Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России)

Кафедра клинической психологии

Курсовая работа

по Клинической психологии

Тема: Проявления агрессии у аддиктивных (наркозависимых) пациентов

работа выполнена студентом

Ходарев Сергей

Гр. ОКП - 302

Руководитель:

Рогачёва Татьяна Владимировна

ВВЕДЕНИЕ

Аддиктивное поведение - одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных предметах или активностях, что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Этот процесс настолько захватывает человека, что начинает управлять его жизнью. Человек становится беспомощным перед своим пристрастием. Волевые усилия ослабевают и нет возможности противостоять аддикции. Выбор аддиктивной стратегии поведения обуславливается в трудностях адаптации к проблемным жизненным ситуациям, таким как сложные эмоциональные условия, разочарование, крушение идеалов, конфликты в семье и на производстве, утрата близких, резкая смена привычных стереотипов. Аддиктивная личность, как было сказано выше, в своих попытках ищет универсальный, но односторонний способ выживания - уход от проблем.

Естественная адаптация аддикта нарушена на психофизиологическом уровне. Признаком этого является ощущение психологического дискомфорта. Свойственны перепады настроения, низкая переносимость фрустрации. Для восстановления психологического комфорта выделяется аддикция, стремление к искусственному изменению психического состояния, получение субъектом приятных эмоций. Таким образом, создается иллюзия решения проблемы. Подобный способ борьбы с реальностью закрепляется в поведении и становится устойчивой стратегией взаимодействия с действительностью. Привлекательность аддикции в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления. Создается субъективное впечатление, что, таким образом, обращаясь к фиксации на каких то предметах или действиях можно не думать о своих проблемах, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций используя разные варианты аддиктивной реализации. Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных аддиктивных агентов. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психическое сознание. У аддиктов злоупотребляющих ПАВ (психоактивными веществами, наркотиками) развивается интоксикация, разные формы физической, химической зависимости.

Цель: сравнить уровень проявляемой агрессии у аддиктивных (наркозависимых) пациентов во время и после лечения.

Задачи:

Изучить научно-психологическую литературу по проблеме агрессивности наркомании.

Исследовать проявления агрессивных и враждебных реакций у пациентов во время лечения.

Исследовать проявления агрессивных и враждебных реакций у пациентов после лечения.

Объект: аддиктивные (наркозависимые) пациенты.

Предмет: уровни агрессии у аддиктивных (наркозависимых) пациентов.

Методы исследования: психодиагностическое обследование.

Гипотеза: у аддиктивных (наркозависимых) пациентов уровень агрессии во время лечения выше, чем после.

. АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Аддиктивное поведение характеризуется широким спектром патологии различной степени тяжести - от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости. Происхождение термина аддикция восходит к рабской зависимости

В настоящее время наблюдается повышенный интерес исследователей различных научных направлений к проблемам различного рода отклонений поведения и формированию зависимостей. Наибольший интерес составляют вопросы исследования причин возникновения химических и психических зависимостей. К основной причине лежащей в основе формирования различного рода зависимостей является потребность в изменения реальности, как желании выйти из сложной ситуации межличностного и внутриличностного характера. Все эти вопросы рассматривает направление аддиктология. Аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния.

Исходя из этого, аддиктивное поведение - реализация желания человека уйти из реальной жизни путем изменения состояния своего сознания.

Изменения психического состояния и уход от реальности может осуществляться несколькими способами, существует ряд способов, при которых индивид использует химические вещества, действующие на ЦНС, в свою очередь, оказывая психотропное влияния, эти вещества меняют состояние сознания, тем самым на короткое время, уводя человека из реального времени и реальной ситуации. Уход от реальности и ее искажение может происходить и при использовании индивидом различных форм поведения, которые играют своего рода защитную психологическую роль, и приводят к ослаблению внутреннего напряжения, на определенное количество времени.

Аддиктивным можно считать поведение, которое происходит не ситуативно, а возникает достаточно часто и носит хронический характер. От английского Addict - наркоман, или увлекаться дурным, Addiction - склонность, пагубная привычка.

Несмотря на широкий научный интерес и актуальность, многие формы аддиктивного поведения не исследовались достаточно подробно. Кроме этого в настоящий момент нет полной классификации, в которой терминологически и содержательно были бы описаны все формы аддиктивного поведения.

