

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte

Jeļena Koļesņikova

**No narkotikām atkarīgo cilvēku personības traucējumi un sociālo problēmu risināšana
rehabilitācijas procesā**

Promocijas darbs psiholoģijas doktora grāda iegūšanai
psiholoģijas zinātņu nozarē klīniskās psiholoģijas
apakšnozarē

Darba zinātniskā vadītāja:
prof., Dr. psych. Malgožata Raščevska

Darba zinātniskais konsultants :
Ph. D., profesore Emeritus, Solveiga Miezītis

Rīga 2012

Pateicība

Vēlos no sirds pateikties mana promocijas darba vadītājai LU Psiholoģijas fakultātes profesorei Malgožatai Raščevskai par konstruktīviem un vērtīgiem padomiem, ieteikumiem promocijas procesa organizācijā, sniegto pastāvīgo atbalstu un atsaucību. Vēlos no sirds pateikties mana promocijas darba pirmajai vadītājai un vēlāk konsultantei LU Psiholoģijas fakultātes profesorei Emeritus Solveigai Miezītei par atbalstu, atsaucību un vērtīgiem padomiem.

Pateicos profesorei Sandrai Sebrei, asociētai profesorei Ievai Bitei par vērtīgiem ieteikumiem promocijas darba tapšanas gaitā. Pateicos profesoram Viesturam Renģem par vērtīgiem ieteikumiem, izvēloties atbilstošu terminoloģiju, bet diemžēl viņa vairs nav starp mums.

Paldies kursa biedriem un draugiem Olgai Žuravļevai, Jeļenai Ļubenko, Tatjanai Turilovai, Jeļenai Ļevinai un manām kolēģēm dakterim Velgai Sudrabai, Venitai Dāvei par pastāvīgo atbalstu un uzmundrinājumu. Paldies manām kolēģiem Aijai Lukstraupei, Žannai Grundānei un Nonai Faberei par atbalstu un atsaucību. Vēlos no sirds pateikties dakterim Guntaram Osim par uzmundrinājumu turpināt mācības un par palīdzību datu vākšanā, bet diemžēl viņa vairs nav starp mums.

Vēlos no sirds pateikties savai ģimenei un visiem tiem tuviniekiem par atbalstu, sapratni un ticību maniem spēkiem, kas ļāva nezaudēt drosmi un apņēmību pētījuma tapšanas gaitā. Bez Jums visiem paveiktais nebūtu iespējams. Paldies!



Promocijas darba izstrāde tika veikta laika posmā no 2010.gada 01.oktobra līdz 2012.gada 31. oktobrim ar Eiropas Sociālā fonda projekta “Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē” Nr.2009/0138/1DP/1.1.2.1.2/09/IPIA/VIAA/004 atbalstu.

Saturs

Paceicība	2
Ievads	5
1. Teorētiskā daļa	10
1.1 Atkarība no narkotiskām vielām, tās izpausmes un ietekmējošie faktori	10
1.1.1. Atkarības jēdziens	10
1.1.2. Atkarības no narkotiskām vielām attīstība	12
1.1.2.1. Atkarības no narkotiskām vielām attīstības cēloņi	14
1.2. Personības traucējumi	17
1.2.1. Milona personības traucējumu evolūcijas teorija	20
1.2.2. Personības traucējumu kategorijas	27
1.2.3. Personības traucējumu attīstības cēloņi	36
1.2.4. No narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku personības traucējumi	39
1.3. Sociālo problēmu risināšanas modelis	42
1.3.1. Sociālo problēmu risināšanas dimensiju attīstība	44
1.3.2. No narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensijas	46
1.4. No narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku rehabilitācija	47
1.4.1. Rehabilitācijas programma no narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem Latvijā	50
1.4.2. Personības traucējumi no narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā	52
1.4.3. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņas rehabilitācijas procesā	55
1.4.4. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība rehabilitācijas procesā	57
1.5. Kopsavilkums	58
2. Metode	61
2.1. Pētījuma dalībnieki	61
2.2. Mērījumi	65
2.3. Procedūra	66
2.4. Datu apstrāde un analīze	67
3. Rezultāti	67
3.1. Mērījumu instrumentu adaptācija	67

3.2. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumu izmaiņas rehabilitācijas procesā	71
3.3. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņas rehabilitācijas procesā	84
3.4. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība ar personības traucējumiem	89
4. Iztirzājums	96
4.1. SPSI-P un MCMI-III instrumentu adaptācija	96
4.2. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumi	97
4.3. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensijas	102
4.4. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība ar personības traucējumiem	103
4.5. Secinājumi	106
4.6. Praktiskā izmantojamība	107
Nobeigums	109
Izmantotās literatūras saraksts	111
Summary	126
Pielikumi	127
1. pielikums	127
2. pielikums	128
3. pielikums	129
4. pielikums	131
5. pielikums	132
6. pielikums	133
7. pielikums	136

Ievads

Pētījuma tēmas aktuālitate

Pētījumi liecina, ka atkarība no narkotiskām vielām ir ļoti kaitīga cilvēka veselībai, izraisa smagas sekas visās cilvēka dzīves jomās un potenciāli ir letāla. Atkarība no narkotiskām vielām var postoši ietekmēt visu sabiedrību un apdraudēt tās nākotni. Piemēram, narkotiku ļaunprātīga lietošana tiek saistīta ar kriminālu uzvedību, suicīdiem, imūndeficīta (HIV) un hepatīta C virusu izplatību (Wood & Kerr, 2010; Haw & Hawton, 2011; Pouget, Hagan, & Des Jarlais, 2012). Latvijā ar narkotisko vielu atkarības diagnozēm reģistra uzskaitē 2011. gadā bija 3390 personas (Veselības ekonomikas centrs, 2012). Veicot pētījuma analīzi un aprēķinus, kas balstīti uz vairāku gadu laikā īstēnotiem kohortas pētījumiem, ir secināts, ka Latvijā varētu būt 19706 – 24130 problemātisko narkotiku lietotāju, no kuriem 9853 – 12065 dzīvo Rīgā (Veselības ekonomikas centrs, 2010). Dati par problemātisko narkotiku lietotājiem, kuri regulāri vai ilgtermiņā lieto narkotiskās vielas (piemēram, opiātus, kokaīnu vai amfetamīnu), liecina, ka 2008. gadā Latvijā ir reģistrēti 18 000 problemātisko narkotiku lietotāji, no kuriem aptuveni 12 000 ir heroīna lietotāji (Iekšlietu ministrija, 2011), tāpēc jautājumus par to, kā palīdzēt no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem un kā uzlabot psihosociālās ārstēšanas programmas kvalitāti, ir ļoti svarīgs un aktuāls (Trapencieris, Koļesņikova, Sņikere, 2007). Tāpēc promocijas darba teorētiskajā daļā vispirms aplūkots atkarības no narkotiskām vielām jēdziens un teorijas, kas veicinājušas šīs slimības ārstēšanas metožu attīstību.

DSM-IV-R klasifikatorā *atkarība no narkotiskajām vielām* tiek raksturota kā kompulsīva uzvedība, kas virzīta uz psihoaktīvas vielas lietošanu, kam seko fiziskā un psihiskā stāvokļa pasliktināšanās un kas bieži izraisa tolerances paaugstināšanos un abstinences sindromu. Zinātnieki jau daudzus gadus mēģina atrast efektīvus līdzekļus no psihoaktīvo vielu lietošanas atkarīgo cilvēku ārstēšanai, tomēr būtiskus panākumus šīs problēmas risināšanā pagaidām neizdodas sasniegt. Piemēram, recidīvus novēro aptuveni 20 - 80% pacientu pēc viena gada rehabilitācijas programmas īstenošanas. Iemesli tam varētu būt dažādi, piemēram, bieži tiek norādīts, ka recidīvu var veicināt blakusslimības, kas arī sarežģī ārstēšanās procesu. 50 - 90% no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem ir kāds no personības traucējumiem (Uchtenhagen & Zeiglgänsberger, 2000), tāpēc promocijas darbā aplūkots personības traucējumu jēdziens. Atsevišķā sadaļā izvērtēta Milona (Millon, 2006) personības traucējumu evolūcijas teorija, kas pamatojas uz evolūcijas principiem, kā arī aplūko personību no funkcionālo un strukturālo sfēru viedokļa.

DSM-IV-R klasifikatorā *personības traucējumi* definēti kā pastāvīgas uzvedības modeļi un pieredze, kas traucē funkcionēšanu. Ir noskaidrots, ka no narkotiku lietošanas atkarīgiem cilvēkiem visbiežāk ir raksturīgi antisociāli un robežstāvokļa personības traucējumi, tāpat

zināms, ka pacientiem rehabilitācijas kursa laikā izteiktāki ir depresīvie, atkarīgie un mazohistiskie personības traucējumi, bet ieslodzījuma vietās no narkotiku lietošanas atkarīgiem cilvēkiem ir raksturīgi antisociālie personības traucējumi (Stefansson & Hesse, 2008). Pētnieki norāda, ka vidēji 37% no narkotikām atkarīgo pacientu ar personības traucējumu diagnozēm nepabeidz iesākto ārstēšanu (McMurran, Huband, Overton, 2010; kā minēts McMurran, Cox, Coupe, Whitham, & Hedges, 2010).

Pētnieki konstatējuši, ka no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem nepietiek iemaņu savas dzīves ikdienas problēmu risināšanai (Griffin, Scheier, & Botvin, 2009). Sociālo problēmu risināšanas deficīts izpaužas, piemēram, kā nespēja virzīt savu uzvedību problēmu risināšanai vai kā nespēja orientēties problēmā, tāpēc viens no psihosociālās rehabilitācijas programmas uzdevumiem ir veicināt no narkotikām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas spēju attīstību (Sussman & Ames, 2001). Pastāv problēmu risināšanas mācību metodes, kas tiek plaši lietotas psihisko traucējumu ārstēšanā, tai skaitā no narkotikām atkarīgo pieaugušo rehabilitācijas programmās, kur pacienti, piemēram, mācās kā pieņemt un īstenot lēmumus. Tas sekmē pacientu veiksmīgāku adaptāciju pēc rehabilitācijas programmas beigām. Promocijas darba teorētiskajā daļā ir aplūkots sociālo problēmu risināšanas modelis, ko piedāvā Dezurila (D'Zurilla T.) un viņa kolēģi (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002).

Sociālo problēmu risināšana ir kognitīvi-biheiviorāls process, kurā cilvēks mēģina atrisināt problēmas un atklāt problēmu efektīvus risinājumus, ar kurām viņš sastopas reālajā ikdienas dzīvē (D'Zurilla & Maydeu-Olivares, 1995, kā minēts D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002). No narkotikām atkarīgo cilvēku personības traucējumi saistīti ar sociālo problēmu risināšanas spēju deficītu un rehabilitācijas programmas zemo efektivitāti. Piemēram, recidīvi rehabilitācijas programmā gada laikā ir novēroti apmēram 94% no narkotikām atkarīgajiem pacientiem ar personības traucējumu diagnozēm (Magnavita, 2004).

No narkotikām atkarīgiem cilvēkiem *rehabilitācija* ir dažādu pasākumu sistēma, kas vērsta uz cilvēka reintegrāciju sabiedrībā bez jebkādu atkarību izraisīto vielu lietošanas (Nacionālais veselības dienests, 2005). Analizējot zinātnisko literatūru par saistību starp sociālo problēmu risināšanu un personības traucējumiem, konstatēts, ka šajā jomā ir maz pētījumu un tie veikti ar citām grupām, piemēram, noziedzniekiem.

Zinātniskā novitāte

Personības traucējumiem varētu būt būtiska nozīme sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņās rehabilitācijas procesā. Pētījumi nesniedz izskaidrojumu, kāda ir personības traucējumu nozīme saistībā ar sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām no narkotikām atkarīgo pacientu psihosociālajā rehabilitācijas programmā. Promocijas darbā adaptētas divas līdz šim Latvijā neizmantotas metodes sociālo problēmu risināšanas dimensiju izpētei (SPSI-R: Social Problem-Solving Inventory-Revised. D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002) un

personības traucējumu (MCMI-III: Millontm Clinical Multiaxial Inventory – III. Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006) izpētei.

Praktiskā lietderība

Promocijas darba pētījumā iegūtie rezultāti un atzinumi var tikt plaši izmantoti psihologu, psihiatru, psihoterapeitu un citu speciālistu darbā, strādājot ar no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem. Secinājumi par personības traucējumiem no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem un viņu sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām rehabilitācijas procesā var palīdzēt speciālistiem pievērst uzmanību specifiskām pacienta uzvedības izpausmēm, agrīni identificēt riska faktorus, laikus nodrošināt nepieciešamo atbalstu šiem pacientiem, organizējot individuālas konsultācijas, grupas sociālpsiholoģiskās nodarbības. Piemēram, ja pacientam narkoloģijas medicīniskās ārstēšanas (detoksikācijas) pakalpojuma saņemšanas procesā ir izteikts kāds no personības traucējumiem A grupā (šizoīdi, šizotipiski vai paranoīdi personības traucējumi), tad pacients visticamāk nepieteikties turpmākai ārstēšanai, atbilstoši ārstu rekomendācijām. Ārstēšanas posmā vēlams vairāk mazināt pacienta pretestību, kas var izpausties kā neuzticēšanās un aizdomīgums. Ja psihosociālās rehabilitācijas procesa sākumā pacientam ir izteikti izvairīgas personības traucējumi, tad ir iespējams prognozēt, ka sociālo problēmu risināšanas deficīta dimensijas rādītāji (piemēram, negatīva orientācija uz problēmu) rehabilitācijas procesā drīzāk nesamazināsies, tāpēc vēlams mazināt pacienta kautrīgumu, distancēšanos no citiem un palīdzēt viņam justies drošāk rehabilitācijas gaitā, kas iespējams palīdzēs viņam mazāk izvairīties no problēmu risināšanas. Tātad, rehabilitācijas laikā speciālisti var izvēlēties atbilstošas rehabilitācijas metodes sociālo problēmu risināšanas prasmju stiprināšanai un attīstīšanai, ņemot vērā personības traucējumu specifiku un kopumā plānot efektīvāku, uz individuālām īpatnībām vērstu rehabilitācijas procesu.

Pētījuma mērķis

Galvenais pētījuma mērķis bija veikt longitudinālu pētījumu par personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistību no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā. Lai sasniegtu šo mērķi, bija nepieciešams noteikt personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas dimensiju rādītāju izmaiņas no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem rehabilitācijas programmā. *Pētījuma papildu mērķis* bija veikt pētījumā izmantoto mērījuma instrumentu adaptāciju Latvijā.

Pētījuma pamatjautājumi

1. Kādas ir izmaiņas sociālo problēmu risināšanas dimensijās no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā no 1. līdz 4. fāzei salīdzinājumā ar kontrolgrupu (no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kas neiziet rehabilitācijas procesu)?

2. Cik lielā mērā pirms rehabilitācijas veiktais personības traucējumu mērījums prognozē sociālo problēmu risināšanu pēc rehabilitācijas procesa no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, ja modelī iekļauj sociālo problēmu risināšanas dimensiju 1. mērījumu?

Veicot longitudinālo pētījumu, tika izvirzītas hipotēzes:

1. No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri nepiesakās rehabilitācijas procesam, ir augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem, kuri piesakās šim procesam.
2. No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu, ir augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuri iziet rehabilitācijas programmu līdz beigām.
3. Pēc piedalīšanās rehabilitācijas programmā personības traucējumu rādītāji no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem samazinās un šādas rādītāju izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā (narkotiku atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri neiziet rehabilitācijas procesu).

Veicot mērījuma instrumenta adaptāciju, tika izvirzīti vēl trīs papildu pētījuma jautājumi:

1. Vai Sociālo problēmu risināšanas aptaujas krievu valodas versijas psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālās aptaujas attiecīgajiem rādītājiem?
2. Vai MCMI-III aptaujas Personības traucējumu skalas krievu valodas versijas psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālās aptaujas attiecīgajiem rādītājiem?
3. Vai apstiprinās MCMI-III krievu valodas versijas personības traucējumu skalu klīniskā validitāte no narkotiku atkarīgo cilvēku grupā?

Pētījuma priekšmets: no narkotikām atkarīgie pieaugušie cilvēki, personības traucējumi un sociālo problēmu risināšana rehabilitācijas procesā.

Metode

Pētījuma dalībnieki: rehabilitācijas grupu veido 58 Latvijas rehabilitācijas centru no narkotikām atkarīgie pacienti, kuri piesakās uz psihosociālajai rehabilitācijai, vecumā no 21 līdz 35 gadiem ($M=26,7$; $SD=3,5$), 12 (21%) sievietes un 46 (79%) vīrieši. Kontrolgrupa sastāv no 53 respondentiem, kuri piesakās uz narkoloģijas medicīniskiem pakalpojumiem (ambulatorā ārstēšana - aizvietojošā terapija un stacionārā ārstēšana - detoksikācija) vecumā no 21 līdz 35 gadiem ($M=28,1$; $SD=3,6$), 12 (22%) sievietes un 41 (78%) vīrieši.

Mērījumi: lai noteiktu no narkotikām atkarīgo pieaugušo grupai personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas rādītājus, promocijas darbā ir pārtulkotas krievu valodā un daļēji adaptētas divas aptaujas: Milona klīniskā daudzfaktoru aptauja - 14 personības traucējumu skalas (MCMI-III: Millontm Clinical Multiaxial Inventory – III. Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006) un Sociālo problēmu risināšanas aptauja (SPSI-R: Social Problem-Solving Inventory-Revised. D’Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002). Lai noteiktu respondentu demogrāfiskos rādītājus un atkarības pakāpi tika daļēji izmantota Eiropas Atkarības smaguma indeksa aptauja

(EuropASI: European Addiction Severity Index, Blacken et al., 1994). LV-Eiropas ASI aptauja tika adaptēta Latvijā krievu un latviešu valodā (ASI krievu versijā, Trapencieris, 2007).

Procedūra: dati tika ievākti laika posmā no 2008. gada 15. janvāra līdz 2010. gada 5. jūnijam. Pirmā, otrā un trešā etapa testēšana rehabilitācijas un kontrolgrupā tika veikta individuāli, tiekoties ar katru pētījuma dalībnieku. Pētījuma dalībniekiem tika iedota anketa, kas sastāvēja no LV-Eiropas ASI, MCMI-III un no SPSI-R krievu versijas aptaujām. Longitudinālais pētījums ietvērar trīs etapus. Respondenti piedalījās testēšanā psihologa vai sociālā darbinieka kabinetos, kas atrodas no narkotikām atkarīgo pieaugušo rehabilitācijas centros un „Psihiatrijas un narkoloģijas centra” nodaļās konsultatīvās pieņemšanas telpās. Datu ievākšanas un apstrādes gaitā tika pilnībā ievērota konfidencialitāte.

Datu apstrādes un analīzes metodes: datu apstrādei tika lietota SPSS programmas 17. versija. Galvenās statistiskās metodes: jaukta dizaina dispersijas analīze un soļu regresijas analīze.

Promocijas darba pētījuma uzdevumi

Lai sasniegtu izvirzītos longitūdinālā pētījuma mērķus, tika veikti šādi uzdevumi:

- 1) zinātniskās literatūras par pētījuma tēmu apzināšana un analīze;
- 2) pētījuma projekta izstrāde atbilstoši pētījuma mērķiem;
- 3) pētījumā izmantoto mērījumu instrumentu adaptācija;
- 4) pētījuma metožu aprobācija pilotpētījumā;
- 5) datu vākšana, apstrāde un analīze;
- 6) pētījumā iegūto rezultātu apzināšana, interpretēšana un secinājumu izdarīšana;
- 7) pētījuma pārskata atspoguļošana disertācijas formā un rezultātu publicēšana.

Promocijas darba pētījuma aizstāvēšanai izvirzītās tēzes

1. No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri nepiesakās rehabilitācijai, ir izteiktāki sadistiskas, negatīvistiskas un paranoīdas personības traucējumi salīdzinot ar no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri piesakās rehabilitācijas programmai.
2. Atkarīgas personības traucējumi ir izteiktāki tiem, kuri pabeidz rehabilitācijas programmu, nekā tiem, kuri to pārtrauc.
3. No narkotikām atkarīgiem pacientiem negatīvistiskas, mazohistiskas, paranoīdas, depresīvas, sadistiskas, atkarīgas, antisociālas un šizotipiskas personības traucējumu rādītāji 12 mēnešu rehabilitācijas procesā samazinās, salīdzinot ar kontrolgrupas respondentiem.
4. No narkotikām atkarīgiem pacientiem augstāki depresīvas personības traucējumu rādītāji prognozē lielāku pozitīvas orientācijas uz problēmu un racionālas problēmu risināšanas pieaugumu 12 mēnešu rehabilitācijas programmas laikā. Savukārt, augstāki paranoīdas personības traucējumi prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu un izvairīšanās stila

samazināšanos un augstāki mazohistiskas personības traucējumi prognozē lielāku negatīvas orientācijas uz problēmu paaugstināšanos. Arī augstāki sadistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila samazināšanos.

5. No narkotikām atkarīgiem pacientiem augstāki izvairīgas personības traucējumu rādītāji prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu pieaugumu rehabilitācijas otrajā posmā. Bet augstāki histēriskas personības traucējumu rādītāji prognozē izvairīšanās stila samazināšanos. Pacientiem augstāki negatīvistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila samazināšanos. Bet augstāki atkarīgas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila paaugstināšanos.

6. No narkotikām atkarīgiem pacientiem 12 mēnešu rehabilitācijas procesa laikā paaugstinās sociālo problēmu risināšanas prasmes (pozitīva orientācija uz problēmu un racionāla problēmu risināšana), bet šo prasmju pieaugums nav izskaidrojams ar rehabilitācijas procesa efektu.

Promocijas darba teorētiskā daļa ir veidota no četrām nodaļām: *pirmajā* nodaļā aplūkota atkarība no narkotiskām vielām, tās attīstība un cēloņi; *otrajā* nodaļā raksturoti personības traucējumi un to cēloņi, kā arī no narkotikām atkarīgo pieaugušo personības traucējumi; *trešajā* nodaļā raksturots sociālo problēmu risināšanas modelis un sociālo problēmu risināšana no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem; *ceturtajā* nodaļā raksturota no narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku ārstēšana un psihosociālā rehabilitācija, it īpaši Latvijas no narkotikām atkarīgo pieaugušo cilvēku psihosociālā rehabilitācijas programmā, un personības traucējumi, kā arī sociālo problēmu risināšanas dimensijas rehabilitācijas procesā. Promocijas darba turpinājumā aprakstītas metodes, rezultāti, iztirzājuma un nobeiguma daļas. Promocijas darbā iekļauti 8 attēli, 23 tabulas un 7 pielikumi. Izmantotās literatūras sarakstā ietverti 213 literatūras avoti. Kopējais darba apjoms ir 126 lapas bez pielikumiem un 144 lapas ar pielikumiem.

1. Teorētiskā daļa

1.1. Atkarība no narkotiskām vielām, tās izpausmes un ietekmējošie faktori

Šajā nodaļā tiks aplūkots jēdziens „atkarība”, atkarības teorētiskie modeļi, kā arī izskatīti galvenie narkotisko vielu atkarības slimības kritēriji (psiholoģiskie, bioloģiskie un sociālie), atkarības sekas un attīstības stadijas, un ar šo slimību saistītu citu jēdzienu definīcijas.

1.1. 1. Atkarības jēdziens

Aprakstot un analizējot atkarības fenomenu, zinātniskajā literatūrā pētnieki bieži izmanto jēdzienu „addiction” (West, 2006) (latviešu valodā „atkarība”), kas radies no latīņu valodas

vārda saknes "addicere", kas nozīmē „dievināt” vai „pakļauties” (New collegiate dictionary, 2001). Vēsturiski atkarība tika traktēta kā psihoaktīvo vielu lietošanas radīta atkarība (West, 2006), bet laika gaitā šis jēdziens ir ieguvis plašāku nozīmi un attiecināts arī uz uzvedību, kuras pamatā ir patoloģiska vajadzība pēc noteiktiem preparātiem (alkohola, kokaīna u. c.) vai kādām nodarbēm (piemēram, pārmērīgi augsta kaloriju satura pārtikas patērēšana, azartspēles u.tml.) (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Zinātniskajā literatūrā var arī sastapt citu atkarības jēdzienu - „dependence”. Daži zinātnieki uzskata, ka abi jēdzieni („addiction” un „dependence”) ir sinonīmi un piešķir tiem vienādu jēgu (West, 2006). Piemēram, viena no daudzām pēdējo gadu atkarības definīcijām ir šāda: „atkarība no jebkuras vielas, lietas, cilvēka vai idejas; rīcība kļūst izteikti uzmācīga un intensīva, tāpēc tiek ignorētas visas citas lietas vai arī tām tiek piešķirta sekundāra loma, pat ja ar atkarību saistītās darbības apdraud dzīvību” (Mack, 2002, kā minēts Coombs, 2005, p. 3). Latvijā ir pieņemts lietot jēdzienu „atkarība”, tāpēc darbā ir izmantots tieši šis jēdziens.

Apmēram 28 miljoni cilvēku pasaulē pakļauj savu veselību ievērojamam riskam, lietojot dažādas psihoaktīvas vielas. Tās ir ķīmiski aktīvas vielas, kas traucē psihisko funkcionēšanu, visbiežāk - alkohols un narkotikas (sk. 1. pielikuma 1. tabulu) (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Nonākot organismā, šīs vielas rada noteiktu iedarbību, piemēram, lietojot opiju, iestājas relaksācija, savukārt amfetamīni stimulē organismu.

