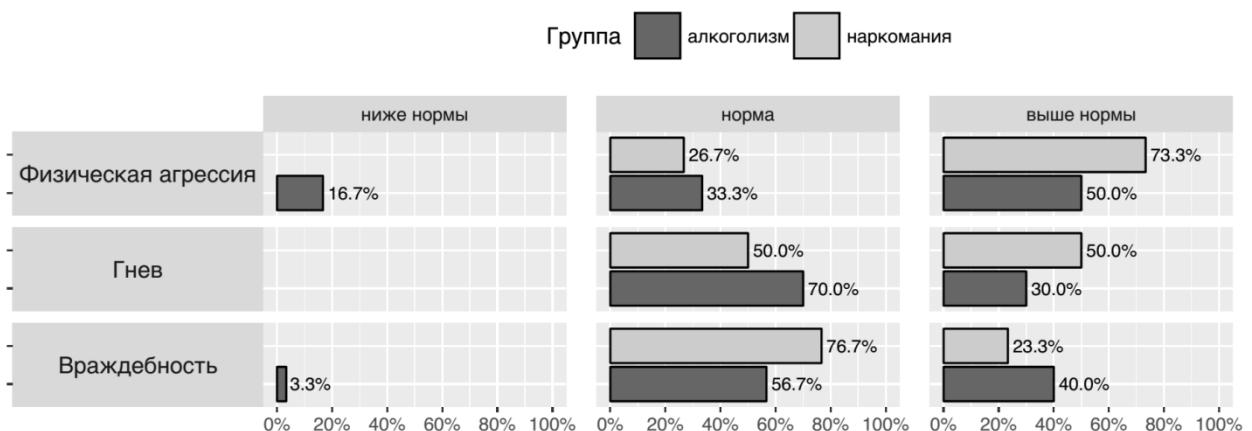


Рисунок 3.2. Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по опроснику Басса-Перри

Анализ результатов, полученных по опроснику Басса-Перри, позволяет сделать следующую психологическую интерпретацию:

1. В подгруппе лиц с наркотической зависимостью выраженность физической агрессии и гнева выше, чем в подгруппе лиц с алкогольной зависимостью.
2. Применение точного теста Фишера показало, что в подгруппе лиц с наркотической зависимостью выраженность физической агрессии превышает нормальные значение сильнее (73,3%), чем в подгруппе лиц с алкогольной зависимостью (50,0%); при этом у 16,7% лиц с алкогольной зависимостью выраженность физической агрессии ниже нормы (уровень значимости $p \leq 0,05$).

Вывод: у больных наркоманией по сравнению с больными алкоголизмом по методике Басса-Перри отмечаются более высокие показатели по шкалам физической агрессии, у больных алкоголизмом – более высокие показатели по шкале гнева.

3.2. Выраженность и структура агрессии по Я-структурному тесту

Автор Я-структурного теста Аммон выделяет три вида агрессии: конструктивную, деструктивную и дефицитарную.

Результаты исследования по Я-структурному тесту Амона приведены в таблице 3.2. Были обследованы 60 респондентов (30 больных алкоголизмом и 30 больных наркоманией). Применение U-критерия Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента позволило выявить статистически достоверные различия по шкалам «ОИ3 (Внутреннее Я-ограничениедефицитарное)» и «Се2 (Сексуальность деструктивная)». По шкалам «А1 (Агрессия конструктивная)», «А2 (Агрессия деструктивная)», «А3 (Агрессия дефицитарная)», «С1 (Тревога конструктивная)», «С2 (Тревога деструктивная)», «С3 (Тревога дефицитарная)», «ОА1 (Внешнее Я-ограничение конструктивное)», «ОА2 (Внешнее Я-ограничение деструктивное)», «ОА3 (Внешнее Я-ограничение дефицитарное)», «ОИ1 (Внутреннее Я-ограничение конструктивное)», «ОИ2 (Внутреннее Я-ограничение деструктивное)», «Н1 (Нарциссизм конструктивный)», «Н2 (Нарциссизм деструктивный)», «Н3 (Нарциссизм дефицитарный)», «Се1 (Сексуальность конструктивная)», «Се3 (Сексуальность дефицитарная)» статистически достоверные различия не выявлены.

Таблица 3.2

Результаты исследования по Я-структурному тесту Амона

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) $M \pm m$	Наркомания (N = 30) $M \pm m$	Уровень значимых различий P < 0,05
А1 (Агрессия конструктивная)	$47,9 \pm 1,74$	$46,77 \pm 1,7$	Статистически не достоверно
А2 (Агрессия деструктивная)	$63,43 \pm 1,16$	$62,67 \pm 1,92$	Статистически не достоверно
А3 (Агрессия дефицитарная)	$51,43 \pm 1,71$	$53,47 \pm 1,39$	Статистически не достоверно
С1 (Тревога конструктивная)	$50,23 \pm 1,47$	$49,4 \pm 1,53$	Статистически не достоверно

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) M ± m	Наркомания (N = 30) M ± m	Уровень значимых различий P < 0,05
C2 (Тревога деструктивная)	64,57 ± 1,45	63,23 ± 1,95	Статистически не достоверно
C3 (Тревога дефицитарная)	62,47 ± 1,52	61,87 ± 1,52	Статистически не достоверно
OA1 (Внешнее Я-ограничение конструктивное)	45,67 ± 1,65	45,97 ± 1,92	Статистически не достоверно
OA2 (Внешнее Я-ограничение деструктивное)	52,6 ± 2,86	50,67 ± 2	Статистически не достоверно
OA3 (Внешнее Я-ограничениедефицитарное)	57,53 ± 1,79	54,1 ± 1,73	Статистически не достоверно
OI1 (Внутреннее Я-ограничение конструктивное)	41,57 ± 1,63	45,73 ± 1,9	Статистически не достоверно
OI2 (Внутреннее Я-ограничение деструктивное)	50,37 ± 2,92	51,73 ± 2,8	Статистически не достоверно
OI3 (Внутреннее Я-ограничениедефицитарное)	57,23 ± 1,78	61,27 ± 1,49	U = 326, p < 0,1
H1 (Нарциссм конструктивный)	53,43 ± 1,71	50,07 ± 2,12	Статистически не достоверно
H2 (Нарциссм деструктивный)	60,97 ± 1,95	60,07 ± 2,35	Статистически не достоверно
H3 (Нарциссм дефицитарный)	61,5 ± 1,87	57,93 ± 1,83	Статистически не достоверно
Ce1 (Сексуальность конструктивная)	49,27 ± 1,49	52,43 ± 1,34	Статистически не достоверно
Ce2 (Сексуальность деструктивная)	55,03 ± 1,95	59,5 ± 1,79	t(58) = -1,686; p < 0,1
Ce3 (Сексуальность дефицитарная)	51,73 ± 1,46	51,37 ± 1,85	Статистически не достоверно

Согласно данным стандартизированной выборки, для Я-структурного теста Амона нормативные значения по шкалам агрессии находятся в диапазоне 40-60 баллов для каждой шкалы, значения от 0 до 39 ниже нормативных, значения от 61 до 110 выше нормы.

Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по Я-структурному тесту Амона показано на рисунке 3.3.

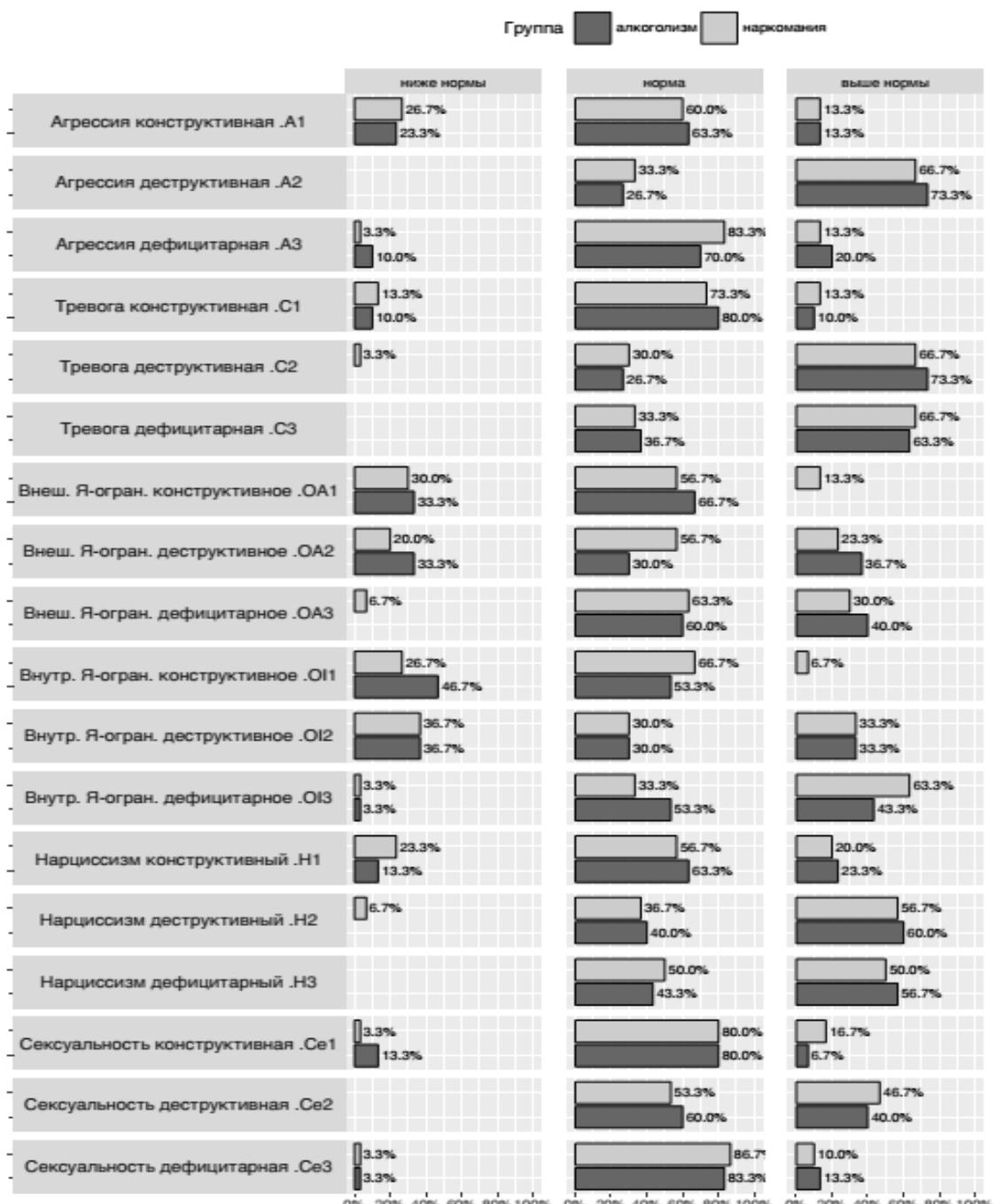


Рисунок 3.3. Соотношение показателей испытуемых с нормальными

показателями по Я-структурному тесту Амона

Применение точного теста Фишера показало, что:

в подгруппе лиц с алкогольной зависимостью деструктивная агрессия превышает норму чаще (в 73,3% случаев), чем у лиц с наркотической зависимостью (в 66,7% случаев), уровень значимости $p \leq 0,05$;

в подгруппе лиц с наркотической зависимостью показатели по шкале «Внешнее Я-ограничение конструктивное» Я-структурного теста Амона превышают нормальные значения у 13,3% испытуемых, а показатели по шкале «Внутреннее Я-ограничение конструктивное» превышают нормальные значения у 6,7% испытуемых, уровень значимости $p \leq 0,05$.

3.3. Различие проявлений агрессии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью

Обобщение результатов, полученных с использованием опросника Басса-Перри и Я-структурного теста Амона, позволяет сделать следующие выводы о различиях в проявлениях агрессии у пациентов с алкоголизмом и наркоманией.

В подгруппе больных алкоголизмом сильнее выражены проявления гнева ($18,5 \pm 0,93$), при том, что в подгруппе больных наркомании значение по шкале «Гнев» методики Басса-Перри составляет $21,63 \pm 0,91$

В подгруппе больных с наркотической зависимостью сильнее выражено проявление физической агрессии ($30,4 \pm 0,9$), при том, что в подгруппе больных алкоголизмом значение по шкале «Физическая агрессия» методики Басса-Перри составляет $24,83 \pm 1,83$.

Показатели по шкале «Физическая агрессия» методики Басса-Перри выше нормы у 73,3% испытуемых в подгруппе больных наркоманией и у 50,0% лиц в подгруппе лиц с алкогольной зависимостью; при этом у 16,7% лиц с алкогольной зависимостью выраженность физической агрессии ниже нормы (для оценки достоверности различий использован точного теста Фишера, уровень значимости $p \leq 0,05$).

3.4. Инвариатные проявления агрессии у больных наркоманией и алкоголизмом

Анализ результатов, полученных с использованием Я-структурного теста Аммана, позволил выявить инвариантное проявление агрессии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями. И у тех, и у других значения показателей по шкале «A2 (Агрессия деструктивная)» Я-структурного теста Аммана выше нормативных значений. В подгруппе больных алкоголизмом значение по указанной шкале превышает норму в 73,3% случаях, а в подгруппе больных наркоманией в 66,7% случаях (для оценки достоверности различий использован F-критерий Фишера, уровень значимости $p \leq 0,05$).

3.5. Выраженность и структура тревоги по опроснику Спилбергера

Автор методики исследования тревожности Спилбергер выделяет в структуре тревожности два компонента: ситуативную и личностную тревожность.

Результаты исследования тревожности опроснику Спилбергера приведены в таблице 3.3. Были обследованы 60 респондентов (30 больных алкоголизмом и 30 больных наркоманией). Применение U-критерия Манна-Уитни показало, что по шкалам «Ситуативная тревожность» и «Личностная тревожность» статистически достоверные различия не выявлены.

Таблица 3.3

Результаты исследования по методике Спилбергера

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) $M \pm m$	Наркомания (N = 30) $M \pm m$	Уровень значимых различий P < 0,05
Ситуативная тревожность	$46,5 \pm 1,28$	$48,93 \pm 1,27$	Статистически не достоверно
Личностная тревожность	$50,8 \pm 1,27$	$48,27 \pm 1,43$	Статистически не достоверно

Согласно данным стандартизированной выборки, для методики Спилбергера нормативные значения находятся в диапазоне 31-44 балла

(умеренная, или нормальная, тревожность). Значения от 30 баллов и ниже означают низкую тревожность, значения от 45 баллов и выше – высокую тревожность (выше нормы).

Соотношение показателей тревожности испытуемых с нормальными показателями по методике Спилбергера показано на рисунке 3.4.