Анализ литературы по данной теме позволил составить классификацию, отражающую основные формы аддиктивного поведения.

Табл. 1 Основные формы аддиктивного поведения личности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Химические Аддикции  | Биохимические аддикции  | Нехимические аддикции  |
| Алкоголизм; Наркомании; Токсикомании;  | Анорексия; Булемия;  | Гэмблинг; Аддикция отношений; Работоголизм; Транжирство; Ургентные аддикции; Интернет - аддикции; Клептомания  |

Химические агенты, употребляемые индивидом, с целью изменения психических состояний оказывают токсическое воздействие на организм человека. Длительное и систематическое употребление этих химических веществ приводит к развитию прогредиентных заболеваний, проявляющихся синдромом алкогольной наркоманической зависимости, в динамике которых наблюдаются характерные нервно - психические и соматические расстройства, а так же возникают социальные конфликты.

Считается, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. Говоря проще, при наличии неудовлетворительных (сверхзаботливых либо отстраненных) отношений с матерью, во взрослом состоянии наркотические объекты исполняют функцию матери, которую взрослый не способен выполнить сам для себя. Однако они обязательно терпят неудачу, потому что являются скорее соматическими, чем психологическими попытками справиться с отсутствием матери, и поэтому обеспечивают лишь временное облегчение. А “наплевательское отношение к себе”, равно как и склонность аддиктов к суициду, является не причиной наблюдаемого саморазрушительного поведения, а следствием, вторичным продуктом длительного злоупотребления химическими веществами. Здесь находит отражение скорее процесс разрушения личности, безысходность и депрессивность, являющиеся результатом аддиктивной модели адаптации.

К наиболее распространённым химическим агентам, вызывающим аддиктивное поведение, относят: этиловый спирт, денатураты, седативные вещества - опий и приготовляемые на его основе лекарственные препараты - этанол, анальгетики и средства для наркоза, снотворные вещества и транквилизаторы; стимулирующие вещества и препараты - средства амфетаминовой группы, кокаина, эфедрина и др; психоделические вещества и препараты вызывающие расстройства всех форм психической деятельности - ЛСД, каннабис, мескалин, псилоцибин и др; летучие наркотические вещества (ЛНДВ) - клей, бензин, ацетон. Все эти препараты оказывают токсическое действие на организм и негативно влияют на высшую нервную деятельность. Причины данного рода расстройств рассматриваются в контексте алкоголизма, наркомании и токсикомании. саморазрушительного

Биохимические аддикции представляют промежуточный уровень между химическими и нехимическими аддикциями, они связанны с нарушением процессов употребления пищи. В их структуре выделяют анорексию - болезненную худобу, обусловленную нарушением приёма пищи и булемию или «волчий голод» - состояние, при котором человек не способен ограничивать прием большого количества пищи. Причина данного рода расстройств кроется в глубоких психологических защитных личностных механизмах, где болезненное отношение к своему телу (анорексия) и потребность в постоянном насыщении (булемия) являются своего рода ритуалом, «защищающим» личность от психотравмирующих ситуации. Анорексия как правило остро проявляется в подростковом возрасте и является результатом желания подражать более красивым и стройным идеалам, и компенсацией своего мнимого уродства.

Характерной чертой практически для всех видов аддикций является спутанность, заключающаяся в непонимании последствий своего поведения.

По мнению исследователей Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой для аддиктов характерны: стремление к контролю, выражающееся в том, что именно таким образом, они контролируют своё состояние, эгоцентризм, дуализм мышления, внешняя референтность, стремление произвести ложное впечатление отсутствия проблем и наличие благополучия, ригидность, подавление эмоций, страх, задержка духовного развития.

Коррекция таких состояний предполагает длительный процесс по воспитанию ассертивного поведения, активизации творческого потенциала.

.1 ПОНЯТИЕ АГРЕССИИ И ПОДХОДЫ К ЕЁ ИЗУЧЕНИЮ

В западной психологии тема агрессии и агрессивности постоянно находится в поле зрения ученых и практиков. Существует большое число теоретических концепций, объясняющих эти феномены, проводятся многочисленные экспериментальные исследования, многие психотерапевтические школы, сталкиваясь с проблемой агрессивного поведения, пытаются разрабатывать техники его коррекции. Если проанализировать все многообразие западных концепций, то можно выделить, пожалуй, три наиболее значимых из них. Первая включает теории, в которых агрессивность трактуется как врожденное, инстинктивное свойство индивида (сюда входят теории психоаналитического толка). Вторая - описывает агрессию как поведенческую реакцию на фрустрацию. Третью составляют концепции, рассматривающие агрессивность как характеристику поведения, формирующуюся в результате научения (бихевиоральные теории).