Zinātniskajā literatūrā ir norādīts, ka narkotisko vielu atkarība ir nopietna problēma. Piemēram, tika konstatēts, ka 2010. gadā aptuveni 8,9 % (22,6 miljoni) par 12 gadiem vecāki amerikāņi lieto narkotiskās vielas (National Survey on Drug Use and Health, 2012). Pēdējos 10 gados Itālijā jauni pieaugušie cilvēki daudz vairāk ļaunprātīgi lieto kokaīnu un marihuānu (Rossi & Botre, 2011). Latvijā publiskotos pētījumos atspoguļots, ka mūsu valstī vairāk nekā citās pasaules valstīs gados jauni cilvēki un bērni ir narkotiku lietošanas un narkomānijas izplatībai visvairāk pakļautā sabiedrības daļa. Piemēram, aptuveni astotā daļa (13%) Latvijas iedzīvotāju vismaz vienu reizi savas dzīves laikā ir izmēģinājuši kādu no nelegālajām narkotikām (Narkoloģijas centra gadagrāmata, 2002). Ja agrāk narkotikas pirmoreiz izmēģināja cilvēki apmēram 20 gadu vecumā, tad šobrīd Latvija ir vienā no vadošajām pozīcijām saistībā ar gados jauniem narkotiku lietotājiem, piemēram, marihuānu visbiežāk pamēģina jau 10-12 gadu vecumā (Koroļeva, Kārklīņa, Sniķere, Mieriņa, 2008). Intervijās ar narkotisko vielu lietotājiem ir noskaidrots, ka visbiežāk minētie narkotiku (piemēram, heroīna) lietošanas cēloņi ir šādi: bauda, ziņkārība, apkārtējo spiediens (Flumer & Lapidus, 1980), vēlme izvairīties no dzīves stresa, neapmierinātība ar savu adaptāciju vidē un sociāli kulturālie apstākļi (Bry, McKeon, & Pandina, 1982). Zinātnieki noskaidrojuši arī citus faktorus, kas saistīti ar narkotisko vielu lietošanas cēloņiem un kuri tiks aplūkoti teorētiskās daļas nākamajās nodaļās.

Atkarība no narkotiskajām vielām jau 1810. gadā tika aprakstīta kā slimība un raksturota kā “ļoti kaitīgs un potenciāli letāls stāvoklis, kas izpaužas kā neatgriezeniska kontroles zaudēšana pār vielām, kas iedarbojas uz psihi” (Rush, 1810, kā minēts, Coombs & Howatt, 2005, 36). Amerikas Medicīnas asociācija 1945. gadā atkarību oficiāli atzina par slimību. Turpmākie pētījumi liecina, ka atkarība no narkotiskajām vielām izraisa pastāvīgas izmaiņas galvas smadzeņu struktūrā un funkcijās un ir galvas smadzeņu saslimšana (Sussman & Ames, 2001).

Zinātniskajā literatūrā tiek norādīta atkarības recidivējošā būtība, raksturojot to kā „atkārtota nespēja atturēties no narkotisko vielu lietošanas, lai gan iepriekš pieņemts lēmums tās nelietot” (Heather, 1998, kā minēts, West, 2006, p. 6). Tā jau ir smagāka traucējumu forma, ko parasti pavada fizioloģiska prasība pēc arvien lielāka vielas daudzuma, lai sasniegtu vēlamu efektu. Aplūkojot DSM-IV-TR klasifikatora un jaunākā DSM-V klasifikatora (Diagnostikas un statistikas rokasgrāmata) (American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2012) sadaļu par traucējumiem, kas saistīti ar ķīmisko vielu lietošanu, var redzēt, ka atkarība no narkotikām ir aprakstīta kā kompulsīva uzvedība, kas virzīta uz psihoaktīvās vielas lietošanu un fiziskā un psihiskā stāvokļa pasliktināšanos, un bieži izraisa tolerances paaugstināšanos un abstinences sindroma rašanos. *Tolerance* DSM-IV-TR klasifikatorā definēta kā vajadzība pēc paaugstinātām noteiktas vielas devām, lai sasniegtu vēlamu efektu, jo narkotiku iedarbība kļūst būtiski mazāka, ja lietota parastā deva. Tās ir bioķīmisko izmaiņu sekas organismā, kas ir saistītas ar metabolisma un vielas izvadīšanas traucējumiem. *Abstinences* sindroms – fiziskas un psiholoģiski negatīvas sekas - attīstās, kad cilvēks pārstāj lietot narkotiskās vielas vai samazina šīs vielas devas. Tas var izpausties, piemēram, kā pārmērīga svīšana, tremors, sasprindzinājums (American Psychiatric Association, 2000). Narkotisko vielu lietošana izraisa sociālas un veselības problēmas un dzīves līmeņa pazemināšanos vai pat nāvi (Sussman & Ames, 2001). Neatkarīgi no tā vai atkarība ir saistīta ar ķīmisku vielu lietošanu (piemēram, kokaīns vai alkohols) vai tā izpaužas uzvedībā (azartspēles vai pārēšanās), atkarībai ir trīs raksturojošas pazīmes: kompulsīva lietošana, kontroles zaudēšana un lietošanas turpināšana (Coombs & Howatt, 2005). Atkarībai no narkotiskām vielām ir noteiktas attīstības stadijas, kas tiks aplūkotas turpmāk, kā arī narkotiku lietošanas sekas dažādos vecumos.

1.1.2. Atkarības no narkotiskām vielām attīstība

Narkotisko vielu lietošanai ir noteiktas attīstības stadijas, kas galvenokārt noris secīgi no stadijas uz stadiju. Daļai cilvēku stadijas var atkārtoties atkal un atkal, tajā pat laikā citi cilvēki var apstāties kādā no stadijām, neatkārtojot tās (Coombs & Howatt, 2005). Līdztekus izšķir arī piecus atkarības pakāpeniskas rašanās posmus. Kūmbss (Coombs, 1997) norāda, ka atkarības no narkotiskajām vielām attīstība sākas ar stadiju *atturībnieks*, kurā ir vērojama narkotisko vielu

lietošana atsevišķos gadījumos vai reti. Nākamā stadija ir *sociālais lietotājs*, kurā novērojama daudzkārtēja lietošana, bet nav novērojamas psihiskās un fiziskās atkarības pazīmes. *Ļaunprātīgas lietošanas stadijā* ir izveidojusies psihiskā atkarība, ko raksturo narkotisko vielu meklēšana, lai gūtu patīkamas sajūtas, bet vēl nav fiziskās atkarības. Lietošanas pārtraukšana var notikt bez abstinences sindroma rašanās. *Fiziskās atkarības stadiju* raksturo narkotisko vielu meklēšana, lai izvairītos no abstinences. Pēdējā stadijā ir tāda, kurā narkotiku lietošanu pavada jau izveidojusies *fiziskā un psihiskā atkarība*, un parādās arī veselības problēmas. Izmisīgos mēģinājumus iegūt narkotiku devu pavada nevēriba pret normālu pārtiku, sociālo stāvokli, pašcieņas saglabāšanu, attiecībām ar tuviem cilvēkiem.

Narkotiskās vielas ļaunprātīgi lietojošo personu uzvedības modeļi ievērojami mainās atkarībā no lietotās narkotikas veida, tās daudzuma un lietošanas ilguma, cilvēka fizioloģiskajām un sociālajām īpatnībām un no sociālās vides. Piemēram, heroīna lietošana rada sociāli neadaptīvu uzvedību, kad tiek pārkāpts likums, lai iegūtu narkotiskās vielas. Paaugstinās saslimstība ar somatiskām patoloģijām, paaugstinās risks saslimt ar vīrusu hepatītu un HIV infekciju, kā arī risks nomirt no pārdozēšanas. Pārmērīga barbiturātu lietošana var novest pie smadzeņu izmaiņām un personības degradācijas. Ir zināmi gadījumi, kad cilvēki, lietojot LSD, ir izlēkuši pa logu, bet marihuāna izraisa atmiņas traucējumus, veicina depresijas rašanos un tml. (Carson, Butcher, & Mineka, 2004).

Promocijas darba pētījumā respondentu vecuma robežas ir no 21 līdz 35 gadiem, tāpēc ir nozīmīgi aplūkot, kādas ir no narkotikām atkarīgo cilvēku atšķirības šajā vecumposmā, salīdzinot ar citiem vecumposmiem. Aprakstot šī vecumposma indivīdus, vispirms jāuzsver tas, ka tie ir jauni pieaugušie. Pēc Eriksona (Erikson, 1950) psihosociālās attīstības teorijas klasifikācijas cilvēki vecumā apmēram no 20 līdz 30 gadiem veido tuvas attiecības ar otru cilvēku. Raksturojot no narkotikām atkarīgus jaunus pieaugušos, var konstatēt, ka narkotisko vielu lietošana neveicina tuvības attīstību. Ģimenē cilvēks saņem fizisko un emocionālo tuvību, atbalstu, mīlestību, komfortu, uzticību, kas nodrošina veselīgas pieaugušo attiecības. Veselīgu attiecību sabrukums izraisa vientulību, atsvešināšanos un sociālo izolāciju. Pētījumi liecina, ka jauniem pieaugušiem vairāk nekā pusaudžiem ir izteikta fiziskā atkarība un problēmas ar veselību narkotisko vielu lietošanas dēļ (Sussman & Ames, 2001), kā arī ir raksturīga biežāka smago narkotisko vielu lietošana (piemēram, heroīna), riskanta uzvedība un noziedzīga darbība (Degenhardt, Kinner, Roxburgh, Black, Bruno, Fetherston, & Fry, 2008).

Var secināt, ka atkarībai no narkotiskām vielām ir noteiktas attīstības stadijas. Narkotisko vielu veids, daudzums un ilgums ietekmē cilvēka uzvedību un narkotisko vielu lietošana var izraisīt cilvēkiem smagas un negatīvas sekas, piemēram, nāvi pēc pārdozēšanas. Jauniem pieaugušiem cilvēkiem, kuri atkarīgi no narkotiskām vielām, ir vairāk izteiktas veselības problēmas, kas saistītas ar smago narkotiku lietošanu. Zinātnieki nepārtraukti pēta atkarības no

narkotiskām vielām veidošanās cēloņus, lai laikus varētu veikt profilakses pasākumus un mazinātu atkarības veidošanās riska faktorus. Nākamajā apakšnodaļā tiks aplūkoti bioloģiskie, psiholoģiskie un sociālie aspekti, kas saistīti ar atkarības no narkotiskām vielām attīstības cēloņiem.

1.1.2.1. Atkarības no narkotiskām vielām attīstības cēloņi

Zinātniskajā literatūrā norādīts, ka jau 1850. gadā morālajā modelī no narkotiskām vielām atkarīgie cilvēki ir atainoti kā vāja rakstura un netikumiski cilvēki (May, 1997). Šī modeļa pamattēzēs akcentēts, ka cilvēkiem ir racionāla un brīva izvēle un viņi ir atbildīgi par savu uzvedību (Clark, 2011). Pamatojoties uz šo modeli, veidojās cīņa pret nelegālo narkotiku lietošanu un izplatību sabiedrībā, ko uzskata par likumparkāpumu un par to paredzēts sods atbilstoši likumam. Ir daudz teoriju, kas apskata atkarības no narkotiskajām vielām problēmu un tās rašanās cēloņus (West, 2006). Šajā apakšnodaļā izdalītas vairākas teorijas, kas ir veicinājušas atkarības ārstēšanas metožu attīstību.

Tradicionāli zinātniskajā literatūrā līdztekus atkarības psiholoģiskajiem aspektiem tiek aplūkoti arī bioloģiskie aspekti. Piemēram, zinātnieki cilvēka organismā ir atklājuši izstrādātās opiātiem līdzīgās vielas (piemēram, endorfīni), kam ir būtiska nozīme atkarības attīstībā, kā arī ir konstatējuši, ka endorfīnu nepietiekama izstrāde spēj radīt tieksmi pēc narkotiskajām vielām (Cox, Goldstein, & Li, 1976). Tiek apskatīti arī sociāli kulturālie aspekti, piemēram, Sasmens un Eimss (Sussman & Ames, 2001), apkopojot daudzu pētnieku darbus, uzsver apkārtējās vides lomu (dzīvesvieta, ar narkotiku lietošanu saistītie likumi un normas, ekonomiskā deprivācija u.tml.) un sociālo faktoru lomu atkarības attīstībā (vērtības un tuvinieku, vienaudžu uzvedība, ģimenes un narkotikas lietojošo vienaudžu uzvedības modelēšana, ģimenes konflikti u.tml.). Piemēram, noteiktu tipu narkotisko vielu lietošana biežāk notiek jauniešu grupās, kur sociālā ietekme un vienaudžu atbalsts bieži ir acīmredzams narkotiku turpmākās ļaunprātīgās lietošanas iemesls (Rohrbach, Sussman, Dent, & Sun, 2005). Nedrīkst ignorēt arī sociāli kulturālo faktoru lomu, piemēram, plašsaziņas līdzekļu ietekmi (Wills, Pierce, & Evans, 1996), kas var veicināt noteiktu attieksmi pret narkotisko vielu lietošanu.

Par pēdējās desmitgades zinātnisko sasniegumu uzskata *biomedicīniskā modeļa* koncepciju. Šī modeļa pētnieki norāda, ka narkotiku lietošana ilgākā laika periodā maina smadzeņu struktūru un funkcijas. Izmaiņas var saglabāties ilgu laiku pēc to lietošanas pārtraukšanas (Leshner, 2001). Pēdējo 20 gadu laikā, *ģenētiskā modeļa* ietvaros, zinātnieki ir identificējuši cilvēku ģenētisko predispozīciju pret opiātiem vai kokaīnu (Tsuang, Bar, Harley, & Lyons, 2001, kā minēts Coombs & Howatt, 2005). Ģenētikas speciālisti uzskata, ka dažādi psihoaktīvo vielu veidi var būt saistīti ar cilvēka ģenētiskajām nosliecēm. Ģenētiskā

predispozīcija mijiedarbā ar sociālo vidi, kurā, piemēram, viens no vecākiem lieto psihoaktīvās vielas, var veicināt smagas atkarības attīstību bērniem. Piemēram, par alkohola atkarīgiem kļūst aptuveni 50% dēlu, kuri ir dzīvojuši ar alkohola atkarīgiem tēviem, un 30% dēlu, kuri nav dzīvojuši kopā ar šādiem tēviem (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992).

Narkotiku atkarības problēma tiek aprakstīta *impulsu kontroles traucējumu* modelī un tiek uzskatīts, ka neirobioloģiskais vai ģenētiskais deficīts padara cilvēku daļēji vai pat pilnīgi nespējīgu vadīt un regulēt impulsīvo uzvedību (West, 2006). Noteiktos apstākļos šādi cilvēki pakļauj sevi apdraudējumam un atrod pagaidu atvieglojumu pašdestruktīvā uzvedībā, piemēram, narkotisko vielu ļaunprātīgā lietošanā (Coombs & Howatt, 2005).

Atalgojuma un neirofizioloģiskās adaptācijas deficīta modeļa izstrādātāji postulē, ka uzvedības traucējumi veidojas ķīmiskā līdzsvara trūkuma dēļ (Coombs & Howatt, 2005). Ir būtiski norādīt, ka atalgojuma sistēmu veido smadzeņu struktūras un tajā esošās dopamīnu sintezējošās šūnas (Kluša, 2004). Kluša norāda, ka vienā no sistēmas kodoliem atrodas dopamīna neironi, bet to aksoni aiziet līdz citam kodolam, kas piedalās cilvēka emocionālā stāvokļa uzturēšanā, ēšanas, dzeršanas un dažādu citu uzvedības izpausmju motivēšanā. Atalgojuma sistēmas aktivācija ir iesaistīta eiforijas veidošanā un prasībā pēc psihoaktīvās vielas atkārtotas ievadīšanas. Cilvēkiem ar atkarības tipa traucējumiem, ir serotonīna enerģētisko procesu traucējumi. Pētnieki tādu ķīmisko nelīdzsvarotību sauc par „atalgojuma deficīta sindromu” (Blum & White, 2003). Šis traucējums ir saistīts ar vispārējo bioloģisko mehānismu, kad pozitīvu emocionālu pārdzīvojumu deficītu kompensē ar noteiktu iedarbību, piemēram, ar alkohola iesaisti atalgojuma sistēmā. Pētnieki uzskata, ka atalgojuma deficīts var radīt dažādas ar atkarību saistītas noslieces un cilvēks var kļūt jutīgs pret alkohola, heroīna iedarbību un citiem uzvedības traucējumiem. Izmaiņas neiroķīmiskajās sistēmās un narkotisko vielu dažādie efekti var radīt atšķirīgas vēlmes narkotiku lietošanā, lai gūtu vēlamo efektu šī neiroķīmiskā deficīta radīto traucējumu kompensācijai, kas tālāk izraisa arvien lielāku vajadzību pēc tām (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

Psiholoģiskās literatūras analīze parāda to, ka ir dažādi uzskatu virzieni jautājumā par atkarības no narkotiskajām vielām veidošanos un attīstību. Vispirms jāakcentē tas, ka agrīnajos psihoanalītiski orientēto autoru Freida (Freud, 1905) un Ābrahama (Abraham, 1908) darbos atkarība no alkohola un morfija tika skaidrota ar libido funkciju traucējumiem. Saskaņā ar šo pieeju ļaunprātīga narkotiku lietošana ir psihoseksuālās attīstības regresija orālajā stadijā. Vēlākajos, kā arī mūsdienu psihoanalītiski orientētajos darbos no narkotiskajām vielām atkarīgos cilvēkus bieži uzskatīta par hedoniskiem baudas meklētājiem, kuriem ir nosliece uz sevis iznīcināšanu, un ķīmisko vielu lietošana viņiem atvieglo un novērš sāpes un izraisa baudas sajūtu (Rado, 1926; Savitt, 1963, kā minēts, Dowling, 1995). Saskaņā ar Kantciāna (Khantzian, 1978)

uzskatiem, atkarības attīstība ir saistīta ar ģimenes disfunkciju, tāpēc narkotiskās vielas kļūst par veidu, kā pārvarēt ar sāpēm un ciešanām saistītus stāvokļus.

Aptuveni no 1960. gada psihoanalītiķi aprakstīja atkarību kā pašārstēšanās paņēmienu. *Pašārstēšanās modeļa veidotāji* apgalvo, ka cilvēks pastāvīgi ārstē emocionālās slimības (piemēram, depresiju) ar zālēm, lai gūtu atvieglojumu, kas beigās var novest pie atkarības no šīm vielām (Achal, 2005). Kantciāns (Khantzian, 1997) uzsvēra, ka atkarību izraisošās narkotiskās vielas var uz laiku atvieglot cilvēka psiholoģiskās ciešanas. Pastāv arī katras vielas farmakoloģiskā specifika, kas dod priekšroku vienam vai otram narkotisko vielu veidam. Savukārt citi pētnieki uzsver, ka atkarību no narkotiskām vielām nosaka vajadzība mazināt agresiju, vājināt depresiju un kaunu un vainas apziņu (Blatt, Berman, Bloom-Feshback, Sugarman, Wilber, & Kleber, 1984).

Banduras (Bandura, 1986) sociālās iemācīšanās teorija vairāk fokusējas uz kognitīvās apstrādes un interpretācijas procesiem, pastarpinātu iemācīšanos un pašregulāciju, kas izskaidro atkarības mehānismus. Tiek uzsvēta arī vienaudžu un citu nozīmīgu cilvēku lomu atkarības no narkotiskām vielām attīstībā. Piemēram, jauns cilvēks var sākt lietot narkotiskās vielas, modelējot savu vecāku, vecāko brāļu vai vienaudžu uzvedību. Bandura piedāvāja sociālās apmācības četras stadijas: *uzmanība*, kad cilvēks izdara apzinātu kognitīvo izvēli, lai novērotu vēlamu uzvedību; *atmiņa*, kad cilvēks atceras novēroto uzvedību; *imitācija* – cilvēks atdarina novērotās darbības; *motivācija* – cilvēkam ir jābūt kādam iekšējam dzinulim, lai viņš gribētu modelēt šo uzvedību.

Zinātnieki norāda, ka antisociālas iezīmes, zems pašvērtējums, atsvešināšanās, augsta jaunu iespaidu meklēšana, paaugstināta aktivitāte un emocionalitāte ir novērotas pirms atkarības no narkotiskām vielām izveidošanās (DiClemente, 2003). Daži raksturojošie rādītāji vairāk ir novērojami vīriešiem. Tie ir: impulsivitāte, sabiedrībā pieņemto noteikumu neievērošana, antisociāla uzvedība, neatkarība un hiperaktivitāte. Sievietēm biežāk ir novērojamas problēmas attiecībā uz autonomiju, kontroli, pašvērtējumu (DiClemente, 2003). No narkotikām atkarīgo cilvēku vidū 46% gadījumu novēro antisociālas personības raksturlielumus – nespēju ievērot sociālās normas, savas un citu drošības ignorēšanu, melīgumu, impulsivitāti, agresivitāti u.c. (Uchtenhagen & Zeiglgänsberger, 2000; Messina, Wish, & Nemes, 2002).

Apkopojot iepriekš minēto, var secināt, ka atkarības no narkotiskām vielām attīstība ir cieši saistīta ar fiziskā, psihiskā un sociālā stāvokļa pasliktināšanos. Kopā ar iepriekš aprakstītajiem sociālajiem un ģenētiski bioķīmiskiem faktoriem, psiholoģiskie faktori var veicināt atkarīgas uzvedības problēmu attīstību vai to nostiprināšanos. Visi šie faktori ir apvienoti biopsihosociālajā modelī, ko piedāvāja Engels (Engel, 1977). Šis modelis pamatojas uz to, ka jutīgums attiecībā uz atkarību ir saistīts ar sarežģītu mijiedarbību starp fizisko stāvokli

(organisma funkcionēšanu), psiholoģisko stāvokli (kā katrs uztver un sajūt pasauli) un sociālo dinamiku (kā un ar ko katrs mijiedarbojas) (Coombs, 2005).

Atkarība no narkotikām negatīvi ietekmē visas cilvēka dzīves un darbības sfēras, un tas atspoguļojas teorētisko modeļu daudzveidībā, kas izzina to cēloņus un atkarības no narkotiskajām vielām rašanos un attīstību. Atkarība no narkotiskajām vielām bieži apvienojas ar personības traucējumiem. To apstiprina lielākā daļa psiholoģijas pētījumu, kas norāda, ka no narkotikām atkarīgiem ir dezadaptīvas uzvedības modeļi un personības traucējumu raksturojumi (Messina, Wish, & Nemes, 2002; Teplin, O'Connell, & Varenbut, 2004). Piemēram, 68% heroīna lietotājiem novēro personības traucējumus (Kosten & Rounsaville, 1986). Jāuzsver, ka pētījumos atklāta saistība starp problēmu risināšanas deficītu un psihoaktīvo vielu lietošanu pusaudžu vecumā (Jaffee & D`Zurilla, 2003), kas sarežģī ārstēšanu. Tāpēc nākamais šī darba uzdevums ir aplūkot to, kas ir zināms par personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanu no narkotiskām vielām atkarīgiem pieaugušiem. Lai saprastu no narkotikām atkarīgo cilvēku problēmas, kas varētu ietekmēt ārstēšanas rezultātus, nākamajā nodaļā ir izskatītas personības traucējumu kategorijas un to attīstības cēloņi, kā arī ir aplūkotas dažādas teorētiskās pieejas personības traucējumu izskaidrošanā.

1. 2. Personības traucējumi

Jau senajā Ēģiptē ir dokumentēti emocionālie traucējumi, ko vēlāk grieķi nosauca par histēriju (Alexander & Selesnick, 1966; kā minēts, Magnavita, 2004). Zināms, ka 19. gadsimta sākumā šis traucējums kļuva nozīmīgs Freida psihoanalītiskas teorijas attīstībā, kur viņš izskaidroja histērijas simptomu rašanos kā izspiestas seksuālās atmiņas un fantāzijas (Strachey, 1953; kā minēts, Magnavita, 2004). Pateicoties personības teoriju attīstībai, pakāpeniski veidojās sapratne par personības psihopatoloģijas cēloņiem.

Zinātnieku interese par personības traucējumiem īpaši pieauga pēc to pārskatīšanas un publicēšanas DSM-III slimību klasifikātorā (American Psychiatric Association, 1987). Ir zināms, ka personības traucējumi, kas sākas jaunībā vai agrīnā pieaugušo dzīves posmā, nopietni traucē indivīda funkcionēšanu sabiedrībā (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). DSM-IV-TR klasifikātorā (American Psychiatric Association, 2000) personības traucējumus definē kā pastāvīgus uzvedības modeļus un iegūtu pieredzi, kas traucē funkcionēšanu. Šie uzvedības modeļi pakāpeniski attīstās. Rezultātā veidojas dezadaptīva uztvere, priekšstati un attieksme pret pasauli. Pētnieki norāda, ka šie uzvedības modeļi nozīmīgi pasliktina sociālās funkcijas, indivīda adaptāciju, kā arī tie atšķiras no sociāli pieņemtajām uzvedības normām (Craig & Olson, 1990). Personības traucējumu diagnožu noteikšana pēc DSM-IV-TR klasifikatora pamatojas uz šādiem kritērijiem: 1) uzvedības modelis parādās vismaz divās no minētajām sfērām - kognitīvā,

afektīvā, starppersonu mijiedarbībā vai impulsu kontrolē; 2) modelis ir noturīgs, neelastīgs un visaptverošs, un tiek lietots personisko un sociālo situāciju plašā diapazonā; 3) uzvedības modelis izraisa nozīmīgu klīnisko distresu vai pasliktina funkcionēšanu/darbību svarīgās jomās; 4) modelis ir stabils un saglabājas ilgstošā laika periodā, tā rašanās var tikt novērota vismaz līdz pusaudžu vecumam; 5) modeli nevar izskaidrot no citu iespējamo psihisko traucējumu viedokļa, kā sekas tas varētu būt.

Apkopojot epidemioloģiskos pētījumus par visu personības traucējumu kategoriju izplatību, Laiveslijs secināja, ka apmēram 10-15% cilvēku no kopējās populācijas ir raksturīgi tādi personības traucējumi, kādus bieži novēro psihiatriskajiem pacientiem (Livesley, 2001). Arī vienā no jaunākajiem epidemioloģiskajiem pētījumiem, konstatēts, ka personības traucējumu izplatība cilvēku kopējā populācijā variē no 4,4% līdz 14,8% (Paris, 2010).

