

МРНТИ 15.81.61

<https://doi.org/10.51889/2020-1.1728-7847.35>

Нелюбин Д.Д.¹, Нелюбина Д.О.², Хананян А.А.³

^{1,2,3} Университет Туран
г. Алматы, Казахстан

НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВНА ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ АЛКО- И НАРКОЗАВИСИМЫХ?

Аннотация

В данной статье представлено исследование поведенческой терапии в клинко-стационарных условиях, при лечении расстройств аддиктивного характера. Освещен современный подход к лечению расстройств зависимости с учетом оперантного научения, без использования авersive методов. Авторами также разработаны карты наблюдения показателей поведения, которые использованы для получения объективной картины репертуара поведения, с целью уменьшения субъективности и увеличения надежности полученных результатов. По результатам исследования, авторами сделан вывод об эффективном воздействии данных форм терапевтического вмешательства, однако метод нуждается в доработке и исследованиях с большим количеством испытуемых.

Ключевые слова: оперантное научение, аддиктивные расстройства, поведенческая терапия, подкрепление, терапевтическая среда, карта наблюдения.

Д.Д. Нелюбин¹, Д.О. Нелюбина², А.А. Хананян³
^{1,2,3} Туран Университеті
Алматы қ., Қазақстан

АЛКОГОЛЬГЕ ЖӘНЕ НАШАҒА ТӘУЕЛДІ ЖҰРЫС-ТҰРЫСТЫҢ ДЕВИАНТТЫ ФОРМАЛАРЫН ТҮЗЕТУДЕ ЖҰРІС-ТҰРЫС ТЕРАПИСЫ ҚАНШАЛЫҚТЫ ТИІМДІ?

Аңдатпа

Бұл мақалада мінез-құлық терапиясымен клинко-стационарлық жағдайдағы аддиктивты бұзылыстарды емдеудегі зерттеулер сипатталады. Тәуелділік бұзылысы бар адамдарды операнттық ғылымға сүйене отырып авersive әдістерді қолданбай-ақ заманауи емдеу жолы көрсетілген. Авторлар, сонымен қатар, субъективтілікті төмендету және нәтижелердің сенімділігін арттыру мақсатында мінез-құлық репертуарының объективті көрінісін алу үшін мінез-құлық көрсеткіштерін бақылау карталарын жасады. Зерттеу нәтижелері бойынша авторлар терапиялық араласудың осы формаларының тиімді әсері туралы қорытынды жасады, алайда бұл әдіс көптеген нақтылау мен зерттелушілер саны көп зерттеулерді қажет етеді.

Түйін сөздер: аддиктивты бұзылыс, операнттық ғылым, мінез-құлық көрсеткіштерін бақылау карталар, мінез-құлық терапиясы.

Nelyubin D.D.¹, Nelyubina D.O.², Khananyan A.A.³
^{1,2,3} Turan University,
Almaty, Kazakhstan

IS THE BEHAVIOR THERAPY EFFECTIVE FOR CHANGING DEVIANT FORMS OF BEHAVIOR OF DRUG ADDICTION?

Abstract

In this article are behavior therapy research about addiction disorder therapy. This is actual sight to addiction disorder's therapy based on operant conditioning theory (without using aversive stimulus). Observation map was developed and has used for value of different types of addiction behavior by authors. Observation map gave us

less subjective data and increase reliability. According to the results we can say that these therapy interventions are effective, but it needs to be modify and been testing on bigger selection.

Key words: addiction disorder, operant conditioning theory, behavior therapy, observation map, reinforcement.

Введение

На современном этапе развития психотерапии существует огромное количество исследований в области изучения людей с зависимым поведением. Google.Scholar выдает более 20 000 статей, среди них особое место занимает исследования в поведенческой терапии по данной проблеме. Основная часть этих исследований проведена в форме индивидуальной терапии и при использовании когнитивно-диалектикеких компонентов (когнитивно-поведенческой терапии, РЭПТ, диалектико-поведенческой, семейной поведенческой терапия и др.). Из 36 исследований аддиктивного поведения на конференции ICP 2016 в Йокохаме, лишь 1 посвящено проблеме зависимости от наркотических и алкогольных веществ (Community Reinforcement Approach: Treatment of addiction in the Netherlands Greeven, Peter G. (Netherlands); Roozen, Hendrik G., 2016), использованию импловзивной терапии с использованием социального поощрения и социального воздействия.