Если рассматривать чрезмерные проявления агрессии или развитие агрессивности по типу акцентуации, то такие черты личности, как доминантность, конфликтность, неспособность к социальной кооперации, могут вызывать негативное отношение. Агрессия является неотъемлемой динамической характеристикой активности и адаптивности человека. Во-вторых, в социальном плане личность должна неизбежно обладать определенной степенью агрессивности. В «норме» она может оказывается качеством социально приемлемым и даже необходимым. В противном случае, это приводит к податливости, ведомости, конформности, пассивности поведения. Агрессивные реакции часто ситуативны и имеют рационально-избирательную направленность. Направленность агрессии от особенностей мотивационно-потребностной сферы человека, системы его ценностей и ориентаций. Поэтому, вероятно, уместно разделение на конструктивную и деструктивную агрессивность, где только последняя несет в себе потенциал враждебности, злобности, жестокости.

Условно можно разделить подходы к изучению агрессии на 3 группы: бихевиоральный подход, фрустрационная теория, и психоаналитический подход.

.1.1 Агрессия в рамках классической психоаналитической концепции Зигмунда Фрейда

В своих ранних работах З. Фрейд утверждал, что все человеческое поведение проистекает, прямо или косвенно, из эроса, инстинкта жизни, чья энергия (либидо) направлена на упрочнение, сохранение и воспроизводство жизни, с созидательными тенденциями в поведении человека: любовью, заботой, близостью. Агрессия рассматривается как реакция на блокирование или разрушение либидозных импульсов. Затем Фрейд предположил существование второго основного инстинкта (танатоса) - влечение к смерти, чья энергия (мортидо) направлена на разрушение и прекращение жизни. З. Фрейд утверждал, что все человеческое поведение является результатом сложного взаимодействия либидо с эросом, и что между ними существует постоянное напряжение, за счёт их амбивалентности. Ввиду того, что существует острый конфликт между сохранением жизни (эросом) и ее разрушением (танатосом), психические защиты служат цели направлять энергию танатоса вовне, в направлении от «Я», для избегания соматизации.

Так как либидо и мортидо берут своё начало в id, они являются бессознательными. Следовательно, и проявление агрессии, с точки зрения психоанализа, зачастую обретает бессознательный характер. При этом, внешне агрессия может проявляться в завуалированных формах, так как прямое проявление агрессии не принимаются социумом. А также, агрессия может и вовсе не проявляться вовне, а реализовываться в фантазиях снах и прочем. В этом кроется сложность внешнего распознавания уровня агрессии субъекта, методом наблюдения.

.1.2 Агрессия в рамках фрустрационной теории

Эта теория возникла как противопоставление концепциям влечений: здесь агрессивное поведение рассматривается как ситуативный, а не эволюционный процесс. Основоположником этого направления исследования человеческой агрессивности считается Дж. Доллард. Согласно его воззрениям, агрессия - это не автоматически возникающее в организме человека влечение, а реакция на фрустрацию: попытка преодолеть препятствие на пути к удовлетворению потребностей, достижению удовольствия и эмоционального равновесия.

Рассматриваемая теория утверждает, что, во-первых, агрессия всегда есть следствие фрустрации, и, во-вторых, фрустрация всегда влечет за собой агрессию. Схема «фрустрация - агрессия» базируется на четырех основных понятиях: агрессия, фрустрация, торможение и замещение.

Агрессия понимается как намерение навредить другому своим действием, как "акт, целенаправленной реакцией которого является нанесение вреда организму".

Фрустрация возникает, когда появляется помеха осуществлению условной реакции. Причем величина фрустрации зависит от силы мотивации к выполнению желаемого действия, значительности препятствия к достижению цели и количества целенаправленных действий (попыток), после которых наступает фрустрация.

Торможение - это тенденция ограничить или свернуть действия из-за ожидаемых отрицательных последствий. В частности установлено, что торможение любого акта агрессии прямо пропорционально силе ожидаемого наказания. Торможение прямых актов агрессии почти всегда является дополнительной фрустрацией, которая вызывает агрессию против человека, воспринимаемого виновником этого торможения, и усиливающая побуждение к другим формам агрессии.