Pētnieki noskaidroja, ka personības traucējumi ir saistīti ar dzimumu, piemēram, epidemioloģiskajos pētījumos ir konstatēts, ka vīriešiem biežāk nekā sievietēm ir diagnosticēti antisociālas personības traucējumi un vīriešiem ir biežāk sastopami obsesīvi kompulsīvas un šizotipiskas personības traucējumi, savukārt sievietēm biežāk ir histēriskas, izvairīgas, atkarīgas un negatīvistiskas personības traucējumi (Livesley, 2001). Citā pētījumā pētnieki noskaidroja, ka izvairīgas personības traucējumi ir raksturīgi 5% populācijas un tie ir proporcionāli vienādi izplatīti starp sievietēm un vīriešiem (Torgersen, Kringlen, Cramer, 2001; kā minēts, Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2007). Pētnieki konstatēja, ka obsesīvi kompulsīvas un histēriskas personības traucējumi ir izplatīti arī starp neklīniskās grupas respondentiem, kuriem nav psihisku saslimšanu (Echeburua, Medina, & Aizpiri, 2007).

Apmēram pusei pacientu, kas ārstējas psihiskās saslimšanas dēļ, tiek arī diagnosticēti personības traucējumi (Weissman, 1993; Merikangas & Weissman, 1986; kā minēts, Magnavita, 2004). Turklāt aptuveni 85% cilvēku ar konstatētu vienu personības traucējumu, raksturīgas vēl tādas pazīmes, kas ir tipiskas citiem personības traucējumiem (Teplin, O'Connell, & Varenbut, 2004). Pētnieki (Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010) noskaidrojuši, ka dzimuma faktors ir saistīts ar personības traucējumu izplatību no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pieaugušiem. Piemēram, vīriešiem daudz biežāk ir diagnosticēti šizoīdas, antisociālas un narcistiskas personības traucējumi, savukārt sievietēm biežāk konstatēti paranoīdas, robežstāvokļa, histēriskas, izvairīgas, atkarīgas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi.

Pētnieki uzskata, ka personības traucējumi ir mazāk izplatīti gados vecākiem cilvēkiem nekā gados jaunākiem pieaugušiem. Piemēram, pētnieki uzskata, ka pēc 40 gadiem kriminālā uzvedība personām ar antisociāliem traucējumiem samazinās, kaut gan daži cilvēki turpina nodarboties ar kriminālām darbībām visu mūžu (Carson, Butcher, & Mineka, 2004).

Zinātniskajā literatūrā personības traucējumu jēdziens ir aplūkots dažādās klasifikāciju sistēmās: *kategoriju, dimensoināla, strukturāli dinamiska un prototipu* (Magnavita, 2004).

Plaši ir lietota *kategoriņu klasifikācijas sistēma*, kur personības traucējumu izpratnes pamatā ir DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klasifikators. Personības traucējumu kategorijas ir kodētas divās asīs (DSM ir daudzasu nozoloģiska sistēma, kurai ir piecas asis, kas ļauj novērtēt pacienta stāvokli). Šīs klasifikācijas sistēmas pamatā ir uzvedības un teorētisko kritēriju noteikšana, kas liecina par diagnosticētiem personības traucējumiem. Pēc vispārīgām pazīmēm DSM-IV-TR klasifikatora personības traucējumus iedala trīs klāsteru grupās (A, B un C). A grupa ietver paranoīdus, šizoīdus un šizotipiskus personības traucējumus. Cilvēki ar šādiem traucējumiem bieži ir dīvaini un uzvedas neparasti, uzvedība variē no neuzticības un aizdomīguma līdz sociālai atsvešinātībai. B grupa ietver histēriskus, narcistiskus, antisociālus un robežstāvokļu personības traucējumus. Cilvēkus ar šādiem traucējumiem apvieno demonstratīva, emocionāla un ekscentriskā uzvedība. C grupa ietver izvairīgus, atkarīgus un obsesīvi kompulsīvus personības traucējumus. Šie cilvēki bieži ir trauksmaini un bailīgi, tādēļ viņi paši vērsas pie speciālistiem un meklē palīdzību.

Dimensionālā klasifikācijas sistēma atšķiras no iepriekšējās klasifikācijas sistēmas, jo tika izstrādāta, pētot „veselu” personību (normal personality) (Magnavita, 2004), galvenokārt izmantojot vadošo personības piecu faktoru modeli (Digman, 1990). Konceptuāli šie faktori ir veidoti kā divu polu dimensijas: ekstraversija (pretstatā intraversijai), labvēlīgums (pretstatā nelabvēlīgumam), neirotisms (pretstatā emocionālajai stabilitātei), apzinīgums (pretstatā nevērtībai) un atvērtība pieredzei (pretstatā noslēgtībai) (Sarah & Ivan, 2010). Šo personības faktoru pastiprināšanās atspoguļo personības traucējumu, kas no normas stāvokļa paaugstinās līdz tādām līmenim, ka cilvēka personīgā pielāgošanās kļūst neatbilstoša apkārtējās vides prasībām. Piemēram, pētījumos konstatēts, ka personības traucējumiem piemīt augsts neirotisms, zems labvēlīgums un zema ekstraversija (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005), tai pašā laikā ekstraversija un apzinīgums diferencējas, prognozējot noteiktu personības traucējumu (Saulsman & Page, 2004).

Strukturāli dinamiskās klasifikācijas sistēmas pamatā ir personības struktūras un organizācijas psihodinamiskā izpratne (McWilliams, 1994). Šajā klasifikācijas sistēmā personības organizācija veido nepārtrauktu vienotību no psihotiskas, robežstāvokļa, neirotiskas personības līdz normāli funkcionējošai personībai. Strukturāli dinamiskā klasifikācija ir iekļauta iepriekšminēto kategoriņu sistēmā, lai noteiktu kritērijus, kas liecina par diagnosticējamo personības traucējumu esamību. Magnavita norādīja, ka DSM-IV klasifikatora personības traucējumu C grupa ir ekvivalenta neirotiskajam līmenim, B grupa - robežstāvokļa līmenim un A grupa - psihotiskajam līmenim (Magnavita, 2004). Personības strukturāli dinamiskajā klasifikācijā būtiska nozīme ir aizsardzības mehānismu organizācijas līmenim. Cilvēki ar augstāku personības organizācijas līmeni, izmanto mazāk neirotiskus aizsardzības mehānismus, cilvēki ar robežstāvokļa diapazonu, izmanto vairāk primitīvākus aizsardzības mehānismus,

savukārt cilvēki, kuri atrodas psihotiskajā spektrā, izmanto primitīvākus aizsardzības mehānismus.

Prototipu klasifikācijas sistēma kombinējas ar iepriekšējām sistēmām un ir labāk piemērota atšķirību izpratnei starp dažādām personības traucējumu kategorijām. Prototipus izstrādāja kognitīvās psiholoģijas pieejas ietvaros, pētot tās kategorijas, ko cilvēki izmanto ikdienas dzīvē, lai izzinātu un saprastu apkārtējās vides objektus (Schwartz, Wiggins, & Norko, 1989). Pētnieki secināja, ka šīs kategorijas ir „nenoteiktas”, un prototipi var tikt noteikti, uzskaitot kategoriju pamatpazīmes. Lai indivīdu iekļautu noteiktā kategorijā, viņam nav obligāti jābūt visām kategorijas pazīmēm, drīzāk nozīme ir to izteiktības pakāpei. Piemēram, ja indivīdam ir vairāk kāda prototipa pazīmju, tad viņš ir šīs kategorijas „labākais” pārstāvis un otrādi – ja ir mazāk kāda prototipa pazīmju, tad viņš ir šīs kategorijas „sliktākais” pārstāvis. Prototipi tika plaši izmantoti personības traucējumu nozoloģijā. Milons (Millon, T.) ir viens no zinātniekiem, kurš izstrādāja savu teoriju par personības traucējumiem, izmantojot prototipu klasifikāciju. Nākamajā apakšnodaļā tiks aplūkota Milona personības traucējumu evolūcijas teorija.

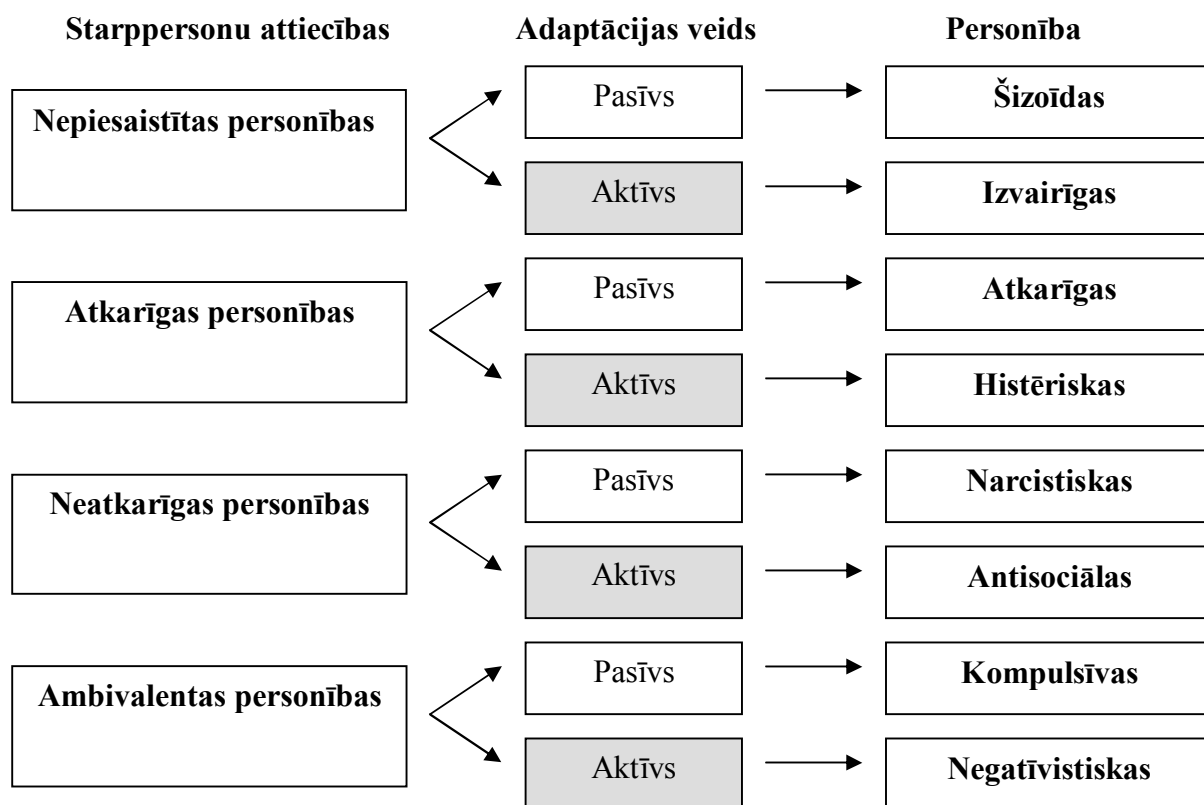
1.2.1. Milona personības traucējumu evolūcijas teorija

1969. gadā grāmatā „Mūsdienu psihopatoloģija” (Modern Psychopathology) Milons izklāstīja biosociālās iemācīšanās teoriju, kas pamatojas uz bioloģiskās izpētes atziņām (Millon, 1969; kā minēts Millon, 2011). Teorijas galvenā ideja ir tā, ka organisma un ekoloģisko faktoru mijiedarbības rezultātā attīstās personība, savukārt nelabvēlīgā gadījumā - psihopatoloģija, kas sākas jau no bērna ieņemšanas momenta un turpinās visas dzīves garumā. Bioloģiskie faktori var veidot, veicināt vai ierobežot cilvēka pieredzi un dzīves prasmju apgūšanu. Cilvēka bioloģiskajiem faktoriem vienmēr ir noteicošā loma un ietekme uz iemācīšanās procesiem un pieredzi. Bioloģiskā nobriešana ir būtiski atkarīga no vides labvēlīgās ietekmes.

Milons integrēja teorijā divus faktoros, kas jau bija aprakstīti iepriekš. Tie ir cilvēka biofiziskā konstitūcija un iepriekšējā pieredze (Millon, 1969; kā minēts Choca, 1999). Šie faktori determinē cilvēka personības stilu apguvi attiecībā uz ikdienas dzīvi. Viņš aprakstīja psihisko traucējumu jauno klasifikāciju un ierosināja klasifikācijas shēmu, kas balstīta uz 8 personības prototipiem, kas fokusējas uz cilvēka starppersonu attiecību veidiem un veidiem, kā cilvēki pielāgojas apkārtējai videi (sk. 1. attēlu).

Starppersonu attiecības Milons raksturoja pēc četriem piesaistes veidiem: nepiesaistīts, atkarīgs, neatkarīgs un ambivalents. Tos savukārt iedalīja pēc pielāgošanās veida – pasīvajā vai aktīvajā. Piemēram, narcistiskām un antisociālām personībām ir neatkarīga piesaiste starppersonu attiecībās, bet viņi atšķiras pēc adaptācijas veidiem, jo antisociālai personībai ir

aktīvs adaptācijas veids, savukārt, narcistiskai personībai – pasīvs adaptācijas veids. Milons akcentēja, ka cilvēkiem, adaptējoties apkārtējā vidē, piemīt dabiska tendence būt vai nu pasīviem, vai nu aktīviem (Millons, 1969; kā minēts Choca, 1999). Pasīvais adaptācijas veids nozīmē to, ka cilvēki pielāgojas un nemaina apkārtējo vidi, savukārt, aktīvais adaptācijas veids nozīmē to, ka cilvēki cenšas mainīt apkārtējo vidi. Iemesli, kāpēc cilvēki izmanto pirmo vai otro adaptācijas veidu, ir dažādi. Piemēram, atkarīgas personības ir pārliecinātas, ka tās ir nepilnvērtīgas un tāpēc nespēj veikt izmaiņas savā vidē, savukārt, narcistiskas personības ir pārliecinātas, ka tās ir īpašas un tāpēc necenšas kaut ko mainīt apkārtējā vidē.



1. attēls. Personības prototipu organizācijas shēma (Millons, 1969; kā minēts Choca, 1999).

Milons savā teorijā pakāpeniski integrēja un klasificēja sadistiskas, mazohistiskas, robežstāvokļa, šizotipiskas, paranoīdas un depresīvas personības prototipus (Davis, 1999). Integrējot sadistiskas un mazohistiskas personības prototipus, viņš papildināja starppersonu attiecību veidus ar vēl vienu piesaistes veidu – pretrunīgo. Turklāt sadistiskas personības prototipu viņš attiecināja uz aktīvo adaptācijas veidu, bet mazohistiskas un depresīvas personības prototipus attiecināja uz pasīvo adaptācijas veidu.

Milons šizotipiskus, robežstāvokļa un paranoīdus personības prototipus raksturoja kā smagus personības traucējumus (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006). Šiem personības prototipiem traucējumi ir uzmācīgāki, kas pastiprina šo cilvēku ikdienas grūtības. Viņi bieži

neapjauš attiecīgo traucējumu esamību, un uz viņiem tie iedarbojas pašiznīcinoši. Šo prototipu smagie traucējumi saistīti ar sociālās kompetences deficītu, biežām psihotiskām epizodēm un jutīgumu pret ikdienas stresu.

Nepārtraukti pilnveidojot un papildinot savu teoriju, 1990. gadā Milons piedāvāja pārstrādātu evolūcijas teoriju (Millon, 2011). Viņu iedvesmoja Gēdela (Godel, K.) nepilnības teorēmas, kur galvenā ideja ir šāda: visas loģiskās sistēmas ir nepilnīgas un jebkurai sistēmai, kas var pierādīt pati savu konsekveni, jābūt nekonekventai (Godel, 1931; kā minēts Davis, 1999). Balstoties uz šo tēzi, viņš secināja, ka cilvēka funkcionēšanas likumus vislabāk var izskaidrot un izprast ar dabas vispārējiem principiem. Pamatojoties uz Darvina evolūcijas teoriju par dabisko izlasi (Darwin, 1859; kā minēts Millon, 2011), Milons secināja, ka tā ir universāla, un evolūcijas principi atspoguļo dabas pamatfunkcijas, izpaužas un ir interpretējami dažādās jomās, piemēram, fizikā, ķīmijā, bioloģijā un arī psiholoģijā (Millon, 2011). Evolūcijas principu pielietošana personības un tās psihopatoloģijas izprašanai parādās jau agrīnajos Milona darbos, bet vēlāk viņš to attīstīja un pilnveidoja (Millon, 1969; 1990, kā minēts, Millon, 2011). Milons norādīja, ka evolūcijas principi vislabāk izskaidro cilvēka izdzīvošanu un adaptāciju apkārtējā vidē. Patoloģiskas funkcionēšanas gadījumā netiek ievēroti evolūcijas principi. Tāpēc Milons personības un personības traucējumu teorētisko modeli veidoja, pamatojoties uz evolūcijas principiem, jo pateicoties tiem ir iespējams izprast un interpretēt cilvēka dabu.

Analizējot ontogēnēzē un filoģenēzē sugu un cilvēka organisma veidošanos un izmaiņas mijiedarbībā ar apkārtējo vidi, Milons norādīja, ka visi organismi cenšas izvairīties no draudiem tikt traumētiem, cenšas atrast barību un reproducēt sev līdzīgus. Katrai sugai, tai skaitā cilvēkam, atšķirīgos un mainīgos apstākļos veidojas atšķirīgs adaptācijas veids. Personības traucējumi veidojas kā specifiski dezadaptīvi funkcionēšanas veidi, kas izpaužas kā spēju deficīts, disbalanss vai konflikts sadzīvot ar to vidi, kur organisms eksistē (Millon, 1990; kā minēts Davis, 1999).

Pamatojoties uz to, Milons norāda, ka eksistence (existence), adaptācija (adaptation), reprodukcija (replication) un abstrakcija (abstraction) ir nozīmīgākie evolūcijas principi. Viņš lietoja trīs polaritātes, lai izskaidrotu pamatšķirības starp personības prototipiem. Tās ir: bauda - sāpes, pasīvs - aktīvs un es - citi. Polaritāte attiecas uz pirmajiem trim evolūcijas principiem, lai izveidotu vienotu teorētisko personības traucējumu klasifikācijas sistēmu (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006) (sk. 2. pielikumā, 1. tabulu). Turpmāk tiks izskatīti pirmie trīs evolūcijas principi saistībā ar baudas-sāpju, pasīvs-aktīvs un es - citi polaritātes aspektiem (sk. 2. pielikuma, 1. tabulu) (Millon, Millon, Meagher, Grossman, & Ramnath, 2004).

1. Evolūcijas princips – eksistence ar baudas - sāpju polaritāti.

Pirmais eksistences princips atspoguļo jebkura organisma nepieciešamību uzturēt dzīvību. Tas attiecas uz dzīvības piepildīšanu un sargāšanu. Dzīvības piepildīšanas process ir saistīts ar

indivīdu tieksmi uzlabot savas dzīves kvalitāti. Piemēram, cilvēki ar antisociālas personības prototipu tiecas uzlabot dzīvi, meklē jaunus iesaļus un baudas (Millon, 1996; kā minēts Choca, 1999). Dzīvības sargāšanas process ir saistīts ar indivīdu orientāciju uz darbību, lai novērstu dzīves kvalitātes pasliktināšanās draudus vai draudus eksistencei. Piemēram, cilvēki ar izvairīgo prototipu darbojas pretēji antisociālajam prototipam, izteikti cenšoties izvairīties no nepatīkšanām vai bīstamām situācijām pat savas eksistences apdraudējuma gadījumā, kas atspoguļo sargāšanas procesu. Varētu teikt, ka šie procesi veido divējādus eksistences mērķus, kuri izpaužas baudas – sāpju polaritātē. Pamatoties uz šiem eksistences mērķiem, var izprast personības traucējumu gadījumā konstatējamo deficītu, līdzsvara trūkumu vai konfliktu. Piemēram, cilvēkiem ar šizoīdas personības traucējumiem eksistences mērķis ir dzīvības papildīšana, kur deficīts ir baudas – sāpju slāņos.

2. Evolūcijas princips – adaptācija ar polaritāti pasīvs - aktīvs.

Lai cilvēki apkārtējā vidē varētu saglabāt savu dzīvību, viņi apmainīties ar enerģiju un informāciju (Millon, 2011). Šis evolūcijas princips ir saistīts ar iepriekš aplūkotajiem adaptācijas veidiem. Tāpat kā baudas-sāpju eksistences principam, arī adaptācijai ir divējāda polaritāte: pasīva orientācija un tendence pielāgoties kādai ekoloģiskai nišai vai otrādi - aktīva orientācija un tendence mainīt vai iejaukties apkārtējā vidē. Šie adaptācijas poli atšķiras no pirmā evolūcijas principa ar to, ka tie ir atbildīgi par indivīda spēju izturēt un turpināt dzīvot savā ierastajā vidē. Piemēram, šizoīdas personības traucējumu gadījumā šiem cilvēkiem ir izteikts pasīvais adaptācijas veids, viņi pasīvi pielāgojas apkārtējai videi.

3. Evolūcijas princips – reprodukcija ar polaritāti es - citi.

Neskatoties uz organisma labo adaptēšanos apkārtējā vidē, jebkuras dzīvības formas pastāvēšana ir limitēta laikā. Lai apietu šo laika ierobežojumu, organismiem ir attīstītas reproduktīvas stratēģijas - spēja atstāt pēcnācējus. Milons norāda, ka bioloģi aplūko divas stratēģijas: „R – sevis pavairošana” (self-propagating) un „K – citu aprūpēšana” (other-nurturing) (Millon, 2011). Viņš uzsver, lai varētu turpināt dzimtu, organismiem (potenciāliem vecākiem) ir nepieciešamas partnerattiecības, pie tam katram no vecākiem ir atšķirīgas vairošanās, aizsardzības un rūpēšanās par pēcnācējiem stratēģijas. Šīs atšķirības ir labi novērojamas kukaiņiem, putniem, dzīvniekiem, zīdītājiem un arī cilvēkiem, kas pēc savas būtības ir sieviešu un vīriešu dzimuma pamatā. Milons norāda, ka ir tādi bioloģisko organismu veidi, kas rada milzīgu pēcnācēju skaitu, veltot tiem minimālu uzmanību, neizrādot aizsardzību un rūpes pa tiem. Bet ir arī tādi organismi, kas cenšas nodrošināt pēcnācēju izdzīvošanu. Milons izmantoja šos divus reakciju veidus, lai definētu reproduktīvu orientāciju uz sevi, vai – uz citiem.

No psiholoģijas viedokļa „R” stratēģija ir vērsta uz darbībām, kas saistītas ar sevis pavairošanu, kur cilvēki ir nejūtīgi, neuzmanīgi pret citiem un sociāli vienaldzīgi. Turpretī „K” stratēģija ir vērsta uz radnieku vai pēcnācēju aizsargāšanu un uzturēšanu, kas izpaužas, kā

gādība un uzmanība pret citiem. Milons norāda, ka diferencējot personības traucējumus pēc šīs stratēģijas, narcistiskas un antisociālas personības ir orientētas uz sevi, pārliecinātas par sevi un neatlaidīgas. Pretēji – atkarīgas un histēriskas personības orientējas un paļaujas uz citiem cilvēkiem, lai apmierinātu savas vajadzības un izmantotu citu cilvēku labvēlību (Millon, 1996; kā minēts Choca, 1999).

Aplūkojot personības prototipus pēc visiem trim evolūcijas principiem un polaritātēm, redzams, ka viņus atšķir gan orientācija uz citiem, gan orientācija uz sevi. Piemēram, narcistiskas un antisociālas personības ir patstāvīgi tipi, un abi orientēti uz sevi, bet atšķiras viņu orientācija uz apkārtējo vidi: narcistiska ir pasīvi-neatkarīga personība, bet antisociāla ir aktīvi-neatkarīga personība. Atkarīgām un antisociālām personībām var konstatēt dažus kopīgus aspektus ar narcistiskām personībām (piemēram, pasīva pielāgošanās ir raksturīga atkarīgām un narcistiskām personībām, bet orientācija uz sevi ir raksturīga antisociālām un narcistiskām personībām), tomēr pārsvarā šiem personības tipiem ir vairāk atšķirību, nekā līdzību.

Pēc Milona teorijas deficīta, disbalansa vai konfliktu aspekti izpaužas personības prototipu polaritātes dimensijās. Piemēram, deficīts šizoīdas personības gadījumā izpaužas kā nespēja izjust baudas un sāpju polaritātes; disbalanse es-citi dimensijā ir raksturīga atkarīgām personībām, jo tās gandrīz vienmēr ir orientētas uz to, lai saņemtu no citiem atbalstu un rūpes.

4. Evolūcijas princips – abstrakcija.

Abstrakcijas principa skaidrošanā Milons nelieto polaritātes pieeju. Viņš raksturo šo principu kā indivīda spēju simbolizēt savu iekšējo un ārējo pasauli. Tās ir indivīda refleksīvās spējas plānot un argumentēt, un tās nodrošina apkārtējās vides adekvātu uztveri, integrāciju un atbilstošas atbildes reakcijas veidošanu (Millon, 2011).

Tātad, Milonam ir izdevies atkāpties no psiholoģijas zinātnei tradicionālākās pieejas personības traucējumu skaidrošanā un izskaidrot cilvēka funkcionēšanas likumus un personības traucējumiem, pamatojoties uz evolūcijas principiem. Saprotami, kāpēc Milons neaprobežojās ar vienu vai dažām teorijām par personības traucējumiem, jo personības psihopatoloģiju nevar pilnībā izprast un izskaidrot, balstoties tikai uz atsevišķām pieejām, piemēram, psihodinamisko vai kognitīvi biheiviorālo pieeju (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006), jo tās pārsvarā aptver šaurāku kontekstu un neizskaidro cilvēka dabu pilnībā. Viņš personību uzskatīja par multideterminētu un multidiferencētu sistēmu (Strack & Millon, 2007), integrējot dažādas pieejas personības traucējumu skaidrošanā.