К сожалению, на сегодняшний день, нет ни одного исследования, в котором было бы отражено формирование клинической среды для лечения аддиктивных расстройств с использованием поведенческой психотерапии. В данной клиничко-стационарной среде, по нашему предположению будет осуществляться более детальный и постоянный контроль за поведением личности с аддиктивным расстройством, что на наш взгляд, крайне необходимо. На сегодняшний день контроль за поведением пациентов осуществляется в других формах - на основе анализа крови или урины, формами самонаблюдения и самоотчета или продолжительности абстинентного периода, т.е. не в рамках стационара [1, McLellan et all, 1980]. В клинических условиях подобные исследования проводились только с использованием жетонной экономики, не включающий в себя широкий спектр интервенций с использованием поощрения [2, Franco et all, 1995] или же взяв за основу психофармакологическое и психиатрическое вмешательство с использованием дисульфирама, «спаривая» негативные последствия от препарата с действием психоактивных веществ [3, Roozen et all, 2004]. Передовых специалистов, занимающихся поведенческой терапией в области наркотической или алкогольной зависимости во всем мире насчитывается около 60 человек. Среди них хотелось бы отметить – Грегори Маддена (Utah State University), Уоррен Биккеля (Addiction Recovery Research Center, Virginia Tech Carilion Research Institute of Health Science), Джейси Даллери (University of Florida), Карлу Уолш (UConn Health), Келли Уилсона (University of Mississippi). Также нужно учесть современных ученых занимающихся развитием поведенческой науки – Генри Шлингер (California State University), Уильям Баум (Harvard University), Роберт Эпштейн (Cambridge University), Руди Вуйчинич (University of Alabama at Birmingham) и т.д. Стоит отметить, что современные методы поведенческой науки основываются на исследованиях Дж.Вульпа, Э.Торндайка, Дж.Уотсона, Б.Ф.Скиннера, И.Павлова.

Средняя распространенность наркомании и алкоголизма среди населения во всем мире составляет 3-3,5% по данным UNODC (Управлении Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности) за 2016 год. В Казахстане общее число зарегистрированных алко- / наркозависимых составляет 57 241 человек, это число всех тех, кто состоит на учете в государственные учреждения по данным за 2014 год [4, Турдалиева и др., 2014]. В эти данные не входит число тех людей, которые страдают наркоманией или алкоголизмом и не обращаются в государственные клиники, также не отражают того числа людей, которые были сняты с учета.

Исходя из вышеназванного, актуальность нашего исследования обусловлена тем, что в рамках Республики Казахстан существует острая потребность специалистов, которые бы занимались исследованием и терапией аддиктивного поведения с учётом современных научно-обоснованных методов.

Гипотеза исследования: Поведенческая терапия алко- наркозависимых личностей будет способствовать существенному снижению количества девиантных форм поведения по сравнению с уровнем поступления в клинический стационар.

Фармакотерапия как фактор, влияющий на эмоциональное состояние.

Важно отметить, в условиях работы с аддиктивными расстройствами от психоактивных веществ, психотерапевтическая помощь должна быть осуществлена в комплексе с нарколого-психиатрической врачебной деятельностью. Наше отделение построено с учетом нескольких специалистов – психолога,

нарколога и психиатра. В нашем исследовании мы сформировали контролируемые условия с постоянным наблюдением. Важно уточнить, что все испытуемые предварительно прошли процедуру фармакологического вмешательства для снижения абстинентного синдрома и предотвращения психотических реакций. Тип препаратов и длительность воздействия определяется наркотическим веществом, стажем употребления психоактивных веществ, выраженностью психотических реакций, наличием аффекта и прочими факторами. К основным применяемым препаратам относятся нейролептики (аминазин, галоперидол, хлорпротиксен и др.), нормотимики (карбамазепин, клозапин, кветиапин и др.) и антидепрессанты. Воздействию препаратов пациенты подвергаются на протяжении от 3-5 дней в специальных клинических условиях и от 2-4 дней после перевода в наше отделение с выраженным снижением дозировки и увеличением периодов между приемами лекарственных средств. Важно отметить, что в зависимости от тяжести состояния пациента прием препаратов может быть продлен решением врача-психиатра или врача-нарколога. Любые формы фармакологического вмешательства проводятся с учетом современных стандартов ВОЗ (в т.ч. UNODC, MCDDA, CICAD, NIDA, SAMHSA). Период полного выведения препаратов из организма составляет от 3-7 дней, после этого периода человек продолжает получать только психотерапевтическое вмешательство методами поведенческой терапии.