Замещение - это стремление участвовать в агрессивных действиях, направленных против какого-либо другого лица, а не истинного источника фрустрации.

Одной из примечательных идей фрустрационной теории агрессии является эффект катарсиса, заимствованный из психоанализа. Катарсис (в буквальном смысле «очищение эмоций») - это процесс освобождения возбуждения или накопившейся энергии, приводящий к снижению уровня напряжения. Суть этой идеи состоит в том, что физическое или эмоциональное выражение враждебных тенденций приводит к временному либо длительному облегчению, в результате чего достигается психологическое равновесие и ослабление готовности к агрессии.

Представление о том, что акты агрессии снижают вероятность проявления агрессивности в дальнейшем, не является открытием. З.Фрейд и другие психоаналитики придают большое значение эффекту катарсиса, часто объясняя им потребность человека очиститься от агрессивных тенденций. В частности существуют данные, которые свидетельствуют о том, что если человек, являясь объектом агрессии, не может ответить тем же, то у него поднимается кровяное давление, тогда как при непосредственном агрессивном ответе оно значительно снижается. Однако многие экспериментальные данные не позволяют однозначно оценить эффективность катарсиса: установлено, что в ряде случаев агрессивное поведение понижает дальнейшие агрессивные проявления, а в ряде случаев, наоборот, повышает.

Представителем модифицированной формы теории обусловливания агрессии фрустрацией является Л. Берковитц. Он ввел новую дополнительную переменную, характеризующую возможные переживания, возникающие в результате фрустрации, - гнев как эмоциональную реакцию на фрустрирующий раздражитель. Он признает, что агрессия не всегда является доминирующей реакцией на фрустрацию и при определенных условиях может подавляться.

В концептуальную схему «фрустрация - агрессия» Л. Берковитц ввел три существенные поправки: а) фрустрация не обязательно реализуется в агрессивных действиях, но она стимулирует готовность к ним; б) даже при состоянии готовности агрессия не возникает без надлежащих условий; в) выход из фрустрирующей ситуации с помощью агрессивных действий воспитывает у индивида привычку к подобным действиям.

В процессе своего развития фрустрационный подход претерпел значительные изменения и разделился на два относительно самостоятельных течения. Сторонники первого течения остались приверженцами фрустрационно-агрессивной гипотезы и продолжают в основном исследовать условия, при которых ситуация фрустрации ведет к возникновению агрессивных действий. К таким важным, на их взгляд, условиям относятся: сходство - несходство агрессора и жертвы, оправданность - неоправданность агрессии, уровень агрессивности как личностной характеристики человека.

Сторонники второго течения создали собственную концепцию фрустрации, в основу которой положен анализ фрустрационных ситуаций, классификации и типологии реакций на фрустрацию. Так, С. Розенцвейгом выделяются три типа причин, вызывающих фрустрацию:

) лишения - отсутствие необходимых средств для достижения цели или удовлетворения потребности. В качестве иллюстрации «внешнего лишения», т.е. случая, когда фрустратор находится вне самого человека;

) потери - утрата предметов или объектов, ранее удовлетворявших потребности;

) конфликт - одновременное существование двух несовместимых друг с другом побуждений, амбивалентных чувств или отношений;

Многие исследователи стали рассматривать агрессию лишь как один из возможных выходов из фрустрирующей ситуации. Более того, некоторые из них пришли к выводу, что при фрустрации личность реагирует целым комплексом защитных реакций, одна из которых играет ведущую роль.

.1.3 Бихевиоральный подход. Теория социального научения

Агрессия представляет собой усвоенное поведение в процессе социализации через наблюдение соответствующего способа действий и социальное подкрепление.

Теория социального научения - это, в первую очередь, изучение человеческого поведения, ориентированного на образец. Образец в данном случае рассматривается как средство межличностного воздействия, благодаря которому возможно формирование (изменение) отношений или способа действий человека. Поэтому существенное внимание здесь уделяется изучению влияния первичных посредников социализации, а именно родителей, на обучение детей агрессивному поведению. В частности было доказано, что поведение родителей может выступать в качестве модели агрессии и что у агрессивных родителей обычно бывают агрессивные дети.