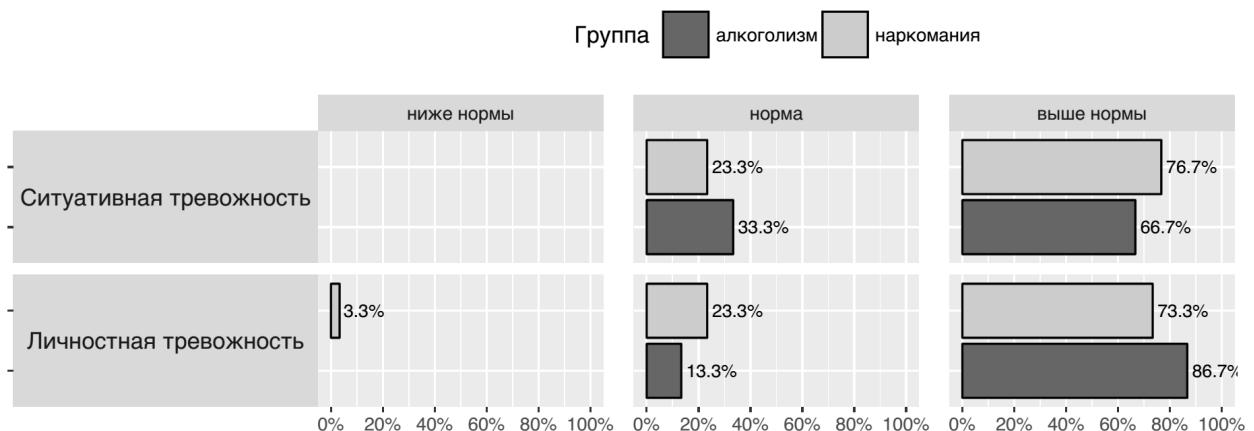


Рисунок 3.4. Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по методике Спилбергера

Применение U-критерия Манна-Уитни и точного теста Фишера не показало статистически достоверных различий в полученных результатах.

3.6. Выраженность и структура тревоги по Я - структурному тесту

Автор Я-структурного теста Аммон выделяет три вида тревоги: конструктивную, деструктивную и дефицитарную.

Результаты исследования по Я-структурному тесту Аммана приведены в таблице 3.2 (см. выше по тексту). Были обследованы 60 респондентов (30 больных алкоголизмом и 30 больных наркоманией). Применение U-критерия Манна-Уитни показало, что по шкалам «C1 (Тревога конструктивная)», «C2 (Тревога деструктивная)» и «C3 (Тревога дефицитарная)» достоверные статистические различия отсутствуют.

Согласно данным стандартизированной выборки, для Я-структурного теста Аммана нормативные значения по шкалам тревоги находятся в диапазоне 40-60 баллов для каждой шкалы, значения от 0 до 39 ниже нормативных, значения от 61 до 110 выше нормы.

Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по Я-структурному тесту Амона показано на рисунке 3.4 (см. выше по тексту).

Применение U-критерия Манна-Уитни и точного теста Фишера не показало статистически достоверных различий в полученных результатах.

3.7. Выраженность и структура тревоги по Интегративному тесту тревожности

Авторы Интегративного теста тревожности, выделяют два вида тревожности: ситуативную и личностную. При этом, в каждом виде тревожности они выделяют 5 компонентов: эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, фобический компонент, оценку перспектив и социальные защиты. Сумма по всем пяти шкалам показывает уровень общей ситуативной или личностной тревожности.

Результаты исследования по Интегративному тесту тревожности в таблице 3.4. Были обследованы 60 респондентов (30 больных алкоголизмом и 30 больных наркоманией). Применение U-критерия Манна-Уитни позволило выявить статистически достоверные различия по шкалам «Фобический компонент тревожности (сituативный)», «Оценка перспектив (сituативная)» и «Фобический компонент тревожности (личностный)». По шкалам «Ситуативная тревожность общая», «Эмоциональный дискомфорт (сituативный)», «Астенический компонент тревожности (сituативный)», «Социальные защиты (сituативные)», «Личностная тревожность общая», «Эмоциональный дискомфорт (личностный)», «Астенический компонент тревожности (личностный)», «Оценка перспектив (личностная)» и «Социальные защиты (личностные)» статистически достоверные различия не выявлены.

Таблица 3.4

Результаты исследования по Интегративному тесту тревожности

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) M ± m	Наркомания (N = 30) M ± m	Уровень значимых различий P < 0,05
Ситуативная тревожность общая	6,33 ± 0,18	5,8 ± 0,28	Статистически не достоверно
Эмоциональный дискомфорт (ситуативный)	6 ± 0,43	6,37 ± 0,31	Статистически не достоверно
Астенический компонент тревожности (ситуативный)	4,97 ± 0,44	4,9 ± 0,53	Статистически не достоверно
Фобический компонент тревожности (ситуативный)	6,5 ± 0,44	5,27 ± 0,44	U = 303, p < 0,05
Оценка перспектив (ситуативная)	7,2 ± 0,25	6,43 ± 0,32	U = 334, p < 0,1
Социальные защиты (ситуативные)	3,33 ± 0,38	2,83 ± 0,43	Статистически не достоверно
Личностная тревожность общая	6,57 ± 0,16	5,97 ± 0,33	Статистически не достоверно
Эмоциональный дискомфорт (личностный)	6,6 ± 0,26	6,4 ± 0,35	Статистически не достоверно
Астенический компонент тревожности (личностный)	6,63 ± 0,33	6,23 ± 0,47	Статистически не достоверно
Фобический компонент тревожности (личностный)	7,07 ± 0,24	5,97 ± 0,35	U = 283, p < 0,05
Оценка перспектив (личностная)	4,97 ± 0,41	4,77 ± 0,45	Статистически не достоверно
Социальные защиты (личностные)	3,1 ± 0,4	3,33 ± 0,45	Статистически не достоверно

Выявленные статистически достоверные различия по Интегративному тесту тревожности показаны на рисунке 3.5.

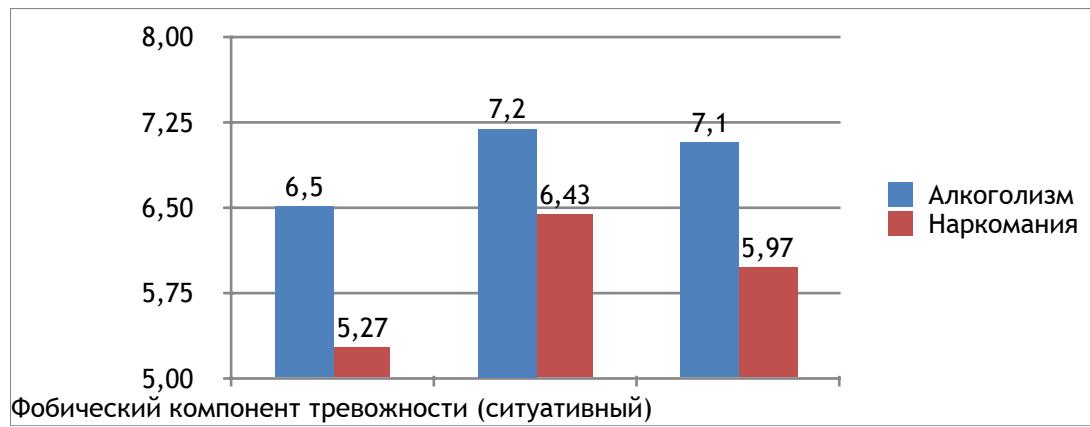


Рисунок 3.5. Достоверные различия по Интегративному тесту тревожности

Для Интегративного теста тревожности, средний фактический балл, полученный для нормативной группы из 540 практически здоровых лиц в возрасте от 22 до 55 лет, равен $11,91 \pm 4,58$. Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по Интегративному тесту тревожности показано на рисунке 3.6.

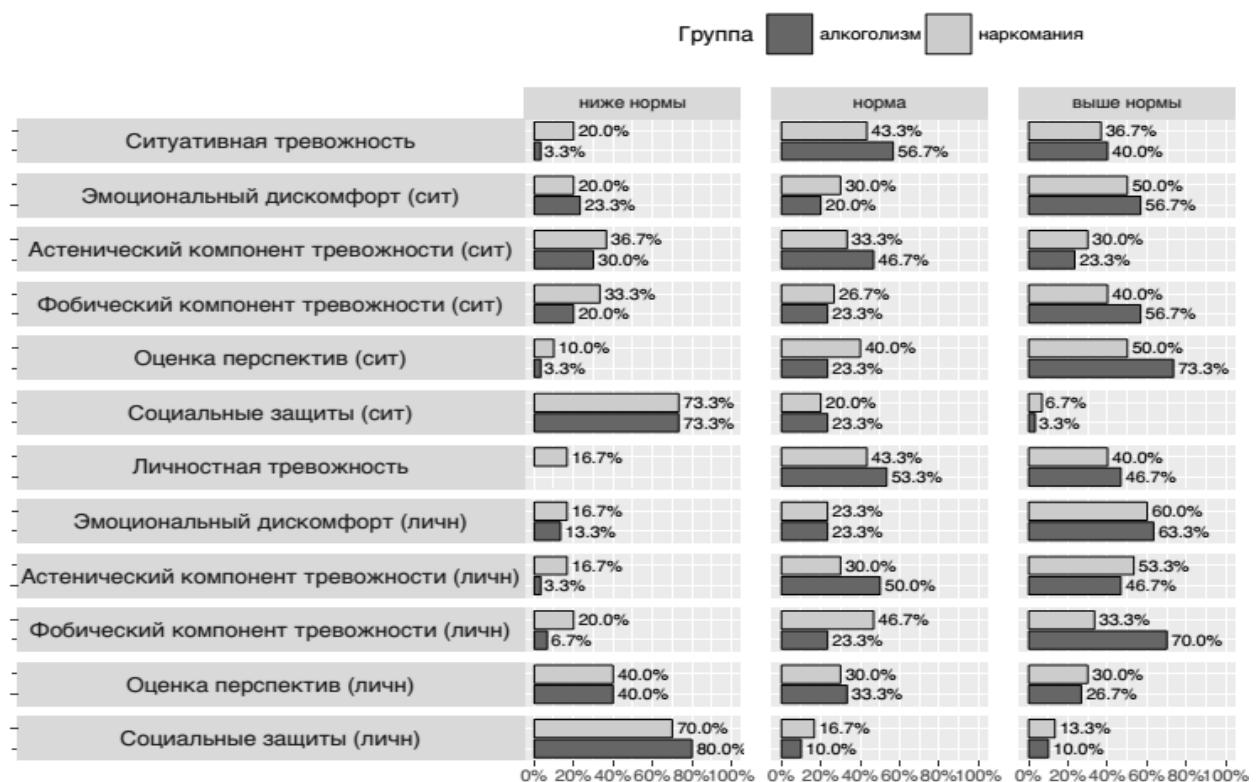


Рисунок 3.6. Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по Интегративному тесту тревожности

Анализ результатов, полученных по Интегративному тесту тревожности, позволяет сделать следующую психологическую интерпретацию:

1. Все три выявленных статистически достоверных различия: «Фобический компонент тревожности (ситуативный)», «Оценка перспектив (ситуативная)» и «Фобический компонент тревожности (личностный)» Интегративного теста тревожности, - показывают, что у больных алкоголизмом проявления тревожности выше, чем у больных наркоманией.

2. Применение точного теста Фишера показало, что фобический компонент тревожности (личностный) чаще превышает норму у больных алкоголизмом (70,0% случаев), чем у больных наркоманией (33,3% случаев), уровень значимости $p \leq 0,05$.

Вывод: у лиц с алкогольной зависимостью фобические компоненты тревожности (личностный и ситуативный), а также оценка перспектив (ситуативная) выше, чем у лиц с наркотической зависимостью. Фобический компонент тревожности (личностный) чаще превышает норму у больных алкоголизмом, чем у больных наркоманией.

3.8. Инвариатные проявления тревоги у больных наркоманий и алкоголизмом

Для выявления инвариатных проявлений тревоги у больных наркоманий и алкоголизмом было произведено обобщение результатов исследования тревожности, полученных с использованием методики Спилбергера, Я – структурного теста Аммана и Интегративного теста тревожности.

Применение U-критерия Манна-Уитни и точного теста Фишера не показало статистически достоверных различий в полученных результатах.

3.9. Соотношение агрессии и тревоги с алкогольной зависимостью

В ходе исследования был проведен корреляционный анализ взаимосвязи различных проявлений агрессии и тревоги у лиц с алкогольной зависимостью. Для этого был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона для всех возможных пар шкал использованных методик, измеряющих проявления агрессии и тревоги.

Статистически достоверные результаты корреляционного анализа приведены в таблице 3.5.

Таблица 3.5

Коэффициенты корреляции и тревоги для больных алкоголизмом

№ п/п	Шкала 1 (строка)	Шкала 2 (столбец)	Коэфф. корреляции	Ур.знач. различий $P < 0,05$
1	Инт_Сит_ОП	F_O	0,363	0,049
2	C1	F_F1	0,416	0,022
3	Гнев	F_F1	-0,428	0,018
4	CX_Личн_трев	CX_Сит_трев	0,817	0,000
5	C1	CX_Сит_трев	-0,406	0,026
6	Физ_агр	CX_Сит_трев	0,379	0,039
7	C1	CX_Личн_трев	-0,440	0,015
8	Физ_агр	CX_Личн_трев	0,524	0,003
9	Гнев	CX_Личн_трев	0,498	0,005
10	Инт_Сит_ЭД	Инт_Сит_трев_общ	0,620	0,000
11	Инт_Сит_ФОБ	Инт_Сит_трев_общ	0,631	0,000
12	Инт_Личн_ОП	Инт_Сит_трев_общ	-0,479	0,007
13	Физ_агр	Инт_Сит_ЭД	-0,364	0,048
14	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Сит_ФОБ	0,413	0,023
15	Враждебность	Инт_Сит_ФОБ	0,364	0,048
16	Инт_Личн_ЭД	Инт_Личн_трев_общ	0,452	0,012
17	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Личн_трев_общ	0,547	0,002
18	Инт_Личн_ОП	Инт_Личн_трев_общ	0,499	0,005
19	Инт_Личн_СЗ	Инт_Личн_трев_общ	0,746	0,000
20	A3	Инт_Личн_трев_общ	-0,444	0,014
21	Инт_Личн_АСТ	Инт_Личн_ЭД	-0,440	0,015
22	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Личн_ЭД	0,371	0,044
23	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Личн_АСТ	-0,498	0,005
24	A3	Инт_Личн_ФОБ	-0,447	0,013
25	A3	Инт_Личн_СЗ	-0,366	0,047

№ п/п	Шкала 1 (строка)	Шкала 2 (столбец)	Коэффициент корреляции	Ур.знач. различий $P < 0,05$
26	C2	A3	0,439	0,015
27	C3	A3	0,404	0,027
28	C3	C2	0,605	0,000
29	Гнев	Физ_агр	0,702	0,000
30	Враждебность	Физ_агр	-0,391	0,033

Как видно из таблицы 3.5, все измеренные корреляции статистически значимы (см. крайний справа столбец таблицы). При этом, по степени силы рассчитанные корреляции распределяются от умеренной (строка 1 таблицы содержит минимальное значение $cor = 0,363$) до сильной (строка 1 таблицы содержит максимальное значение $cor = 0,817$).