В нашем исследовании используются современные методы поведенческой терапии с учетом современных исследований и представлений в этой области, которые можно обобщить под термином «поведенческая терапия третьего поколения» [5, Kohlenberg et al, 2002]. Выбор данной формы терапевтического вмешательства обусловлен доказательностью и научной обоснованностью данного метода. Бихевиоральная терапия обладает высокой действенностью при лечении аддиктивных расстройств [6, Linehan et al, 2002], неэндогенных форм депрессии [7, Freeman, 1989], при расстройствах пищевого поведения [Safer et al, 2001], при шизофрении (при условии отсутствия острого психоза и не в периоды обострения) [Bechdolf et al, 2004] при аутизме [8, Dillenburg & Keenan, 2009], при олигофрении и деменции, при пограничном расстройстве личности [Palmer, 2002], при тревожных расстройствах [Krijin et al, 2004] и т.д. Как показывает мета-анализ Клауса Гравё, включающий в себя 41 исследование сравнения действенности разных терапевтических методов, таких как психоанализ, транзактный анализ, юнгианский анализ, когнитивно-поведенческую терапию и поведенческую терапию, в среднем когнитивно-поведенческая и поведенческая терапия в 2 раза эффективней других форм психотерапевтического вмешательства представленных в исследовании [9, Grawe et al, 1994].

Необходимо отметить, что используемые в нашей практике методы поведенческой терапии не учитывают под собой авersive методы (методы с использованием наказания и импозитивного вмешательства), основу составляет оперантное научение Б.Ф.Скиннера с использованием подкрепления желательного поведения; игнорирование нежелательного поведения, используя процедуру гашения; создание мотивационных условий в виде информационной депривации; в случаях крайних форм девиантного поведения или ассоциального поведения, аутодеструктивного поведения, вербальной или физической агрессии на всех этапах лечения, создается семейная интервенционная группа (участвуют самые близкие члены семьи), на которой вновь оговариваются условия и правила нахождения и принимается совместное решение с пациентом и его родственниками о дальнейшем нахождении пациента в нашей клинике. В условиях стационара редко встречается открытая физическая агрессия. Все пациенты перед началом лечения ознакомлены с правилами нахождения в отделении, ознакомлены с принципами, методами и особенностями терапевтического вмешательства и подписывают добровольное согласие на прохождение такого лечения.

Бихевиоральный подход применяется для создания специфической терапевтической среды для прохождения реабилитационного процесса в отделении. Пациенты имеют право не посещать групповые терапевтические мероприятия, не выполнять специальные задания, не соблюдать правила отделения. Однако это не дает никаких преимуществ, в то время как любая активность подкрепляется следующими компонентами:

- Игра на приставке PS4 (выдается за посещение всех групповых терапевтических мероприятий за день, сразу же после проведения данного мероприятия на 2 часа игрового времени в день в общей сумме)
- Растворимый кофе по утрам (каждое утро выдается за написание поведенческого анализа за предыдущий день, должно быть не менее 15 событий для получения 1 пакетика. Режим подкрепления меняется в зависимости от времени – 1 неделя дается пакетик за ежедневное написание дневника; На 2 неделе пакетик дается раз в 2 дня, с ежедневной формой контроля написанных событий; 3 неделя раз в 3 дня. При снижении активности написания поведенческих дневников режим подкрепления не снижается в пользу предшествующего уровня)

- Дополнительные звонки родным (каждый пациент имеет право 2 раза в неделю на звонки родным, помимо обязательных звонков можно получить 1-2 дополнительных)

- Выход на прогулку

- Покупка шоколада, специальных конфет, чипсов и т.д.

- Возможность заказать фильм по индивидуальному предпочтению на ежедневный вечерний просмотр

- Возможность подбора 10 музыкальных композиций по индивидуальному предпочтению

- Возможность заказа художественной литературы по выбору

- Социальное поощрение за выполнения поставленных задач

- Индивидуальные формы поощрения

Мы отказались от использования жетонной экономики, т.к. на данный момент активность в отделении итак имеет высокий уровень.

Наблюдение

Для фиксации и учета поведенческих изменений мы используем организованное и целенаправленное наблюдение в контролируемых условиях. Для этого нами разработаны поведенческие карты 2 видов – группового и индивидуального процесса. За основу взяты диагностические карты, используемые в прикладном анализе поведения [Cooper et all, 77-79, 2016]. Учет поведения ведется в количественных показателях, т.е. точное число реакций нежелательного поведения за 24 часа. Например, количество нецензурных слов в речи пациента в течение дня в индивидуальных беседах или в общении пациента с другими пациентами; общее количество отказов пациента присутствовать на терапевтических мероприятиях, выполнять письменные задания и др.