Кроме того, названная теория утверждает, что человек научается и более эффективным агрессивным действиям: чем чаще он их использует, тем совершенней становятся эти действия. Вместе с тем существенное значение имеет успешность агрессивных действий: достижение успеха при проявлении агрессии может заметно повысить силу ее мотивации, а постоянно повторяющийся неуспех - силу тенденции торможения.

Другим важным элементом этой теории является социальное подкрепление. Под подкреплением обычно понимается какое-либо действие, призванное усилить определенную реакцию. Если говорить о социальном подкреплении, следует иметь в виду неосязаемое подкрепление, словесное и несловесное обращение, контролируемое другими людьми. Это может быть похвала и выговор, улыбка и насмешка, дружеские и враждебные жесты. Различают две формы подкрепления:

Положительное подкрепление - это любой стимул, который, следуя за реакцией, усиливает ее или поддерживает на том же уровне.

Отрицательное подкрепление - это стимул, устранение которого усиливает реакцию.

Вместе с тем существует и множество самих способов подкрепления. К наиболее распространенным относятся поощрение и наказание. Таким образом, в практике воспитания чаще всего используются четыре разновидности подкрепления:

) если вслед за реакцией ребенка следует положительное подкрепляющее средство, то результат - положительное поощрение.

) если положительное подкрепление устраняется после той или иной реакции ребенка, то результат - отрицательное наказание.

) если за реакцией следует отрицательное подкрепление, то результат - положительное наказание.

) если отрицательное подкрепляющее средство устраняется после реакции, то результат - отрицательное поощрение.

Что касается исследуемой проблемы, то существуют неопровержимые доказательства того, что если ребенок ведет себя агрессивно и получает при этом положительное подкрепление, то вероятность его агрессии в будущем в аналогичных ситуациях многократно возрастает. Постоянное положительное подкрепление определенных агрессивных актов, в конце концов, сформирует привычку агрессивно реагировать на различные раздражители. Следовательно, наблюдение и подкрепление агрессии со временем развивает у человека высокую степень агрессивности как личностной черты. Точно так же наблюдение и подкрепление неагрессивного поведения развивает низкую степень враждебности.

В настоящее время теория социального научения является одной из наиболее эффективных в предсказании агрессивного повеления, особенно если есть сведения об агрессоре и ситуации социального развития.

Также, в рамках бихевиорального подхода изучением агрессии занимался А. Басс. Согласно одному из определений, предложенному Бассом, «Агрессия - это любое поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб другим» [5].

Ввиду того, что проявления агрессии у людей бесконечны и многообразны, весьма полезным, оказывается, ограничить изучение подобного поведения концептуальными рамками, предложенными Бассом. По его мнению, агрессивные действия можно описать на основании трех шкал: физическая - вербальная, активная - пассивная и прямая - непрямая. Их комбинация дает восемь возможных категорий, под которые подпадает большинство агрессивных действий. Например, такие действия, как стрельба, нанесение ударов холодным оружием или избиение, при которых один человек осуществляет физическое насилие над другим, могут быть классифицированы как физические, активные и прямые.

Табл. 2. Типы агрессии по А. Бассу.

|  |  |
| --- | --- |
| Тип агрессии  | Примеры |
| Физическая - активная - прямая Физическая - активная - непрямая Физическая - пассивная - прямая Физическая -пассивная - непрямая Вербальная - активная - прямая Вербальная - активная - непрямая Вербальная - пассивная - прямая Вербальная -пассивная - непрямая | Нанесение другому человеку ударов холодным оружием, избиение или ранение при помощи огнестрельного оружия. Закладка мини-ловушек; сговор с наемным убийцей с целью уничтожения врага. Стремление физически не позволить другому человеку достичь желаемой цели или заняться желаемой деятельностью (например, сидячая демонстрация). Отказ от выполнения необходимых задач (например, отказ освободить территорию во время сидячей демонстрации). Словесное оскорбление или унижение другого человека. Распространение злостной клеветы или сплетен о другом человеке. Отказ разговаривать с другим человеком, отвечать на его вопросы и т.д. Отказ дать определенные словесные пояснения или объяснения (например, отказ высказаться в защиту человека, которого незаслуженно критикуют). |

Самое раннее и, возможно, наиболее известное теоретическое положение, имеющее отношение к агрессии, - это то, согласно которому данное поведение по своей природе преимущественно инстинктивное. Согласно этому довольно распространённому подходу, агрессия возникает потому, что человеческие существа генетически или конституционально «запрограммированы» на подобные действия.