Milons raksturoja personības funkcionālo un strukturālo sfēru no četrām līmeņu viedokļa: uzvedības, fenomenoloģiskā, intrapsihiskā un biofiziskā (sk. 1. tabulu) (Millon, Millon, Davis, & Grosman, 2006).

Funkcionālās sfēras pirmais - uzvedības - līmenis ietver ekspresīvo rīcību un starppersonu uzvedību. Otrais - fenomenoloģiskais līmenis, ietver kognitīvo stilu, trešais - intrapsihiskais -

līmenis ietver regulācijas mehānismus, ceturtais - biofiziskais - līmenis neietver neko. Savukārt, strukturālajā sfērā pirmā līmeņa nav, otrajā fenomenoloģiskajā līmenī ietilpst „Es” tēls, trešajā intrapsihiskajā līmenī – ir objektu reprezentācijas un morfoloģiska organizācija, bet ceturtajā - biofiziskajā- līmenī ietilps temperaments.

1. tabula. Personības funkcionālās un strukturālās sfēras

Funkcionāla sfēra	Strukturāla sfēra
<i>Uzvedības līmenis</i>	
Ekspresīva rīcība	
Starppersonu uzvedība	
<i>Fenomenoloģiskais līmenis</i>	
Kognitīvais stils	„Es” tēls
<i>Intrapsihiskais līmenis</i>	
Regulācijas mehānismi	Objektu reprezentācijas Morfoloģiskā organizācija
<i>Biofiziskais līmenis</i>	
	Garastāvoklis/Temperaments

Funkcionālā sfēra

Cilvēka intrapsihiskās, starppersonu un psihosociālās funkcionālas izpausmes ir dinamiski procesi, kas pārstāv regulācijas darbības ekspresīvos veidus: uzvedība, kognitīvie procesi, afekti un mehānismi, kas pārvalda, regulē, pārveido, koordinē, līdzsvaro un kontrolē došanu un ņemšanu iekšējā un ārējā dzīvē (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006). Regulācijas darbības un mehānismi izpaužas daudzveidīgās variācijās. Šo funkcionālo procesu Milons raksturo četrās jomās: ekspresīvā rīcība, uzvedība, kas izpaužas attiecībās, kognitīvais stils un regulācijas mehānismi (sk. 3. pielikuma, 1. tabulu). Katrai no četrām jomām ir četrpadsmit variācijas, kas saistītas ar katru personības prototipu. Piemēram, ekspresīvā rīcība var izpausties kā bezkaislība šizoīdas personības prototipam vai kā impulsīva rīcība antisociālas personības prototipam. Tālāk tiks aplūkotas ekspresīvās rīcības un uzvedības, kas izpaužas attiecību, kognitīvo stilu un regulācijas mehānismu jomās.

Ekspresīva rīcība izpaužas kā fiziska un verbāla uzvedība, kuru var aprakstīt pēc tā, ko un kādā veidā indivīds dara. Cilvēka uzvedības diapazons ir plašs un daudzveidīgs, ekspresīva rīcība var parādīties personības traucējumu kontekstā kā cilvēka nekompetences, piemēram, impulsivitāte, ekscentriskums, aizsardzība u. c.

Starppersonu uzvedība izpaužas kā indivīda attiecību stils ar citiem, piemēram, kā cilvēks ietekmē citus – mērķtiecīgi vai citādi; metodes ar kurām cilvēks piesaista citus, lai apmierinātu

savas vajadzības; starppersonu uzvedība var būt veids kā pārvarēt sociālo spriedzi un konfliktus. Personības traucējumu gadījumos indivīda attiecības ar citiem Milons raksturo, piemēram, kā respektējošas, noraidošas, izmantojošas u.c.

Kognitīvais stils izpaužas notikumu uztverē, uz ko un kā cilvēks fokusē savu uzmanību, kā organizētas ir viņa domas un informācijas procesi, kā tiek pasniegtas viņa reakcijas un idejas citiem. Indivīda kognitīvo stilu personības traucējumu kontekstā Milons raksturo, piemēram, kā nabadzīgu, svārstīgu, aizdomīgu u.c.

Freida postulēti psihs aizsardzības mehānismi Milona teorijā tiek aplūkoti kā *regulācijas mehānismi*, kuri palīdz indivīdiem izvairīties no sasprindzinājuma un trauksmes un pārvarēt dzīves grūtības. Indivīdu aizsardzības mehānismi ir, piemēram, racionalizācija, projekcija, regresija u.c.

Strukturālā sfēra

Pretstatā funkcionālajai sfērai strukturālā sfēra reprezentē dziļi nostiprinātus un relatīvi pastāvīgus modeļus, kas ir iespiedušies atmiņā, attiecībās u.tml., pamatojas cilvēka pieredzē un ietekmē viņa pašreizējās dzīves notikumus (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006). Orientētās uz rīcību psihs struktūras ietekmē indivīda turpmāko pieredzi saskaņā ar iepriekš noformētām nosliecēm un gaidām. Varētu teikt, ka indivīda rīcību vairāk ietekmē iepriekšējā pieredze, nekā pasīvā līdzdarbība tagadnē. Uztvere gan organizē, gan izkropļo pašreizējos notikumus, pārveidojot šo jauno pieredzi saskaņā ar pagātnes pieredzi, tādējādi pastiprinot dezadaptīvu uzvedību un personības patoloģiju.

Strukturālo sfēru Milons raksturo četrās jomās: „Es” tēls, objektu reprezentācijas, morfoloģiskā organizācija un garstāvoklis/temperaments. Katrai no četrām jomām ir četrpadsmit variācijas, kas saistītas ar katru personības prototipu (sk. 3. pielikuma 1. tabulu (turp.)). Piemēram, šizoīdas personības prototipa „Es” tēlam ir raksturīga pašapmierinātība, bet antisociālas personības „Es” tēlam – autonomija.

„Es” tēls veidojas bērnībā pakāpeniski pieaugot sapratnei par dzīves kārtību un konsekvencēm. Šajā procesā veidojas sevis kā objekta uztvere un identifikācija. Pašidentifikācija ir stabils pamats, lai to izmantotu par orientieri un nodrošinātu mainīgas pieredzes nepārtrauktību. Indivīda „Es” tēlu personības traucējumu kontekstā Milons raksturo kā pašapmierinātu, autonomu, nedrošu u.c.

Objektu reprezentācijas ir indivīda iekšējā pieredze par attiecībām pagātnē, ko veido viņa atmiņas par attiecībām ar nozīmīgiem cilvēkiem. Tas ir pamats tam, kā cilvēks uztver un reaģē savas dzīves konkrētajā brīdī. Indivīdu objektu reprezentācijas personības traucējumu kontekstā Milons raksturo kā paviršas, neīstas, pamestas u.c.

Morfoloģiskā organizācija ir tāda organizācija, kas veido cilvēka psihs pamatu un raksturo strukturālās saliedētības ciešumu/vājumu, koordinācijas pietiekamību/nepietiekamību starp tās

komponentiem, ietvert dažus regulācijas mehānismus, kas nodrošina līdzsvaru un harmoniju, regulē iekšējos konfliktus. Morfoloģiskā organizācija ir personības sistēmas iekšējās saskaņotības un funkcionālās efektivitātes un stabilitātes struktūra. Individīda morfoloģisko organizāciju personības traucējumu gadījumos Milons raksturo kā traušu, nesasaistītu, fragmentāru u.c.

Garastāvoklis/ temperaments raksturo cilvēka psihisko procesu un uzvedības dinamiskās īpašības, to spēku, ātrumu, rašanos, pārtraukšanu un izmaiņas. Individīda garastāvokli/temperamentu personības traucējumu gadījumos Milons raksturo, piemēram, kā apātisko, svārstīgo, disforisko u.c.

Tātad Milona personības traucējumu evolūcijas teorija pamatojas uz evolūcijas principiem – eksistenci, adaptāciju, reprodukciju un abstrakciju. Viņš saglabāja jau zināmas personības traucējumu kategorijas, bet novērtēja tās trīs polaritātēs: bauda - sāpes, aktīvs - pasīvs un es - citi. Milona personības traucējumu evolūcijas teorija ir integratīva, jo tā aplūko personības traucējumu izpausmes personības funkcionālās un strukturālās sfērās, diferencējot uzvedības, fenomenoloģisko, intrapsihisko un biofizisko līmeni. Saskaņā ar Milona teoriju šizotipiskie, robežstāvokļa un paranoīdie personības traucējumi ir vissmagākie traucējumi.

Zinātnieku lokā Milons ir augsti cienīts eksperts personības izpētes jomā, viņa personības izpētes testi bieži tiek lietoti klīniskos pētījumos. Vairāk nekā 35 gadus Milona personības traucējumu teorija un izstrādātie instrumenti ir palīdzējuši speciālistiem saprast un novērtēt pacientu psihopatoloģiju (Strack & Millon, 2007). Promocijas darbā ir izmantots viens no viņa testiem – Milona klīniskā daudzfaktorālā aptauja (MCMI-III) (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006). Turpmāk apskatīsim katru personības traucējumu kategoriju atbilstoši DSM-IV-TR klasifikatora kritērijiem un Milona teorijai.

2.2. Personības traucējumu kategorijas

Personības traucējumu kategorijas tiks aplūkotas galvenokārt pamatojoties uz DSM-IV-R klasifikatoru, kā arī tiks minēti pētījumi, kas palīdz labāk saprast katra personības traucējuma būtību, papildināti ar Milona teoriju par personības traucējumiem funkcionālajās un strukturālajās jomās (sk. 3. pielikuma 2. tabulu).

Pēc DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) klasifikatora, personības traucējumus iedala trīs grupās (A, B un C), pamatojoties uz to līdzību un atšķirību (American Psychiatric Association, 2000) (sk. 2. tabulu).

2. tabula. Personības traucējumu kategorijas atbilstoši DSM-IV- R klasifikācijai

	Personības traucējumu	Personības traucējumu līdzības
--	-----------------------	--------------------------------

	kategorijas	
Grupa A	Paranoīdie Šizoīdie Šizotipiskie	Uzvedas neparasti, uzvedība variē no neuzticības un aizdomīguma līdz sociālai atsvešinātībai.
Grupa B	Histēriskie Narcistiskie Antisociālie Robežstāvokļa	Demonstratīva, emocionāla un ekscentriskā uzvedība. Impulsīva uzvedība bieži ir saistīta ar antisociālām darbībām, kuru dēļ šie cilvēki bieži nonāk psihiatriskajās vai kārtību sargājošajās iestādēs.
Grupa C	Izvairīgie Atkarīgie Obsesīvi kompulsīvie	Atšķirībā no citām grupām, šie cilvēki bieži ir trauksmaini un bailīgi, tādēļ bieži paši griežas pie speciālistiem un meklē palīdzību.

Paranoīdas personības traucējumu raksturo šādas izpausmes: pastāvīgs aizdomīgums (bez reāla pamata), neuzticēšanās apkārtējiem, nepārtraukta tendence citu cilvēku darbības interpretēt kā draudīgas, bailes, ka informācija var tikt ļaunprātīgi izmantota, var būt naidīgums, aizkaitinājums un dusmas (American Psychiatric Association, 2000). Veilants vēl uzsver, ka cilvēki ar šo traucējumu ir pastāvīgi ļaunatminīgi un nepiedod aizvainojumus (Vaillant, 1994). Daži autori norāda, ka šādi cilvēki bieži saskata iedomātus uzbrukumus savai personai un reaģē ar pretuzbrukumu (Bernstein & Useda, 2007).

Saskaņā ar Milona teoriju paranoīdas personības traucējumu funkcionālajā jomā raksturo: izteikti aizsargājoša ekspresīva rīcība; provokatīva starppersonu uzvedība (piemēram, apvaino un nepiedod citiem); aizdomīgums kognitīvajā stilā (piemēram, ir skeptiski un ciniski pret citiem) un projekcija kā regulācijas mehānisms (piemēram, viņi neredz savas personības nepievilcīgās iezīmes, motīvus un projicē to uz citiem, kritizējot vai vainojot citus cilvēkus). Savukārt strukturālajā jomā šādus cilvēkus raksturo: neaizskarams „Es” tēls (piemēram, ir pastāvīgas idejas par savu nozīmīgumu, pārdzīvo intensīvas bailes attiecībā uz savas identitātes, statusa un pašnoteikšanās spēju zaudēšanu); nemainīgas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, ir neelastīgas reprezentācijas par savām iepriekšējām nozīmīgajām attiecībām, pārlicībām un attieksmēm); neelastīga morfoloģiska organizācija (piemēram, neparedzēti stresi izraisa eksplozīvu rīcību); pēc garastāvokļa/temperamenta šie cilvēki ir viegli aizkaitināmi.

Indivīdiem ar *šizoīdas personības traucējumiem* ir raksturīga pastāvīga izvairīšanās no sociālajām attiecībām, vāja sociālu iemaņu attīstība (Birtchnell, 1996), kā arī ierobežotas spējas paust emocijas. Indivīdi ar šizoīdas personības traucējumiem ir ļoti intraverti, viņiem nav tuvu attiecību ar apkārtējiem cilvēkiem (American Psychiatric Association, 2000).

Funkcionālo procesu jomā šizoīdas personības traucējumus raksturo: izteikti bezkaislīga ekspresīva rīcība (piemēram, ierobežotas emocionālas izpausmes, trūkst enerģijas); neiesaiste

starppersonu attiecībās (piemēram, reti reaģē uz citu cilvēku reakcijām vai jūtam); sociāli nabadzīgs kognitīvais stils (piemēram, trūkst zināšanu par cilvēciskām attiecībām un sociālajiem procesiem) un intelektuālizācija kā regulācijas mehānisms (piemēram, attiecības ar citiem vai savus emocionālos pārdzīvojumus apraksta mehāniski, abstrakti vai formāli). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: pašapmierināts „Es” tēls (piemēram, minimāla introspekcija un sevis apzināšanās; vienaldzība pret citu cilvēku uzslavām un kritiku); nepietiekamas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas ietver maz informācijas; trūkst atmiņu par attiecībām ar citiem cilvēkiem); nenoskirta morfoloģiska organizācija (piemēram, vāja spēja aizsargāt sevi pret ārējo spiedienu un iekšējiem konfliktiem); pēc garastāvokļa/temperamenta šie cilvēki ir apātiski (piemēram, emocionāli neuzbudināti, reti izrāda jūtas, izskatās kā nav spējīgi dziļi pārdzīvot prieku vai skumjas).

Šizotipiskas personības traucējumus raksturo: neparasta uztvere, ķermeniskas ilūzijas, kas ietekmē uzvedību (tic telepātijai, sestajai sajūtai u. c.) (American Psychiatric Association, 2000), dīvaina domāšana, runa (piemēram, metaforizēta vai stereotipa), pastāvīgs sociāls un starppersonu attiecību deficīts, ko raksturo pazemināta spēja uzturēt attiecības, diskomforts attiecībās un aizdomīgums. Raksturīga izteikta sociālā trauksme, ko nemazina tuvība un kas drīzāk saistāma ar paranoīdām bailēm, nekā ar negatīvu pašvērtējumu. Pētījumi apstiprina, ka šizotipiskas personības traucējumu pacientiem novēro uzmanības deficītu un operatīvās atmiņas problēmas, ko bieži sastop arī šizofrēnijas slimniekiem (Siever, Koenigsberg, Harvev, Mitropoulou, Laruelle, Abi-Dargham, Goodman, & Buchsbaum, 2002).

Funkcionālo procesu jomā šizotipiskas personības traucējumus raksturo: izteikti ekscentriskā ekspresīva rīcība (piemēram, ir sociāli neveikli un uzvedas dīvaini); noslēgta starppersonu uzvedība (piemēram, dod priekšroku izolācijai); autisks kognitīvais stils (piemēram, spēja saprast citu cilvēku domas un jūtas ir izteikti disfunkcionāla, cilvēks ir iegrimis savos sapņos, jauc realitāti ar fantāzijām) un neiesaistīšanās kā regulācijas mehānisms (piemēram, viņiem ir raksturīga rituāla un maģiska uzvedība, kas ietver „launas” domas). Savukārt strukturālajā jomā šādus cilvēkus raksturo: atsvešināts „Es” tēls (piemēram, izrāda sociālo apjukumu, redz sevi kā pamestu); haotiskas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas sastāv no jauktām iepriekšējām attiecībām un jūtām); fragmentāra morfoloģiska organizācija (piemēram, pārvarēšanas un aizsardzības darbība ir nejauši sarindota morfoloģiskā struktūrā, kas izraisa nesakarīgas rīcības); pēc garastāvokļa/temperamenta šādi cilvēki ir izmisuši vai nejutīgi (piemēram, ir pārmērīgi bažīgi un nemierīgi, īpaši saskarsmē neuzticas citiem vai ir apātiski, gausi).

Histēriskas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: spilgta, dramatiska, ekstraverta uzvedība, nepastāvīgums un svārstīgums, kā arī ir pastiprināta vajadzība tikt mīlētam. Cilvēki ar šādiem traucējumiem izvēlas būt uzmanības centrā un viņiem nepatīk būt vienatnē, tad

viņi ir nomākti. Viņi sadarbojas ar citiem, labprāt detalizēti stāsta par sevi, bet nespēj uzturēt ilgstošas, dziļas, emocionāli tuvas attiecības (American Psychiatric Association, 2000). Individīdiem ar šādiem traucējumiem ir seksuāli izaicinoša un uzmanību meklējoša/piesaistoša uzvedība (Kellett, 2007).

Funkcionālo procesu jomā histēriskas personības traucējumus raksturo: izteikti teatrāla ekspresīva rīcība (piemēram, ir izteikti aktīvi, provokatīvi un impulsīvi); meklē uzmanību starppersonu attiecībās (piemēram, manipulē un flirtē ar citiem); nepastāvīgs kognitīvais stils (piemēram, izvairās analizēt sevi, ir pārāk ietekmējami); disociācija kā regulācijas mehānisms (piemēram, sāpīgu emocionālu pārdzīvojumu nejušana, lai izvairīties no sevis analizēšanas un nepatīkamu domu un jūtu integrēšanas). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: sabiedriska „Es” tēls (piemēram, uztver sevi kā sabiedrisku, iedvesmojošu un apbrīnojamu); paviršas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas galvenokārt veido paviršas atmiņas par agrīnajām attiecībām); nesasaistīta morfoloģiskā organizācija (piemēram, pavirša, kur ārējās regulācijas un kontroles procesi ir izklīdināti); pēc garastāvokļa/temperamenta ir svārstīgi (piemēram, ātri izrāda jūtas, var viegli sajūsmināties un tikpat ātri sadusmoties vai nosukumst).

Indivīdiem ar *narcistiskas personības traucējumiem* ir raksturīga pastāvīga grandiozuma izpausme gan fantāzijās, gan realitātē (American Psychiatric Association, 2000). Pētījumos sākumā tika konstatēts, ka pretenciozitāte ir pats galvenais šo traucējumu faktors (Ronningstam & Gunderson, 1990). Tas izpaužas kā savu spēju un sasniegumu pārspīlēšana, vienlaikus nenovērtējot/pazemot citus. Pētnieki konstatēja, ka cilvēki ar narcistiskas personības traucējumiem apskauž citus un tic, ka arī citi apskauž viņus (Wink, 1996). Lielākā daļa pētnieku apstiprina, ka šiem cilvēkiem ir trauša savas vērtības apziņa, ir svarīgs citu viedoklis, viņi meklē sajūsmu un ir ļoti jutīgi pret kritiku (Millon, Blaney, & Davis, 1999), kas var izraisīt pazemojumu, tukšuma sajūtu vai naidu, vai arī viņi var reaģēt ar aukstu vienaldzību, vai kļūt pesimistiski un depresīvi (Wink, 1996).

Funkcionālo procesu jomā narcistiskas personības traucējumus raksturo: izteikti augstprātīga ekspresīva rīcība (piemēram, uzvedas uzpūtīgi, nievājoši); citu izmantošana starppersonu attiecībās (piemēram, jūtas kā pilnvarota persona, nav empātisks, sagaida īpašu labvēlību no citiem bez abpusējiem pienākumiem); atklāts kognitīvais stils (piemēram, ir fantāzijas, kurās pats sevi uzslavē par panākumiem, bieži melo, lai kompensētu ilūzijas par sevi); racionalizācija kā regulācijas mehānisms (piemēram, ir pašmaldinošs, paviršs, viegli atrod iemeslus, lai attaisnotu sevi). Savukārt strukturālajā jomā šādus cilvēkus raksturo: apbrīnošs „Es” tēls (piemēram, uzskata, ka ir cienījams, brīnišķīgs, pašpārliecināts); neīstas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas par iepriekšējām attiecībām ir nereālas); manīga/apšaubāma morfoloģiskā organizācija (piemēram, pārvarēšanas un aizsardzības stratēģijas ir neizturīgas un

trauslas); pēc garastāvokļa/temperamenta šie cilvēki ir bezrūpīgi (piemēram, viņi izliekas, ka ir mierīgi un optimistiski).

Antisociālas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: pastāvīga citu cilvēku tiesību ignorēšana vai apdraudēšana, neievēro sociālās normas; parasti neizdodas izveidot un uzturēt ilgstošas, siltas, emocionāli tuvas attiecības ģimenē vai ar draugiem, izvairās paust siltas jūtas vai intimitāti, kļūst aizdomīgi, ja to dara citi, kā arī nespēj dalīties maigās jūtās, mīlēt, just empātiju. Savu kriminālo darbību laikā neizjūt ne nožēlu, ne sirdsapziņas pārmetumus, ne trauksmi vai vainas sajūtu. Bieži noziegumi tiek veikti līdztekus alkohola vai citu atkarību izraisošu vielu lietošanai (American Psychiatric Association, 2000).

Funkcionālo procesu jomā antisociālas personības traucējumus raksturo: izteikti impulsīva ekspresīva rīcība (piemēram, ir nevaldāms, darbojas steidzīgi, nespēj plānot nākotni un izskatīt alternatīvas); bezatbildība starppersonu attiecībās (piemēram, nespēj vai ar nodomu noliedz savus personiskos pienākumus laulībā, darbā, ignorē citu cilvēku tiesības); deviants kognitīvais stils (piemēram, interpretē notikumus un attiecības saskaņā ar netradicionāliem uzskatiem, nepielāgojas sociālajām normām); izreaģēšana/darbošanās “ārpus” emocionālas situācijas kā regulācijas mehānisms (piemēram, iekšējais saspringums izraisa draudīgu rīcību). Savukārt strukturālajā jomā ir autonomas „Es” tēls (piemēram, redz sevi kā neierobežotu likumu ievērošanā); pazemojošas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas par iepriekšējām attiecībām ir degradētas, korumpētas un vardarbīgas, kas mudina uz atriebīgu attieksmi un, kas apdraud sabiedrībā pieņemtās normas); nekontrolējama morfoloģiskā organizācija (piemēram, rīcības un impulsu kontroles trūkums); pēc garastāvokļa/temperamenta ir nejutīgi (piemēram, agresīvi, trūkst nožēlas un līdzjūtības).

Robežstāvokļa personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: afektīva nestabilitāte uz svārstīga garastāvokļa fona (intensīva epizodiska disforija, aizkaitināmība, trauksmainība, bailes tikt pamestam), hroniska tukšuma sajūta (American Psychiatric Association, 2000). Daži autori norāda, ka indivīdi ar šo traucējuma veidu bieži uzskata attiecības ar tuviem cilvēkiem kā naidīgas un viņiem ir vairāk disfunkcionālas sociālās attiecības (Benjamin & Wonderlich, 1994). Vairāki autori (Morgenstern, Langerbucher, Labouvie, & Miller, 1997) akcentē, ka šādiem indivīdiem ir traucēts, izkropļots vai nestabils „Es” tēls, uzvedība ir neprognozējama, iekšējās sāpes tiek izpaustas kā pret sevi vērstās destruktīvās darbībās, piemēram, narkotiku lietošanā. Dažos gadījumos sevi savainojošās darbības samazina trauksmi. Suicidālie mēģinājumi ne vienmēr ir tikai manipulatīva rīcība, apmēram 3-9% šo indivīdu izdara pašnāvību (Soloff, Fabio, Kelly, Malone, & Mann, 2005). Cilvēki ar šādiem traucējumiem ir predisponēti uz neadekvātu un intensīvu naidu, viņi nespēj to kontrolēt, kas var izraisīt fizisku agresiju un varmācību.

Funkcionālo procesu jomā robežstāvokļa personības traucējumus raksturo: izteikti impulsīva ekspresīva rīcība (piemēram, viņi pēkšņi veic impulsīvas darbības); viņi ir pretrunīgi

starppersonu attiecībās (piemēram, ir neparedzami, manipulatīvi un svārstīgi, vienlaicīgi pieprasa uzmanību un pieķeršanos, tanī pat laikā bieži noraida un neatbalsta); svārstīgs kognitīvais stils (piemēram, ātri maina domas, ir svārstīga uztvere); regresija kā regulācijas mehānisms (piemēram, stresa ietekmē atkāpjas uz iepriekšējiem funkcionēšanas līmeņiem). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: nedrošs „Es” tēls (piemēram, svārstīga identitātes izjūta, bieži arī tukšuma sajūta); nesaderīgas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas par iepriekšējām attiecībām ietver konfliktējošas atmiņas, pretrunīgas vajadzības); sadalīta morfoloģiskā organizācija (piemēram, iekšējā morfoloģiskā struktūra strikti segmentēta, trūkst konsekvences); pēc garstāvokļa/temperamenta labīli (piemēram, nestabils noskaņojums, mainās no normāla stāvokļa līdz depresijai vai uzbudinājumam).