Общий бланк учета поведенческих изменений представлен ниже в виде примера.

Имя пациента _____

Имя специалиста _____

Дата начала исследования _____

Формы девиантного поведения, несоответствующие правилам учреждения	Наблюдаемое количество поведенческих реакций (Общее количество в течении дня)		Антеcedент (предшествующие данным формам поведения факторы и ситуации)	Целенаправленное воздействие на изменение данных форм поведения со стороны специалистов (конкретное вмешательство)	Примечания (Дополнительные наблюдения специалиста)
	Пн				
	Вт				
	Ср				
	Чт				
	Пт				
	Сб				
	Вс				

Таблица 1. Индивидуальная поведенческая карта наблюдения

Бланк рассчитан на 1 неделю, для 3 форм нежелательного или девиантного поведения (в примере представлен только один день). В первом столбце фиксируется конкретное название нежелательного или девиантного поведения, пример – хождение по ночам, нецензурные выражения, криминальный сленг, нежелание посещать мероприятия, отказ от написаний заданий и т.д. Диапазон нежелательных или девиантных форм поведения имеет широкий спектр, и данная поведенческая карта рассчитана на индивидуальные особенности и различия. Важно отметить, что мы используем терминологию прикладного анализа поведения и термин «нежелательное поведение» обозначает те формы поведения, которые неприемлемы в заданном контексте, т.о. это такое поведение, которое мы стремимся изменить, в рамках нашего отделения. Чаще всего, нежелательное поведение связано с аутодеструктивным поведением, вербальной агрессией и отсутствием активности (прим. апатия, отказ от посещения мероприятий). Также мы используем термин девиантное поведение, т.е. это такие формы поведения, которые не приемлемы для общественных норм (например, физическая агрессия, суицидальные попытки), и напрямую связаны с нарушением распорядка в отделении и негативным влиянием на других пациентов.

Во втором столбе происходит количественная фиксация поведенческих реакций для сбора статистики и проведения коррекционного вмешательства, используемыми нами методами. Каждая реакция отмечается отметками в виде засечек или галочек в течение дня, в конце недели проводится подсчет общей статистики за неделю и специалистом рисуется график за неделю, который прикрепляется в общую папку наблюдения за пациентом. Благодаря графикам, мы можем наглядно видеть изменения интересующих нас поведенческих реакций, предоставлять информацию пациентам и проводить анализ адекватности создаваемых нами интервенций и вносить необходимые коррективы при низком уровне эффективности. С учетом психического состояния пациентов и наличия синдрома отмены, средового контекста в отделении не всегда достаточно для изменения поведения, для этого разрабатывается индивидуальная форма поощрений и начинается подкрепление того поведения, которое необходимо (например пациент, проявляющий вербальную агрессию по отношению к другим, снижает общее время индивидуальной игры на приставке на 5 минут за каждую негативную реакцию; если человек постоянно использует нецензурные выражения, вводится форма социального поощрения и когда человек в групповом и индивидуальном процессе не употреблял нецензурной брани, его поощряют при всех, указывая на его положительные изменения и т.д.).

В третьем столбе необходимо фиксация antecedента, предшествующего реакции фактора или ситуации. Это позволяет проводить анализ поведенческих реакций пациента и вносить дополнительные изменения в дальнейшие формы воздействия, направленные на изменение нежелательных форм поведения, формировать необходимые навыки или исключать условия возникновения данного поведения.

Четвертый столб посвящен непосредственному воздействию. Описываются все целенаправленные вмешательства, организованные специалистами. Контроль осуществляется благодаря психологу и работникам отделения. Необходимо отметить, что каждая форма воздействия обсуждается с самим пациентом, ему разъясняются цели, поставленные нами, требования к нему, оговариваются правила. Очень важным аспектом нашей работы является правильное составление инструкций для пациента с учетом его индивидуальных особенностей и непосредственное обсуждение, что тоже представляет собой особое терапевтическое вмешательство, при котором пациент четко понимает причины введения вмешательства и имеет возможность изучать изменения и обучаться методам самоконтроля.

Пятый столб выделен для дополнительных наблюдений или краткого подведения итогов работы за неделю. Для коррекции некоторых видов нежелательного поведения достаточно единичного вмешательства или вмешательства на протяжении 2-3 дней, это и указывается в примечаниях специалистом.