Вывод: у лиц с алкогольной зависимостью проявления тревожности и агрессии тесно взаимосвязаны. Анализ корреляционных связей, имеющих отношение к гипотезе исследования, приведен в п. 3.14.

3.10. Соотношение агрессии и тревоги с наркотической зависимостью

В ходе исследования был проведен корреляционный анализ взаимосвязи различных проявлений агрессии и тревоги у лиц с наркотической зависимостью. Для этого был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона для всех возможных пар шкал использованных методик, измеряющих проявления агрессии и тревоги.

Статистически достоверные результаты корреляционного анализа приведены в таблице 3.6.

Таблица 3.6

Коэффициенты корреляции агрессии и тревоги для больных наркоманией

№ п/п	Шкала 1 (строка)	Шкала 2 (столбец)	Коэффициент корреляции	Ур. Знач. различий $P < 0,05$
1	F_F1	F_O	0,574	0,001

№ п/п	Шкала 1 (строка)	Шкала 2 (столбец)	Коэффициент корреляции	Ур. Знач. различий P < 0,05
2	A1	F_O	-0,410	0,024
3	CX_Сит_трев	F_F1	0,408	0,025
4	CX_Личн_трев	F_F1	0,368	0,045
5	Инт_Личн_трев_общ	F_F1	0,382	0,037
6	Инт_Личн_ЭД	F_F1	0,371	0,043
7	Инт_Личн_ФОБ	F_F1	0,388	0,034
8	CX_Личн_трев	CX_Сит_трев	0,812	0,000
9	Инт_Личн_ФОБ	CX_Сит_трев	0,393	0,032
10	Инт_Личн_ФОБ	CX_Личн_трев	0,396	0,030
11	Инт_Сит_ЭД	Инт_Сит_трев_общ	0,722	0,000
12	Инт_Сит_ACT	Инт_Сит_трев_общ	0,570	0,001
13	Инт_Сит_ФОБ	Инт_Сит_трев_общ	0,699	0,000
14	Инт_Сит_OП	Инт_Сит_трев_общ	0,446	0,013
15	Инт_Личн_ЭД	Инт_Сит_трев_общ	0,463	0,010
16	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Сит_трев_общ	0,471	0,009
17	A2	Инт_Сит_трев_общ	0,389	0,034
18	Инт_Сит_ФОБ	Инт_Сит_ЭД	0,625	0,000
19	Гнев	Инт_Сит_ЭД	0,389	0,034
20	Инт_Личн_ЭД	Инт_Сит_ACT	0,473	0,008
21	C3	Инт_Сит_ACT	0,462	0,010
22	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Сит_ФОБ	0,568	0,001
23	Инт_Личн_трев_общ	Инт_Сит_OП	0,450	0,013
24	Инт_Личн_OП	Инт_Сит_OП	0,410	0,024
25	A3	Инт_Сит_OП	0,578	0,001
26	Инт_Личн_ЭД	Инт_Личн_трев_общ	0,806	0,000
27	Инт_Личн_ACT	Инт_Личн_трев_общ	0,389	0,034
28	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Личн_трев_общ	0,720	0,000
29	Инт_Личн_OП	Инт_Личн_трев_общ	0,585	0,001
30	C2	Инт_Личн_трев_общ	0,583	0,001

№ п/п	Шкала 1 (строка)	Шкала 2 (столбец)	Коэффициент корреляции	Ур. Знач. различий $P < 0,05$
31	Инт_Личн_ФОБ	Инт_Личн_ЭД	0,788	0,000
32	A2	Инт_Личн_ФОБ	0,469	0,009
33	C2	Инт_Личн_ФОБ	0,389	0,034
34	C2	Инт_Личн_ОП	0,436	0,016
35	C2	Инт_Личн_C3	0,425	0,019
36	C3	C1	-0,421	0,021
37	Гнев	C1	0,397	0,030
38	Гнев	Физ_агр	0,373	0,043

Как видно из таблицы 3.6, все измеренные корреляции статистически значимы (см. крайний справа столбец таблицы). При этом, по степени силы рассчитанные корреляции распределяются от умеренной (строка 6 таблицы содержит минимальное значение $cor = 0,371$) до сильной (строка 26 таблицы содержит минимальное значение $cor = 0,806$).

Вывод: у лиц с наркотической зависимостью проявления тревожности и агрессии тесно взаимосвязаны. Анализ корреляционных связей, имеющих отношение к гипотезе исследования, приведен в п. 3.15.

3.11. Соотношение личностных и клинических показателей и выраженности шкал агрессии и тревоги у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью

Для изучения личностных и клинических показателей у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью использован тест Кеттелла (форма С). Результаты исследования по методике Кеттелла приведены в таблице 3.6.

Таблица 3.6

Результаты исследования по методике Кеттелла

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) M ± m	Наркомания (N = 30) M ± m	Уровень значимых различий P < 0,05
A (Общительность)	4,37 ± 0,32	4,33 ± 0,34	Статистически не достоверно
B (Интеллект)	3,77 ± 0,38	3,9 ± 0,45	Статистически не достоверно
C (Эмоциональная стабильность)	3,87 ± 0,27	4,73 ± 0,41	Статистически не достоверно
E (Самоутверждение)	6,53 ± 0,3	6,97 ± 0,32	Статистически не достоверно
F (Экспрессивность)	6,53 ± 0,29	6,43 ± 0,37	Статистически не достоверно
G (Нормативность)	6,13 ± 0,38	2,27 ± 0,44	Статистически не достоверно
H (Смелость)	5,7 ± 0,33	5,47 ± 0,3	Статистически не достоверно
I (Чувствительность)	5,87 ± 0,41	4,5 ± 0,47	U = 324, p < 0,1
L (Подозрительность)	6,9 ± 0,31	7,33 ± 0,36	Статистически не достоверно
M (Мечтательность)	5,83 ± 0,33	5,73 ± 0,31	Статистически не достоверно
N (Дипломатичность)	5,1 ± 0,36	5,03 ± 0,31	Статистически не достоверно
O (Тревожность)	7,23 ± 0,25	7,03 ± 0,32	Статистически не достоверно
Q1 (Радикализм)	5,77 ± 0,45	4,67 ± 0,47	Статистически не достоверно
Q2 (Нонконформизм)	4,97 ± 0,26	5,4 ± 0,33	Статистически не достоверно
Q3 (Самоконтроль)	5,63 ± 0,32	6,13 ± 0,41	Статистически не достоверно
Q4 (Напряженность)	5,63 ± 0,32	5,57 ± 0,3	Статистически не достоверно
F1 (Тревожность)	7,42 ± 0,15	6,47 ± 0,29	U = 317, p < 0,05
F2 (Экстраверсия)	6,04 ± 0,24	5,79 ± 0,27	Статистически не достоверно

Шкалы	Алкоголизм (N = 30) M ± m	Наркомания (N = 30) M ± m	Уровень значимых различий P < 0,05
F3 (Уравновешенность)	6,31 ± 0,38	7,05 ± 0,38	Статистически не достоверно
F4 (Независимость)	6,41 ± 0,15	5,89 ± 0,27	Статистически не достоверно
MD	4,13 ± 0,11	4,9 ± 0,22	U = 268, p < 0,05

Были обследованы 60 респондентов (30 больных алкоголизмом и 30 больных наркоманией). Применение U-критерия Манна-Уитни позволило выявить статистически достоверные различия по шкалам «I (Чувствительность)» и «F1 (Тревожность)». По шкалам «A (Общительность)», «B (Интеллект)», «C (Эмоциональная стабильность)», «E (Самоутверждение)», «F (Экспрессивность)», «G (Нормативность)», «H (Смелость)», «L (Подозрительность)», «M (Мечтательность)», «N (Дипломатичность)», «O (Тревожность)», «Q1 (Радикализм)», «Q2 (Нонконформизм)», «Q3 (Самоконтроль)», «Q4 (Напряженность)», «F2 (Экстраверсия)», «F3 (Уравновешенность)» и «F4 (Независимость)» статистически достоверные различия не выявлены.

Выявленные статистически достоверные различия по тесту Кетелла, а также по Я-структурному тесту Аммана, описывающие личностные качества испытуемых показаны на рисунке 3.7.

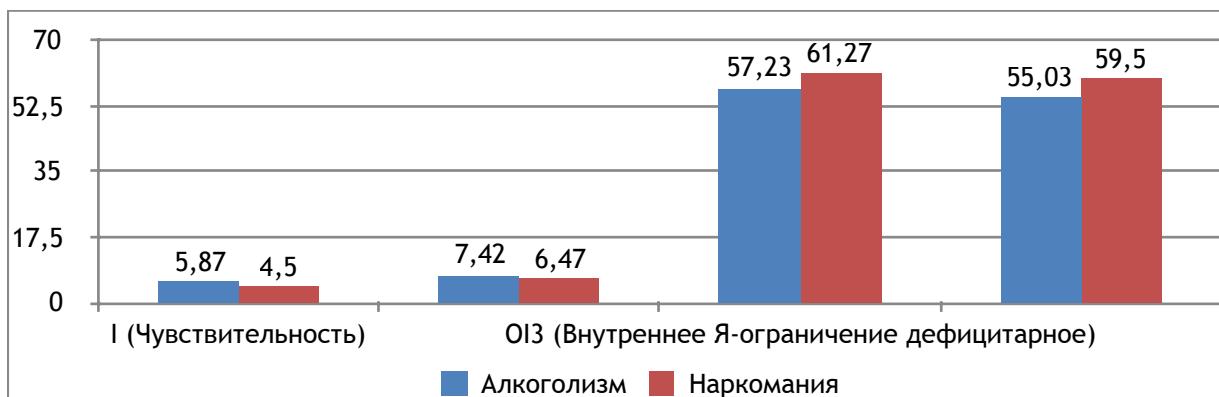


Рисунок 3.7. Достоверные различия по тесту Кеттелла и Я-структурному тесту Аммана

Согласно данным стандартизированной выборки, для методики Кеттелла нормативные значения составляют 4 – 7 степеней, значения 1 – 3 степени ниже нормативных, значения 8-10 степеней выше нормативных. Для Я-структурного теста Амона нормативные значения по шкалам агрессии находятся в диапазоне 40-60 баллов для каждой шкалы, значения от 0 до 39 ниже нормативных, значения от 61 до 110 выше нормы.

Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями для методики Кеттелла показано на рисунке 3.8. Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями по Я-структурному тесту Амона показано на рисунке 3.3 (см. выше по тексту).

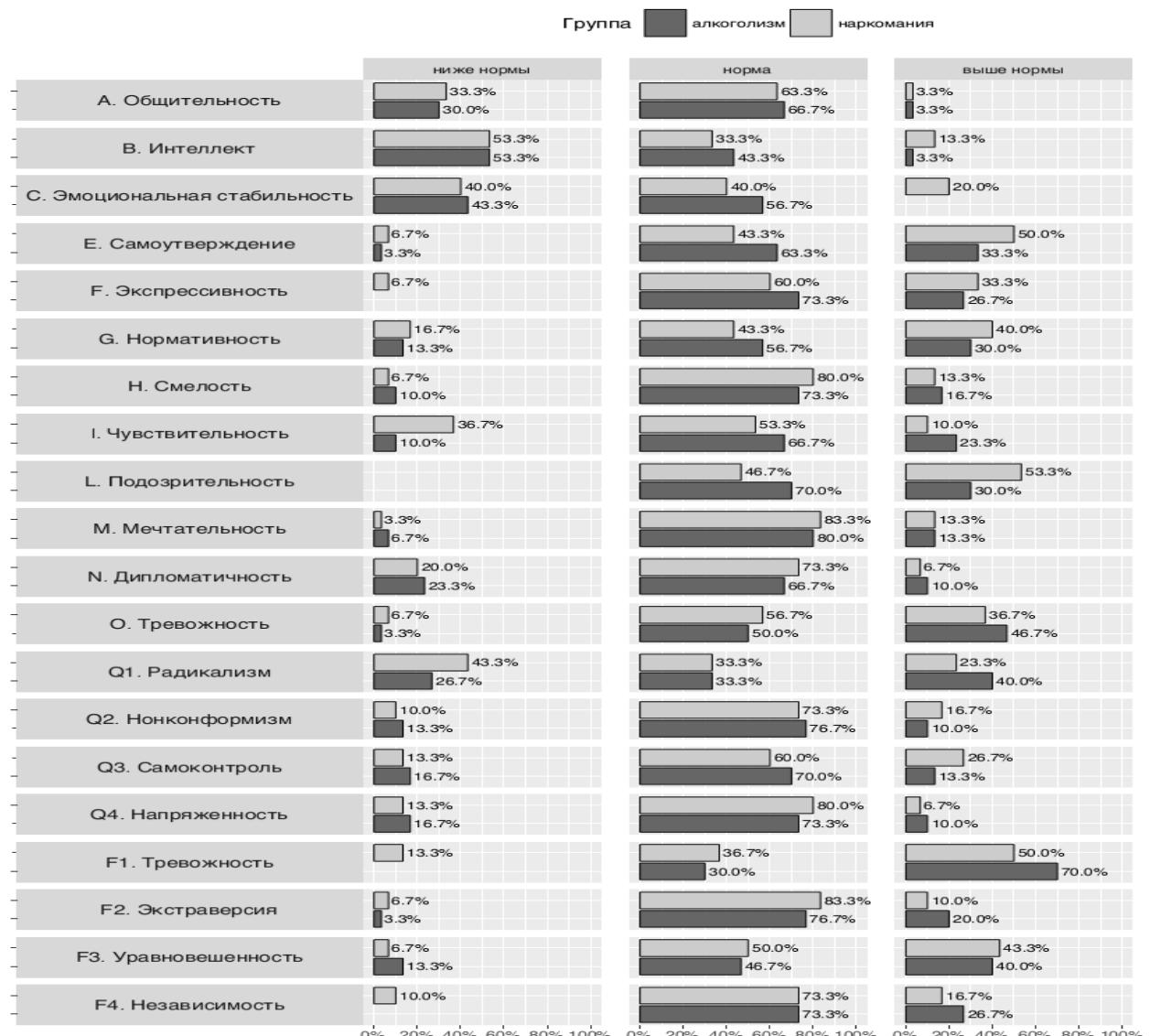


Рисунок 3.8. Соотношение показателей испытуемых с нормальными показателями для методики Кеттелла

Анализ результатов, полученных по методике Кеттелла и Я-структурному тесту Амона, позволяет сделать следующую психологическую интерпретацию:

1. В подгруппе лиц с алкогольной зависимостью выраженность чувствительности (фактор I) выше, чем в подгруппе лиц с наркотической зависимостью. При этом, значения фактора I в обеих подгруппах находятся в интервале 4,50 – 5,87. Данные значения показывают такие черты личности, как слабость, зависимость, недостаточную самостоятельность, беспомощность⁶⁰.