Izvairīgas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: ir ļoti jutīgi pret kritiku, baidās no citu cilvēku noraidījuma; ir īpaši kautrīgi, tāpēc aktīvi izvairās no sociālajām mijiedarbībām un cieš no vientulības (American Psychiatric Association, 2000). Autori uzsver (Beck & Freeman, 1990), ka cilvēkiem ar šādiem traucējumiem ir raksturīga izvairīšanās gan uzvedībā, gan emocijās un kognitīvajā jomā. Komunikācija ar citiem cilvēkiem viņiem izraisa trauksmi, un tas negatīvi ietekmē viņu pašcieņu (Carson, Butcher, & Mineka, 2004).

Funkcionālo procesu jomā izvairīgas personības traucējumus raksturo: izteikti īgna un nemierīga ekspresīva rīcība (piemēram, ir satraukti, pastāvīgi kautrīgi); noraidoši starppersonu attiecībās (piemēram, distancējas attiecībās ar citiem, lai izvairītos no pazemošanas); satraukts kognitīvais stils (piemēram, piesardzīgi uztver apkārtējo vidi, lai izvairītos no iespējamām draudiem); fantazēšana kā regulācijas mehānisms (piemēram, aizbēgot no sāpīgās realitātes iztēlojot savus sasniegumus, lai piedzīvotu vajadzīgo gandarījumu). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: atsvešināts „Es” tēls (piemēram, uzskata sevi par sociāli neveiklu vai nepiemērotu, izolējas no citiem); satraucošas/trauksmainas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas sastāv no intensīvām un konfliktu pilnām atmiņām par iepriekšējām attiecībām); trausla morfoloģiskā organizācija (piemēram, izvairīšanās ir gandrīz vienīgā stratēģija, kā pārvarēt stresa situācijas); un šādi cilvēki ir pēc garstāvokļa/temperamenta sāpināti (piemēram, pastāvīgs neskaidrs sasprindzinājums, skumjas un naidis; svārstās starp vēlmi būt mīlētam un bailēm tikt atraidītam).

Atkarīgas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: grūtības izteikt savu viedokli, ja tas ir pretrunā ar citu viedokli, jo ir bailes zaudēt atbalstu; nepieciešami citi cilvēki, kas uzņemtos atbildību par lielu daļu viņu dzīves; ir grūtības darīt sev vajadzīgās lietas, gatavi izdarīt daudz, lai iegūtu palīdzību un atbalstu no citiem, lai citi brīvprātīgi paveiktu viņiem nepatīkamas lietas (American Psychiatric Association, 2000). Daži autori norāda, ka šādiem cilvēkiem nav pietiekami daudz iniciatīvas un ir grūtības pieņemt lēmumus bez apstiprinājuma, ir satraukums un pārliecinātības trūkums par sevi (Beck & Freeman, 1990). Pētījumi liecina, ka atkarīgām

personībām var būt trauksmes tipa traucējumi, ēšanas traucējumi un viņi ir predisponēti uz depresiju (Overholser, 1992; Beck, Freeman, & Davis, 2004).

Funkcionālo procesu jomā atkarīgas personības traucējumus raksturo: nemākulīga ekspresīva rīcība (piemēram, izvairās no pieaugušo pienākumiem, parādot, ka ir bezpalīdzīgi, pasīvi); padevīgi starppersonu attiecībās (piemēram, vajag padomu un iedrošināšanu, pakļaujas uz stiprāko); naivs kognitīvais stils (piemēram, reti nepiekrīt citiem un ir viegli pārliecināmi); introjkcija kā regulācijas mehānisms (piemēram, dominējoša upura pozīcija attiecībās). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: neatbilstošs „Es” tēls (piemēram, uzskata sevi par vāju, neadekvātu, trūkst pārliecības), nenobriedušas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas par citiem saistās ar iespaidiem bērnībā, nepilnīgām atmiņām, bērnišķīgiem impulsiem); nenobrieduša morfoloģiska organizācija (piemēram, uztic atbildību citiem, lai apmierinātu savas vajadzības un paveiktu pieaugušo cilvēku uzdevumus); pēc garstāvokļa/temperamenta ir miermīlīgi (piemēram, ir sirsnīgi, jūtīgi, nekonkurējoši, kautrīgi izvairās no sociālās spriedzes un starppersonu konfliktiem).

Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: ir ārkārtīgi atbildīgi, tādējādi pārņemti ar detaļām, likumiem, kārtību, organizēšanu, dienaskārtību tik tālu, ka aktivitātes jēga pamazām zūd; izrāda perfekcionismu attiecībā uz mērķa izpildi, aktīvi nododas darba izpildei un produktivitātei, aizmirstot par atpūtu; trūkst elastības un ir grūti atbrīvoties; skrupulozi ievēro ētikas un morāles principus; nespēj deleģēt atbildību vai sastrādāties ar citiem, kamēr tie nav apliecinājuši pilnīgu atbilstību viņu standartiem (American Psychiatric Association, 2000).

Funkcionālo procesu jomā obsesīvi kompulsīvas personības traucējumus raksturo kā: izteikti disciplinēta ekspresīva rīcība (piemēram, saglabā reglamentētu, augsti strukturētu, strikti organizētu dzīvi, precīzi mērķu izvirzīšanā un uzdevuma veikšanā); respektējoši starppersonu attiecībās (piemēram, stingri ievēro vispārpieņemtās sabiedrības normas); robežas ievērojošs kognitīvais stils (piemēram, konstruē pasauli saistībā ar vispārpieņemtiem likumiem, satraucas par jaunām idejām vai paražām); reakciju veidošanās kā regulācijas mehānisms (piemēram, atkārtoti izrāda pozitīvas domas un sociāli slavējamu uzvedību, demonstrē saprātīgumu un briedumu). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: atbildīgs „Es” tēls (piemēram, redz sevi kā darbīgu, strādīgu, efektīvu; izteikti baidās kļūdīties), slēptas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, akcentē tikai sociāli vēlamās reprezentācijas); nodalīta morfoloģiskā organizācija, tā ir stingri organizēta un cieši konsolidēta; pēc garstāvokļa/temperamenta šādi cilvēki ir nopietni, pat svinīgi (piemēram, neatslābinās, ir saspringti, drūmi, apvalda siltas jūtas un kontrolē emocijas).

Negatīvistiskas (pasīvi agresīvas), depresīvas, sadistiskas un mazohistiskas personības traucējumi (American Psychiatric Association, 1987; 1994) nav iekļauti DSM IV-R

klasifikatorā, jo nav pietiekami izpētīti un tādēļ nepieciešami turpmāki pētījumi. Šie un iepriekšminētie personības traucējumi ir aplūkoti Milona teorijā.

Negatīvistiskas (pasīvi agresīvas) personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: negatīvas ievirzes un pasīva pretošanās adekvātai uzdevumu izpildei, cenšoties apiet veicamo, čīkstot, paužot drūmu noskaņojumu, strīdoties, un apvainojot un apskaužot veiksmīgākus cilvēkus (American Psychiatric Association, 1994). Daži autori norāda, ka šie indivīdi problemātiskās situācijās neiesaistās tiešā kontaktā, izrāda pasīvu pretošanos ar kavēšanos, aizmāršību vai drūmu noskaņojumu, tādēļ viņu reaģēšanas paņēmieni nepatīk citiem cilvēkiem. Tas savukārt viņos izraisa frustrāciju, jo viņu rīcība neveicina problēmu konstruktīvu risinājumu (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Milons un citi autori uzsver, ka šo cilvēku pieredze ir saistīta ar bezgalīgiem strīdiem un vilšanos, jo viņi svārstās starp cieņu un ignorēšanu, pakļaušanos un agresīvu pozīciju. Viņu uzvedību raksturo nestabilitāte, naids vai neatlaidība, kas mijas ar vainas un kauna pārdzīvojuma periodiem (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006).

Funkcionālo procesu jomā negatīvistiskas (pasīvi agresīvas) personības traucējumus raksturo: ekspresīva rīcībā aizvainoti (piemēram, pretojas izpildīt citu cilvēku gaidas, bieži izrāda vilcināšanos, nomāktību un kaitinošu uzvedību); pretstatījums starppersonu attiecībās (piemēram, ieņem konfliktējošā personas lomu sociālajās attiecībās); nievājošs kognitīvais stils (piemēram, cinisks, neuzticīgs, nākotnes iespējas uztver ar pesimismu); aizvietošana kā regulācijas mehānisms (piemēram, izgāž dusmas, pārvietojot tās no sevis kā kūdītāja uz apkārtējo vidi vai uz mazāk nozīmīgiem cilvēkiem). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: neapmierinošs „Es” tēls (piemēram, redz sevi kā nesapratu, bēdīgu, nenovērtētu); svārstīgas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas ietver kompensējošas attiecības, kas iedarbina pretrunīgas jūtas un atmiņas); diverģenta morfoloģiskā organizācija (piemēram, kaut kā pārvarēšanas un aizsardzības rīcība bieži ir vērsta uz nesaderīgiem mērķiem); pēc garastāvokļa/temperamenta šie cilvēki ir viegli aizkaitināmi (piemēram, bieži ir aizvainojami, nepacietīgi, īgni).

Depresīvas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: ir nepilnvērtības un nelietderības izjūta, nespēja sajūst baudu, prieku, pastāvīga nomāktība, pesimisms, sava nelaimīguma izjūta, vainas sajūta un paškritika (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006; Huprich, 2009). Pētījumi parāda augstu korelācijas pakāpi starp depresīvas personības traucējumu un hronisku depresijas stāvokli (Sprock & Fredendall, 2008).

Funkcionālo procesu jomā Depresīvas personības traucējumus raksturo: ekspresīva rīcība izteikti neiepriecinoši (piemēram, ārējais izskats un ķermeņa poza atspoguļo bezcerību, drūmumu un pazaudēto drosmi); neaizsargāti starppersonu attiecībās (piemēram, ievainojami; prasa, lai citi rūpētos un aizsargātu viņus, baidās no pamešanas); fatāls/pesimistisks kognitīvais stils (piemēram, pret visu izturas fatālistiski un visas lietas redz vismelnākajās krāsās); askētisms

kā regulācijas mehānisms (piemēram, sevis noliegšana, sodīšana un pašiznīcinoša darbība). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: nevērtīgs „Es” tēls (piemēram, vērtē sevi kā mazsvarīgu, neveiksmīgu visās jomās); pamestas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, iepriekšējā dzīves pieredze tiek aizmirsta, no atmiņas pazūd viss labais); noplicināta morfoloģiskā organizācija (piemēram, pārvarēšanas stratēģijas ir vājinātas, tādēļ pietrūkst spēka uzsākt darbību); pēc garastāvokļa/temperamenta ir melnholiski/bēdīgi (piemēram, nomākti, skumji).

Sadistiskas personības traucējumi klīniskajā praksē ir novērojami reti, bet bieži tie kļūst par tiesvedības objektu. Pētnieki ir atklājuši komorbiditāti cilvēkiem ar sadistiskiem personības traucējumiem un antisociāliem un narcistiskiem personības traucējumiem (Bradley, Shedler, & Westen, 2006). Cilvēkiem ar sadistiskas personības traucējumiem var būt klīniskas pazīmes, kas literatūrā ir pazīstamas kā sadistiskais raksturs. Viņi ir cietsirdīgi, karojoši, pazemo citus, pārkāpj citu cilvēku tiesības, ir vienaldzīgi un demonstrē citiem savu pārākumu (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004).

Funkcionālo procesu jomā sadistiskas personības traucējumus raksturo: izteikti neapdomīga strauja ekspresīva rīcība (piemēram, reaģē ar dusmu uzplūdiem, ir pārdroši pretdarbīgi, nebaidās no sāpēm, briesmām un soda); dzēlīgi starppersonu attiecībās (piemēram, izjūt apmierinātību vai baudu, kad piespiež un pazemo citus; regulāri izsaka ļaunus komentārus par citiem); dogmatisks kognitīvais stils (piemēram, ir ļoti ietiepīgi, stūrgalvīgi savos aizspriedumos; demonstrē autoritārismu un neiecietību); izolēšana kā regulācijas mehānisms (piemēram, ir atšķirti no savas destruktīvās darbības izpratnes). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: kauslīgs/kareivīgs „Es” tēls (piemēram, ir lepni par savu apstiprinošo konkurētspēju, spēcīgo enerģiju; vērtē sevi kā dominējošus); kaitinošas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, iepriekšējo attiecību reprezentācijas izraisa agresīvas un ļaunprātīgas attieksmes, viņiem trūkst sentimentālu atmiņu); eksplozīva morfoloģiska organizācija (piemēram, lai gan kopumā morfoloģiskā struktūra viņiem ir saliedēta, tomēr veidojas spēcīga un eksplozīva agresīvi seksuālā enerģija); pēc garastāvokļa/temperamenta šādi cilvēki ir naidīgi (piemēram, ir uzbudināti un viegli aizkaitināmi un nežēlīgi).

Mazohistiskas personības traucējumus raksturo šādas izpausmes: padevīgā un sevis noraidošā veidā ļauj un iespējams pat veicina to, ka citi cilvēki viņus ekspluatē vai izmanto savās interesēs; sāpes un mokas viņiem var būt kā mierinājums, šie cilvēki aktīvi un atkārtoti atgādina par savām agrākajām neveiksmēm; cenšas modelēt nelabvēlīgu notikumu attīstību savā dzīvē, atsakās no palīdzības un izjūt disforiju, ja iznākums tajā vai citā situācijā ir labvēlīgs (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004).

Funkcionālo procesu jomā mazohistiskas personības traucējumus raksturo: izteikti atturīga ekspresīvā rīcība (piemēram, prezentē sevi kā neiecietīgus, pieticīgus un nevainīgus); godbijīgi

starppersonu attiecībās (piemēram, distancējas no tiem, kas ir atbalstoši un izvēlas tādus cilvēkus, kuriem var upurēties; atļauj sevi ekspluatēt); kautrīgs kognitīvais stils (piemēram, ir paradums atkārtoti izteikt savu attieksmi un nojautas pretēji labvēlīgai pārlicēbai un jūtām); pārspīlēšana kā regulācijas mehānisms (piemēram, atkārtoti atsauc atmiņā pagātnes netaisnības un baidās no nākotnes sarūgtinājumiem; grauj personīgos mērķus, sabotē veiksmi). Savukārt strukturālajā jomā viņus raksturo: necieņa pret sevi (piemēram, fokusējas uz savām vissliktākajām īpašībām, uzskata, ka ir pelnījuši ciest), diskreditējošas piesaistes objektu reprezentācijas (piemēram, reprezentācijas veido pagātnes pieviltās attiecības un noniecinātie personiskie sasniegumi); pretēji vērsta morfoloģiskā organizācija (piemēram, sakarā ar sāpju-baudas pretēji vērstām polaritātēm pārvarēšanas un aizsardzības mehānismi noved pie frustrācijas); pēc garastāvokļa/temperamenta disforiski (piemēram, brīžiem noraizējas, vientuļi, nelaimīgi un sērīgi vai sāpju pilni; ar nodomu izturas tā, lai izraisītu nožēlu).

DSM-IV-R klasifikatorā personības traucējumi ir sadalīti trīs grupās pēc to līdzības un atšķirībām. Milons saglabā personības traucējumu kategorijas un novērtē tās ne tikai pēc trim polaritātēm, bet arī pēc indivīda funkcionālajām un strukturālajām sfērām, kas palīdz saprast, novērtēt un diferencēt personības traucējumus. Turpmāk tiks izskatīti personības traucējumu attīstības cēloņi, ņemot vērā fizioloģiskos, psiholoģiskos un sociālos aspektus.

1.2.3. Personības traucējumu attīstības cēloņi

Ir pieņemts izskatīt personības traucējumu cēloņus šādās kategorijās: ģenētiskie, ar piesaistes pieredzi saistīti, traumējošie notikumi, sociāli kulturālie un politiskie faktori (Livesley, 2001; Magnavita, 2004). Šie faktori ir savstarpēji saistīti un veido fizioloģiski psiholoģiski sociokulturālas saites.

Tiek uzskatīts, ka 30 - 50% gadījumos personības traucējumiem ir ģenētisks pamats (Buss, 1999). Tas, kā ir organizēta un funkcionē nervu sistēma, tas zināmā mēra nosaka to, kā attīstās personība. Kloningers (Cloninger, 1986) apskata personības noslieces, analizējot neiromediatoru iedarbību, kas ir ģenētiski determinēti. Šajā kontekstā centrālās nervu sistēmas bioloģisko dispozīciju sauc par temperamentu, kas ievērojami nosaka personības attīstības raksturlielumus. Pētnieki apgalvo, ka pastāv temperamenta atšķirības, ko novēro jau agrīnā attīstības stadijā. Maziem bērniem ir arī konstitucionālas reaktīvas noslieces (augsta vai zema aktivitāte, uzvedības bremsēšana utt.), ko iespējams, rada noslieces atsevišķu personības traucējumu attīstībai. Pētījumi parāda, ka ģenētiskajiem faktoriem ir svarīga nozīme. Piemēram, aptuveni 35 - 45% robežstāvokļa personības traucējumu ir ģenētiski pārmantoti (Distel, Rebollo-Mesa, Willemsen, Derom, Trull, et al., 2009). No bioloģiskās pieejas viedokļa indivīdiem ar robežstāvokļa personības traucējumiem ir pazemināta neiromediatora serotonīna funkcionēšana,

kas var būt cēlonis impulsīvi agresīvai uzvedībai (Figuroa & Silk, 1997; Spont, 1996). Arī obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu cēloņi ir saistīti ar seratonīna sistēmas disfunkciju (Baer, 1994; Stein, 2000; kā minēts Villemarette-Pittman, Stanford, Greve, Houston, & Mathias, 2004). Ir pietiekami skaidrs, ka personības traucējumu attīstības skaidrošanā nav iespējams aprobežoties tikai ar bioloģisku pieeju traucējumu cēloņiem, jo arī psiholoģiskajiem un sociāli kulturālajiem faktoriem ir būtiska loma.

Analizējot literatūru par psiholoģiski sociālajiem faktoriem, kas varētu būt saistīti ar personības traucējumu attīstību, ir jāsāk ar psihoanalītisko un psihodinamisko pieeju, kurā personības traucējumu cēloņus saistīta ar sistemātiski sliktu vecāku attieksmi pret indivīdu bērnības periodā. Piemēram, paranoīdas personības traucējumu attīstība ir iespējama, ja bērnībā ir stingrs tēvs un pārāk gādīga, bet noraidoša māte (Manschreck, 1996). Indivīdi ar robežstāvokļa personības traucējumiem visbiežāk atceras vecāku nežēlīgo izturēšanos pret viņiem bērnībā (emocionālas, fiziskas, seksuālas traumas) (Zanarini & Frankenburg, 1997). Narcistiskas personības traucējumu attīstības sākums ir auksta un noraidoša vecāku attieksme pret bērnu (Wink, 1996) tādēļ, aizsargājoties no neapmierinātības sajūtas un bailēm pasaules priekšā, viņi cenšas izraisīt apkārtējo cilvēku sajūsmu (Vaillant, 1994). Nozīmīga loma traucējumu attīstībā ir regulācijas mehānismiem, kas jau iepriekš aprakstīti.

Psihodinamisko interpretāciju paredz un atbalsta objektu attiecību teorija. Kernbergs (Kernberg, 1985) piedāvāja skaidrojumu, piemēram, par robežstāvokļa personības attīstību. Viņš uzskata, ka galvenā robežstāvokļa personības traucējumu īpatnība ir nestabilitāte (īpaši attiecībās), šie cilvēki nevar sasniegt pilnīgu un noturīgu personības identitāti (Kernberg, 1985), viņi veido izteikti akcentētas starppersonu attiecības. Šizoīdas personības traucējumu pamatā ir neapmierināta vajadzība pēc kontaktiem ar cilvēkiem, kas veidojas tādēļ, ka vecāki jau no agrīnas bērnības pret bērnu ir izjutuši nepatiku (Horner, 1991).

Zinātnieki (Bartholomew, Kwong, & Hart, 2001) uzskata, ka svarīgs personības traucējumu attīstības riska faktors ir agrīnajā bērnībā iegūtā piesaistes pieredze. Piemēram, pētnieki norāda, ka cilvēkiem ar atkarīgas personības traucējumiem visvairāk raksturīgs „trauksmais” piesaistes modelis (West & Sheldon, 1988).

Disfunkcionālas personības attīstību var ietekmēt arī traumatiski notikumi. Cilvēki ar nedrošu piesaisti, nokļūstot traumatiskā situācijā, ir vairāk pakļauti riskam un turpmākai personības patoloģijas attīstībai (Herman, 1994; kā minēts Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996). Pētījumos par robežstāvokļa personības traucējumiem indivīdu pieredzē tika konstatēti nopietni kādreiz gūtu traumu gadījumi, ieskaitot fizisku un seksuālu vardarbību, dažreiz pat incestu (Spont, 1996). Tādēļ pētnieki uzskata, ka robežstāvokļa personības traucējumi var būt pēctraumatiskā stresa sekas, ko ir izprovocējušas traumas agrīnajā bērnībā (Gunderson & Sabo, 1993).

Pēc Beka (Beck, A.) un citu pētnieku izstrādātās kognitīvās teorijas, indivīdiem ar personības traucējumiem ir disfunkcionālas pārliecības (beliefs) vai shēmas un dezadaptīvas stratēģijas, kas paaugstina dzīves pieredzes jutīgumu, kas pastiprina viņu kognitīvo ievainojamību (Beck & Freedman, 1990). Piemēram, indivīdiem ar izvairīgas personības traucējumiem pamatpārliecība ir tāda, ka „Es esmu sociāli nevēlams”. Šīs disfunkcionālās pārliecības ir gan indivīda ģenētiskās predispozīcijas, gan nelabvēlīgas citu cilvēku ietekmes un noteiktu traumatisku notikumu mijiedarbības rezultāts. Zinātnieki secina, ka indivīdiem ar personības traucējumiem disfunkcionālas pārliecības izpaužas dažādās situācijās, un tās parasti izraisa noturīgas un vispārīgas disfunkcijas (McMurrin & Christophers, 2008). Šie indivīdi cieš no domāšanas nepilnībām (domas nav precīzas, ir neauglīgas, ir grūtības novērtēt apkārtējo vidi un uztvert notiekošo) (Beck & Freeman, 1990). Saskaņā ar šo teoriju bērniem, kuriem vēlāk parādās šizoīdas personības traucējumi, lēni attīstās runa un motorās iemaņas, neatkarīgi no viņu intelektuālā līmeņa (Wolff, 1991). Cilvēki ar histēriskas personības traucējumiem nejūt savas dzīves saturīgumu, ir ļoti ietekmējami un nespēj par sevi parūpēties, tāpēc pastāvīgi meklē tādus cilvēkus, kas apmierina viņu vajadzības (Beck & Freeman, 1990).

Pētnieki (Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman, & Beck, 2001) konstatēja, ka disfunkcionālās pārliecības saistītas ar pieciem personības traucējumiem (izvairīgs, atkarīgs, obsesīvi kompulsīvs, narcistisks un paranoīds).

Kognitīvās teorijas pārstāvji piedāvā shēmu, kur parādītas personības traucējumu līdzības un atšķirības (Beck & Freeman, 1990). Indivīdu ar personības traucējumiem varētu raksturot, izmantojot starppersonu stratēģijas un indivīda fundamentālās disfunkcionālās pārliecības. Piemēram, C grupas izvairīgās personības ir pārliecinātas, ka „briesmīgi ir būt atraidītam un pazemotam; ja cilvēki uzzinās, kāds es esmu patiesībā, viņi nevēlēsies iesaistīties ar mani nekādās darīšanās”. Personības traucējumu B grupas indivīdi redz sevi kā īpašus un ir pārliecināti, ka „Es esmu labāks par citiem”. Indivīdi ar personības traucējumiem no A grupas uzskata sevi par pašpietiekamiem un viņu pārliecība ir „Es esmu pats par sevi”.

Literatūras apskatā tika konstatēts, ka tiem indivīdiem, kuri audzināti disfunkcionālās ģimenēs, ir lielāks personības disfunkciju risks (Magnavita, 2004). Arī pētījumi par ģenētikas un ģimenes vides faktoru lomu vairāk uzsver ģenētisko pārmantojamību (Plomin & Caspi, 1999; kā minēts, Stricker & Widiger, 2003). Arī sociāli kulturālie faktori var ietekmēt disfunkcionālas personības attīstību (Magnavita, 2004). Lai gan pastāv bioloģiskā predispozīcija depresīvo personības traucējumu attīstībā, arī nelaimīga ģimenes dzīve un bezcerība ko veicina apkārtējā vide vai bezcerīgas nākotnes perspektīvas var veidot depresīvu personības stilu (Millon, Millon, Davis & Grossman, 2006). Vēl zinātnieki norāda, ka cilvēkiem ar personības traucējumiem biežāk lieto narkotiskās vielas, pārdzīvo nepatīkamas emocijas, fizisku diskomfortu un

konfliktus ar citiem. Viņi izrāda zemāku pašefektivitāti, vairāk izmanto sevis apvainošanas stilu stresa pārvarēšanai (Smyth & Wiechelt, 2005).

Apkopojot šīs apakšnodaļas zinātniskos pētījumus un teorijas, varētu secināt, ka personības traucējumu attīstības cēloņus analizē pēc fizioloģiskiem, psiholoģiskiem un sociokulturāliem faktoriem, piemēram, iedzimtība, piesaistes pieredze, traumējošie notikumi, sociāli kulturālie un politiskie aspekti. Ir būtiski uzsvērt, ka šie faktori ir savstarpēji saistīti. Personības traucējumi bieži ir saistīti ar narkotisko vielu lietošanu.