Заполнение поведенческой карты осуществляется специалистами, работающими в отделении. Контроль и фиксация поведения ведется 24 в сутки, используется в качестве контроля видеofиксация с помощью камер видеонаблюдения, непосредственное взаимодействие с пациентами в течении дня и формы самоотчета в виде поведенческого анализа самими пациентами за день.

Бланк учета группового процесса также разработан нами для фиксации изменений во время терапевтических мероприятий. Он представлен ниже.

Имя специалиста _____

Дата начала исследования группового процесса _____

Имя пациента	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С
	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С
	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С	А У О Н И С

А – Агрессия (физическая, вербальная или аутоагрессия)

У – Участие в процессе

О – Отсутствие активности

Н – Нежелание присутствовать на мероприятии, уход с мероприятия в процессе

И – Иные формы нежелательного или девиантного поведения (указать)

С – Соппротивление, негативизм, общее нежелание принимать информацию

Таблица 2. Бланк исследования группового процесса.

Данный бланк заполняется сразу после проведения групповой работы, он разработан таким образом, чтобы сократить время заполнения бланка специалистом и при этом обеспечить максимальное количество информации для анализа общей картины поведения пациентов. Заполнение данного бланка состоит в отметках кружком букв, каждая буква дает общую информацию о нахождении пациента на мероприятии, проявлял ли он агрессию к себе или другим, проявлял ли пациент негативизм в отношении специалиста или в отношении терапевтической работы, был ли активен или пассивен. Эта информация ложиться в основу разработки индивидуальной работы по изменению поведения. То есть, что необходимо внести специалистам в работу с пациентом, чтобы вовлечь последнего в процесс терапевтической деятельности? Стоит уделить особое внимание пункту «Иные формы девиантного поведения», это те пункты, которые не входят в общий список поведенческих реакций, но носят важный диагностический характер. С учетом всех возможных психических изменений в результате употребления наркотических веществ или алкоголя, некоторые формы поведения невозможно предсказать или предположить (например, пациент, в виду особенностей психических изменений, не ухаживает за собой и не моется, создавая неприятный запах, он оказывает негативное воздействие на других пациентов, при этом посещая мероприятия и выполняя все поставленные задачи). Данный бланк также позволяет анализировать общую картину поведения человека в групповом процессе и создать график, наглядно демонстрирующий изменения состояния пациента. Благодаря графикам групповой работы мы получаем информацию об отношении пациентов к специалистам, исследование взаимосвязи между всплесками агрессии и негативизма и конкретным специалистом, проводившим мероприятие; об изменениях в терапевтической среде из-за появления новых пациентов и о выраженности влияния некоторых пациентов на всю группу. Эмоциональное состояние пациентов обусловлено средой, в которой они находятся. При подавленном состоянии возникает целый спектр форм нежелательного поведения, на изменение которых требуется большое количество времени специалистов, что в целом непродуктивно сказывается на терапевтической работе. В крайних формах проявления, это приводит к эмоциональному выгоранию, апатии и выученной беспомощности, снижая эффективность всей нашей работы. Именно для предотвращения подобных состояний и разработана данная таблица анализа группового процесса.

Выборка состоит из алко- / наркозависимых в возрасте от 18-45 лет по общей классификации МКБ-10 - F1 – синдром зависимости. На данный момент в исследовании приняли участие 30 человек. Выборка включает в себя пациентов, у которых имеются производные расстройства на фоне химического употребления – шизоаффективное расстройство, мания, бредовое расстройство, пара-ноидальное состояние, депрессия, деменция, депрессия, наличие сверхценных идей, делирий и т.д.

Исследование проведено на базе одной из частных наркологических клиник г. Алматы.

1) Первоначальный этап исследования связан со сбором анамнеза о каждом конкретном пациенте, который включает в себя стаж употребления, оценку социальной среды, анализ основных форм проблемного поведения, связанного с употреблением наркотических или алкогольных средств, информацию о занятости и виде деятельности, если таковая имеется. Также необходима информация об истории заболевания пациента, были ли среди родственников люди, страдающие тем или иными формами психических расстройств.

2) Ознакомление пациента с методами и особенностями терапевтического процесса, ознакомление с правилами, объяснение сути терапевтической работы и что будет требоваться от пациента в процессе прохождения реабилитации. Получение согласия пациента на терапевтическую работу.