При разработке теста Басс и Дарки выработали следующие определения агрессии: свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-объектных отношений [6]. Под деструктивными тенденциями понимается стремления субъекта разрушить объект.

1.2 ИСТОЧНИК АГРЕССИИ У ОПИОИДНЫХ НАРКОМАНОВ

В наркологический диспансер опиоидные наркоманы поступают либо в состоянием острой интоксикации (F11.0 по МКБ-10), либо с синдромом зависимости (F11.2 по МКБ-10). Но состояние острой интоксикации бытро спадает. аддиктивное поведение наркозависимый агрессия

В МКБ-10 эти состояния определяются так:

Острая интоксикация. «Состояние, вызванное применением психоактивного вещества, проявляющееся в нарушениях сознания, познавательной способности, восприятия, эмоций и поведения или других психофизиологических функций и реакций. Эти нарушения непосредственно связаны с острым фармакологическим действием вещества и через некоторое время полностью исчезают, за исключением случаев, когда имеют место повреждения тканей и другие осложнения. В числе осложнений могут быть травма, аспирация рвотных масс, делирий, кома, судороги. Характер осложнений зависит от фармакологического класса вещества и способа его введения. Острое опьянение при алкоголизме Bad trips (наркотическое опьянение) Алкогольное опьянение БДУ Патологическая интоксикация Расстройства в виде транса и одержимости при интоксикации, вызванной психоактивными веществами.» [9]

Синдром зависимости. «Комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который возникает после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контролировании его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции. Синдром зависимости может быть по отношению к определенному веществу (например, табаку, алкоголю или диазепаму), классу веществ (например, опиоидным наркотикам) или к широкому ряду фармакологически различных психоактивных веществ. Хронический алкоголизм Дипсомания Наркомания.» [9]

После поступления в клинику у пациентов наступает абстинентное состояние (F11.3). Абстинентное состояние у опиоидных наркоманов, помимо физиологических симптомов, характеризуется следующими психологическими проявлениями:

пониженный фон настроения с дисфорическим оттенком;

тревога;

чувство страха;

двигательное беспокойство;

бессонница.

Дисфория - форма болезненно-пониженного настроения, характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим, при этом наблюдаются частые аффективные вспышки с проявлением агрессии.

Именно дисфорические проявления и являются основным источником агрессии у аддиктивных опиоидных наркоманов находящихся в наркологическом диспансере.

Через несколько суток, когда спадает тяжёлый абстинентный синдром, снижается и уровень проявления агрессии.

Так как проявления агрессии, как она понимается с позиций психоанализа, сложно отследить, остановимся на позиции бихевиорального подхода. Кроме того, так как тест Басса-Дарки основывается на бихевиоральном подходе, то дальше мы остановимся именно на нём.

В данной курсовой работе под агрессией будет пониматься функция личности, характеризующееся наличием стремления субъекта разрушить объект. В рамках работы под субъектом будет пониматься - аддикт (наркозависимый), а под объектом - другие люди или группа людей. Исходя из определения агрессии, данного с точки зрения бихевиоризма, уровень агрессии - это степень выраженности проявления стремления субъекта разрушить объект на поведенческом и интеллектуальном уровне.

Интеллектуальный уровень - фантазийное разрушение объекта.

Поведенческий уровень - стремление разрушить объект в реальности.

2.ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

.1 МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В выборку попали 20 мужчин в возрасте от 18 до 27 лет, находящиеся на лечении в наркодиспансере.

Для того, чтобы реализовать поставленную цель, необходимо выявить уровень проявляемой агрессии у аддиктивных (наркозависимых) пациентов во время и после лечения (после лечения - в дни перед выпиской).

Для исследования уровня агрессии у аддиктивных (наркозависимых) пациентов использовался опросник агрессивности Басса - Дарки.

