**Некоторые результаты теста Келли и эффективность психотерапии у больных опийной наркоманией.**

Лечение наркотической зависимости всегда представляло собой трудную задачу. Да и сейчас эффективность лечения не намного выше той которая отмечалась в начале века. Ранние рецидивы, срывы более вероятны, чем ремиссии. Внимание большинства исследователей сосредоточено на тех относительно немногочисленных случаях, когда удается достигнуть положительных результатов. Приходится признать,что помимо собственно лечебного процесса на результаты лечения оказывают влияние и другие факторы. Обычно много внимания уделяется факторам окружающей социальной среды - доступности наркотиков, влиянию референтной группы наркоманов, социальной неустроенности (безработица, разрыв семейных отношений) и т.п. Считается, что рецидивы в большинстве случаев связаны с неблагоприятной средой, в которую попадает наркоман после лечения. Не отрицая значения факторов средового окружения тем не менее очевидным является то, что и они не являются главными и исчерпывающими. Это доказывается случаями рецидивов при самых благоприятных обстоятельствах и довольно стойкими ремиссиями при наличии значительных социально-психологических проблем. В связи с этим поиск новых факторов, связанных с эффективностью лечения, позволит прояснить механизмы наркотической зависимости и оптимизировать лечебные мероприятия. Изучение связи между эффективностью терапевтических мероприятий и другими факторами порождает ряд методологических проблем, которые необходимо разрешить. Во-первых: какой результат лечения считать положительным, а какой нет.

Общепризнано, что в случае лечения наркомании нельзя говорить о полном выздоровлении, а только лишь о ремиссии. Основным критерием ремиссии является абсолютное воздержание от приема наркотиков без смены наркотизма на протяжении некоторого периода времени. Именно этот "некоторый период времени" и является камнем преткновения для объективного анализа ибо выделение того или иного промежутка времени для разграничения ремиссии совершенно произвольно и искусственно. Ясно,что разница между пациентом находящимся в группе ремиссии с ремиссией 1 год и пациентом у которого рецидив возник на 9-10 месяц после лечения не столь уж и велика,а тем не менее они относятся к разным группам. Таким образом, можно сделать вывод, что все пролеченные наркоманы представляют собой некий континуум, где на одном краю практически безремиссионное течение (если не считать ремиссией купирование абстиненции и соматическое лечение) и на другом краю длительные ремиссии. Этот факт значительно усложняет возможности поиска и выделения факторов, способствующих ремиссии так как "размывает" различия в группах с ремиссией свыше года и группы безремиссионного течения. Еще один фактор, который с трудом поддается стандартизации - это проводимый комплекс психотерапевтических мероприятий. Даже в рамках одного метода (скажем гипнотерапии или групповой терапии) возможны довольно значительные индивидуальные различия. Не без основания многие психотерапевты вообще мало значения придают конкретному методу лечения, считая более важными такие характеристики, как интуиция, опыт, психологическая совместимость пациента и терапевта. Еще более осложняют проблему различное отношение к длительности терапии. Диапазон здесь так же достаточно широк - от однократного сеанса "кодирования" до программ практически пожизненного лечения и наблюдения, стандартизировать которые невозможно. В важности объективных характеристик психотерапевтического процесса убеждены большинство психотерапевтов. Большое значение имеет структура психотерапии, которая включает длительность процесса терапии, строгость режима, частоту терапевтических сеансов, их длительность, завершенность психотерапии (наличие или отсутствие психотерапевти- ческой поддержки после курса терапии). Для преодоления этих трудностей из всех 80 пролеченных больных выделена специальная группа из 26 человек куда вошли 13 человек с ремиссией свыше года и 13 человек с практически безремиссионным течением (рецидив как минимум в течении месяца после лечения). К остальным 54 пациентам были отнесены те, в отношении которых не удалось собрать достоверный катамнез - 28 человек, лица с викарной алкоголизацией - 6 человек, 20 человек достоверно возобновивших наркотизацию через 2-11 месяцев после лечения. Объединение в одну группу пациентов с полярными результатами лечения должно более четко структурировать е¦ если результаты лечения каким то образом связаны с исследуемыми характеристиками. Психотерапия была стандартизирована по следующим характеристикам:

Длительность психотерапевтического процесса 1-1,5 месяца (после купирования острых явлений абстиненции).