2. В подгруппе лиц с алкогольной зависимостью выраженность тревожности (фактор F1) выше, чем в подгруппе лиц с наркотической зависимостью. При этом, значения фактора I в обеих подгруппах находятся в интервале 6,47 – 7,42. Данные значения показывают такие черты личности, как высокий уровень тревоги в ее обычном понимании. Тревога не обязательно невротическая, поскольку она может быть обусловлена ситуационно. Однако испытуемый в чем-то имеет неприспособленность, т. к. человек недоволен в степени, которая не позволяет ему выполнять требования и достигать того, чего он желает⁶¹.

3. В подгруппе лиц с наркотической зависимостью выраженность показатели по шкале Я-структурного теста Амона «ОИ3 (Внутреннее Я-ограничение дефицитарное)» выше, чем у лиц с алкогольной зависимостью. Это указывает на отсутствие границы между сознательной и бессознательной сферами, наплывы не осознанных переживаний, пребывание во власти чувств, сновидений и фантазий, нарушения сосредоточения и сна⁶².

4. В подгруппе лиц с наркотической зависимостью выраженность показатели по шкале Я-структурного теста Амона «Се2 (Сексуальность деструктивная)» выше, чем у лиц с алкогольной зависимостью. Это

⁶⁰http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла /Описание_первичных_факторов

⁶¹http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла/Описание_вторичных_факторов

⁶²http://psylab.info/Я-структурный_тест_Амона

указывает на неспособность к глубоким, интимным взаимоотношениям. Близость воспринимается как обременительная обязанность или угроза потери аутистической автономии, потому избегается или обрывается с помощью замещения. Сексуальные отношения ретроспективно воспринимаются как травмирующие, наносящие вред или унижающие достоинство⁶³.

5. Применение точного теста Фишера показало, что в подгруппе наркоманов значения по шкале «Эмоциональная стабильность» методики Кеттелла превышают нормальные у 20,0% испытуемых (уровень значимости $p \leq 0,05$). Значения по шкале «Чувствительность» методики Кеттелла превышают нормальные у 10,0% наркоманов и 23,3% алкоголиков (уровень значимости $p \leq 0,05$).

Вывод: при анализе соотношения личностных и клинических показателей и выраженности шкал агрессии и тревоги у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью статистически достоверных результатов, имеющих отношение к гипотезе исследования, не получено.

3.12. Соотношение шкал тревоги у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью

Далее проведем сопоставление данных, по всем шкалам использованных методик, характеризующим тревожность испытуемых (независимо от статистической значимости результатов). Результаты сопоставления приведены в таблице 3.7.

⁶³http://psylab.info/Я-структурный_тест_Амона

Таблица 3.7

Сопоставление данных по всем шкалам тревожности

Шкала	Методика	Значения		Превышение нормы		Уровень значимых различий Р < 0,05
		Алкоголизм	Наркомания	Алкоголизм	Наркомания	
C1 (Тревога конструктивная)	Я-структурный	50,23 ± 1,47	49,4 ± 1,53	10,0%	13,3%	Статистически не достоверно
C2 (Тревога деструктивная)	Я-структурный	64,57 ± 1,45	63,23 ± 1,95	77,3%	66,7%	Статистически не достоверно
C3 (Тревога дефицитарная)	Я-структурный	62,47 ± 1,52	61,87 ± 1,52	66,3%	66,7%	Статистически не достоверно
Ситуативная тревожность	Спилбергер	46,5 ± 1,28	48,93 ± 1,27	66,7%	76,7%	Статистически не достоверно
Личностная тревожность	Спилбергер	50,8 ± 1,27	48,27 ± 1,43	86,7%	73,3%	Статистически не достоверно
Ситуативная тревожность общая	ИТТ	6,33 ± 0,18	5,8 ± 0,28	40,0%	36,7%	Статистически не достоверно
Эмоциональный дискомфорт (сит.)	ИТТ	6 ± 0,43	6,37 ± 0,31	56,7%	50,0%	Статистически не достоверно
Астенический компонент тревожности (ситуативный)	ИТТ	4,97 ± 0,44	4,9 ± 0,53	23,3%	30,0%	Статистически не достоверно
Фобический компонент тревожности (ситуативный)	ИТТ	6,5 ± 0,44	5,27 ± 0,44	56,7%	40,0%	U = 303, p < 0,05
Оценка перспектив (ситуативная)	ИТТ	7,2 ± 0,25	6,43 ± 0,32	73,3%	50,0%	U = 334, p < 0,1
Социальные защиты (ситуативные)	ИТТ	3,33 ± 0,38	2,83 ± 0,43	73,3% (ниже нормы)	73,3% (ниже нормы)	Статистически не достоверно
Личностная тревожность общая	ИТТ	6,57 ± 0,16	5,97 ± 0,33	46,7%	40,0%	Статистически не достоверно
Эмоциональный дискомфорт (личн.)	ИТТ	6,6 ± 0,26	6,4 ± 0,35	63,3%	60,0%	Статистически не достоверно
Астенический компонент тревожности (личностный)	ИТТ	6,63 ± 0,33	6,23 ± 0,47	46,7%	53,3%	Статистически не достоверно
Фобический компонент тревожности (личностный)	ИТТ	7,07 ± 0,24	5,97 ± 0,35	70,0%	33,3%	U = 283, p < 0,05
Оценка перспектив (личностная)	ИТТ	4,97 ± 0,41	4,77 ± 0,45	26,7%	30,0%	Статистически не достоверно

Социальные защиты (личностные)	ИТТ	$3,1 \pm 0,4$	$3,33 \pm 0,45$	80,0% (ниже нормы)	70,0% (ниже нормы)	Статистически не достоверно
O (Тревожность, первичный фактор)	Кеттелл	$7,23 \pm 0,25$	$7,03 \pm 0,32$	46,7	36,7	Статистически не достоверно
F (Экспрессивность, первичный фактор)	Кеттелл	$6,53 \pm 0,29$	$6,43 \pm 0,37$	26,7%	33,3%	Статистически не достоверно
F1 (Тревожность, вторичный фактор)	Кеттелл	$7,42 \pm 0,15$	$6,47 \pm 0,29$	70,0%	50,0%	$U = 317, p < 0,05$

Вывод: у испытуемых с алкогольной зависимостью фобические компоненты тревожности (ситуативный и личностный) и оценка перспектив по Интегральному тесту тревожности, а также тревожность (вторичный фактор F1) по методике Кеттелла, имеют более высокие значения, чему у респондентов с наркотической зависимостью.

3.13. Соотношение шкал агрессии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью

Далее проведем сопоставление данных, по всем шкалам использованных методик, характеризующим тревожность испытуемых (независимо от статистической значимости результатов). Результаты сопоставления приведены в таблице 3.8.

Сопоставление данных, по всем шкалам использованных методик, характеризующим агрессию испытуемых, позволяет сделать следующий **вывод:** у испытуемых с наркотической зависимостью выраженность физической агрессии (измеренной по методике Басса-Перри) выше, чем у респондентов с алкогольной зависимостью; у испытуемых с алкогольной зависимостью выраженность гнева (измеренного по методике Басса-Перри) выше, чем у испытуемых с наркотической зависимостью.

Таблица 3.8

Сопоставление данных по всем шкалам агрессии

Шкала	Методика	Значения		Превышение нормы		Уровень значимых различий Р < 0,05
		Алкоголизм	Наркомания	Алкоголизм	Наркомания	
Физическая агрессия	Басс-Перри	24,83 ± 1,83	30,4 ± 0,9	50,0%	73,3%	U = 330, p < 0,1
Гнев	Басс-Перри	18,5 ± 0,93	21,63 ± 0,91	30,0%	50,0%	U = 297, p < 0,05
Враждебность	Басс-Перри	21,5 ± 1,06	21,3 ± 0,99	40,0%	23,3%	Статистически не достоверно
A1 (Агрессия конструктивная)	Я-структурный	47,9 ± 1,74	46,77 ± 1,7	13,3%	13,3%	Статистически не достоверно
A2 (Агрессия деструктивная)	Я-структурный	63,43 ± 1,16	62,67 ± 1,92	77,3%	66,7%	Статистически не достоверно
A3 (Агрессия дефицитарная)	Я-структурный	51,43 ± 1,71	53,47 ± 1,39	20,0%	13,3%	Статистически не достоверно

3.14. Корреляционный анализ шкал тревоги и агрессии у пациентов с алкогольной зависимостью

Перекрестная корреляция всех шкал приведена в Приложении 6. Значимая корреляция всех шкал приведена в приложении 7.

Корреляция шкал тревоги и агрессии у пациентов с алкогольной зависимостью, включающих 30 коэффициентов корреляции со статистической значимостью показана в таблице 3.5 (см. выше по тексту).

При анализе таблицы обращают на себя внимание 4 корреляционные взаимосвязи, характеризующие реакцию испытуемых, больных алкоголизмом, на состояние тревожности. Именно эти корреляционные связи выбраны по двум причинам. Во-первых, они статистически достоверны, во-вторых, они связывают шкалы тревоги и агрессии.

1.Высокие значения по шкале «Ситуативная тревожность» (методика Спилбергера) взаимосвязаны с высокими значениями по шкале «Физическая агрессия» (методика Басса-Перри). Коэффициент корреляции составляет 0,379 (умеренная корреляция), уровень значимости $p=0,039$.

2.Высокие значения по шкале «Личностная тревожность» (методика Спилбергера) взаимосвязаны с высокими значениями по шкале «Физическая агрессия» (методика Басса-Перри). Коэффициент корреляции составляет 0,524 (сильная корреляция), уровень значимости $p=0,003$.

3.Высокие значения по шкале «Личностная тревожность» (методика Спилбергера) взаимосвязаны с высокими значениями по шкале «Гнев» (методика Басса-Перри). Коэффициент корреляции составляет 0,498 (сильная корреляция), уровень значимости $p=0,005$.

4.Высокие значения по шкале «Фобический компонент тревожности (ситуативный)» (Интегративный тест тревожности» взаимосвязаны с высокими значениями по шкале «Враждебность» (методика Басса-Перри). Коэффициент корреляции составляет 0,364 (умеренная корреляция), уровень значимости $p=0,048$.

Обобщение результатов корреляционного анализа позволяет предположить, что лица, больные алкоголизмом, у которых тревожность является личностным свойством, не связанным с конкретной ситуацией, склонны к проявлению неспровоцированных физической агрессии и гнева. В ситуациях, вызывающих тревожность, они склонны реагировать физической агрессией. В ситуациях, вызывающих эмоции фобического характера, больные алкоголизмом склонны реагировать враждебностью. Однако для проверки наличия причинно-следственной связи между тревожностью и агрессивным поведением требуются дополнительные эксперименты.

3.15. Корреляционный анализ шкал тревоги и агрессии у пациентов с наркотической зависимостью

Корреляция шкал тревоги и агрессии у пациентов с наркотической зависимостью, включающих 38 коэффициентов корреляции со статистической значимостью показана в таблице 3.6 (см. выше по тексту).

При анализе таблицы обращают на себя внимание 2 корреляционные взаимосвязи, характеризующие реакцию испытуемых, больных наркоманией, на состояние тревожности. Именно эти корреляционные связи выбраны по двум причинам. Во-первых, они статистически достоверны, во-вторых, они связывают шкалы тревоги и агрессии.

1. Высокие значения по шкале «Ситуативная тревожность (общая)» (Интегративный тест тревожности) взаимосвязаны с высокими значениями по шкале «A2 (Деструктивная агрессия)» (Я-структурный тест Амона). Коэффициент корреляции составляет 0,389 (умеренная корреляция), уровень значимости $p=0,034$.

2. Высокие значения по шкале «Фобический компонент тревожности (личностный)» (Интегративный тест тревожности) взаимосвязаны с высокими значениями по шкале «A2 (Деструктивная агрессия)» (Я-структурный тест Амона). Коэффициент корреляции составляет 0,469 (умеренная корреляция), уровень значимости $p=0,009$.

Обобщение результатов корреляционного анализа позволяет предположить, что лица, больные наркоманией, в ситуациях, вызывающих тревожность (в т.ч. эмоции фобического характера), склонны проявлять деструктивную агрессию: неверно направленную, разрушительную активность относительно себя самого, других людей и объектов. Больным наркоманией свойственна нарушенная регулировка агрессии, деструктивные вспышки, обесценивание других людей, цинизм, месть. При этом для установления наличия причинно-следственной связи между тревожностью и агрессивным поведением требуются дополнительные эксперименты.

Выводы по главе 3

Обобщение результатов исследования агрессии у больных алкоголизмом и наркоманией с использованием опросника Басса-Перри и Я-структурного теста Амона, позволяет сделать вывод о том, что между указанными подгруппами существуют различия в проявлениях агрессии.

В подгруппе больных алкоголизмом сильнее выражены проявления гнева ($18,5 \pm 0,93$), при том, что в подгруппе больных наркомании значение по шкале «Гнев» методики Басса-Перри составляет $21,63 \pm 0,91$.

В подгруппе больных с наркотической зависимостью сильнее выражено проявление физической агрессии ($30,4 \pm 0,9$), при том, что в подгруппе больных алкоголизмом значение по шкале «Физическая агрессия» методики Басса-Перри составляет $24,83 \pm 1,83$.

Показатели по шкале «Физическая агрессия» методики Басса-Перри выше нормы у 73,3% испытуемых в подгруппе больных наркоманией и у 50,0% лиц в подгруппе лиц с алкогольной зависимостью; при этом у 16,7% лиц с алкогольной зависимостью выраженность физической агрессии ниже нормы (использован F-критерий Фишера, уровень значимости $p \leq 0,05$).

Инвариантное проявление агрессии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями состоит в том, что и у тех, и у других значения показателей по шкале «A2 (Агрессия деструктивная)» Я-структурного теста

Амона выше нормативных значений. В подгруппе больных алкоголизмом значение по указанной шкале превышает норму в 73,3% случаях, а в подгруппе больных наркоманией в 66,7% случаях.

Обобщение результатов исследования тревожности у больных алкоголизмом и наркоманией с использованием шкалы тревоги Спилбергера, Я-структурного теста Амона и Интегративного теста тревожности позволил выявить различия в исследуемых подгруппах.

Все три выявленных статистически достоверных различия по шкалам Интегративного теста тревожности: «Фобический компонент тревожности (ситуативный)», «Оценка перспектив (ситуативная)» и «Фобический компонент тревожности (личностный)», - показывают, что у больных алкоголизмом проявления тревожности выше, чем у больных наркоманией. При этом фобический компонент тревожности (личностный) чаще превышает норму у больных алкоголизмом (70,0% случаев), чем у больных наркоманией (33,3% случаев).

Статистически достоверных инвариантных проявлений тревоги у больных наркоманий и алкоголизмом выявить не удалось.

Анализ соотношения личностных и клинических показателей и выраженности шкал агрессии и тревоги у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью не показал статистически достоверных результатов, имеющих отношение к гипотезе исследования.