Тест Басса-Дарки. Индекс агрессивности включает в себя сумму следующих шкал теста Басс-Дарки: физическая агрессия (использование физической силы против другого лица), вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы)) и раздражение (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении). Нормальным считается индекс агрессивности 21±4 (из возможных 35). Но таким образом можно выделить только три уровня агрессии: высокий, средний низкий. Такая градация не является информативной и стандартизованной. Для стандартизации результата по индексу агрессивности преобразуем сырой балл суммы шкал в стэны:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стэн | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Сырой балл | 0-5 | 6-8 | 9-11 | 13-14 | 15-18 | 19-21 | 22-24 | 25-27 | 28-30 | 31-35 |

В результате получается десятибалльная стандартизированная шкала стэнов, которой соответствуют интервалы сумм сырых баллов теста по 1, 3 и 7 шкалам. По определению из 1 главы, уровень агрессии - это степень выраженности проявления стремления субъекта разрушить объект на поведенческом и интеллектуальном уровне. Примем степень выраженности проявления стремления субъекта разрушить объект за соответствующий стен. Таким образом, можно выделить 10 уровней агрессии, которые соответствуют 10 стэнам. Выделим три уровня агрессии низкий уровень агрессии равен 1-4 стэну мешает адаптации, средний уровень агрессии равен 5-7 стэну способствующий улучшению адаптивности, высокий уровень агрессии равен 8-10 стэну мешает адаптации.

Для обработки результатов был применён метод статистического анализа (критерий G знаков). Сравнение переводилось между полученными стэнами. Гипотезы критерия:: Интенсивность сдвигов в типичном направлении не превосходит интенсивности сдвигов в нетипичном направлении.: Интенсивность сдвигов в типичном направлении превышает интенсивность сдвигов в нетипичном направлении.

Сдвиг в более часто встречающемся направлении принято считать «типичным», и наоборот.

3. УРОВНИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕСИИ У АДДИКТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ (наркозависимых)

Для обработки полученных результатов, был применен критерий знаков G, чтобы оценить достоверность различий между уровнем агрессии у наркозависимых во время лечения и после его окончания. В качестве типичного сдвига был выбран сдвиг в сторону снижения уровня агрессивности. В результате применения данного критерия было выяснено, что различия в уровне агрессии достоверны с уровнем достоверности p=0.01, так как Gэмп=0, а это ниже табличного значения. Раз был выбран, как типичный сдвиг в сторону снижения уровня агрессивности, и критерий это подтвердил, то можно утверждать, что уровень агрессии у аддиктивных пациентов, а именно наркозависимых достоверно снижается. Это также подтверждается тем, что во время лечения, у 65 % пациентов наблюдался уровень агрессии выше нормы, и у 35 % уровень агрессии был нормальным. После лечения уровень агрессии был в норме у 75 % пациентов, но у 25 % он стал даже ниже нормы, что объясняется, скорее всего, разрядкой агрессивных влечений и импульсов после болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе курсовой работы были выполнены следующие поставленные задачи. Определено базовое понятие. Был выбран в качестве теоретического подхода бихевиоральный. Согласно данному подходу было использовано следующее определение агрессии. Агрессия это свойство личности, характеризующееся наличием стремления субъекта разрушить объект. Исходя из определения агрессии, уровень агрессии - это степень выраженности проявления стремления субъекта разрушить объект на поведенческом и интеллектуальном уровне.

Был использован тест Басса-Дарки. Результаты были обработаны с помощью IBM SPSS Statistics 21 с применением критерия знаков G. И так, гипотеза о том, что у аддиктивных (наркозависимых) пациентов уровень агрессии во время лечения выше, чем после, может быть принята, так как преобладает достоверный сдвиг в сторону снижения уровня агрессии к концу лечения у аддиктивных пациентов. А также интерпретация теста показывает, что в процентном соотношении у пациентов произошло снижения уровня агрессии. Исходя из этого, можно сделать вывод, что лечение наркозависимых пациентов успешно способствует снижению у них агрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бэрон Р. Ричардсон Д. Агрессия/ Р. Бэрон. - СПб.: Питер, 1999. - 352c.

Изард К. Э. Психология эмоций/ К. Э. Изард. - СПб.,1999. - 211 с.

Миллер Д., Галантер Е. Планы и структура поведения. - М.: 1964. - 254 с.

Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции / З. Фрейд. - СПб.: Питер, 2012. - 384 с.

Фурманов И.А. Детская агрессивность: // психодиагностика и коррекция.1996. URL: <http://www.pedlib.ru/Books/3/0193/3\_0193-1.shtml> (Дата обращения: 03.05.2014).