Частота терапевтических сеансов первые 2 недели 4-5 раз в неделю затем 2-3 раза в неделю.

Полное исключение психотропных средств на этапе психотерапии.

Длительность сеанса 0,45-1 час.

Преимущественно индивидуальная терапия или коллективная (без групповой динамики) в малых группах.

Метод лечения - рациональная терапия и суггестия во всех е¦ модификациях от аутотреннинга до стрессопсихотерапии и гипнотических сеансов,эриксоновский гипноз, НЛП.

Строго акцентированное окончание курса терапии с рекомендацией динамического наблюдения. Поддерживающая терапия не проводилась.

В группу из 80 наркоманов включены только те, кто прошел полный курс терапии. Все больные после купирования абстиненции и перед психотерапией обследовались тремя экспериментально-психологическими методиками - тестом репертуарных решеток Келли (ТРР), тестом Кеттела (16F), СМИЛ. Клинико-анамнестические данные учитывались в стандартизованном интервью. Использование теста репертуарных решеток было обусловлено его особенностями по сравнению с другими методами экспериментально-психологических исследований. Теория личностных конструктов Келли является общепризнанным инструментом исследования когнитивного компонента психики, который более чем другие показатели отражает индивидуальные особенности представления окружающей действительности. К тому же он позволяет конкретизировать изучаемые явления путем задания контекста. В нашем случае это позволяет найти отражение проблемы зависимости в системе личностных конструктов В процессе подготовки экспериментального исследования по методике Келли были выявлены на основании метода триад наиболее часто встречающиеся у наркоманов конструкты и задан ролевой список который является модификацией ролевого списка Келли где наряду с традиционными элементами включен элемент "Наркоман". Использовались 12 заданных конструктов. Многие авторы признают возможность задания

конструктов экспериментатором,что позволяет в дальнейшем сравнивать решетки различных пациентов,суммировать их и т.д. В число 12 заданных конструктов вошли те, которые на предварительном этапе работы были выявлены среди наркоманов традиционными методами триад и диад и встречались наиболее часто. Из всех видов матриц выбрана оценочная матрица с 70 ти балльной шкалой Этот выбор позволят произвести не только исследование системы конструктов но и исследование системы элементов Исходная матрица представляла собой решетку 12\*12 где по строкам находятся заданные конструкты одинаковые для всех испытуемых а по столбцам элементы выявленные согласно заданному ролевому списку В процессе исследования матрица заполнялась и на пересечении строки и столбца стояла оценка данного элемента по данному конструкту в 70 балльной шкале. Проведение облегчалось тем, что проводилось с помощью персонального компьютера и пакета "Келли", который позволяет пациенту визуализировать 70 балльную шкалу и отметить место на ней любого из оцениваемых элементов. Так как решетки по структуре и содержанию оценок являются одинаковыми, то имеется возможность не только обрабатывать их индивидуально, но и проводить сравнение, суммирование различных решеток и групп решеток.

Программное обеспечение пакета Келли позволяет производить сравнение однотипных решеток отдельно по элементам отдельно по конструктам. У всех 26 человек были вычислены их взаимные корреляции и занесены в итоговые матрицы МЭ (матрица корреляции по элементам) и МК (матрица корреляции по конструктам). Полученные корреляции подвергались факторному анализу с варимакс вращением значимых факторов. Результаты проведенной статистической обработки наглядно представлены графически. В пространстве двух главных факторов локализуются в соответствии с интеркорреляциями результаты экспериментального исследования каждого пациента. Знаками - обозначены пациенты без ремиссии, знаками + пациенты с ремиссией более года. В массиве интеркорреляций матриц по элементам наиболее мощный первый фактор (вес 9.803) и с ним значимо коррелируют 13 матриц из которых 10 принадлежит пациентам с ремиссией, 3 - безремиссионному течению, из которых одна матрица пациента с рецидивом коррелирует отрицательно. Этот фактор можно считать фактором связанным с положительными результатами терапии.