В ходе исследования был проведен корреляционный анализ взаимосвязи различных проявлений агрессии и тревоги у лиц с алкогольной и наркотической зависимостями. Для этого был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона для всех возможных пар шкал использованных методик, измеряющих проявления агрессии и тревоги. Корреляционный анализ показал, что проявления тревожности и агрессии тесно взаимосвязаны. Для дальнейшего анализа были выбраны несколько корреляционных связей: статистически достоверных и имеющих отношение к гипотезе исследования.

Обобщение результатов корреляционного анализа позволяет предположить, что лица, больные наркоманией, в ситуациях, вызывающих

тревожность, склонны проявлять деструктивную агрессию: разрушительную активность, направленную против себя самого, других людей и объектов. Можно предположить, что больным наркоманией свойственна нарушенная регулировка агрессии, деструктивные вспышки, обесценивание других людей, цинизм, месть. Для выявления причинно-следственных связей между состоянием тревоги и агрессивным поведением необходимы дополнительные исследования.

Обобщение результатов корреляционного анализа позволяет предположить, что лица, больные алкоголизмом, у которых тревожность является личностным свойством, не связанным с конкретной ситуацией, склонны к проявлению неспровоцированных физической агрессии и гнева. В ситуациях, вызывающих тревожность, они склонны реагировать физической агрессией. В ситуациях, вызывающих эмоции фобического характера, больные алкоголизмом склонны реагировать враждебностью. Для выявления причинно-следственных связей между состоянием тревоги и агрессивным поведением необходимы дополнительные исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ литературных источников, посвященных исследованию агрессии и тревожности у больных алкоголизмом и наркоманией, позволяет сделать следующие выводы.

Алкоголизм и наркомания представляют собой хронические психические заболевания, характеризующиеся пристрастием к психоактивным веществам (этиловому спирту или наркотическим веществам), с психической и физической зависимостью от них.

Общей характерной чертой алкогольной и наркотической зависимостей является абстинентный синдром, возникающий при отмене приема психоактивного вещества (алкоголя или наркотика), либо снижении его дозы.

Психологическими особенностями наркозависимых лиц являются сверхконтроль, импульсивность, ригидность, тревожность, оптимистичность. Психологическими особенностями алкоголиков являются тревожность, индивидуалистичность, импульсивность, эмоциональная лабильность и пессимистичность.

Алкоголики и наркоманы проявляют склонность к дистанцированию от окружающей среды и «уходу» из нее во внутренний мир. Они утрачивают контакт с реальным миром, подменяют общество социально адаптированных людей «псевдообществом» собутыльников. Можно сделать вывод, что общим характерным свойством наркозависимых лиц и больных с алкогольной зависимостью является социальная изолированность и слабая интегрированность в систему социальных отношений.

Для изучения различий и инвариантных проявлений агрессии и тревоги у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями было проведено эмпирическое исследование на базе Краевого клинического наркологического диспансера г. Ставрополя и Городской наркологической больницы г. Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 60 пациентов с диагнозом алкогольная зависимость - 30 человек, с диагнозом наркотическая

зависимость - 30 человек. Из них 45 мужчин и 15 женщин в возрасте от 24 до 35 лет, стаж употребления психоактивных веществ от 9 до 24 лет.

При проведении исследования были использованы опросник уровня агрессивности Басса-Перри, Я-структурный тест Амона, шкала тревоги Спилбергера, интегративный тест тревожности и 16PF опросник Кэттелла (форма С).

Обработка полученных результатов с использованием методов математической статистики позволяет сделать следующие выводы:

Между исследуемыми подгруппами (больные алкоголизмом и наркоманией) существуют как различия, так и сходства в проявлениях агрессии. В подгруппе больных алкоголизмом сильнее выражены проявления гнева. В подгруппе больных с наркотической зависимостью сильнее выражено проявление физической агрессии. При этом в обеих подгруппах значения показателей по шкале «A2 (Агрессия деструктивная)» Я-структурного теста Амона выше нормативных значений, причем у больных с алкогольной зависимостью превышение нормы наблюдается чаще, чем у больных с наркотической зависимостью.

Проявления тревожности у алкоголиков и наркоманов также демонстрируют различия. Все три выявленных статистически достоверных различия по Интегративному тесту тревожности: «Фобический компонент тревожности (ситуативный)», «Оценка перспектив (ситуативная)» и «Фобический компонент тревожности (личностный)», - показывают, что у больных алкоголизмом проявления тревожности выше, чем у больных наркоманией, и чаще превышают нормативные значения.

Статистически достоверных инвариантных проявлений тревожности у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями выявить не удалось.

Корреляционный анализ взаимосвязи различных проявлений агрессии и тревоги у лиц с алкогольной и наркотической зависимостями позволил сделать некоторые предположения о реакциях испытуемых, больных алкоголизмом и наркоманией, на состояние тревожности.

Можно предполагать, что лица, больные алкоголизмом, у которых тревожность является личностным свойством, не связанным с конкретной ситуацией, склонны к проявлению неспровоцированных физической агрессии и гнева. В ситуациях, вызывающих тревожность, они склонны реагировать физической агрессией. В ситуациях, вызывающих эмоции фобического характера, больные алкоголизмом склонны реагировать враждебностью.

Можно предполагать, что лица, больные наркоманией, в ситуациях, вызывающих тревожность (в т.ч. эмоции фобического характера), склонны проявлять деструктивную агрессию в отношении себя самого, других людей и объектов. Больным наркоманией свойственна нарушенная регулировка агрессии, деструктивные вспышки, обесценивание других людей, цинизм, месть.

Для проверки сформулированных выше предположений, и выявления причинно-следственных связей между состоянием тревожности и агрессивным поведением у алкоголиков и наркоманов требуется проведение дополнительных экспериментов.

Обобщение результатов проведенного исследования позволяет сделать вывод о том, что общая гипотеза исследования о наличии в структуре и выраженности агрессии и тревожности у больных с алкогольной и наркотической зависимостью как статистически достоверных различий, так и инвариантных проявлений, подтверждена.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты могут быть использованы для дальнейшего изучения проявлений агрессии и тревожности у больных с аддикциями (алкогольной и наркотической зависимостью), а также при разработке и преподавании образовательного спецкурса соответствующей тематики в профильных учебных заведениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамова А.А, Кузнецова, С.О., Ениколопов С.Н., Разумова А.В. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности. // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2014. № 2. С. 75 – 86.
2. Агрессия и психическое здоровье. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. – СПб.: «Юридический центр Пресс», 2006. – 464 с.
3. Агрессия у детей и подростков. / Под ред. Н.М. Платоновой. – СПб.: Речь, 2006. – 336 с.
4. Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. М.. МГППУ. Издатель: Издательство «Институт психологии РАН». 2011. - 260 с.
5. Белокрылов, И. В. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ. // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. :Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 161—182.
6. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. – Самара : Изд-во СМУ, 2000. – 64 с.
7. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. - СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2001. – 512 с.
8. Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Литера, 2002, - 256 с.
9. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймolenko А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагgressии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.
10. Гольдрин С.Э. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии. // Наркология. – 2003. - №9. – С. 44-50.
11. Гофман А.Г. Клиническая наркология. – М.: «Миклош», 2003. – 215 с.
12. Грузкова С.Ю. Индивидуально-личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. // Казанский педагогический журнал. – 2011. - №4. – С. 26 – 31.

- 13.Дмитриева Н.В. Психология аддиктивного поведения. – Новосибирск: НГПУ, 2002. – 278 с.
- 14.Дрокина О.В. Практикум по психологии девиантного и аддиктивного поведения. - М. : МПСУ, 2014. - 272 с
- 15.Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения) - М. : Академия, 2014. - 288 с.
- 16.Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. - М.: «Независимая фирма Класс», 1998. - 368 с.
- 17.Козлов А. А. «Наркоманическая» личность. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – Вып. 7. – С. 23—27.
- 18.Короленко Ц.П. Аддиктология: настольная книга - М.: Институт консультирования системных решений: Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. - 536 с.
- 19.Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск, Изд-во «Олсиб», 2001 – 251 с.
- 20.Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. - СПб.: Алетейя, 2001. – 264 с.
- 21.Лекции по наркологии. / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: «Нолидж», 2000. – 448 с.
- 22.Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. – М.: Вузовская книга, 2013. – 172 с.
- 23.Мандель А.И. Психологические характеристики больных наркоманиями. // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. - 2000. - № 2. - С. 56 - 62.
- 24.Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии . - СПб.: Речь, 2007. - 768 с
- 25.Мехтиханова Н.Н. Психология зависимого поведения - М.: Флинта; М.: МПСИ, 2008. - 160 с.

- 26.Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпрессинформ, 2003. – 328 с.
- 27.Николаева Е.А. Аддиктология : теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции. - М. : Форум, 2011. - 208 с.
- 28.Оруджев Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 3. – С. 59—64.
- 29.Психология и лечение зависимого поведения. / Под ред. С. Даулинга. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
- 30.Пятницкая И.Н. Наркомании: рук-во для врачей. – М. : Медицина, 1994. – 544 с.
- 31.Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности. - СПб.: Речь, 1996. – 347 с.
- 32.Россинский Ю.А., Раҳмазова Л.Д., Ескалиева А.Т. Эмоциональные расстройства у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ. - Павлодар, Изд-во «Эко», 2006. – 174 с.
- 33.Семке В.Я., Россинский Ю.А., Мандель А.И., Алтынбекова Г.И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. - Павлодар, Изд-во «Эко», 2005. – 264 с.
- 34.Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. - М.: Когито-Центр, 2006. - 367 с.
- 35.Фридман Л.С. Наркология/ Под ред. Л.С. Фридмана, Н.Ф. Флеминга, Д.Х. Робертса, С.Е. Хаймана. – М.: Изд-во БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2000. – 320 с.
- 36.Худяков А.Ф. Аддиктивное поведение и делинквентность подростков. // Российский психиатрический журнал. - 2000. - №2. - С. 50 - 56.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Опросник уровня агрессивности Басса-Перри
Стимульный материал

Не согласен	Скорее не согласен	Не могу определиться	Скорее согласен	Согласен
1	2	3	4	5

№ п/п	Утверждение	1	2	3	4	5
1.	Иногда я не могу сдержать желание ударить другого человека					
2.	Если меня спровоцировать, я могу ударить другого человека					
3.	Если кто-то ударит меня, я дам сдачи					
4.	Я дерусь чаще, чем окружающие					
5.	Если для защиты моих прав мне надо применить физическую силу, я так и сделаю					
6.	Некоторые люди своим обращением ко мне могут довести меня до драки					
7.	Я не могу представить себе причину, достаточную, чтобы ударить другого человека					
8.	Бывало, что я угрожал своим знакомым					
9.	Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи					
10.	Я быстро вспыхиваю, но и быстро остываю					
11.	Я раздражаюсь, когда у меня что-то не получается					
12.	Иногда я чувствую, что вот-вот взорвусь					
13.	У меня спокойный характер					
14.	Некоторые мои друзья считают, что я вспыльчив					
15.	Иногда я выхожу из себя без особой причины					
16.	Мне трудно сдерживать раздражение					
17.	Бывает, что я просто схожу с ума от ревности					
18.	Временами мне кажется, что жизнь мне что-то не додала					
19.	Другим постоянно везет					
20.	Я не понимаю, почему иной раз мне бывает так горько					
21.	Я знаю, что мои так называемые друзья сплетничают обо мне					
22.	Я не доверяю слишком доброжелательным людям					
23.	Иногда мне кажется, что люди насмехаются надо мной за глаза					

24.

Если человек слишком мил со мной, значит он от меня что-то хочет

--	--	--	--	--	--	--

Ключ

Шкала	Прямые утверждения
Физическая агрессия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Гнев	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Враждебность	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Обработка результатов

Утверждениям приписывается значение в баллах, равное числовому значению ответа в бланке ответов.

Не согласен	1 балл
Скорее не согласен	2 балла
Не могу определиться	3 балла
Скорее согласен	4 балла
Согласен	5 баллов

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Я-структурный тест Аммона

Стимульный материал

1. Если я начал(а) какое-то дело, я заканчиваю его, независимо от того, стоит что-нибудь на пути или нет
2. Если меня обидели, то я пытаюсь отомстить
3. Чаще всего я чувствую себя одиноким (одинокой), даже среди других людей
4. Когда я рассержен(а), я срываю свой гнев на других
5. У меня отличное чувство времени
6. Как правило я работаю с большим напряжением
7. Если кто-нибудь заставляет меня ждать, я не могу думать ни о чем другом
8. Я легко схожусь с людьми
9. То, что я действительно чувствую и думаю, в сущности, никого не интересует
10. Меня часто упрекают в том, что я нечувствительный человек
11. Мне приятно, когда другие люди на меня смотрят
12. Часто я ловлю себя на том, что мои мысли где-то в другом месте
13. Как правило, утром я просыпаюсь бодрым (бодрой) и отдохнувшим (отдохнувшей)
14. Я хочу только одного, чтобы другие оставили меня в покое
15. Секс создает у меня счастливое настроение на целый день
16. Я почти совсем не вижу сновидений
17. Я не могу прервать скучный для меня разговор
18. Я с удовольствием приглашаю гостей к себе домой
19. Тем, о чем я думаю в действительности, я не могу поделиться с другими
20. Ко мне часто пристают с сексуальными предложениями
21. Чаще я радуюсь, чем сержуясь
22. Что касается сексуальности, то я имею свои собственные фантазии
23. Я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать
24. То, что я делаю, часто не находит никакого признания
25. Когда я испытываю злость, это вызывает у меня чувство вины
26. Меня привлекают новые задачи
27. Когда я уезжаю на несколько дней, это едва ли кого-нибудь интересует
28. Трудности сразу же выбивают меня из колеи
29. Я придаю большое значение тому, чтобы все имело свой порядок
30. Даже несколько минут сна, могут сделать меня отдохнувшем (отдохнувшей)
31. Я могу показывать другим только законченную работу
32. Мне неприятно оставаться с кем-либо наедине
33. Я охотно придумываю себе эротические ситуации, которые хотел(а) бы пережить со своей (своим) партнершей (партнером)
34. Я много жду от жизни
35. Зачастую мой интерес пересиливает страх
36. В любой компании я остаюсь самим (сама) собой
37. Мои проблемы и заботы — это только мои заботы
38. Самое прекрасное в жизни — это сон
39. Жизнь — это сплошное страдание