3) Заполнение бланков индивидуальной и групповой работы. Начинает проводиться анализ поведенческого репертуара пациента сразу после поступления, выделяются сразу формы нежелательного поведения или девиантного (если таковые имеются) и вводится коррекционная работа. Ввод каждой поведенческой интервенции согласуется группой специалистов – врач-психиатр, психолог и супервизор отделения.

4) На протяжении недели подводится промежуточная статистика адаптационного периода каждого пациента по таким показателям как:

– Активность (посещает ли все мероприятия, пишет задания, выполняет правила отделения, взаимодействует с другими пациентами)

- Успеваемость (адекватны ли требования индивидуальным особенностям пациента или ему требуется больше времени, чем другим для освоения правил и заданий)
- Агрессивность (насколько выражена, в каких формах проявляется)
- Психические и физические изменения (оценка наличия психотических реакций, галлюцинаций, бреда, нарушения опорно-двигательного аппарата и др.)
- Синдром отмены (насколько выражен, требуется ли дополнительное фармакологическое вмешательство)
- Наличие нежелательного или девиантного поведения (количество, формы, в каких ситуациях возникают)
- Эмоциональное состояние

Эти данные позволяют дать понимание о состоянии пациента и оценить эффективность контекста, в котором находится пациент, и требуются ли ему дополнительные формы вмешательства.

5) Сбор данных за 2 недели. В нашем пилотном исследовании мы представляем срез проведенной работы только за 2 недельный этап. Из всего спектра нежелательного поведения пациентов мы выбрали 3 наиболее распространенных формы нежелательного поведения – негативизм (нежелание писать задание, обесценивание терапевтической работы, высказывания негативного характера), нецензурные выражения (мат, сленг, криминализованные речевые конструкты) и отказ от посещения мероприятий.

6) Обработка данных. Мы подсчитываем общее количество реакций за неделю каждой категории (1 неделя общее количество реакций с учетом воздействия и 2 неделя общее количество реакций с учетом воздействия) и проводим подсчет с помощью SPSS, для подсчета нами выбран t-критерий Стьюдента для парных выборок, т.е. для изучения объектов находящихся в разные временные отрезки. Также для более точной оценки, нами будет использован T-критерий Уилкоксона – (также используются названия T-критерий Уилкоксона, критерий Вилкоксона, критерий знаковых рангов Уилкоксона, критерий суммы рангов Уилкоксона) непараметрический статистический тест (критерий), используемый для проверки различий между двумя выборками парных или независимых измерений по уровню какого-либо количественного признака, измеренного в непрерывной или в порядковой шкале.

7) Описание результатов исследования.

Результаты

Критерий Стьюдента вывел нам диаграмму средних значений:

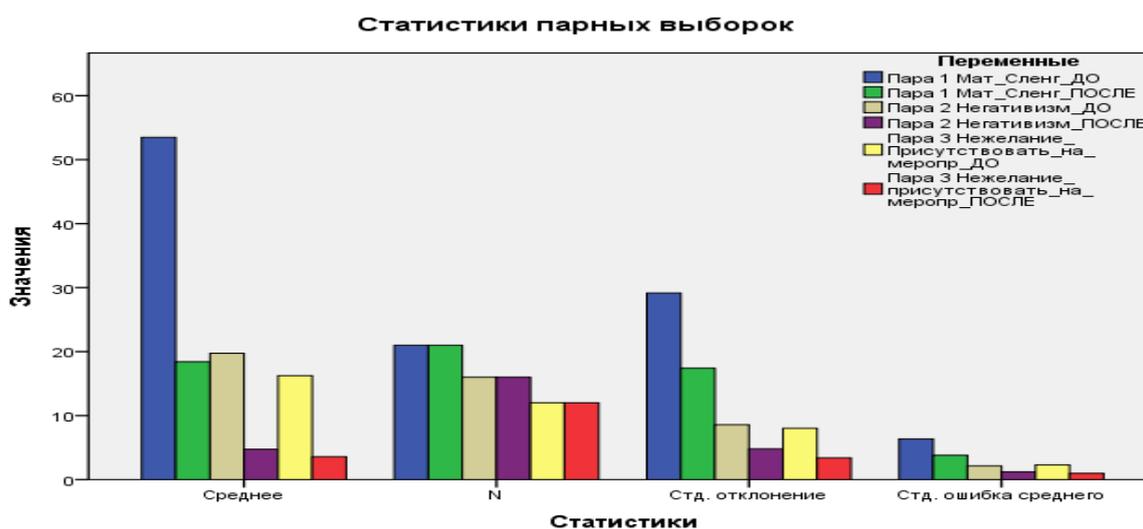


Рисунок 1. Статистики парных выборок.