Со вторым фактором значимо коррелируют 7 матриц из которых 5 пациентов с рецидивом и 2 пациентов с ремиссией, корреляция отрицательная. Этот фактор можно считать фактором раннего рецидива. В массиве корреляций матриц по конструктам все пациенты, давшие ремиссию, сосредоточены в 1 и 2 факторах. Суммарный вес соответственно 12.256 и 4.079. На графике это выглядит в виде дуги,соединяющей положительные области ординаты и абсциссы. Таким образом 1 и 2 фактор можно считать факторами ремиссии. Уже из этих результатов видно, что вся группа пациентов, находящихся в состоянии ремиссии, хотя и более монолитна по сравнению с группой раннего рецидива, но тоже разделена на несколько независимых подгрупп. Создав усредненные суммарные матрицы по каждому из факторов ( а такая возможность предусмотрена пакетом Келли), мы можем изучить особенности каждой группы. Всего образовано 4 суммарные матрицы (по 2 главных фактора в матрице корелляций по конструктам (МК) и матрице корелляций по элементам (МЭ)), из которых 3 матрицы относятся к группе ремиссии и 1 к группе рецидива. Обработка проводилась стандартной процедурой с выделением главных компонентов и последующим варимакс вращением факторов. Система конструктов в группе ремиссии имела различия в степени поляризации. В первой суммарной матрице поляризация привела к образованию однофакторной модели, где все конструкты связаны с единственным фактором положительной или отрицательной корреляцией. Это свидетельствует о низкой когнитивной дифференцированности, склонности представлять мир в одном цвете. Вторая суммарная матрица также свидетельствует о значительной поляризации в когнитивной сфере, только в отличие от первой, отрицательный полюс имеет свое воплощение во втором факторе, существование которого поддерживается не только положительной корелляцией с ним таких конструктов как "зависимый", "невезучий", но и отрицательной корреляцией большей части конструктов первого фактора. Когнитивная сфера раздвоена на два противоположных, самостоятельных лагеря. Еще более показательными являются сравнения суммарных матриц у пациентов группы ремиссии и рецидива. Если в элементах первой группы (таб. 6) как и в конструктах наблюдается поляризация, и во втором факторе положительно коррелируют элементы "Я" и "Человек, которого жалко", то группа рецидива (таб. 7) формирует уже три главных фактора, причем два последних обнаруживают отрицательную корелляцию с элементами "Враг", "Наркоман".

Таким образом можно сделать вывод, что когнитивная простота, одномерность или наличие не более двух факторов, находящихсвя в оппозиции друг к другу в системах конструктов и элементов является благоприятным признаком для прогноза эффективности директивной психотерапии у больных опийной наркоманией. Напротив, высокая когнитивная дифференцированность, наличие факторов отрицательно коррелирующих как с элементами, так и с конструктами, многофакторность системы элементов - являются одним из неблагоприятных признаков для прогноза эффективности психотерапии.

Список литературы:

В.А. Дюк. Компьютерная психодиагностика. Санкт-Петербург, "Братство", 1994 г. Общая психодиагностика (под редакцией А.А. Бодалева и В.В. Столина), издательство Московского университета,1987г

Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. - М.: Прогресс, 1987 г.

Repertory Grid Technique and Personal Costructs. Edited by Nigel Beail, Croom Helm London & Sydney, 1993 .

Fay Fransella and Peggy Dalton. Personal construct counseliung in action, Sage Publications, London, 1994.

George Kelly's Personal Construction Theory & Repertory Grid: @BRINT