40. Я с удовольствием провожу со своей (своим) сексуальной (сексуальным) партнершей (партнером) всю ночь
41. Часто я ощущаю себя недостаточно включенным (включенной) в происходящее
42. В своей повседневной жизни я чаще испытываю радость, чем досаду
43. В эротическом настроении мне не нужно выдумывать темы для разговора с партнершей (партнером)
44. Я охотно рассказываю другим о своей работе
45. Часто у меня бывают дни, когда я часами занят(а) своими мыслями
46. Я редко нахожу кого-нибудь сексуально привлекательной (привлекательным)
47. Я ощущаю, что моя тревожность очень стесняет меня в жизни
48. Мне нравится находить то, что доставляет сексуальное удовольствие моей (моему) партнерше (партнеру)
49. Я постоянно что-нибудь забываю
50. Мой страх помогает мне ощутить, что я хочу и чего я не хочу
51. У меня много энергии
52. Мне часто снится, что на меня нападают
53. Чаще всего меня недооценивают в моих способностях
54. Часто я не осмеливаюсь выйти один (одна) на улицу
55. Во время работы нет места чувствам
56. Я благодарен (благодарна) всякий раз, когда мне точно говорят, что я должен (должна) сделать
57. Я часто руководствуюсь мнением других людей
58. Для меня хорошее настроение заразительно
59. Часто страх «парализует» меня
60. Когда моей (моему) партнерше (партнеру) хочется спать со мной, я чувствую себя стесненным (стесненной)
61. В большинстве случаев я откладывают принятие решений «на потом»
62. Мои сексуальные фантазии почти всегда крутятся вокруг того, насколько хорошо ко мне относится партнера (партнер)
63. Я боюсь, что я мог (могла) бы причинить кому-нибудь вред
64. Никто не замечает — есть я или нет
65. Я испытываю внутренний дискомфорт, если у меня долгое время нет сексуальных отношений
66. В сущности, моя жизнь — сплошное ожидание
67. Часто со мной случается так, что я влюблена в кого-нибудь, кто уже имеет партнершу (партнера)
68. Ответственность, которую я несу, другие часто не замечают
69. В большинство угрожающих ситуаций, которые были в моей жизни, я был(а) втянут(а) помимо своей воли
70. Иногда мне хочется грубого секса
71. Часто я чувствую свою незащищенность перед жизнью
72. Если на меня «нападают», я «проглатываю» свой гнев
73. Благодаря своим способностям, я всегда легко устанавливаю контакты
74. Я радуюсь каждому новому знакомству, которое завожу
75. В высшей степени возбуждающим я нахожу секс с незнакомыми
76. Иногда у меня возникают мысли о самоубийстве
77. Часто мои мысли витают в облаках
78. Я могу полностью сексуально отдаваться

79. Обо мне часто забывают
80. Я не люблю игр
81. В моих отношениях с партнершей (партнером) сексуальность не играет большой роли
82. В группе я теряюсь
83. Я не стесняюсь показывать сексуальное желание своей (своему) партнерше (партнеру)
84. Я все время позволяю все взваливать на себя
85. Я с удовольствием выбираю подарки для своих друзей
86. На меня легко можно произвести впечатление
87. Я замечаю, что чаще всего рассказываю о плохом, а о хорошем забываю
88. Мне неприятно, когда кто-нибудь говорит о своих чувствах
89. Я хорошо распределяю свое время
90. Я сплю необходимое для меня время
91. Если мне необходимо выступать публично, я часто теряю голос
92. Я с удовольствием подшучиваю над другими
93. Мне доставляет удовольствие возбуждать сексуальный интерес у женщин (мужчин), даже если я от них в сущности ничего не хочу
94. Я уже пережил(а) многие кризисы, которые побудили меня к дальнейшему развитию
95. В большинстве ситуаций я могу оставаться самим (сама) собой
96. Я много смеюсь
97. Когда я прихожу в ярость, мне стоит больших усилий держать себя в руках
98. У меня богатая чувственная жизнь
99. Я могу полностью довериться дружескому расположению других
100. У меня часто бывает чувство непричастности
101. То, что я делаю, не так уж и важно
102. Досаду и раздражение я могу не показывать другим
103. Когда я говорю, меня часто перебивают
104. Часто я рисую себе, как должны были бы быть плохи дела у тех, кто был несправедлив ко мне
105. Мне нравится много шутить и смеяться с моей (моим) партнершей (партнером) во время секса
106. Я получаю удовольствие, выбирая утром одежду на день
107. Я всегда могу найти время для важных дел
108. Часто случается так, что я забываю о чем-то важном
109. Когда мой начальник меня критикует, я начинаю потеть
110. Когда мне скучно, я ищу сексуальных приключений
111. Моя повседневная жизнь не имеет ни подъемов, ни спадов
112. Трудности подстегивают меня
113. Большинство людей не имеют никакого представления о том, насколько важны для меня вещи, которыми я интересуюсь
114. По сути, секс для меня не особенно интересен
115. Я с удовольствием знакомлю своих новых коллег с моей работой
116. Часто я настраиваю других против себя
117. Даже от незначительной критики я теряю уверенность
118. Иногда меня мучают мысли причинить телесную боль людям, которые меня страшно раздражают
119. Часто мои фантазии преследуют меня

120. Мне необходимо снова и снова обдумывать решения, потому что меня одолевают сомнения
121. До настоящего времени я никогда не испытывал(а) полного удовлетворения от сексуальных отношений
122. Я намного более чувствителен (чувствительна) к боли, чем другие
123. Я часто чувствую себя слишком открытым (открытой)
124. То, что я делаю, мог бы делать почти каждый
125. Чувства, пережитые в детстве преследуют меня до сих пор
126. Неизвестное манит меня
127. Даже когда мною владеет страх, я полностью могу отдавать себе отчет в том, что происходит
128. Часто я впадаю в такую панику, что не могу осуществлять даже важные дела
129. Часто мне хочется иметь другую (другого) партнершу (партнера) для того, чтобы преодолеть свою сексуальную скованность
130. Я могу по-настоящему увлечься делом
131. Я откладываю все в «долгий ящик»
132. Я могу страшно волноваться из-за пустяков
133. В своих сексуальных отношениях я ощущал(а), что со временем они становятся лучше и интенсивнее
134. Я часто чувствую себя лишним (лишней)
135. Не следует иметь сексуальных отношений слишком часто
136. Когда у меня трудности, я быстро нахожу людей, которые мне помогают
137. Я не позволяю другим людям легко вносить сумятицу в мою жизнь
138. Я могу хорошо сосредоточиться
139. Я охотно соблазняю мою (моего) партнершу (партнера)
140. Если я допустил(а) ошибку, я легко могу забыть о ней
141. Я радуюсь, когда ко мне неожиданно приходят гости
142. Почти все женщины (мужчины) хотят только одного
143. Даже в состоянии страха я могу ясно мыслить
144. Я давно не имел(а) сексуальных отношений и не испытывал(а) в них потребности
145. Если меня кто-то обижает, то я плачу ему тем же
146. Если кто-то пытается соперничать со мной, то я быстро сдаюсь
147. Я могу хорошо сам(а) себя занять
148. Для того, чтобы избежать ненужных волнений, я уклоняюсь от споров
149. Когда я нахожусь в состоянии ярости, я легко могу поранить себя или со мной может произойти несчастный случай
150. Часто я не могу решиться что-нибудь предпринять
151. После сексуального контакта я целый день особенно работоспособен (работоспособна)
152. В большинстве случаев меня удовлетворяет эротика, секс для меня не так уж и важен
153. В выходные дни я чувствую себя особенно плохо
154. Я не хочу показывать другим свои чувства
155. Люди часто придираются ко мне, хотя я не делаю им ничего плохого
156. С людьми мне трудно вступить в разговор или найти нужные слова
157. Если мне нравиться кто-то, я заговариваю с ней (ним), чтобы поближе познакомиться

158. Я считаю, что всегда держать под контролем свои чувства — это цель, достойная того, чтобы к ней стремиться
159. Во время отпуска и в праздники я часто имею сексуальные приключения
160. Я осмеливаюсь высказать свое мнение перед группой
161. Чаще всего я не выплескиваю свой генв
162. Никто не знает, как часто меня обижают
163. Когда на меня кто-то «косо смотрит», я сразу начинаю испытывать беспокойство
164. Когда кто-нибудь грустит, мне тоже очень скоро становится грустно
165. В моих фантазиях секс красивее, чем в действительности
166. Мне трудно решиться на что-либо, потому что я боюсь, что другие могут критиковать меня за это решение
167. Меня радуют мои фантазии
168. Я не знаю почему, но иногда мне хотелось бы разбить все вдребезги
169. При сексуальных отношениях я часто мысленно где-то далеко
170. Мне случалось часто бывать в рискованных ситуациях
171. Если меня что-то тревожит, я делаюсь этим с другими
172. Я часто думаю о прошлом
173. Я сохранял(а) дружеские отношения даже в период кризисов
174. Мне скучно почти на всех праздниках и вечеринках
175. Когда я сержусь, я легко теряю контроль над собой и кричу на свою (своего) партнершу (партнера)
176. Я не позволяю легко сбить себя с толку
177. Иногда я заглушаю свой страх алкоголем или таблетками
178. Я робкий человек
179. Я очень боюсь своего будущего
180. Больше всего я возбуждаюсь, когда моя (мой) партнерша (партнер) не хочет вступать со мной в сексуальные отношения
181. Бывают дни, когда я постоянно что-нибудь разбиваю или обо что-нибудь ушибаюсь
182. У меня редко возникают сексуальные фантазии
183. У меня много желаний и я прикладываю много сил для того, чтобы они осуществились
184. Я всегда радуюсь, когда могу познакомиться с новым человеком
185. Лично мне сказки ни о чем важном не говорят
186. Чаще всего я имею сексуальных партнеров (партнерш), у которых я не единственная (единственный)
187. Если кто-то расстался со мной, я стремлюсь к тому, чтобы мне о ней (нем) ничто не напоминало
188. В общении с людьми я часто бываю в замешательстве
189. Я охотно рассказываю о себе и своих переживаниях
190. Я часто предаюсь раздумьям
191. К выполнению трудных задач я готовлюсь основательно и своевременно
192. Обычно я знаю причины своего плохого самочувствия
193. Если я намечаю что-нибудь хорошее для себя лично, я часто это не реализую
194. Непосредственный секс для меня важнее, чем просто общение с партнершей (партнером)
195. Часто в группе я беру на себя инициативу

196. Наиболее привлекательными для меня являются люди, которые всегда остаются невозмутимыми и ведут себя уверенно
197. Часто мои фантазии крутятся вокруг таких сексуальных действий, о которых не принято говорить
198. Я радуюсь всему тому, что умею
199. Когда другие неожиданно застают меня за каким-нибудь занятием, я легко пугаюсь
200. Рассудком достигают большего, чем чувствами
201. Если меня что-нибудь интересует, меня ничто не может отвлечь
202. Я редко бываю полностью доволен (довольна) абсолютно всем
203. Случается, что я по-настоящему кого-нибудь «достаю»
204. Если люди, которые важны для меня, долго разговаривают с другими, я, в полном смысле слова, прихожу в бешенство
205. В сущности, секс вызывает у меня отвращение
206. Когда другие смеются, я часто не могу смеяться вместе с ними
207. Меня интересуют прежде всего те виды спорта, которые связаны с риском
208. Я невысокого мнения о психологии
209. Я часто не понимаю, что происходит
210. Я очень любопытен (любопытна)
211. Фантазирование отвлекает меня от работы
212. Сексуальные отношения я переживаю, как мучительную обязанность
213. Я добровольно берусь за выполнение даже таких важных задач, которые вызывают у меня страх
214. Вероятно, я никогда не найду подходящую (подходящего) партнера (партнера)
215. Я часто скучаю
216. Существую я или нет, это не так уж и важно
217. Давать ответы на вопросы, связанные с сексуальными отношениями, доставило мне удовольствие
218. Часто я чувствую себя раздавленным (раздавленной) требованиями
219. Часто мне удается непроизвольно побуждать других братья на себя те задачи, которые мне неприятны
220. «Предстартовое» волнение способно меня окрылить

Бланк ответов

№	Да/нет	№	Да/нет	№	Да/нет	№	Да/нет
1.		56.		111.		166.	
2.		57.		112.		167.	
3.		58.		113.		168.	
4.		59.		114.		169.	
5.		60.		115.		170.	
6.		61.		116.		171.	
7.		62.		117.		172.	
8.		63.		118.		173.	
9.		64.		119.		174.	
10.		65.		120.		175.	
11.		66.		121.		176.	
12.		67.		122.		177.	
13.		68.		123.		178.	
14.		69.		124.		179.	
15.		70.		125.		180.	
16.		71.		126.		181.	
17.		72.		127.		182.	
18.		73.		128.		183.	
19.		74.		129.		184.	
20.		75.		130.		185.	
21.		76.		131.		186.	
22.		77.		132.		187.	
23.		78.		133.		188.	
24.		79.		134.		189.	
25.		80.		135.		190.	
26.		81.		136.		191.	
27.		82.		137.		192.	
28.		83.		138.		193.	
29.		84.		139.		194.	

№	Да/нет	№	Да/нет	№	Да/нет	№	Да/нет
30.		85.		140.		195.	
31.		86.		141.		196.	
32.		87.		142.		197.	
33.		88.		143.		198.	
34.		89.		144.		199.	
35.		90.		145		200.	
36.		91.		146.		201.	
37.		92.		147.		202.	
38.		93.		148.		203.	
39.		94.		149.		204.	
40.		95.		150.		205.	
41.		96.		151.		206.	
42.		97.		152.		207.	
43.		98.		153.		208.	
44.		99.		154.		209.	
45.		100.		155.		210.	
46.		101.		156.		211.	
47.		102.		157.		212.	
48.		103.		158.		213.	
49.		104.		159.		214.	
50.		105.		160.		215.	
51.		106.		161.		216.	
52.		107.		162.		217.	
53.		108.		163.		218.	
54.		109.		164.		219.	
55.		110.		165.		220.	

Ключ

Шкала	Конструктивная	Деструктивная	Дефицитарная
Агрессия	1, 8, 26, 30, 51, 74, 112, 126, 157, 173, 184, 195, 210	2, 4, 6, 63, 92, 97, 104, 118, 132, 145, 168, 175, 180, 203	25, 28, 39, 61, 66, 72, 100, 102, 150, 153, 161, 215
Тревога/Страх	11, 35, 50, 94, 127, 136, 143, 160, 171, 191, 213, 220	32, 47, 54, 59, 91, 109, 128, 163, 178, 179, 188	69, 75, 76, 108, 116, 131, 149, 155, 170, 177, 181, 196, 207, 219
Внешнее ограничение Я	23, 36, 58, 89, 90, 95, 99, 137, 138, 140, 176	3, 14, 37, 38, 46, 82, 88, 148, 154, 158, 209	7, 17, 57, 71, 84, 86, 120, 123, 164, 166, 218
Внутреннее ограничение Я	5, 13, 21, 29, 42, 98, 107, 130, 147, 167, 192, 201	10, 16, 55, 80, 117, 169, 185, 187, 193, 200, 202, 208	12, 41, 45, 49, 52, 56, 77, 119, 122, 125, 172, 190, 211
Нарциссизм	18, 34, 44, 73, 85, 96, 106, 115, 141, 183, 189, 198	19, 31, 53, 68, 87, 113, 162, 174, 199, 204, 206, 214	9, 24, 27, 64, 79, 101, 103, 111, 124, 134, 146, 156, 216
Сексуальность	15, 33, 40, 43, 48, 65, 78, 83, 105, 133, 139, 151, 217	20, 22, 62, 67, 70, 93, 110, 129, 142, 159, 186, 194, 197	60, 81, 114, 121, 135, 144, 152, 165, 182, 205, 212

Обработка результатов

При обработке по ключу учитываются только утвердительные ответы «Да» (Верно)

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Шкала тревоги Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина)

Стимульный материал

А. Шкала ситуативной тревожности

Суждения

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Б. Шкала личной тревожности

Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ

СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
	№№	1	2	3	4	№№	1	2	3
<i>Ситуативная тревожность</i>					<i>Личностная тревожность</i>				
1	4	3	2	1	21	4	3	2	1
2	4	3	2	1	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
5	4	3	2	1	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	4	3	2	1
7	1	2	3	4	27	4	3	2	1
8	4	3	2	1	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	4	3	2	1	30	4	3	2	1
11	4	3	2	1	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	4	3	2	1	35	1	2	3	4
16	4	3	2	1	36	4	3	2	1
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	3	2	1	39	4	3	2	1
20	4	3	2	1	40	1	2	3	4

Обработка результатов

Обработка результатов включает следующие этапы:

1. Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.
2. На основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого.