Ir būtiski arī uzsvērt, ka zinātnieki joprojām aktīvi pēta personības traucējumu kategorijas un nepārtraukti pārskata un precizē šo personības traucējumu jēdzienu, lai iegūtu ticamākus kritērijus personības traucējumu novērtēšanai un diagnosticēšanai. Piemēram, jaunākajā DSM-V klasifikatorā (American Psychiatric Association, 2012), kas drīzumā tiks publicēts, sadaļā par personības traucējumiem darba grupa piedāvā būtiskas izmaiņas. Pētnieku grupa ne tikai pārformulēja personības traucējumu definējumu un kritērijus diagnosticēšanai, bet arī no iepriekš definētām 10 personības traucējumu kategorijām (DSM-IV-TR) tiks aprakstītas tikai sešas. Tie ir antisociālas, izvairīgas, robežstāvokļa, narcistiskas, obsesīvi kompulsīvas un šizotipiskas personības traucējumi. Jaunākajā DSM-V klasifikatora versijā (American Psychiatric Association, 2012) personības traucējumu novērtēšana un diagnosticēšana kombinējas ar kategorijas un dimensionālas klasifikācijas sistēmām, kas tika raksturotas iepriekš. Personības traucējumu kritēriji pēc DSM-V klasifikatora tiek aprakstīti, pamatojoties uz funkcionēšanas jomas tipiskiem traucējumiem un personības pataloģijas iezīmēm vienā vai vairākās jomās.

Turpmākajā nodaļā ir sniegts pārskats par personības traucējumiem no narkotikām atkarīgajiem cilvēkiem.

1.2.4. No narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku personības traucējumi

Pētījumos un speciālistu novērojumu pārskatos atrodama informācija, ka bieži vien pacientiem, kuri ārstējas no narkotiku atkarības, pēc klīniskiem kritērijiem ir konstatētas arī blakus slimības, kas kopumā veido tā saukto „duālo diagnozi” (Messina, Wish, & Nemes, 2002). Pasaules Veselības organizācija (PVO) 1995. gadā definēja to kā „psihoaktīvu vielu radītus traucējumus un citus psihiskus traucējumus vienlaikus vienai un tai pašai personai” (Fridell & Nilson, 2004). Šo fenomenu medicīnā sauc par „komorbiditāti”, kas nozīmē viena vai vairāku traucējumu (vai slimību) esamība papildus galvenai slimībai vai traucējumam (American Psychiatric Association, 1994).

Zinātniskajā literatūrā tiek piedāvātas dažādas interpretācijas par cēloņu seku sakarībām starp personības traucējumiem un psihoaktīvo vielu lietošanu. Piemēram, cilvēki ar atkarīgas personības traucējumiem izvēlas vieglus, pasīvus problēmu risināšanas paņēmienus vai izvairās

no problēmu risināšanas, lietojot psihoaktīvas vielas. Saistībā ar to zinātnieki (Carson, Butcher, & Mineka, 2004) norāda, ka cilvēks ar atkarīgu personības orientāciju ir ar noslieci uz dažādiem patoloģiskiem stāvokļiem, ieskaitot depresiju, alkoholismu u.tml.

Ir zināms, ka personības traucējumi var būt cieši saistīti ar dažādu psihoaktīvo vielu ļaunprātīgu lietošanu, kas izmaina psihisko stāvokli (Magnavita, 2004). Uz personības traucējumu fona var attīstīties emocionālie traucējumi, kas, savukārt, var provocēt ļaunprātīgu narkotisko vielu lietošanu. Tas saskan ar iepriekš aprakstītajā pašārstēšanās modelī minētajiem ļaunprātīgas psihoaktīvo vielu lietošanas cēloņiem (Khantzian, 1997). Piemēram, 29% indivīdu, kuri ārstē emocionālos traucējumus, lietojuši dažādas narkotiskās vielas (Ortman, 2001). Ne tikai personības traucējumi rada noslieci uz narkotisko vielu lietošanu (Bukstein, Brent, & Kaminer, 1989). Pētnieki uzskata, ka arī agrā narkotisko vielu lietošana veicina personības traucējumu rašanos. Starptautiskie epidemioloģiskie un klīniskie pētījumi liecina, ka personām, kuras cieš no personības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ un atkarības no tām, bieži rodas trauksmes stāvoklis, afektīvi traucējumi, naidīguma sajūta pret apkārtējiem un citas personības izmaiņas (Regier, Farmer, Rae, Locke, et al Keith, Judd, & Godwin, 1990).

Viena vai vairāku personības traucējumu kritēriji konstatējami lielākajai daļai cilvēku, kuri ārstējās no narkotiku atkarības (Rounsaville, Kranzler, Ball, Tennen, Poling, & Triffleman, 1998). Piemēram, 50% no narkotiku atkarīgiem pacientiem tika diagnosticēts viens vai vairāki personības traucējumi. Pacientiem, kuriem tika diagnosticēti personības traucējumi 44% gadījumos tika novēroti recidīvi (narkotiku lietošanas atkārtošana) viena gada laikā (Thomas, Melchert, & Banken, 1999).

Visbiežāk sastopamie personības traucējumi cilvēkiem, kuri ļaunprātīgi lieto psihoaktīvās vielas, ir B grupas traucējumi (Magnavita, 2004). Šie personības traucējumi sastopami 61% gadījumu, no tiem visvairāk 46% ir antisociālas un 30% - robežstāvokļa personības traucējumi, mazāk narcistiskas un histēriskas personības traucējumi. Pētnieki (McMahon & Richards, 1996) norāda, ka antisociālu personību vidū ļoti bieži ir sastopams alkoholisms un narkotiku lietošana. Pētījumos (Uchtenhagen & Zeiglgänsberger, 2000; Messina, Wish, & Nemes, 2002) konstatēts, ka no narkotikām atkarīgo jauniešu vidū daudzos gadījumos novēro antisociālas personības traucējumus: nespēju ievērot sociālās normas, savas un citu drošības ignorēšanu, melīgumu, impulsivitāti, agresivitāti. Pētījums par personības traucējumu izplatību cilvēkiem, kuri lieto psihoaktīvās vielas liecina, ka no visiem personības traucējumiem ievērojami biežāk antisociālas personības traucējumi konstatēti cietumos, bet stacionāros ievērojami biežāk konstatēti mazohistiskas personības traucējumi (Stefansson & Hesse, 2008).

Tiek uzskatīts, ka cilvēkiem ar robežstāvokļa personības traucējumiem ar izteiktu tendenci uz atkarīgu uzvedību (Stewart, 1996) psihisko stāvokli mainošo vielu lietošana parasti saistīta ar cenšanos mīkstināt vai novērst nepatīkamus emocionālos pārdzīvojumus, kā arī ar

impulsivitāti. Uz narkotisko vielu intoksikācijas fona pastiprinās sevi ievainojošas uzvedības, nelaimes gadījumu, fiziska un seksuāla traumatisma risks (Meichenbaum, 1994).

C grupā komorbiditātes gadījumos personības traucējumi ir sastopami 34% narkotiku lietotāju. No tiem visvairāk izplatīti izvairīgas personības traucējumi, kā arī biežāk sastopami atkarīgas personības traucējumi, savukārt mazāk izplatīti ir obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi. A grupā par 22 % biežāk tiek novēroti paranoīdas personības traucējumi, savukārt un mazāk izplatīti ir šizoīdas un šizotipiskas personības traucējumi.

Salīdzinot no alkohola un narkotikām atkarīgo cilvēku grupas, tika novērots, ka no alkohola atkarīgiem cilvēkiem ir augstāki atkarīgas, izvairīgas, šizotipiskas un robežstāvokļa personības traucējumu rādītāji, savukārt no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem ir augstāki narcistiskas, histēriskas un antisociālas personības traucējumu rādītāji (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006). Pētījumos konstatēts, ka no psihoaktīvajām vielām (kokaīna) atkarīgajiem visbiežāk ir paaugstināti antisociālas (Craig & Olson, 1990), bet retāk - histēriskas, narcistiskas, sadistiskas, negativistiskas un robežstāvokļa personības traucējumu rādītāji (McMahon & Richards, 1996).

Apkopojot šajā nodaļā izklāstītos faktus, var secināt, ka personības traucējumi konstatējami 10-15% cilvēku kopējā populācijā, un tie ir definēti kā nemainīgi, pastāvīgi uzvedības modeļi, kas izraisa nozīmīgu sociālo funkciju pasliktināšanos. Milona evolūcijas teorija par personības traucējumiem ir piemērotāka dažādu personības traucējumu atšķirību izpratnei. Izveidojot vienotu teorētisko personības traucējumu klasifikācijas sistēmu, Milons pamatojās uz evolūcijas teorijas četriem principiem (eksistence, pielāgošanās vai adaptācija, reprodukcija un abstrakcija) un funkcionālām un strukturālām personības sfērām. Apkopojot personības traucējumu attīstības cēloņus, var secināt, ka ģenētiskās noslieces, piesaistes pieredze, traumējoši notikumi, ģimenes saites, sociāli kulturālie un politiskie faktori varētu būt saistīti ar personības traucējumu attīstību. Ne tikai personības traucējumi rada cilvēkā noslieci uz narkotisko vielu lietošanu, bet arī agra narkotisko vielu lietošana veicina personības traucējumu rašanos. Visbiežāk sastopamie personības traucējumi cilvēkiem, kuri ļaunprātīgi lieto psihoaktīvās vielas, ir antisociālas un robežstāvokļa personības traucējumi. Pētot no psihoaktīvajām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumu izplatību atkarībā no psihoaktīvo vielu veida un lietotāju dzimuma, noskaidrots, ka kopumā no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem ir augstāki narcistiskas, histēriskas un antisociālas personības traucējumu rādītāji. Piemēram, no kokaīna atkarīgiem cilvēkiem bieži tika atklāti paaugstināti rādītāji antisociālas, histēriskas, narcistiskas, sadistiskas, negativistiskas un robežstāvokļa personības traucējumu skalās. No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem vīriešiem daudz biežāk diagnosticē šizoīdas, antisociālas un narcistiskas personības traucējumus, savukārt sievietēm ir biežāk sastop paranoīdas, robežstāvokļa, histēriskas, izvairīgas, atkarīgas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumus.

1.3. Sociālo problēmu risināšanas modelis

Problēmu risināšanas metožu dabu psihologi pēta jau pietiekami ilgu laiku, kas ir ļāvis padziļināt izpratni šajā jomā. Jēdziens „problēmu risināšana” ir radies kognitīvajā psiholoģijā un tiek izmantots, lai noteiktu procesus, kas ir iesaistīti uzdevumu risināšanā, piemēram, tādās sfērās kā loģika (Eysenck, 2001).

Zinātnieku (D'Zurilla & Nezu, 1990) piedāvātais sociālo problēmu risināšanas modelis ir galvenais jauninājums tradicionālajā informatīvi procesuālajā modelī, kurš problēmas risinājumu nosaka pamatojoties uz vairākām kognitīvajām iemaņām, kas attiecas uz problēmas identifikāciju, mērķa noteikšanu, atbilstoša risinājuma atrašanu un problēmas risinājuma rezultāta novērtējumu. Efektīva problēmas risināšana ir atkarīga ne tikai no iemaņas racionāli atrisināt problēmu, bet arī no pozitīvas orientācijas problēmas risināšanā (problēmu orientācija) un tāda uzvedības stila vadīšanā kā impulsivitāte, kavējošā uzvedība vai izvairīšanās (Siu & Shek, 2009). Sociālās problēmas risināšana var tikt uzsvēta kā galvenais personas iekšējais un starppersonu process, kurš veido kvalitatīvas attiecības un uzlabotu dzīves kvalitāti (Felce & Perri, 1995; kā minēts Siu & Shek, 2009).

Jēdzienu „*problēmu risināšana*” pētnieki (D'Zurilla & Nezu, 1990) definēja kā kognitīvi biheiviorālu procesu, kad cilvēks mēģina atrisināt noteiktas problēmas, ar kurām saskaras reālajā ikdienas dzīvē. Jēdzienus „*problēmu risināšana*” un „*stresa pārvarēšana*” dažreiz apskata kā sinonīmus, tomēr sociālo problēmu risināšanu aplūko kā pārvarēšanas procesa sastāvdaļu un svarīgu prasmju kopumu ikdienas problemātisko situāciju efektīvai pārvaldīšanai (D'Zurilla, Nottingham, Chang, & Faccini, 1998).

Pētot problēmu risināšanu, zinātnieki (D'Zurilla & Goldfried, 1971; kā minēts, D'Zurilla & Nezu, 2007) definēja „*problēmu*” kā jebkuru dzīves situāciju vai uzdevumu (negaidītu vai sagaidāmu), kas prasa adaptīvu pielāgošanos, turklāt neefektīva reakcija uzreiz kļūst acīmredzama vai neizmantojamā dažādu šķēršļu dēļ. „Risināšanu” minētie pētnieki definēja kā pārvarēšanas reakciju/atbildi specifiskā situācijā, bet efektīvu risināšanu kā problēmu risināšanu atbilstoši mērķiem, vienlaikus maksimāli palielinot pozitīvās sekas un samazinot negatīvās.

Sociālo problēmu risināšanas modelis sastāv no diviem komponentiem (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002): 1) problēmu orientācija, kas ietver motivācijas aspektu problēmu risināšanas procesā, relatīvi stabilas kognitīvas shēmas, kas atspoguļo personas ikdienas problēmu apzināšanu un uztveri; 2) problēmu risināšanas stils, kas attiecas uz kognitīvām un uzvedības darbībām, kuru mērķis ir atrast risinājumu noteiktai problēmai. Zinātnieki (D'Zurilla & Goldfried, 1971, kā minēts McGuire, 2001) izdalīja piecas sociālo problēmu risināšanas procesa stadijas, kas attiecas uz šo komponentu problēmu risināšanas stilu:

1) problēmu orientācija – ietver atbilžu kopumu, ko indivīds izmanto uztverot aktuālo problēmu. Šis posms paredz šādus apmācības soļus: problēmas situācijas identifikācija; apzināšanās, ka problēmas dzīvē ir normāla un neizbēgama parādība; izpratne par to, ka ir efektīvi problēmu risināšanas veidi; neefektīvo pieeju problēmu risināšanai atklāšana un modificēšana;

2) problēmas definēšana un formulēšana – šī komponenta mērķis ir pareiza problēmas novērtēšana un reāla mērķa, kas nepieciešams problēmas risināšanai, formulēšana, kur ietilpst šādi kritēriji: a) dažādas informācijas meklēšana par konkrēto problēmu, faktu aprakstīšana skaidros un konkrētos terminos; b) informācijas, faktu, interpretāciju un secinājumu analīze; c) to apstākļu un faktu konstatācija, kas objektīvi veido problēmas situāciju, t.i., šķēršļus mērķa sasniegšanai un pretrunu identificēšana starp mērķiem un citiem faktoriem; d) reāla mērķa izvirzīšana problēmas risināšanas kontekstā ar vēlamā iznākuma detaļu aprakstu;

3) alternatīvu risinājumu ģenerēšana – alternatīvu pieeju veidošana problēmu risināšanai. Pētnieki izmanto divas problēmu risināšanas pamattehnikas alternatīvu procesu ģenerēšanā: tā ir problēmas atlikšana un kvalitatīva risinājuma izvēle no vairākiem iespējamajiem variantiem. Problēmas atlikšanas princips atļauj atrast atbilstošākas un produktīvākas alternatīvas. Kvantitātes princips iekļauj daudzas alternatīvas, un tad rodas vairāk iespējamo efektīvo izvēļu;

4) lēmuma pieņemšana – problēmas iespējamo risinājumu attīstība un efektīvāko alternatīvu izvēle. Turklāt efektīvas alternatīvas ir tās, kas veiksmīgi risina situāciju, kā arī rada maksimāli pozitīvas pieņemtā lēmuma sekas kopumā un mazina negatīvās sekas. Pētnieki piedāvā četras lēmumu pieņemšanas un realizācijas seku kategorijas: likumsakarīgās, ilglaicīgās, personiskās (vērstas uz sevi), sociālās (vērstas uz citiem). Šo seku svarīguma un iespējamības vērtēšana palīdz izdarīt efektīvāku izvēli;

5) risinājuma izpilde un pārbaude – pieņemto lēmumu realizācija un pārbaude ietver četras operācijas (McGuire, 2001): 1) efektīvo izpilde; 2) novērošana – problēmas realizācijas aktuālo seku izpēte; 3) risinājuma izvērtēšana; 4) problēmas veiksmīga risinājuma veicināšana.

Ņemot vērā sociālo problēmu risināšanas teorētiskos pamatus, zinātnieki izstrādāja piecas sociālo problēmu risināšanas dimensijas (D`Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002). Divas no tām attiecas uz problēmu orientāciju *Pozitīva orientācija uz problēmu* – saistīta ar konstruktīvu orientāciju problēmas risināšanā un optimismu. *Negatīva orientācija uz problēmu* – saistīta ar motivācijas faktoriem, kas bremzē problēmas risināšanu, piemēram, pesimismu, tendenci viegli satraukties, saskaroties ar problēmām. Trīs dimensijas attiecas uz problēmu risināšanas stiliem: *Racionāla problēmu risināšana* – saistīta ar sistemātiskas stratēģijas un racionālu problēmas risināšanas principu izmantošanu, kas sastāv no iepriekš minētajiem procesiem – problēmu definēšanas un formulēšanas, alternatīvo risinājumu radīšanas, risinājumu pārbaudes. Nākamās divas dimensijas raksturo uzvedību neefektīvas problēmu risināšanas gadījumos, kas ir:

Impulsivitāte/Paviršības stils – indivīds demonstrē impulsivitāti, aprobežotību, steigu un nepabeidzu problēmu risināšanā, un *Izvairīšanās stils* – novērtē citu defektīvu modeli problēmu risināšanā, ko raksturo kavēšanās un bezdarbība (D'Zurilla & Nezu, 2007).

1.3.1. Sociālo problēmu risināšanas dimensiju attīstība

Daudzi pētījumi apgalvo, ka dažādas izmaiņas sociāli kognitīvajās iemaņās ir novērojamas jau vecumā jau 6 - 8 gadu vecumā, kad vecākie bērni precīzāk kodē un interpretē sociālo informāciju, labāk saprot, kādi atbildes risinājumi ir atbilstoši un efektīvi (Mayeux & Cillessen, 2003). Savukārt citi autori uzskata, ka daži sociālo problēmu risināšanas un orientācijas spēju aspekti uzlabojas 9 - 13 gadu vecumā (Vuchinich, Angelelli, & Gatherum, 1996).

Sociālo problēmu risināšana integrē vairākas ar attīstību saistītas sfēras, ieskaitot emociju regulēšanu, kognitīvos procesus, morālo orientāciju un starppersonu saskarsmes iemaņas (Selman, Beardslee, Schultz, Krupa, & Podorefsky, 1986, kā minēts Vuchinich, Angelelli, & Gatherum, 1996). Bērnu uzvedība sociālo problēmu risināšanas situācijās tika pētīta kontekstā ar panākumiem vienaudžu grupā (Mayeux & Cillessen, 2003), antisociālas uzvedības izpausmēm, bērnu psihopatoloģiju un ģimenes modeļu mijiedarbības ietekmi.

Novērojot vecākus/aizbildņus un ar viņiem kopā piedaloties parasto problēmsituāciju risināšanā mājās, bērni mācās uzvedības stratēģijas, domāšanas paņēmienus problēmsituācijās, kā arī emociju regulēšanas paņēmienus (Vuchinich, Angelelli, & Gatherum, 1996). Pētījumi rāda, ka naidīgs mijiedarbības stils ģimenē izraisa neefektīvu problēmrisināšanas veidu izvēli, tomēr tādi faktori kā bērna dzimums, problēmrisināšanas tēma un vecāku noteiktās ģimenes lomas arī var ietekmēt problēmu risināšanas kvalitāti. Vecāku atbalsts veicina bērna uzvedības regulēšanu. Pakāpeniski bērns sāk sevi vairāk kontrolēt un kļūst patstāvīgāks sarežģītu iemaņu kopuma izpildīšanā, kas nepieciešamas problēmu risināšanai sociālajās situācijās (Landry, Smith, Swank, & Paul, 2009).

Bērniem veiksmīgai funkcionēšanai ir nepieciešams ņemt vērā to sociālo situāciju sarežģītību, kas prasa spēju radīt jaunas stratēģijas un izmantot tās jaunās situācijās, jāapgūst māka apturēt uzvedību, kura nav atbilstoša sociālā konteksta prasībām. Šo iemaņu integrācija notiek bērībā (Landry, Smith, Swank, & Paul, 2009).

Izpētot atšķirības problēmu risināšanā dažāda vecuma grupās, jau agrākie pētījumi atklāja, ka problēmu risināšanas kvalitāte pieaug jauniem cilvēkiem vecumā no 20 līdz 34 gadiem un sasniedz savu maksimālo līmeni vecumā no 40 līdz 50 un samazinās ap 79 gadiem (D'Zurilla, Maydeu-Olivares, & Kant, 1998). Piemēram, pozitīvas problēmu orientācijas un racionālas problēmu risināšanas rādītāji pieaugušajiem bija augstāki nekā jauniem

pieaugušajiem, tāpat bija zemāka negatīva problēmu orientācija, impulsivitāte un izvairīšanas stils. Arī pozitīva problēmu orientācija un racionāla problēmu risināšana pieaugušajiem cilvēkiem ir augstāka nekā cilvēkiem senioru vecumā.

Iespējams, ka pieaugušajiem cilvēkiem ir vairāk izteikta konstruktīva un optimistiska pieeja ikdienas problēmu risināšanā. Viņi problēmu risināšanā ir efektīvāki nekā jauni pieaugušie, īpaši starppersonu attiecību sfērā (Blanchard-Fields, Mienaltowski, & Seay, 2007). Salīdzinājumā ar jauniem pieaugušajiem, pieaugušajiem daudz mazāk izteikta negatīva un disfunkcionāla problēmu orientācija (viņi būtiski mazāk izvairās risināt problēmas un ir mazāk impulsīvi problēmu risināšanā). Iemācīšanās rezultātā problēmu risināšanas spējas attīstās un aug no pusaudža līdz vidējam pieaugušā vecumam, vairojot neatkarīgas problēmu risināšanas pieredzi. Gados vecākiem cilvēkiem ikdienas dzīvē ir daudz vairāk veselības problēmu (bieži novērojamas hroniskas slimības) un iespējams tāpēc viņi ir mazāk optimistiski par savu spēju efektīvi atrisināt problēmas (D'Zurilla, Maydeu-Olivares, & Kant, 1998).

Pētot dzimuma atšķirību šajās piecās dimensijās, pētnieki atklāja, ka studentu grupā vīriešiem ir augstāka pozitīva orientācija uz problēmu un sievietēm - negatīva orientācija uz problēmu un izvairīšanās stils (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002).

Jāuzsver arī emociju nozīmīgā loma problēmu risināšanā. Pētnieki (Blanchard-Fields, Mienaltowski, & Seay, 2007) atklāj nozīmīgas kvalitatīvas atšķirības problēmu risināšanas stilā pusaudžiem, jauniem cilvēkiem (no 25 līdz 35 gadiem) un gados vecākiem cilvēkiem emocionāli svarīgu situāciju gadījumos. Emocijas ir svarīgas problēmas apzināšanās laikā, jo cilvēks uzlūko problēmu (īpaši starppersonu kontekstā) no viedokļa, vai viņa rīcībā ir nepieciešamas problēmas risināšanas stratēģijas vai paņēmieni (Blanchard-Fields, Fredda, Jahnke, Casper, Camp, & Cameron, 1995).

Ievērojot iepriekš teikto, kļūst acīmredzams, ka jauni pieaugušie cilvēki atrodas problēmu risināšanas pieredzes aktīvās apgūšanas stadijā, kas rada priekšnosacījumu sociālo problēmu risināšanas prasmju attīstībai pieaugušo vecumā. To ievērojot, nākamajā nodaļā tiks aplūkota sociālo problēmu risināšana pieaugušiem cilvēkiem narkotisko vielu atkarības kontekstā.

1.3.2. No narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensijas

Cilvēkiem, kuri lieto narkotiskās vielas ir dezadaptīvas uzvedības modeļi (Teplin, O'Connell, & Varenbut, 2004) un trūkst iemaņu risināt savas dzīves problēmas, respektīvi viņiem ir problēmu risināšanas spēju deficīts. Šis deficīts izpaužas kā nespēja virzīt savu uzvedību problēmas risināšanas virzienā, nespēja orientēties problēmā, un kā impulsīva jeb emocionāla reaģēšana uz problēmu (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996).

Problēmu risināšanas deficīts ir saistīts ar pavājinātu psiholoģisko funkcionēšanu, kas var izpausties kā narkotisko vielu lietošana, depresija, trauksme, uzvedības disfunkcija, sarežģījumi laulības dzīvē un bērnu audzināšanā (Bellack & Hersen, 1984). Attiecības starp problēmu risināšanas un psihoaktīvo vielu lietošanu var būt ģimenes problēmu risināšanas uzvedības modeļu izraisītas. Piemēram, pētījumā (Godshall & Elliott, 1997) tika konstatēts, ka ģimenēs, kurās pusaudži lieto narkotiskās vielas, bieži trūkst sadzīves un ģimenes problēmu risināšanas iemaņu.

Tika novērots, ka narkotisko vielu lietošana visbiežāk notiek tad, kad cilvēkam nav pietiekamu problēmu risināšanas iemaņu (Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1988). Piemēram, *izvairīšanās stils* ir saistīts ar alkohola un narkotisko vielu lietošanu pieaugušo vidū (Godshall & Elliott, 1997). Narkotisko vielu lietošanas sekas ir pozitīvo stratēģiju (problēmu risināšanas un sociālā atbalsta meklēšanas) lietošanas intensitātes pazemināšanās. Tā vietā cilvēks izvēlas izvairīšanos no problēmām. Tādējādi, psihoaktīvo vielu lietošanu var vērtēt kā pseidoadaptīvu stresa pārvarēšanas uzvedību, ko nosaka nepietiekama aktīvo stresa pārvarēšanas stratēģiju izmantošana ar izvairīšanos stresa pārvarēšanas stratēģijas (Avants, Warburton, & Margolin, 2000). Arī ilgstošas narkotisko vielu lietošanas sekas ir daļējs kognitīvo procesu deficīts, kas apgrūtina un traucē efektīvu problēmas izpēti tās pareizai, atbilstošai novērtēšanai, produktīvai informācijas meklēšanai par problēmu un konstruktīva risinājuma izvēlei. Sidorovs (Sidorov, 2005) norāda, ka no narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem piemīt izkropļots, nabadzīgs notikumu un saņemtās informācijas novērtējums, kādēļ viņi nespēj adekvāti analizēt un izdalīt nozīmīgākos situācijas aspektus. Pazeminoties alternatīvu meklēšanas tendencei, pieaug emocionālais sasprindzinājums, satraukums, baiļu un diskomforta sajūta, kuru viņi pārvar ar sev pierasto paņēmienu – narkotisko vielu lietošanu.