На графике мы можем наглядно увидеть, что показатели до имеют выраженную разницу с показателями после, однако сделать какое-либо суждение о статистической значимости в результатах мы сможем только на основании проведенной математической обработки. График также показывает общее количество испытуемых, всего были использованы данные 30 человек, однако не у всех пациентов имеются одинаковые формы нежелательного или девиантного поведения. Самой распространенной формой нежелательного поведения является нецензурная лексика (отраженная на

графике под названием «мат_сленг»), данное поведение встречалось у 21 пациента нашего исследования. Далее по распространенности идет негативизм (общее нежелание принимать информацию, вызывающее поведение на мероприятиях, нежелание писать предложенные терапевтические задания, проявления вербальной агрессии и т.д.), общее число пациентов с такой формой поведения – 16 человек. И еще одной формой нежелательного поведения, является нежелание присутствовать на мероприятиях, данное поведение встречалось у 12 пациентов. Мы не использовали в нашем пилотном исследовании индивидуальные формы поведения, которые также проявлялись у испытуемых, часть из них единичные проявления, часть не подходит под формат данной научной работы.

Критерий парных выборок

		Парные разности				t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	
		Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	95% доверительный интервал разности средних				
					Нижняя граница				Верхняя граница
Пара 1	Мат_Сленг_ДО - Мат_Сленг_ПОСЛЕ	35,048	19,531	4,262	26,157	43,938	8,223	20	,000
Пара 2	Негативизм_ДО - Негативизм_ПОСЛЕ	15,000	6,967	1,742	11,288	18,712	8,613	15	,000
Пара 3	Нежелание_Присутствовать_на_меропр_ДО - Нежелание_присутствовать_на_меропр_ПОСЛЕ	12,667	8,294	2,394	7,397	17,936	5,291	11	,000

Таблица 3. Показатели t-критерия Стьюдента парных выборок

Проведя математическую обработку t-критерием Стьюдента, результат показывает, что мы имеем статистически значимую разницу по всем 3 категориям показателей до и после, на основании чего можно сделать вывод, что наша гипотеза – поведенческая терапия алко- / наркозависимых приведет к существенному снижению девиантных форм поведения. Однако важно также провести дополнительную проверку критерием Уилкоксона, который также используются для проверки показателей в парных выборках.

Итоги по проверке гипотезы

Нулевая гипотеза	Критерий	Значимость	Решение
1 Медиана разностей между Мат_Сленг_ДО и Мат_Сленг_ПОСЛЕ равна нулю для связанных выборок	Критерий знаковых рангов Вилкоксона	,000	Нулевая гипотеза отклоняется.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

Нулевая гипотеза	Критерий	Значимость	Решение
1 Медиана разностей между Негативизм_ДО и Негативизм_ПОСЛЕ равна нулю для связанных выборок	Критерий знаковых рангов Вилкоксона	,000	Нулевая гипотеза отклоняется.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

Нулевая гипотеза	Критерий	Значимость	Решение
1 Медиана разностей между Нежелание_Присутствовать_на_меропр_ДО и Нежелание_присутствовать_на_меропр_ПОСЛЕ равна нулю для связанных выборок	Критерий знаковых рангов Вилкоксона	,002	Нулевая гипотеза отклоняется.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Рисунок 2. Показатели итоги проверки каждой категории показателей с помощью критерия Уилкоксона для связанных выборок

Критерий Уилкоксона отклонил нулевую гипотезу во всех 3 категориях, что также подтверждает нашу основную гипотезу о влиянии поведенческой психотерапии на девиантные формы поведения наркозависимых.

Выводы

1) Результаты проведенного исследования показывают действенность и эффективность поведенческой терапии для изменения нежелательных и девиантных форм поведения в контролируемых условиях клинично-стационарных условиях.

2) Выборка испытуемых не отвечает свойствам генеральной совокупности, что может повлиять на будущие результаты исследований при увеличении выборки.

3) Возникли проблемы, связанные с исследованием единичных и индивидуальных случаев нежелательного и девиантного поведения, которые невозможно исследовать статистическими методами.