3. Вычисление среднегруппового показателя ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Интегративный тест тревожности

Стимульный материал

А. Бланк ситуативной тревоги

Утверждение	Совсем нет	Слабо выражено	Выражен о	Очень выражено
1. Я нахожусь в напряжении				
2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро устаю				
9. Я не уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				
12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				
14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

Б. Бланк личностной тревоги

Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всё время
1. Я нахожусь в напряжении				
2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро устаю				
9. Я уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				
12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				
14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

Ключ

№	ЭД				АСТ				ФОБ				ОП				СЗ			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
1	0	25	49	74																
2	0	24	49	73																
3													0	37	74	110				
4	0	27	53	80																
5													0	32	65	98				
6	0	24	49	73																
7									0	37	74	111								
8					0	30	61	91												
9									0	28	56	85								
10																	0	57	114	171
11																	0	43	86	129
12									0	29	58	87								
13					0	41	81	122												
14					0	29	58	87												
15													0	31	61	92				

Обработка результатов

Для подсчёта сырых значений необходимо в соответствии с ключом сложить баллы, соответствующие ответам на входящие в каждую шкалу утверждения.

Для облегчения процедуры сравнения результатов между собой осуществляется перевод сырых баллов в нормативные –станайны, согласно трем нижеприведенным таблицам.

Перевод в станайны показателей общей тревожности

Станайны	Сырые баллы	
	Взрослые и юноши	Девушки
1	менее 6	менее 6
2	7-8	7-8
3	9	9-10
4	10-11	11-12
5	12-14	13-16
6	16-18	17-21
7	19-22	22-25
8	23-26	26-30
9	27 и более	31 и более

Перевод в станайны показателей дополнительных шкал для взрослых и юношей

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	34 и менее	26 и менее	13 и менее	44 и менее	50 и менее
2	35-48	27-36	14-19	45-62	51-70
3	49-62	37-47	20-24	63-80	71-90
4	63-76	48-57	25-29	81-97	91-110
5	77-100	58-82	30-54	98-122	111-135
6	101-137	83-122	55-99	123-155	136-165
7	138-173	123-161	100-144	156-187	166-195

8	174-209	162-201	145-188	188-219	196-225
9	210 и более	202 и более	189 и более	220 и более	226 и более

Перевод в станайны показателей дополнительных шкал для девушек

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
1	42 и менее	31 и менее	16 и менее	53 и менее	60 и менее
2	43-58	32-44	17-23	54-75	61-85
3	59-75	45-57	24-29	76-97	86-109
4	76-92	58-70	30-36	98-118	110-134
5	93-117	71-95	37-61	119-143	135-159
6	118-150	96-132	62-104	144-172	160-184
7	151-183	133-169	105-148	173-200	185-210
8	184-217	170-206	149-191	201-228	211-235
9	218 и более	207 и более	192 и более	229 и более	236 и более

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

16PF опросник Кэттелла (форма С)

Стимульный материал

- 1. Я думаю, что моя память сейчас лучше, чем была раньше.**
 - a) да
 - b) трудно сказать
 - c) нет
- 2. Я вполне мог бы жить один, вдали от людей.**
 - a) да
 - b) иногда
 - c) нет
- 3. Если предположить, что небо находится «внизу» и что зимой «жарко», я должен был бы назвать преступника:**
 - a) бандитом
 - b) святым
 - c) тучей
- 4. Когда я ложусь спать, то:**
 - a) быстро засыпаю
 - b) когда как
 - c) засыпаю с трудом
- 5. Если бы я вел машину по дороге, где много других автомашин, я предпочел бы:**
 - a) пропустить вперед большинство машин
 - b) не знаю
 - c) обогнать все идущие впереди машины
- 6. В компании я предоставляю возможность другим шутить и рассказывать всякие истории.**
 - a) да
 - b) иногда
 - c) нет
- 7. Мне важно, чтобы во всем окружающем не было беспорядка.**
 - a) верно
 - b) трудно сказать
 - c) неверно
- 8. Большинство людей, с которыми я бываю в компаниях, несомненно, рады меня видеть.**

- a) да
- b) иногда
- c) нет

9. Мне больше нравятся:

- a) фигурное катание
- b) затрудняюсь сказать
- c) борьба и регби и балет

10. Меня забавляет несоответствие между тем, что люди делают, и тем, что они потом рассказывают об этом.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

11. Читая о каком-либо происшествии, я интересуюсь всеми подробностями.

- a) всегда
- b) иногда
- c) редко

12. Когда друзья подшучивают надо мной, я смеюсь вместе со всеми и не обзываюсь.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

13. Если мне кто-нибудь нагрубит, я могу быстро забыть об этом.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

14. Мне больше нравится придумывать новые способы в выполнении какой-либо работы, чем придерживаться испытанных приемов.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

15. Когда я планирую что-нибудь, я предпочитаю делать это самостоятельно, без чьей-либо помощи.

- a) верно
- b) иногда
- c) нет

16. Думаю, что я - менее чувствительный и менее возбудимый, чем большинство людей.

- a) верно

- b) затрудняюсь ответить
- c) неверно

17. Меня раздражают люди, которые не могут быстро принимать решения.

- a) верно
- b) когда как
- c) неверно

18. Иногда, хотя и кратковременно, у меня возникало чувство раздражения по отношению к моим родителям.

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

19. Я скорее раскрыл бы свои сокровенные мысли:

- a) своим хорошим друзьям
- b) не знаю
- c) в своем дневнике

20. Я думаю, что слово, противоположное по смыслу противоположности слова «неточный», - это:

- a) небрежный
- b) тщательный
- c) приблизительный

21. У меня всегда хватает энергии, когда мне это необходимо

- a) да
- b) трудно сказать
- c) нет

22. Меня больше раздражают люди, которые:

- a) своими грубыми шутками вгоняют людей в краску
- b) затрудняюсь ответить
- c) создают неудобства, когда ни опаздывают на условленную встречу со мной

23. Мне очень нравится приглашать к себе гостей и развлекать их.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

24. Я думаю, что:

- a) можно не все делать одинаково тщательно
- b) затрудняюсь сказать
- c) любую работу следует выполнять тщательно, если Вы за нее взялись

25. Мне обычно приходится преодолевать смущение.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

26. Мои друзья чаще.

- a) советуются со мной
- b) делают то и другое
- c) дают мне советы поровну

27. Если приятель обманывает меня в мелочах, я скорее предпочту сделать вид, что не заметил этого, чем разоблачу его.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

28. Я предпочитаю друзей:

- a) интересы которых имеют деловой и практический характер
- b) не знаю
- c) которые отличаются философским взглядом на жизнь

29. Не могу равнодушно слушать, как другие люди высказывают идеи, противоположные тем, в которые я твердо верю.

- a) верно
- b) затрудняюсь сказать
- c) неверно

30. Меня волнуют мои прошлые поступки и ошибки.

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

31. Если бы я одинаково хорошо умел делать и то и другое, я бы предпочел:

- a) играть в шахматы
- b) затрудняюсь сказать
- c) играть в городки

32. Мне нравятся общительные, компанейские люди.

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

33. Я настолько осторожен и практичен, что со мной случается меньше неприятных неожиданностей, чем с другими людьми.

- a) да
- b) затрудняюсь сказать

- c) нет

34. Я могу забыть о своих заботах и обязанностях, когда мне это необходимо.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

35. Мне бывает трудно признать, что я не прав.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

36. На предприятии мне было бы интереснее:

- a) работать с машинами и механизмами и участвовать в основном производстве
- b) трудно сказать
- c) беседовать с людьми, занимаясь общественной работой

37. Какое слово не связано с двумя другими?

- a) кошка
- b) близко
- c) солнце

38. То, что в некоторой степени отвлекает мое внимание:

- a) раздражает меня
- b) нечто среднее
- c) не беспокоит меня совершенно

39. Если бы у меня было много денег, то я: #* a) жил бы, не стесняясь себя ни в чем

- b) не знаю
- c) позабочился бы о том, чтобы не вызывать к себе зависти

40. Худшее наказание для меня:

- a) тяжелая работа
- b) не знаю
- c) быть запертым в одиночестве

41. Люди должны больше, чем сейчас, соблюдать нравственные нормы.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

42. Мне говорили, что ребенком я был:

- a) спокойным и любил оставаться один
- b) трудно сказать
- c) живым и подвижным и меня нельзя было оставить одного

43. Я предпочел бы работать с приборами.

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

44. Думаю, что большинство свидетелей на суде говорят правду, даже если это нелегко для них.

- a) да
- b) трудно сказать
- c) нет

45. Иногда я не решаюсь проводить в жизнь свои идеи, потому что они кажутся мне неосуществимыми.

- a) верно
- b) затрудняюсь ответить
- c) неверно

46. Я стараюсь смеяться над шутками не так громко, как большинство людей.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

47. Я никогда не чувствовал себя таким несчастным, чтобы хотелось плакать #*
a) верно

- b) не знаю
- c) неверно

48. Мне больше нравится

- a) марш в исполнении духового оркестра
- b) не знаю
- c) фортепианная музыка

49. Я предпочел бы провести отпуск

- a) в деревне с одним или двумя друзьями
- b) затрудняюсь сказать
- c) возглавляя группу в туристском лагере

50. Усилия, затраченные на составление планов:

- a) никогда не лишни
- b) трудно сказать
- c) не стоят этого

51. Необдуманные поступки и высказывания моих приятелей в мой адрес не обижают и не огорчают меня.

- a) верно
- b) не знаю

- c) неверно

52. Удавшиеся дела кажутся мне легкими.

- a) всегда
- b) иногда
- c) редко

53. Я предпочел бы работать:

- a) в учреждении, где мне пришлось бы руководить людьми и все время быть среди них
- b) затрудняюсь ответить
- c) в одиночестве, например архитектором, который разрабатывает свой проект

54. Дом относится к комнате, как дерево:

- a) к лесу
- b) к растению
- c) к листу

55. То, что я делаю, у меня не получается:

- a) редко
- b) время от времени
- c) часто

56. В большинстве дел я предпочитаю:

- a) рискнуть
- b) когда как
- c) действовать наверняка

57. Вероятно, некоторые люди считают, что Я слишком много говорю.

- a) скорее всего, это так
- b) не знаю
- c) думаю, что это не так

58. Мне больше нравится человек:

- a) большого ума, даже если он ненадежен и непостоянен
- b) трудно сказать
- c) со средними способностями, но зато умеющий противостоять всяким соблазнам

59. Я принимаю решения

- a) быстрее, чем многие люди
- b) не знаю
- c) медленнее, чем большинство людей

60. На меня большое впечатление производят.

- a) мастерство и изящество

- b) трудно сказать
- c) сила и мощь

61. Я считаю себя человеком, склонным к сотрудничеству,

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

62. Мне больше нравится разговаривать с людьми изысканными, утонченными, чем с откровенными и прямолинейными.

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

63. Я предпочитаю

- a) сам решать вопросы касающиеся меня лично
- b) затрудняюсь ответить
- c) советоваться с моими, друзьями

64. Если человек не отвечает на мои слова, то я чувствую, что, должно быть, сказал какую-нибудь глупость.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

65. В школьные годы я больше всего получил знаний

- a) на уроках
- b) не знаю
- c) читая книги

66. Я избегаю общественной работы и связанной с этим ответственности

- a) верно
- b) иногда
- c) неверно

67. Если очень трудный вопрос требует от меня больших усилий, то я:

- a) начну заниматься другим вопросом
- b) затрудняюсь сказать
- c) еще раз попытаюсь решить этот вопрос

68. У меня возникают сильные эмоции: тревога, гнев, приступы смеха и т. д., - казалось бы, без определенных причин

- a) да
- b) иногда
- c) нет

69. Иногда я соображаю хуже, чем обычно.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

70. Мне приятно сделать человеку одолжение, согласившись назначить встречу с ним на время, удобное для него, даже если это. Немного неудобно для меня.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

71. Я думаю, что правильное число, которое должно продолжить ряд 1, 2, 3, 6, 5, ... -это:

- a) 10
- b) 5
- c) 7

72. Иногда у меня бывают непродолжительные приступы тошноты и головокружения без определенной причины.

- a) да
- b) очень редко
- c) нет

73. Я предпочитаю скорее отказаться от своего заказа, чем доставить официанту или официантке лишнее беспокойство.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

74. Я живу сегодняшним днем в большей степени, чем другие люди, #* a) верно

- b) трудно сказать
- c) неверно

75. На вечеринке мне нравится:

- a) принимать участие в интересной деловой беседе
- b) затрудняюсь ответить
- c) отдыхать вместе со всеми

76. Я высказываю свое мнение независимо от того, кто меня слушает:

- a) да
- b) иногда
- c) нет

77. Если бы я мог перенестись в прошлое, я хотел бы встретиться с:

- a) Ньютоном
- b) не знаю

- c) Шекспиром

78. Я вынужден удерживать себя от того, чтобы не улаживать чужие дела.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

79. Работая в магазине, я предпочел бы:

- a) оформлять витрины
- b) не знаю
- c) быть кассиром

80. Если люди плохо думают обо мне, я не стараюсь переубедить их, а продолжаю поступать так, как считаю нужным.

- a) да
- b) трудно сказать
- c) нет

81. Если я вижу, что мой старый друг холоден со мной и избегает меня, я обычно:

- a) сразу же думаю: «У него плохое настроение»
- b) не знаю
- c) начинаю думать о том, какой неверный поступок я со вершил

82. Многие неприятности происходят из-за людей:

- a) которые стараются во все внести изменения, хотя уже существуют удовлетворительные способы решения этих вопросов
- b) не знаю
- c) которые отвергают новые, многообещающие предложения

83. Я получаю большое удовольствие, рассказывая местные новости.