Tādu cilvēku ārstēšana arvien biežāk tiek virzīta uz problēmu risināšanas spēju veicināšanu bez narkotisko vielu lietošanas, lai iegūstu iemaņas turpmākai efektīvai funkcionēšanai sabiedrībā. Turpmākajā nodaļā izskatīta no narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku ārstēšana, rehabilitācijas būtība un process. Tiks aplūkoti pētījumi par personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanu rehabilitācijas procesā.

1.4. No narkotiskām vielām atkarīgo pieaugušo cilvēku rehabilitācija

Zinātnieki (Gorski & Miller, 1991, kā minēts Sussman & Ames, 2001) piedāvāja atgriešanos pie veselīga dzīvesveida iedalīt trīs posmos. Šī procesa laikā uzdevumi pakāpeniski tiek sarežģīti: abstinence – spēja atteikties no narkotiskajām vielām, skaidrība – spēja dzīvot bez narkotikām, dzīve saskaņā pašam ar sevi – spēja atrast jēgu un skaistumu dzīvē bez narkotiskajām vielām.

Jāmin plaši pazīstamo uzvedības izmaiņu procesa transteorētisko modeli (Prochaska, DiClemente, Velicer, Rossi, & Davidson, 1992), kas pamatojas uz četrstu stadiju koncepciju: izmaiņu stadija – sagatavošanās darbībai; izmaiņu procesa stadija – aktīva rīcība, kad kognitīvie un emocionālie procesi veicina izmaiņas; pašefektivitāte – stadija, kas iekļauj ticību darbībai un atbalstu grūtās situācijās; rezultātu izvērtēšana. Pētnieki atklāja, ka, lai gan pastāv teorētisko koncepciju atšķirības, praksē uzvedības izmaiņu process notiek secīgās stadijās, kur personība cenšas atteikties no nelabvēlīgiem ieradumiem un tiecas pēc veselīgāka dzīvesveida (Bowles, 2006).

Uzvedības izmaiņu modelis sastāv no sešām stadijām (Prochaska, Cohen, Gomes, Laforge, & Eastwood, 2004): 1) pirmspārdomu stadija, kad cilvēks vēl neplāno mainīt savu uzvedību, bet sāk aizdomāties par to; 2) apdomāšanas stadija, kad cilvēks nopietni sāk domāt par savu ieradumu maiņu, atzīst problēmas eksistēšanu, bet vēl nav gatavs darbībai; 3) sagatavošanās stadija, kad rodas vēlme mainīt savu uzvedību un tiek īstenoti pirmie mēģinājumi to darīt; 4) rīcības stadija, kad cilvēks ir iesaistīts aktīvā darbībā un turpina atteikties no nevēlamās uzvedības; 5) saglabāšanas stadija, kad cilvēks turpina meklēt jaunas uzvedības alternatīvas, aizvietojošas nelabvēlīgus ieradumus, un viņam ir alternatīvas uzvedības realizācijas plāns, ja nepieciešams, cilvēks meklē profesionālu palīdzību; nobeiguma stadija, kad ir sasniegts noturīgs rezultāts – cilvēks koncentrējas uz to, lai saglabātu sasniegto līmeni un ir pārliecināts par to, ka neatgriezīsies pie nevēlamā ieraduma; 6) recidīva stadija, kad cilvēks atgriežas pie iepriekšējā dzīvesveida. Lielākajā daļā gadījumu šajā izveseļošanās procesā no narkotiskajām vielām atkarīgiem indivīdiem ir nepieciešams atbilstošs medicīniskais un sociāli psiholoģiskais atbalsts.

Mūsdienās narkomānijas ārstēšanas metodes ir samērā daudzveidīgas. Tā kā atkarība no narkotiskajām vielām ir bioloģiska un psihosociāla problēma, tās ārstēšanā un rehabilitācijā panākumi gūstami tikai ar multidisciplināru pieeju, integrējot pacienta medicīnisko, psiholoģisko un sociālo terapiju, jebkurai no minētajām sastāvdaļām savstarpēji papildinot vienai otru (Nacionālais veselības dienests, 2005). Ārstēšanas stratēģijas ietver dažādus elementus – medicīnisko līdzekļu izmantošana psihisko traucējumu ārstēšanā; medicīnisko līdzekļu izmantošana vēlmes pēc narkotiskajām vielām apspiešanai; aizvietojošā farmakoterapija pacientu piesaistīšanai rehabilitācijai; grupu un individuālā psihoterapija un psiholoģiskās konsultācijas problēmu izpratnes nodrošināšanai, rekomendāciju sniegšana un sadarbība uzvedības izmaiņu radīšanā (Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1988). Ņemot vērā šī pētījuma mērķus, promocijas darbā analizēta sociālpsiholoģiskā pieeja ārstēšanai pēc abstinences sindroma, kas ietver psihoterapijas metodes un, līdztekus citām ārstēšanas programmām, arī ārstēšanu terapeitiskās komūnās.

Analizējot zinātniskos pētījumus par no narkotikām atkarīgo pieaugušo rehabilitāciju, var izdalīt vairākus pētījumu virzienus. Tiek veikti daudz pētījumu par no narkotikām atkarīgo

pieaugušo cilvēku rehabilitāciju, kas aplūko psihisko veselību, personības īpašības (Kooyman, 1993), motivāciju, psiholoģiskos resursus un citus faktorus rehabilitācijas procesā (West, 2006). Pētījumu rezultāti liecina, ka pacienti, kas demonstrē gatavību un motivāciju ārstēties, veiksmīgāk integrējas terapeitiskajā programmā un ilgāk turpina ārstēšanos (West, 2006), kā arī rehabilitācijas procesā paaugstinās viņu motivācija mainīt atkarīgo uzvedību (Bowles, 2006), uzlabojas viņu pašregulācija, emociju izpausmes, stabilizējas psihiskā darbība, paaugstinās atbildības sajūta, pašcieņa, samazinās aizsardzības reakcijas un noliegums, agresivitāte un trauksme (DeLeon, 2000; DeLeon, 1979). Pētījumi par ģimenes un sociālā atbalsta lomu rehabilitācijas procesā parāda, ka palīdzības sniegšana pacientam gan sociālajā integrācijā, gan arī viņa ģimenes attiecību un personiskās labklājības uzlabošanā, veicina pozitīvu ārstēšanās iznākumu (Coombs, 2005).

Daudzi pētījumi ir virzīti uz konkrēto psihoterapijas veidu, psiholoģiskās metodes un citu ārstēšanas programmu efektivitātes izpēti. Visplašāk un aktīvāk pētīta kognitīvi biheiviorālās terapijas metode, turklāt galvenā uzmanība ir veltīta sociālās komunikācijas iemaņu attīstībai, emocionālā sasprindzinājuma samazināšanai un noskaņojuma koriģēšanai, kā arī pārliecības par sevi veidošanai (Miller, Taylor, & West, 1980). Piemēram, kā liecina pētījumu rezultāti, pacientiem, kuri izgājuši kognitīvi biheiviorālas terapijas kursu, biežāk konstatē veselības uzlabošanos, atteikšanos no narkotiku lietošanas un noziedzīgas darbības, nekā pacientiem, kuri saņem standarta psiholoģiskās konsultācijas (Woody, 1984). Pētnieku uzmanība vērsta uz attiecību izpēti starp speciālistiem un pacientu, kur konstatēts, ka terapeitisko programmu speciālisti sasniedza augstākus rezultātus, ja tiem bija labi attīstītas saskarsmes iemaņas, precīza darba organizācija, biežāki kontakti ar pacientiem un šie speciālisti biežāk nosūtīja pacientus uz atbilstošiem palīdzības dienestiem (Kooyman, 1993).

Ir veikti daudzi pētījumi, lai noteiktu efektīvākas metodes vai ārstēšanas apstākļus. Šis pētnieku ievēriību ieguva pacienta un ārstēšanas metodes atbilstības noteikšana. Svarīga ir arī problēmas un pakalpojuma saskaņošanas metode, kura, iespējams, visvairāk piemērota no psihoaktīvām vielām atkarīgām personām ar psihiskiem traucējumiem. Izmantojot šo metodi, nosaka to problēmu veids un smaguma pakāpe, ar ko saskaras pacienti ārstēšanas sākumā, un konkrētu pakalpojumu piedāvā, ņemot vērā problēmas, ko noskaidro novērtējuma gaitā (Miller, 2005). Piemēram, nenozīmīgi psiholoģiski traucējumi ievērojami uzlabojas jau psiholoģiskās konsultēšanas rezultātā, turklāt nekādas atšķirības atkarībā no ārstēšanas veida netika konstatētas. Tajā pat laikā pacientiem ar nopietniem psihiskiem traucējumiem pēc parastās psiholoģiskās konsultēšanas stāvoklis gandrīz nemainījās, bet ievērojami uzlabojās pēc psihoterapijas kursa (Coombs, 2005; Miller, 2005; Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1988).

Galvenie rehabilitācijas pabeigšanas efektivitātes kritēriji ir nodarbinātība. Noskaidrots, ka var cerēt, ka pacients nepametīs ārstēšanos pirms laika un tiks sasniegti pozitīvi rezultāti, ja

pēc ārstēšanās ir iespējamās iekārtoties darbā (Kooyman, 1993), kā arī atteikšanās no narkotiku lietošanas un no krimināla dzīvesveida. Kā norāda zinātnieki (De Leon, 1997; Kooyman, 1993) labvēlīgi faktori pozitīviem rehabilitācijas rezultātiem ir augstākā izglītība, maza kriminālo epizožu pieredze, īsāks narkotiku lietošanas laiks, narkotisko vielu izvēle (vieglās narkotiskās vielas, piemēram, marihuāna), rehabilitācijas ilgums (ne mazāk par 12 mēnešiem). Nepārtraukta ārstēšanas turpināšana vismaz vienu gadu ir cieši saistīta ar narkotisko vielu lietošanas samazināšanu pēc ārstēšanas pabeigšanas (Gossop, 1990).

Apkopojot vairākus pētījumus, Milers (Miller, 2005) savā darbā norāda, ka aptuveni no 20% līdz 80% no narkotikām atkarīgiem pieaugušajiem pēc viena gada rehabilitācijas programmas novēro recidīvu, kas nozīmē atgriešanos pie narkotisko vielu lietošanas pēc atturēšanās perioda.

Zinātnieku grupa (Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, & Fleming, 1998) pētīja faktorus, kas saistīti ar narkotisko vielu (opiātu) lietošanas turpināšanu ārstēšanās laikā un pēc tam. Metaanalīzes rezultāti liecina, ka tie ir šādi: augsts narkotiku (opiātu) lietošanas ilgums pirms ārstēšanās; agrāk jau notikusi ārstēšanās no opiātu atkarības; iepriekš neīstenota atturēšanās no opiātu lietošanas, atturēšanās no alkohola lietošanas; depresija; spēcīgs stress; bezdarba/nodarbinātības problēmas; saistība ar vienaudžiem, kuri lieto narkotiskās vielas; īss ārstēšanās laiks un ārstēšanās pārtraukšana pirms kursa pabeigšanas.

Apkopojot šajā nodaļā izklāstītos faktus, var secināt, ka ir noteikti posmi un uzvedības izmaiņu stadijas, kas ir saistītas ar narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku izveseļošanu. Atkarība no narkotiskajām vielām ir bioloģiska un psihosociāla problēma, kur ārstēšanā un rehabilitācijā panākumi gūstami tikai ar multidisciplināru pieeju. Ievērojot promocijas darba mērķus, teorētiskajā daļā tika analizēta psihosociāla pieeja ārstēšanai, kas lietota terapeitiskās komūnās vai rehabilitācijas iestādēs. Nākamajā apakšnodaļā tiks aplūkota rehabilitācijas programma no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem Latvijā.

1.4.1. Rehabilitācijas programma no narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem Latvijā

Modificēta rehabilitācijas programma no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem Latvijā tika izveidota pēc amerikāņu terapeitiskās komūnas parauga (Daytop) (Nacionālais veselības dienests, 2005). No narkotikām atkarīgiem cilvēkiem *rehabilitācija* nozīmē medicīnisko, psiholoģisko, ergoterapeitisko, audzināšanas, izglītošanas, sociālo, tiesisko, dzīves un darba iemaņu apgūšanas pasākumu sistēmu, kas virzīta uz cilvēka readaptāciju, resocializāciju un reintegrāciju sabiedrībā, lai tas atturētos no jebkādu atkarību izraisošo vielu lietošanas (Nacionālais veselības dienests, 2005).

Rehabilitācijas mērķis ir personības un sociālā statusa formēšana vai atjaunošana atbilstoši sabiedrības sociālajām un ētiskajām normām, pamatojoties uz personības intelektuālo, morālo, emocionālo, radošo, fizisko potenciālu, lai indivīds, dzīvojot bez psihoaktīvo vielu lietošanas, kļūtu konkurētspējīgs, sasniegtu stabilu, ilgstošu remisiju un taptu par pilnvērtīgu sabiedrības locekli (Kooyman, 1993). *Rehabilitācijas programma* darbojas pēc terapeitiskās kopienas principa, kura pamatā ir no narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku savstarpēja sadarbība, lai pārtrauktu jebkādu apreibinošo vielu lietošanu (Myers & Salt, 2007). Tā paredz brīvprātīgu pacienta uzturēšanos programmā vidēji vienu gadu. No narkotikām atkarīgo pieaugušo rehabilitācijas programmas pamatā ir fiziski (sporta aktivitātes, darbs, u.c.), garīgi (izmanto 12 soļu programmas principus) un sociālpsiholoģiski aspekti, kur dominē kognitīvi biheiviorālās terapijas un sociālās apmācības metodes (Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1988). Programma ietver šādu iemaņu attīstību: pašizziņa un pašvērtības veidošana; pašdisciplīnas prakse; problēmu identifikācija un klasifikācija; problēmu risināšanas tehnika; psihiskās un psiholoģiskās labklājības paaugstināšana; mehānismi un alternatīvi risinājumi stresa pārvarēšanas paaugstināšanai pašdestruktīvajā uzvedībā. Programma palīdz stabilizēt un uzlabot sociālo atbalstu, attiecības ģimenē un starppersonu attiecības. Psihoterapijas grupas darbā (atkarībā no speciālistu sagatavošanas) lieto sociāli psiholoģiskus treniņus, ģimenes terapiju, geštalterapiju, psihodrāmu, psihodinamikās terapijas metodes utt.

Lai rehabilitācijas programmu padarītu skaidrāku, strukturētāku un uzskatāmu, tā sadalīta vairākos posmos ar konkrētiem uzdevumiem - katrā posmā atšķirīgiem pienākumiem un tiesībām, kas atspoguļo uzvedības izmaiņas (De Leon, 1997). Lai rehabilitācijas programmas procesa izmaiņas pa posmiem būtu uzskatāmākas, līdztekus šeit analizētas Džonsona (Johnson, 1980) narkotiku atkarīgo cilvēku atveseļošanās stadijas.

Latvijā īstenotajā rehabilitācijas programmas tehnoloģijā „No narkotiskajām un psihotropām vielām atkarīgo pacientu psiholoģiski sociālās rehabilitācijas tehnoloģija pilsētas apstākļos” (Nacionālais veselības dienests, 2005) attiecībā uz noteiktiem rehabilitācijas posmiem lieto jēdzienu „fāze”, tāpēc dota darbā ir izmantots tieši šis jēdziens.

Rehabilitācijas programma sākas ar uzņemšanu komūnā, kas ir īpaša procedūra, kurā kandidātam jāstājas grupas priekšā, jāiepazīstina ar sevi, jāizskaidro sava motivācija pārtraukt narkotisko vielu lietošanu. Pēc uzņemšanas pacientiem tiek dots pārbaudes laiks no divām nedēļām līdz vienam mēnesim – pierašanai pie komūnas dzīves. Pēc tam viņš kļūst par 1. fāzes pacientu. Pēc Džonsona iedalījuma, tā ir pirmā stadija - iekļaušana, kurā pacients iestājas ārstēšanās procesā un akceptē savu ar narkotisko vielu lietošanu saistīto problēmu.

Rehabilitācijas programma sastāv no četrām fāzēm, kur pirmā fāze notiek *adaptācija*. Šīs fāzes galvenie uzdevumi ir iekļaušanās kolektīvā, dienas režīma un normu ievērošana, komūnā pastāvošās vērtību sistēmas pieņemšana. Džonsons šo procesu nosauca par otro stadiju -

piekrišanu, kas saistīta ar pacienta attieksmes maiņu no pretošanās uz piekrišanu ārstniecībai (pretošanās nozīmē nevēlēšanos mainīties vai piedalīties savā atveseļošanas procesā, kas sarežģī ārstēšanu). Pirmās fāzes ilgums ir no 1 mēneša līdz 2 mēnešiem.

Nemot vērā to, ka vairumā gadījumu narkotikām atkarīgā cilvēka dzīve ir bezatbildīga un haotiska, otrā *aktīvas darbības fāze* ir visgarākā – apmēram 6 mēneši. Šajā fāzē pacienti mācās, kas ir atbildība. Volkerts (Volckerts, 1999) savā darbā norāda, ka no narkotikām atkarīgie cilvēki atbildību par savu rehabilitāciju uzveļ citiem, izvirzot neiedomājamas prasības gan ārstējošajam personālam. Atbildības mācīšanās sākas ar to, ka katram tiek dota reāla atbildība par kādu komūnas izdzīvošanai nozīmīgu darbu (Kooyman, 1993). Pēc atveseļošanās stadijas ir trešā stadija - pieņemšana, kas galvenokārt ietver atbildības uzņemšanos par savu izveseļošanos, kas pastiprinās nākamajā fāzē.

Trešā fāze – *sociālo problēmu risināšana* - sākas ar pakāpenisku sociālo saītu atjaunošanu. Šajā periodā pacientam samazina darba slodzi komūnā un notiek gatavošanās resocializācijas programmai. Šīs fāzes ilgums varētu būt līdz 2 mēnešiem. Beidzamā ceturrtā stadija – pakļaušanās - parāda, ka pacients apzinās nepieciešamību pēc ārstēšanās saglabāt sasniegtās izmaiņas, kā arī ir gatavs nākamajām atbalstošajām programmām, kas cieši saistītas ar *ceturrtās fāzes* galveno uzdevumu, tas ir *reintegrācija sociālajā vidē*, kur pacienti risina dažādus sociālus jautājumus. Pēc 12 mēnešu rehabilitācijas programmas pacientiem nodrošina iespēju palikt vēl vienu gadu tā saucamajā starpmājā, kuras galvenais mērķis ir palīdzēt pacientiem adaptēties un integrēties sabiedrībā jaunā lomā un kvalitātē (Trapencieris, Koļesņikova, Sniķere, 2007).

Diemžēl Latvijā gandrīz nav pētījumu par rehabilitāciju no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem, tātad šajā pētījumā ir unikāla iespēja noskaidrot personības traucējumu rādītāju atšķirību starp tiem no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri piesakās un tiem, kuri nepiesakās rehabilitācijas procesam. Pētījumā arī tika noskaidrotas personības traucējumu rādītāju atšķirības starp tiem pacientiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu un tiem, kuri veic to līdz beigām. Noskaidrotas personības traucējumu rādītāju izmaiņas pēc piedalīšanās rehabilitācijas programmā, kā arī atklāts, kādas ir izmaiņas sociālo problēmu risināšanā rehabilitācijas procesā, un cik lielā mērā personības traucējumi prognozē sociālo problēmu risināšanu. Tādējādi nākamajās apakšnodaļās analizēti pētījumi, kas ir izpētīts par personības traucējumu no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem un viņu sociālo problēmu risināšanu ārstēšanās laikā.

1.4.2. Personības traucējumi no narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā

Šajā apakšnodaļā vispirms noskaidrots, kādi personības traucējumi raksturīgi tiem no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem, kuri pēc detoksikācijas vai medicīniskās iejaukšanās neizvēlas ārstēties rehabilitācijas programmā. Cilvēki ar personības traucējumiem A un B grupās biežāk vēršas pie speciālistiem apstākļu spiesti, nevis pēc paša vēlēšanās. Viņi parasti pārliet atbildību par ārstēšanos uz citiem cilvēkiem un izvairās no terapijas (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Tātad var pieņemt, ka no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem, kuri pēc savas vēlēšanās izvēlas ārstēties, būs mazāk izteiktāki personības traucējumu rādītāji B grupā. Piemēram, pētījumā noskaidrots, ka rehabilitācijas kursā iesaistītiem pacientiem procentuāli ir izteiktāki depresīvie (65%), atkarīgie un mazohistiskie (59%) personības traucējumi, savukārt ieslodzījuma vietās no narkotikām atkarīgajām personām raksturīgi antisociālie personības traucējumi (Stefansson & Hesse, 2008).

Personības iezīmes ir stabilas ilgākā laika posmā. Tomēr ar attīstību saistītie procesi rada nepārtrauktas izmaiņas. Šo izmaiņu faktori un mehānismi pagaidām nav skaidri (Lenzenweger & Willett, 2009). Pētnieki (Grigsby & Stevens, 2000; kā minēts, Magnavita, 2004) uzskata, ka, iespējams, attiecību pieredze, emocionālais uzbudinājums un traumas maina neironu ceļus, padarot dažas sasaistes stiprākas, bet citas vājākas.

Pētījumi par personības traucējumu izmaiņām ir ārstēšanas efektivitātes longitudinālie pētījumi. Pētnieki (McGlashan, Grilo, Sanislow, & Pagano, 2005) secinājuši, ka daži personības traucējumu raksturlielumi divu gadu laikā paliek stabili, savukārt citi pakļaujas izmaiņām. Par ļoti noturīgiem personības traucējumu raksturlielumiem, kas nepakļaujas izmaiņām, tika atzīti: paranoidālas idejas un dīvainas sajūtas (šizotipiskas personības traucējumu gadījumā), emocionāla nestabilitāte un naidis (robežstāvokļa personības traucējumu gadījumā), savas neatbilstības un sava sociālā nevajadzīguma izjūta (izvairīgas personības traucējumu gadījumā), rigiditāte (obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu gadījumā). Par nenoturīgiem personības traucējumu raksturlielumiem miētajās traucējumu grupās tika atzīti dīvaina uzvedība un apspiestas emocijas, sevis ievainošana un pret separiju aizsargājoša uzvedība, izvairīšanās no darba kā starppersonu aspekts un izvairīšanās no potenciāli apgrūtinām situācijām, skopulība un stingri morāla uzvedība.

Cilvēkiem ar personības traucējumiem, it īpaši A grupā, ir zema terapijas efektivitāte (Hayward, 2007), īpaši gadījumos, kad pastāv vienlaikus afektīvie traucējumi, alkoholisms (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003) un citas atkarības no psihoaktīvām vielām, kas var padarīt ārstēšanos vēl problemātiskāku. Iespējamie cilvēku ar personības traucējumiem ārstēšanas sarežģītumu cēloņi var būt saistīti ar nemainīgām un dziļi iesakņojušām personības iezīmēm (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Piemēram, šiem cilvēkiem visbiežāk ir grūtības terapeitisko attiecību nodibināšanā ar terapeitiem (Beck & Freeman, 1990) un ārstēšana tiek pārtraukta priekšlaicīgi. Ja salīdzina pieaugušo ar vienu un vairākiem traucējumiem ārstēšanu,

tad dubultie traucējumi ir vairāk saistīti ar negatīviem ārstēšanas rezultātiem (Tracy & Biegel, 2006). Ar neefektīvu ārstēšanos īpaši bieži ir saistīti A grupas traucējumi. Piemēram, pētnieki norāda, ka neviena ārstēšanas metode nenovedīs pie pilnīgas izārstēšanās personu ar šizotipiskas personības traucējumiem (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Ir visai nedaudz pētījumu par tādu indivīdu ārstēšanu, kuriem ir paranoīdas, šizoīdas un šizotipiskas personības traucējumi (Hayward, 2007). Lielākajai daļai šo pacientu jau sākotnējā ārstēšanās periodā ir novērojama psiholoģiskā stāvokļa uzlabošanās un noturīga psihiskās simptomātikas samazināšanās (Broome, Flynn, & Simpson, 1999). Savukārt šizoīdas personības traucējumu gadījumā terapeitiem dažreiz izdodas palīdzēt pacientiem izjust daudz pozitīvākas emocijas un apgūt sociālās iemaņas, kā arī tiek novērotas būtiskas izmaiņas ne tikai šizoīdas, bet arī šizotipiskas personības traucējumu gadījumā (Beck & Freeman, 1990; Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003). Novēroja aktīvāku komunikāciju un labāku kontaktu ar citiem cilvēkiem (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003). Izmaiņu trūkumu paranoīdas personības traucējumu gadījumā zinātnieki interpretē tā, ka šiem cilvēkiem ir grūtības ievērot kārtību un režīmu rehabilitācijas apstākļos, kontrolēt savas darbības, un noteikumu pārkāpšanas gadījumā saņemt sodu (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003). Tas var aktualizēt tādas personības rakstura iezīmes kā neuzticību un aizdomīgumu.