Заключение

В заключение необходимо отметить, что разработанный Б.Ф.Скиннером метод оперантного научения эффективен и при лечении психических расстройств, связанных с алкоголизмом, наркоманией и производными от данных заболеваний психических нарушений. В действительно важен контекст, который контролирует поведение человека. Контекст создается средой, причем под средой понимается не только социальные взаимосвязи, но физические и химические процессы внутри организма, и наличие объектов, стимулирующих активность организма [10, Schlinger, 1985]. Результаты нашего пилотного исследования подтвердили нашу гипотезу о том, что методы поведенческой терапии способствуют снижению девиантного поведения. Помимо эффективности, поведенческая терапия более гуманна в отношении пациентов, не использует катарсивно-абреактивный метод весьма популярный в методах психотерапевтического вмешательства не отвечающих критериям научности, не приводит к выраженным психическим нарушениям, подавленному состоянию, апатии, выученной беспомощности, депрессии и другим видам негативных последствий, связанных с аверсивными методами.

Мы своим исследованием стремимся показать, что изменение условий жизни, контекста жизнедеятельности приводит к изменению поведения. И это отрывает перед нами более глобальную проблему, как это сделать? Большинство современных форм психотерапевтического вмешательства исходят из того, что проблема наркозависимости или алкоголизма лежит внутри человека, «под кожей», возможно именно поэтому они не обладают эффективностью при лечении таких тяжелых форм расстройств. Зачастую проблема вызвана именно внешними социальными факторами, проблемами в образовании человека, отсутствии достаточной активности, отсутствии навыков социальной адаптации, все это невозможно решить «осознанием» проблемы (awareness), необходимы изменения, лежащие вне человека. Важным фактором во всем этом является то, что для внешних изменений необязательны внутренние изменения мыслей и чувств, ведь наши мысли и чувства следуют за поведением организма. Следует отметить, что человек всегда стремится оправдать свой выбор и свое поведение, т.е. конфабулирует причину. В своей книге М. Газзанига приводит много примеров подобного поведения. Один из них отражен в исследовании больных с нарушением деятельности между полушариями, в результате повреждения мозолистого тела. Во время операции на головном мозге, нейрохирург активировал моторные функции путем стимуляции специальной области и спрашивал у больного, почему тот шевелит руками, ответы были самые разные, например, чтобы привлечь внимание врача или почесать ногу. Но конфабулируют свое поведение не только люди с патологиями, но и здоровые. В своем эксперименте П. Йохансон и Л. Холл показывали фото двух разных девушек и предлагали сделать выбор одной из них, затем они просили испытуемого объяснить свой выбор, в этот момент они подменяли на экране фото девушки на ту, которую испытуемый не выбирал. Лишь 12% всех испытуемых замечали подмену, остальные занимались оправданием своего выбора.

При изменении поведения необходима фиксация количественных показателей поведения, это является основой объективного изучения, в ином случае, психолог как специалист ничем не отличается от экстрасенсов, магов, гадалок и прочих людей, которые проводят субъективные интерпретации поведения человека и его внутренних процессов.

Список использованной литературы:

- 1) McLellan, A.T., Luborski, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E., 1980. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *J. Nerv. Ment. Dis.* 168, 26-33.
- 2) Franco, H., Galanter, M., Castaneda, R., Patterson, J., 1995. Combining behavioral and self-help approaches in the in-patient management of dually diagnosed patients. *J. Subst. Abuse Treat.* 12 (3), 227-232

- 3) H.G. Roozen, et al.: *A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. Drug and Alcohol Dependence, 2004, 74, 1–13.*
- 4) Б.С. Турдалиева, Г.Е. Аимбетова, Ф.А. Багиярова, А. Абзалиева (2014). *Анализ распространения алкоголизма и наркомании в разрезе мирового сообщества и Казахстана – Вестник КазНМУ, №2(4), 49 - 52 – 2014.*
- 5) Kohlenberg, R. J.; Bolling, M. Y.; Kanter, J. W.; Parker, C. R. *Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright // The Behavior Analyst Today : journal. – 2002. – Vol. 3. – P. 248–253*
- 6) Linehan M. and all., *Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug and Alcohol Dependence, 67(1), 2002, 13-26*
- 7) Freeman, Arthur. *"Treatment of Suicidal Behavior." Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum, 1989. Pg. 341. Print.*
- 8) Dillenburger, K.; Keenan, M. (2009). *"None of the As in ABA stand for autism: dispelling the myths". J Intellect Dev Disabil. 34 (2): 193–95.*
- 9) Grawe K., Donati R., Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. – Hogrefe-Gottingen-Bern-Toronto-Seattle, 1994.*
- 10) Schlinger H. *Dissertation: "Effects of Reinforcement Duration and Reinforcement on Response Latency: Stimulus-Reinforcer and Probability Response-Reinforcer Relationships" (1985)*