Опросник Басса-Дарки: Электронный ресурс// Опросник Басса-Дарки: М.,2000-2013 URL: <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/37.html> (Дата обращения: 03.05.2013)

Зиновьев П.М. Душевные болезни в картинах и образах/ Зиновьев П.- М.: 1927. - 208 с.

Суханов С. А. Семиотика и диагностика душевных болезней/ С.Суханов - М.: 1905 - 174 с.

Международная классификация болезней МКБ-10: Электронный ресурс// Международная классификация болезней МКБ-10: М.,1999 URL: <http://mkb-10.com/> (Дата обращения: 05.04.2014)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Результаты теста Басса-Дарки во время лечения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер испытуемого | 1 | 3 | 7 | Сумма |
| 1 | 7 | 7 | 8 | 27 |
| 2 | 7 | 7 | 4 | 21 |
| 3 | 7 | 10 | 13 | 30 |
| 4 | 10 | 2 | 11 | 23 |
| 5 | 5 | 2 | 1 | 30 |
| 6 | 3 | 2 | 10 | 26 |
| 7 | 3 | 10 | 10 | 27 |
| 8 | 8 | 5 | 11 | 29 |
| 9 | 10 | 5 | 4 | 21 |
| 10 | 3 | 4 | 7 | 24 |
| 11 | 6 | 8 | 6 | 27 |
| 12 | 8 | 6 | 11 | 28 |
| 13 | 4 | 9 | 4 | 31 |
| 14 | 7 | 9 | 4 | 20 |
| 15 | 9 | 8 | 8 | 25 |
| 16 | 5 | 6 | 2 | 29 |
| 17 | 8 | 5 | 5 | 32 |
| 18 | 6 | 3 | 10 | 34 |
| 19 | 2 | 7 | 10 | 31 |
| 20 | 9 | 4 | 6 | 25 |

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Результаты теста Басса-Дарки после лечения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер испытуемого | 1 | 3 | 7 | Сумма |
| 1 | 7 | 7 | 8 | 22 |
| 2 | 7 | 7 | 4 | 18 |
| 3 | 7 | 10 | 13 | 20 |
| 4 | 10 | 2 | 11 | 23 |
| 5 | 5 | 2 | 1 | 8 |
| 6 | 3 | 2 | 10 | 15 |
| 7 | 3 | 10 | 10 | 23 |
| 8 | 8 | 5 | 11 | 24 |
| 9 | 10 | 5 | 4 | 19 |
| 10 | 3 | 4 | 7 | 14 |
| 11 | 6 | 8 | 6 | 20 |
| 12 | 8 | 6 | 11 | 16 |
| 13 | 4 | 9 | 4 | 17 |
| 14 | 7 | 9 | 4 | 20 |
| 15 | 9 | 8 | 8 | 23 |
| 16 | 5 | 6 | 2 | 13 |
| 17 | 8 | 5 | 5 | 18 |
| 18 | 6 | 3 | 10 | 19 |
| 19 | 2 | 7 | 10 | 19 |
| 20 | 9 | 4 | 6 | 19 |

Приложение 3

Тесты Басса-Дарки, переведенные в стены

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №Испытуемого  | Во время лечения | Стэн | После лечения  | Стэн |
| 1 | 27 | 8 | 22 | 7 |
| 2 | 21 | 6 | 18 | 5 |
| 3 | 30 | 9 | 20 | 6 |
| 4 | 23 | 7 | 23 | 7 |
| 5 | 30 | 9 | 8 | 2 |
| 6 | 26 | 8 | 15 | 5 |
| 7 | 27 | 8 | 23 | 7 |
| 8 | 29 | 9 | 24 | 7 |
| 9 | 21 | 6 | 19 | 6 |
| 10 | 24 | 7 | 14 | 4 |
| 11 | 27 | 8 | 20 | 6 |
| 12 | 28 | 9 | 16 | 5 |
| 13 | 31 | 10 | 17 | 5 |
| 14 | 20 | 6 | 20 | 6 |
| 15 | 25 | 8 | 23 | 7 |
| 16 | 29 | 9 | 13 | 4 |
| 17 | 32 | 10 | 18 | 5 |
| 18 | 34 | 10 | 19 | 6 |
| 19 | 31 | 10 | 19 | 6 |
| 20 | 25 | 8 | 19 | 6 |