- a) да
- b) иногда
- c) неверно

84. Аккуратные, требовательные люди не уживаются со мной.

- a) верно
- b) иногда
- c) неверно

85. Мне кажется, что я менее раздражителен, чем большинство людей.

- a) верно
- b) не знаю
- c) неверно

86. Я могу легче не считаться с другими людьми, чем они со мной.

- a) верно

- b) иногда
- c) неверно

87. Бывает, что все утром я не хочу ни с кем разговаривать.

- a) часто
- b) иногда
- c) никогда

88. Если стрелки часов встречаются ровно через каждые 65 минут, отмеренных по точным часам, то эти часы:

- a) отстают
- b) идут правильно
- c) спешат

89. Мне бывает скучно:

- a) часто
- b) иногда
- c) редко

90. Люди говорят, что мне нравится все делать своим оригинальным способом.

- a) верно
- b) иногда
- c) неверно

91. Я считаю, что нужно избегать излишних волнений, потому что они утомительны.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

92. Дома в свободное время я:

- a) отдыхаю от всех дел
- b) затрудняюсь ответить
- c) занимаюсь интересными делами

93. Я осторожно отношусь к завязыванию дружеских отношений с незнакомыми людьми.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

94. Я считаю, что то, что люди говорят стихами, можно так же точно выразить прозой.

- a) да
- b) затрудняюсь ответить
- c) нет

95. Мне кажется, что люди, с которыми я нахожусь в дружеских отношениях, могут оказаться отнюдь не друзьями за моей спиной.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

96. Мне кажется, что самые драматические события уже через год не оставят в моей душе никаких следов.

- a) да
- b) не знаю
- c) нет

97. Я думаю, что интереснее:

- a) работать срастениям и агентом
- b) не знаю
- c) быть страховым

98. Я подвержен суевериям и беспричинному страху по отношению к некоторым вещам, например, к определенным животным, местам, датам и т.д.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

99. Я люблю размышлять о том, как можно было бы улучшить мир.

- a) да
- b) трудно сказать
- c) нет

100. Я предпочитаю игры:

- a) где надо играть в команде или иметь партнера
- b) не знаю
- c) где каждый играет за себя

101. Ночью мне снятся фантастические и нелепые сны.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

102. Если я остаюсь в доме один, то через некоторое время ощущаю тревогу и страх.

- a) да
- b) иногда
- c) нет

103. Я могу своим дружеским отношением ввести людей в заблуждение, хотя на самом деле они мне не нравятся.

- а) да
- б) иногда
- в) нет

104. Какое слово не относится к двум другим?

- а) думать
- б) видеть
- в) слышать

105. Если мать Марии является сестрой отца Александра, то кем является Александр по отношению к отцу Марии?

- а) двоюродным братом
- б) племянником
- в) дядей

Ключ

Факторы	Номера утверждений						
MD	1 ab	18 bc	35 bc	52 bc	69 bc	86 bc	103 bc
A	2 bc	19 ab	36 bc	53 ab	70 ab	87 bc	
B	3 b	20 c	37 b	54 c	71 a	88 b	104 a 105 b
C	4 ab	21 ab	38 bc	55 ab	72 bc	89 bc	
E	5 bc	22 bc	39 bc	56 ab	73 bc	90 ab	
F	6 ab	23 ab	40 bc	57 ab	74 ab	91 bc	
G	7 ab	24 bc	41 ab	58 bc	75 ab	92 bc	
H	8 ab	25 bc	42 bc	59 ab	76 ab	93 bc	
I	9 ab	26 ab	43 bc	60 ab	77 bc	94 bc	
L	10 ab	27 bc	44 bc	61 bc	78 ab	95 ab	
M	11 bc	28 bc	45 ab	62 ab	79 ab	96 bc	
N	12 bc	29 ab	46 ab	63 ab	80 bc	97 bc	
O	13 bc	30 ab	47 bc	64 ab	81 bc	98 ab	
Q1	14 ab	31 ab	48 bc	65 bc	82 bc	99 ab	
Q2	15 ab	32 bc	49 ab	66 ab	83 bc	100 bc	
Q3	16 ab	33 ab	50 ab	67 bc	84 bc	101 bc	
Q4	17 ab	34 bc	51 bc	68 ab	85 bc	102 ab	

Обработка результатов

Обработка полученных данных производится с помощью ключа.

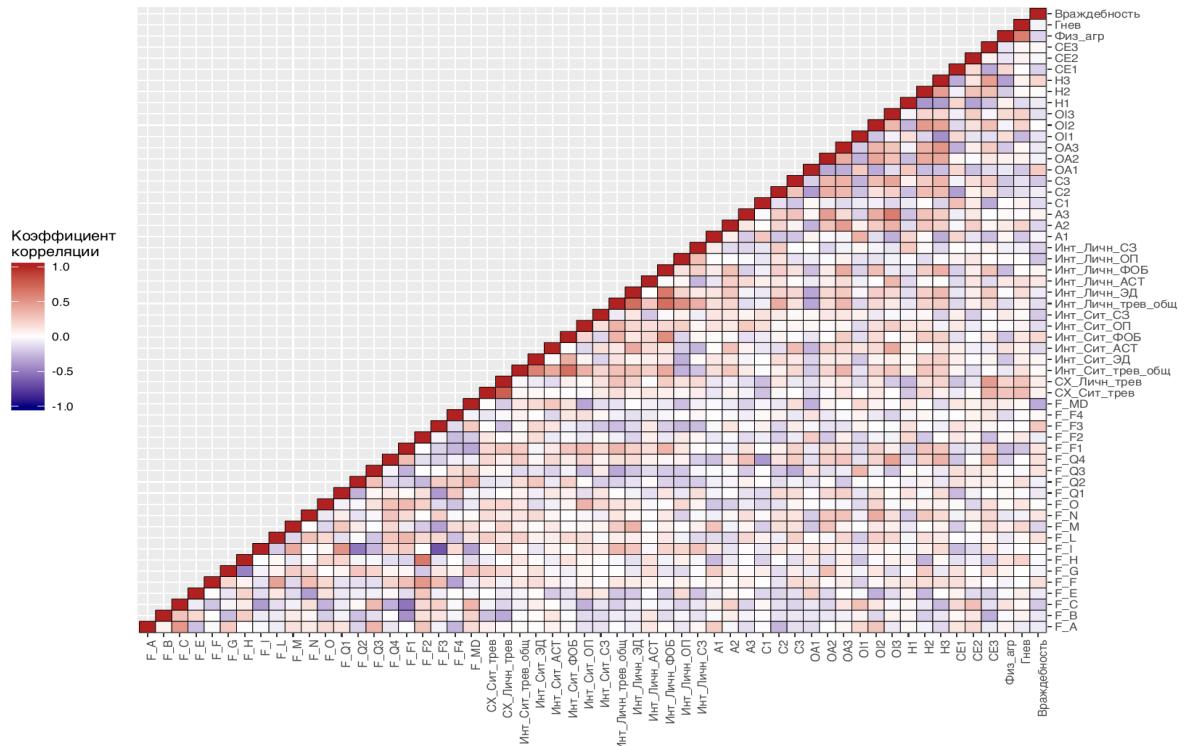
Совпадение ответов обследуемого с «ключом» оценивается в два балла для ответов «а» и «с», совпадение ответа «б» — в один балл. Сумма баллов по каждой выделенной группе вопросов дает в результате значение фактора. Исключением является фактор «В» — здесь любое совпадение ответа с «ключом» дает 1 балл.

Для облегчения процедуры сравнения результатов производится перевод сырых баллов в стены, согласно нижеприведенной таблице.

Факторы	Стены									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Низкие			Средние			Высокие			
A	0-4	5	6	7	8	-	9	10	11	12
B	0-2	-	3	-	4	-	5	6	-	7-8
C	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
E	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
F	0-1	-	3	4	5	6	7	8	9	10-12
G	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
H	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
I	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
L	0-1	2	-	3	4	-	5	6	7	8-12
M	0-3	-	4	5	6	7	8	9	10	11-12
N	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
O	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
Q1	0-4	5	6	-	7	8	9	10	11	12
Q2	0-2	3	-	4	5	6	7	8	9	10-12
Q3	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	11-12
Q4	0-1	2	3	4	5	6-7	8	9	10	11-12
MD	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	11-12

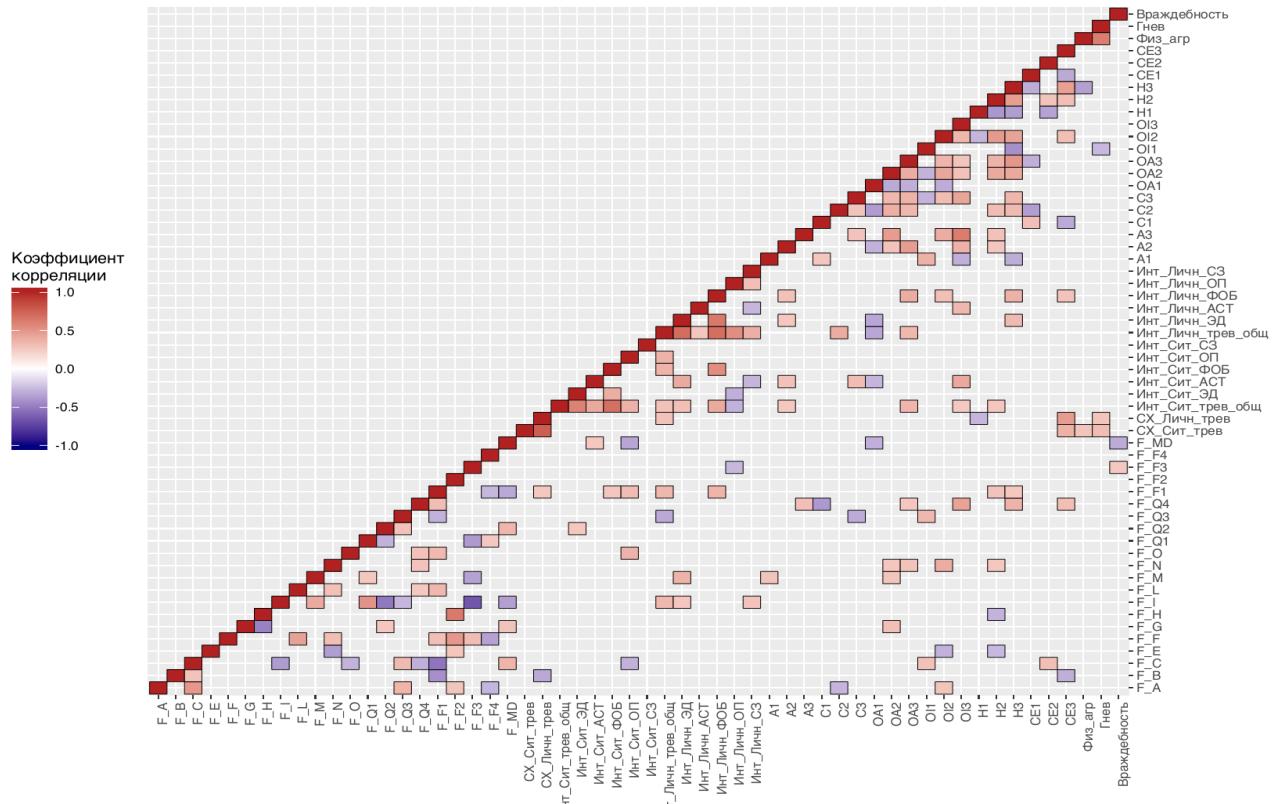
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Перекрестная корреляция всех шкал



ПРИЛОЖЕНИЕ К

Значимая корреляция всех шкал



Клиническая карта для больных наркоманией

1. Пол

- мужской (1)
- женский (2)

2. Возраст

3. Образование

- неполное среднее (1)
- среднее (2)
- среднее специальное (3)
- незаконченное высшее (4)
- высшее (5)

4. Опыт работы

- никогда не работал (1)
- случайные заработки (2)
- имел постоянную работу (3)

5. Трудовая деятельность

- не работает в настоящее время (1)
- работает в настоящее время (2)

6. В детстве родительская семья

- неполная (1)
- полная (2)

7. Родительская семья на момент обследования

- полная (1)
- только мать (2)
- только отец (3)

8. Наличие судимости

- нет (1)
- да (2)
- несколько (3)

9. Семейное положение

- холост /не замужем(1)
- замужем/женат (2)

10. Возраст супруга/супруги наркозависимого

11. Наличие проблем с ПАВ у супруга/супруги

- да (1)
- нет (2)

12. Наличие детей

- да (1)
- нет (2)

13. Возраст начала употребления ПАВ

14. Стаж употребления ПАВ

15. Возраст перехода к систематическому употреблению ПАВ

16. Срок систематического употребления ПАВ

17. Сочетанное употребление различных ПАВ

- да (1)
- нет (2)

18. Обращение за лечением

- первичное (1)
- повторное (2)

19. Исследовательский мотив употребления ПАВ

- да (1)
- нет (2)

20. Гедонистический мотив употребления ПАВ

- да (1)
- нет (2)

21. Мотив употребления ПАВ - снятия напряжения

- да (1)
- нет (2)

22. Конформный мотив употребления ПАВ

- да (1)
- нет (2)

23. Срок трезвости

Клиническая карта для больных алкоголизмом

1. Пол

- мужской (1)
- женский (2)

2. Возраст

3. Образование

- неполное среднее (1)
- среднее (2)
- среднее специальное (3)
- незаконченное высшее (4)
- высшее (5)

4. Опыт работы

- никогда не работал (1)
- случайные заработки (2)
- имел постоянную работу (3)

5. Трудовая деятельность

- не работает в настоящее время (1)
- работает в настоящее время (2)

6. Родительская семья на момент обследования

- полная (1)
- только мать (2)
- только отец (3)

7. Наличие судимости

- нет (1)
- да (2)
- несколько (3)

8. Семейное положение

- холост /не замужем(1)
- замужем/женат (2)

9. Наличие проблем с алкоголем у супруга/супруги

- да (1)
- нет (2)

10. Наличие детей

- да (1)
- нет (2)

11. Возраст начала употребления алкоголя

12. Стаж употребления алкоголя

13. Стадия заболевания

- Первая стадия(1)
- Вторая стадия(2)
- Третья(3)

14. Форма пьянства

- Однодневное пьянство с похмельным синдромом(1)
- Непостоянное пьянство с похмельным синдромом(2)
- Постоянное пьянство(3)
- Запойное пьянство(4)

15. Срок трезвости

16. Гедонистический мотив употребления алкоголя /ПАВ

- да (1)
- нет (2)

17. Мотив употребления алкоголя- снятия напряжения/ПАВ

- да (1)
- нет (2)

18. Конформный мотив употребления алкоголя/ПАВ

- да (1)
- нет (2)

19. Мотив обращения за помощью

- по настоянию родственников(1)
- по собственной инициативе (2)
- иной(3)

20. Обращение за лечением

- первичное (1)
- повторное (2)