Attiecībā uz B grupas personības traucējumu ārstēšanu, par vienu no visvairāk pētītajiem traucējumiem uzskata robežstāvokļa personības traucējumus. Pētnieki (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003; Dimeff & Linehan, 2001) norāda, ka ārstēšanās procesā pacientiem ir novērojamas būtiskas izmaiņas, suicidālās uzvedības un naida līmeņa pazemināšanās, kā arī pacientiem paaugstinās paškontrolē, labvēlīgums un apzinīgums. Neirotisma rādītāji viņiem bija nozīmīgi paaugstināti gan pirms, gan pēc ārstēšanās (Davenport, Bore, & Campbell, 2010). Ir novērota ārstēšanas efektivitāte personām ar narcistiskas, histēriskas un antisociālas personības traucējumiem, kad tiek izmantota kognitīvā un medikamentozā terapija (Kellet, 2007). Pastāv pētījumi, kas parāda, ka antisociālas personības traucējumi nepakļaujas terapijai, izskaidrojot to tā, ka šiem cilvēkiem novēro sirdsapziņas neesamību un nevēlēšanās mainīties (Widiger, Corbitt, & Millon, 1992). Viņi ir orientēti uz sevi, pretojas attieksmes un uzvedības maiņai. Turklāt, pētnieki (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003) norāda, ka antisociālas uzvedības agrīnas izpausmes gadījumos (līdz 15 gadu vecumam) izmaiņas praktiski nav iespējamās. Attiecībā uz C grupas indivīdu ārstēšanu ir vērojama simptomātikas pavājināšanās un kopumā labvēlīgs terapijas iznākums (Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Sākot ārstēties un beidzot to, šiem pacientiem novēro būtisku rādītāju pazemināšanos negatīvistiskas (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003) un mazohistiskas personības traucējumu skalās (McMahon & Richards, 1996).

Vērtējot pētījumus par personības traucējumu rādītāju izmaiņām, kur izmantota Milona klīniskā daudzfaktoru aptauja, var secināt, ka vairāki personības traucējumu rādītāji ārstēšanās procesā mainās un pēc tam, piemēram, septiņus gadus pēc ārstēšanās kursa, samazinās visi personības traucējumu rādītāji, izņemot atkarīgas personības traucējumus (Ravndal & Vaglum, 2010). Pacientiem psihodinamiskās grupās īsa terapijas kursa laikā būtiski samazinās visi personības traucējumi, izņemot narcistiskas, histēriskas, antisociālas un sadistiskas personības traucējumus (Jensen, Mortensen, & Lotz, 2008). Citā pētījumā par psihoaktīvo vielu ļaunprātīgu lietošanu noskaidrots, ka pēc viena mēneša ārstēšanas alkohola ļaunprātīgajiem lietotājiem samazinājās šizoīdas, izvairīgas, atkarīgas, negatīvistiskas, šizotipiskas un robežstāvokļu personības traucējumu rādītāji un paaugstinājās histēriskas, narcistiskas, antisociālas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu rādītāji, bet narkotiku ļaunprātīgo lietotāju grupā samazinājās tikai izvairīgas, negatīvistiskas, šizotipiskas un robežstāvokļu personības traucējumu rādītāji un paaugstinājās histēriskas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu rādītāji. Savukārt, pēc trim mēnešiem nekādas izmaiņas personības traucējumu rādītājos netika novērotas (McMahon, Flynn, & Davidson, 1985). Pētnieki izskaidro iegūto rezultātu saistību ar pacientu specifisko abstinences stāvokli, kas var izpausties kā problēmu pārspīlēšana.

B grupas personības traucējumi ir mazāk izteikti no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri izvēlas ārstēties rehabilitācijas programmā. Tātad var secināt, ka daļa personības traucējumu raksturlielumu ir stabili laikā, bet citi pakļaujas izmaiņām. Smaga traucējumu simptomātika, it īpaši personības traucējumi ārstēšanās sākuma periodā, ir precīzs prognozēšanas faktors priekšlaicīgai ārstēšanās pārtraukšanai un tās zema rezultativitātei (Carroll, Power, Byant, & Rounsaville, 1993; Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003).

Priekšlaicīgas ārstēšanās pārtraukšanas fenomens joprojām ir nopietna problēma (Ravndal, Vaglum, & Lauritzen, 2005), kas pavājina psihosociālo rehabilitācijas programmu efektivitāti. Šīs problēmas aktualitāte pieaug, jo terapeitiskās komūnas pieņem ārstēšanā cilvēkus arī ar augstiem psihopatoloģijas rādītājiem (Magnavita, 2004). Spriežot pēc daudzu pētījumu rezultātiem, pirmajās divās ārstēšanās nedēļās no ārstēšanas atsakās vismaz 25% pacientu, bet pēc trijiem mēnešiem – 40% un vairāk pacientu (De Leon, 1997).

Zinātnieki turpina pētīt dažādus faktorus, kas, iespējams, ir saistīti ar priekšlaicīgu ārstēšanās pārtraukšanu, lai padarītu ārstēšanās procesu efektīvāku un līdz ar to sasniegtu labākus rezultātus. Faktori, kas saistīti ar risku pārtraukt ārstēšanu, ir atkarība no vienas vai vairākām narkotiskām vielām, narkotiku lietošanas periods/ilgums, pirmā vai atkārtota ārstēšanās, problēmas ģimenē un problēmas ar psihisko veselību u.c. (Ravndal, Vaglum, & Lauritzen, 2005; Fernandez-Montalvo & López-Goñi, 2010; Preti, Prunas, Ravera, & Madeddu, 2011). No daudzām narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem ir vairāk priekšlaicīgu ārstēšanās pārtraukšanas gadījumu, nekā no vienas narkotiskas vielas atkarīgiem cilvēkiem.

Šādiem pacientiem 47% gadījumos tika diagnosticēti personības traucējumi (Prete, Prunas, Ravera, & Madeddu, 2011). Ārstēšanās kursu pārtrauc 30,4% no kokaīna atkarīgie pacienti; viņiem ir arī vairāk izteikti histēriskie un antisociālie personības traucējumi (Fernandez-Montalvo & López-Goñi, 2010). Tāpat arī atsevišķos pētījumos visi pacienti ar histēriskas personības traucējumiem pārtrauca ārstēšanās kursu. Bet tiem pacientiem, kuri pabeidza ārstēšanās kursu, bija augstāki rādītāji obsesīvi kompulsīvajā skalā.

Tātad daudzi pētījumi apstiprina, ka pastāv negatīva saistība starp personības traucējumiem no narkotikām atkarīgiem pacientiem un ārstēšanās kursa pabeigšanu (Ravndal, Edle, Vaglum, Per, Lauritzen, & Grethe, 2005; Karterud, Arefjord, Andresen, & Pedersen, 2009), it īpaši antisociālo personības traucējumu gadījumā (Daughters, Stipelman, Sargeant, Schuster, Bornovalova, & Lejuez, 2008).

Priekšlaicīga ārstēšanās kursa pārtraukšana ir nopietna problēma, kas saistīta ar vairākiem faktoriem, tai skaita ar personības traucējumiem. Individīdi ar B grupas personības traucējumiem biežāk priekšlaicīgi pārtrauc ārstēšanu, īpaši - ja ir antisociālie personības traucējumi.

1.4.3. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņas rehabilitācijas procesā

Pētījumi parāda, ka narkotisko vielu lietotājiem trūkst iemaņu savas dzīves problēmu risināšanā (Platt & Metzger, 1987). Viņi cieš no problēmu risināšanas prasmju deficīta un ar grūtībām spēj efektīvi funkcionēt sabiedrībā. Pētījumi ir parādījuši, ka spējas risināt sociālās problēmas var pazemināt stresa ietekmi, kā arī vājināt attiecības starp distresu, bezcerību, trauksmi un depresīviem simptomiem (Siu & Shek, 2009).

Pastāv dažādas problēmu risināšanas mācību metodes, ko plaši lieto izglītojošajās un rehabilitācijas programmās (Bellack & Hersen, 1984; McGuire, 2001). Šīs metodes ietver tādu prasmju veicināšanu kā orientācija uz problēmu, problēmas apzinašanās un formulēšana, alternatīvu risinājumu ģenerēšana, lēmuma pieņemšana, risinājuma izpilde un pārbaude (Husband & Platt, 1993; Bellack & Hersen, 1984). Daudzi pētījumi parāda šo metožu lietderīgumu problēmu risināšanas iemaņu apgūvē (Bellack & Hersen, 1984). Ir konstatēti veiksmīgāki ārstēšanas rezultāti, izmantojot dažādus sociālo problēmu risināšanas iemaņu veicināšanas paņēmienus (Husband & Platt, 1993).

No psihoaktīvām vielām atkarīgo cilvēku ārstēšana ir saistīta ar socializācijas procesu, kad pacientiem palīdz iemācīties konstruktīvā veidā atrisināt ikdienas problēmas (Groot, Franken, van der Meer, & Hendriks, 2003). Sociālo problēmu risināšanas modeļa principi saskan ar rehabilitācijas programmas pamatuzdevumiem, kur pacienti aktīvi mācās un attīsta prasmes orientēties problēmā, noteikt iespējamās problēmas risinājumus, pieņemt un īstenot lēmumus

(Heppner & Baker, 1997). Par Latvijā īstenoto rehabilitācijas programmas tehnoloģiju „No narkotiskajām un psihotropām vielām atkarīgo pacientu psiholoģiski sociālās rehabilitācijas tehnoloģija pilsētas apstākļos” iegūtā informācija apliecina, ka pacientu sociālo problēmu risināšanas veicšana ir svarīga, lai pārvarētu šiem indivīdiem raksturīgās grūtības (Nacionālais Veselības dienests, 2005). Sociālo problēmu risināšanas prasmju izvērtēšana ir svarīga no narkotisko vielu lietošanas atkarīgiem cilvēkiem atveseļošanās procesā, tomēr pastāv pētījumi, kas atklāj, ka personības traucējumi no narkotikām atkarīgiem pacientiem var kavēt pozitīvu rezultātu sasniegšanu ārstēšanās procesā, kur izmanto sociālo problēmu risināšanas modeli (Herrick & Elliott, 2001).

Biežāk veikti pētījumi ar mērķi noskaidrot sociālo prasmju deficīta mazināšanas iespējas (Husband & Platt, 1993). Ir maz pētījumu, kur lietots tieši sociālo problēmu risināšanas modeļa pētīšanas instruments, lai pārbaudītu izmaiņas ārstēšanās programmās no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem. Līdzšinējo pētījumu rezultāti dažādi skaidro sociālo problēmu risināšanas rādītāju izmaiņas rehabilitācijas procesā no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem. Zinātnieki (McMurrin, Nezu, & Nezu, 2008) galvenokārt atklāja uzlabojumus sociālo problēmu risināšanas skalās un ievērojamus rādītāju samazinājumus negatīvajā orientācijā uz problēmu, impulsivitātē un izvairīšanās stilā.

Viena pētījuma dati liecina, ka no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem paaugstinās pozitīvā orientāciju uz problēmu (Herrick & Elliott, 2001), savukārt cita pētījuma (McMurrin, Fyffe, McCarthy, Duggan, & Latham, 2001) rezultāti norāda, ka pēc trim un deviņiem mēnešiem visās sociālo problēmu risināšanas skalās, izņemot pozitīvu orientāciju uz problēmu, ir konstatējami būtiski uzlabojumi, kā arī 15 mēnešus pēc ārstēšanās sākuma šiem pašiem respondentiem izmaiņas bija palikušas stabilas un tālāks būtisks uzlabojums sociālo problēmu risināšanas efektivitātē netika novērots. Savukārt cits sešu mēnešus ilgs no narkotikām atkarīgo cilvēku longitudinālais pētījums parādīja, ka rehabilitācijas procesā paliek stabili racionālas problēmu risināšanas skalas rādītāji un būtiski samazinās negatīva orientācija uz problēmu, izvairīšanās stils un impulsivitāte/paviršības stils (Miezīte, Koļesņikova, 2007), kas arī saskan ar cita pētījuma rezultātiem ar noziedzniekiem (McMurrin, Nezu, & Nezu, 2008). Ir noskaidrots, ka negatīva orientācija uz problēmu, izvairīšanās stils un impulsivitātes/paviršības stils var samazināties ārstēšanās laikā, bet pētījumu rezultāti par pozitīvu orientāciju uz problēmu un racionālu problēmas risināšanu ir atšķirīgi.

1.4.4. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība rehabilitācijas procesā

Pētnieki (Marx, Williams, & Claridge, 1994) norāda, ka no narkotikām atkarīgo cilvēku personības traucējumi nozīmīgi korelē ar problēmu risināšanas spēju deficītu. Tādējādi zinātnieki secina, ka no narkotikām atkarīgo cilvēku problēmu risināšanas spēju attīstīšana ārstēšanas procesā ir ļoti svarīgs aspekts, kas veicina viņu veiksmīgāku adaptāciju nākotnē. Nav pētījumu, kas varētu izskaidrot savstarpējās attiecības starp personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanu no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā. Turklāt pētnieki (Franken, Hendriks, Haffmans, & van der Meer, 2001, McMurrān, Fyffe, Mccarthy, Duggan, & Latham, 2001; McMurrān, Nezu, & Nezu, 2008) norāda, ka šī aspekta pētniecība nav pienācīgi veikta, un tā ir jāturpina. Nav skaidrs, kādi personības traucējumi no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem prognozē sociālo problēmu risināšanas mācīšanās neefektivitāti sfērā 12 mēnešu ārstniecības kursā.

Riska faktoru modelis izskaidro, kāpēc neefektīva sociālo problēmu risināšana var būt gan indivīda disfunkcionalitātes cēlonis, gan arī sekas, kā ir parādīts 1.attēlā (sk. 4. pielikumu) (McMurrān, Fyffe, Mccarthy, Duggan, & Latham, 2001). Vājas kognitīvās spējas un nelabvēlīgas personības iezīmes iespējams traucē efektīvu sociālo prasmju attīstību. Piemēram, impulsivitāte, īpaši savienojumā ar zemu intelektu un zemām verbālajām iemaņām, var radīt šķēršļus efektīvu problēmu risināšanas iemaņu attīstīšanā. Savukārt sociālo problēmu risināšanas prasmju deficīts rada attiecību problēmas.

Ir atklāts, ka neefektīva sociālo problēmu risināšana pastiprina saistību starp impulsivitāti un agresivitāti tiem pieaugušajiem cilvēkiem, kuri lieto alkoholu (McMurrān, Blair, & Egan, 2002). Impulsivitāte ir galvenā antisociālas un robežstāvokļa personības traucējumu īpatnība, tāpēc visticamāk impulsivitātes pazemināšana ārstēšanās procesā var radīt antisociālas un robežstāvokļa personības traucējumu simptomu samazināšanos, atvieglot iemaņu iegūšanu un attīstīt efektīvas problēmu risināšanas prasmes. Pētnieki norāda, ka uzlabojumi sociālo problēmu risināšanā samazina disfunkciju un uzlabo indivīda funkcionēšanu (Herrick & Elliott, 2001). Personības traucējumi pacientiem var nedot iespēju sasniegt pozitīvus rezultātus ārstēšanas procesā, ja intervence (iejaukšanās) ir virzīta uz problēmu risināšanas spēju attīstīšanu cilvēkiem ar dubultu traucējumu diagnozi (Carey, Carey, & Meisler, 1990, kā minēts Herrick & Elliott, 2001).

Pētījumā atklāts, ka sociālo problēmu risināšanas terapija labošanas darbu iestādēs ieslodzītiem cilvēkiem, kuriem ir atklāti arī personības traucējumi, paaugstina viņu prasmes risināt sociālās problēmas un šāda terapija var būt efektīva negatīvas orientācijas uz problēmu samazināšanā, rezultātā uzlabojot sociālo funkcionēšanu (McMurrān, Nezu, & Nezu, 2008). Citi pētnieki (Heppner & Baker, 1997) ir atklājuši, ka neefektīva problēmu risināšana (kas ietver: izvairīgas stilu, personīgas kontroles un pārliecību problēmu risināšanā) no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pacientiem ir saistīta ar C (izvairīgas, atkarīgas un obsesīvi kompulsīvas) un A

(paranoīdas, šizoīdas, šizotipiskas), bet ne ar B (histēriskas, narcistiskas antisociālas un robežstāvokļa) personības traucējumu grupām (Herrick & Elliott, 2001). Savukārt cilvēkiem, kuri ārstē personības traucējumus, impulsivitātes stils saistīts ar B personības traucējumu grupu. Piemēram, robežstāvokļa personības traucējumi prognozē augstus rādītājus impulsivitātē un zemus izvairīšanās stilā. Histēriskas personības traucējumi prognozē augstus rādītājus impulsivitātē, savukārt narcistiskas personības traucējumi prognozē augstus rādītājus impulsivitātē un pozitīvā orientācijā uz problēmu. Tomēr, lai gan pētnieki sagaidīja, ka antisociālas personības traucējumi arī būs saistīti ar impulsivitāti, viņu paredzējumi neguva apstiprinājumu. Arī C grupā obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi nesaistās ar sociālo problēmu risināšanas dimensijām, tomēr negatīva orientācija uz problēmu prognozē izvairīšanās un atkarīgas personības traucējumus. Izvairīgas personības traucējumi arī prognozē zemus impulsivitātes rādītājus. Netiek konstatēts, ka zemi rādītāji racionālā problēmu risināšanā ir saistīti ar personības traucējumu kategorijām. A grupas personības traucējumi nav saistīti ar sociālo problēmu risināšanu (McMurrin, Duggan, Christopher, & Huband, 2007). Ievērojot to, pētnieki secināja, ka cilvēkiem B personības traucējumu grupā ārstēšana ir efektīvāka, ja tā fokusēta uz impulsivitāti, savukārt C personības traucējumu grupā - uz negatīvu orientāciju uz problēmām.

1.5. Kopsavilkums

Rezumējot promocijas darba teorētisko daļu, var secināt, ka atkarības no narkotiskām vielām problēma ir nopietna un joprojām aktuāla pasaulē. Vēl nav atrasts efektīvs risinājums, kā mazināt šo problēmu un veicināt ārstēšanas efektivitāti cilvēkiem ar narkotiku atkarību.

Teorētiskajā daļā vispirms tika aplūkots atkarības jēdziens, ko saprot kā atkarību no jebkuras vielas, lietas, cilvēka vai idejas. Īpaši mērķtiecīgas un intensīvas atkarības gadījumā indivīds ignorē visas citas lietas. Tika izskatīti atkarības no narkotiskām vielām teorētiskie modeļi, attīstības stadijas, cēloņi un sekas. Atkarība no narkotiskām vielām ir smagākā traucējumu forma, kurai ir raksturīga kompulsīva narkotiku lietošana, kontroles zaudēšana un narkotiku lietošanas turpināšana. Narkotisko vielu lietošanai ir noteiktas attīstības stadijas, kas noris secīgi no vienas uz nākamo stadiju, un var atkārtoties atkal un atkal, sākot no lietošanas atsevišķos gadījumos un beidzot ar izveidojušos fizisko un psihisko atkarību. Narkotisko vielu atkarībai ir raksturīga tolerances paaugstināšanās un abstinences sindromu rašanās.

Promocijas darba pētījuma izlasi veidoja no narkotikām atkarīgie jauni pieaugušie cilvēki vecuma no 21 līdz 35 gadiem ar izteiktu fizisko atkarību un ļaunprātīgu narkotisko vielu lietošanu.

Atkarības no narkotiskām vielām rašanās un attīstības cēloņi saistīti ar bioloģiskiem aspektiem, piemēram, ar izmaiņām smadzenēs, ģenētisko predispozīciju, kā arī ar ķīmiskā līdzsvara trūkumu. Svarīgākie psiholoģiskie aspekti ir piesaistes traucējumi un sekas, kas rodas bērnam, augot disfunkcionālā ģimenē. Ne mazāk būtiski ir arī sociālkulturālie aspekti, piemēram, draugu ietekme. No narkotikām atkarīgiem cilvēkiem ir novēroti arī citi traucējumi, piemēram, antisociālas un robežstāvokļa personības traucējumi. Tāpēc darbā ir aplūkots personības traucējumu jēdziens, to kategorijas un attīstības cēloņi.

Atbilstoši DSM-IV-R, personības traucējumi tiek definēti kā pastāvīgi uzvedības modeļi un iegūtā pieredze, kas traucē indivīda funkcionēšanu. Personības traucējumu jēdzienu pētnieki nepārtraukti pārskata un precizē, lai gūtu ticamākus kritērijus personības traucējumu diagnosticēšanai. Zinātniskajā literatūrā personības traucējumi tiek aplūkoti dažādās klasifikācijas sistēmās: kategoriju, dimensionālajā, strukturāli dinamiskajā un prototipu sistēmā. Kategoriju klasifikācijas sistēma atbilst DSM klasifikatoram, kur personības traucējumi tiek iedalīti 3 grupās: A grupa (paranoīdas, šizoīdas, šizotipiskas personības traucējumi), B grupa (histēriskas, narcistiskas, antisociālas un robežstāvokļa personības traucējumi), C grupa (izvairīgas, atkarīgas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi). Dimensionālā klasifikācija pārstāv personības piecu faktoru modeli, savukārt, strukturāli dinamiskā sistēma pārstāv psihodinamisko pieeju. Prototipu klasifikācijas sistēma kombinējas no iepriekšminētajām sistēmām, un to pārstāv Milona teorija par personības traucējumiem. Milona evolūcijas teorija par personības traucējumiem tiek atzīta par vienu no labākajām personības traucējumu atšķirību izpratnei. Milona teorija ir integratīva un vispirms pamatojas uz evolūcijas principiem (eksistence, adaptācija, reprodukcija un abstrakcija), kas tiek aplūkoti pēc to polaritātes: bauda - sāpes, aktīvs - pasīvs un es – citi. Personības traucējumi tiek raksturoti pēc indivīda funkcionālām un strukturālām sfērām, ietverot uzvedības, fenomenoloģisko, intrapsihisko, un biofizisko līmeni.

Teorētiskajā daļā tika skaidrots, ka no narkotiskām vielām atkarīgiem cilvēkiem ir problēmu risināšanas prasmju deficīts, tāpēc speciālisti pielieto sociālo problēmu risināšanas prasmju attīstīšanas paņēmienus, kas pacientiem ļauj paildzināt remisiju, samazināt recidīvu biežumu un veicināt sociālo readaptāciju. Pētījumi par rehabilitācijas efektivitāti parāda, ka rehabilitācijas procesā paaugstinās pozitīvā orientācija uz problēmu un samazinās impulsivitātes un izvairīšanas stils problēmu risināšanā, tomēr ne visos pētījumos apstiprinās, ka sociālo problēmu risināšanas prasmju dimensijas ārstēšanās laikā mainās pozitīvi.

No narkotikām atkarīgiem cilvēkiem rehabilitācija turpinās līdz vienam gadam, un tās mērķis ir readaptācija sabiedrībā. Pacientu rehabilitācija ietver četras fāzes ar atšķirīgiem mērķiem un uzdevumiem, kas veicina pacientu psihiskā stāvokļa uzlabošanu un sekmīgāku funkcionēšanu apkārtējā vidē. Tika konstatēts, ka rehabilitācijas laikā pacientiem, piemēram,

paaugstinās pašregulācija, motivācija mainīt atkarīgo uzvedību, atbildības sajūta un samazinājās trauksmes rādītāji.

Pētījumu apkopojums parādīja, ka no 20% -50% bijušo pacientu neturpina lietot narkotiskās vielas pēc rehabilitācijas beigšanas, tomēr citi pētnieki norāda, ka aptuveni no 20% līdz 80% gadījumu tiek novēroti recidīvi. Ārstēšanās pirmajos trīs mēnešos apmēram 40% pacientu priekšlaicīgi pārtrauc ārstēšanu. Viens no faktoriem, kas saistīts ar ārstēšanās procesa priekšlaicīgo pārtraukšanu ir tas, ka pacientiem ir personības traucējumi. Pamatojoties uz to, ka cilvēki ar A un B grupas personības traucējumiem biežāk sāk ārstēšanu nevis brīvprātīgi, bet apstākļu dēļ, iespējams, ka šie cilvēki ir vairāk tendēti pārtraukt ārstēšanu. Cilvēki ar C grupas personības traucējumiem biežāk paši meklē palīdzību, un tieši viņi biežāk ārstējas no atkarības speciālistu uzraudzībā.

Personības traucējumi ir saistīti ar problēmu risināšanas prasmju deficītu. Turklāt pētījumu rezultāti par personības traucējumiem no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem prognozē rehabilitācijas kursā īstenoto apmācību neefektivitāti sociālo problēmu risināšanas sfērā. Pēdējos gados pētījumi ir veikti ieslodzīto grupās vai tādu cilvēku grupās, kuri ārstē tieši personības traucējumus. Piemēram, ir atklāts, ka robežstāvokļa personības traucējumu rādītāju samazināšanās ārstēšanās procesā veicina efektīvu sociālo problēmu risināšanu. Ne visas saistības, ko sagaidīja pētnieki, apstiprinājās, piemēram, netika atklāta saistība starp antisociālas personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanas dimensijām. Tāpēc jāturpina pētījumi šajā jomā.

Veicot longitudinālo pētījumu, galvenie izvirzītie pētījuma jautājumi bija:

1. Kādas ir izmaiņas sociālo problēmu risināšanas dimensijās no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā no 1. līdz 4. fāzei salīdzinājumā ar kontrolgrupu (no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kas neiziet rehabilitācijas procesu)?
2. Cik lielā mērā pirms rehabilitācijas veiktais personības traucējumu mērījums prognozē sociālo problēmu risināšanu pēc rehabilitācijas procesa no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, ja modeli iekļauj sociālo problēmu risināšanas dimensiju 1. mērījumu?

Veicot longitudinālo pētījumu, tika izvirzītas hipotēzes:

1. No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri nepiesakās rehabilitācijas procesam, ir augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem, kuri piesakās šim procesam.
2. No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu, ir augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuri iziet rehabilitācijas programmu līdz beigām.
3. Pēc piedalīšanās rehabilitācijas programmā personības traucējumu rādītāji no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem samazinās un šādas rādītāju izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā (narkotiku atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri neiziet rehabilitācijas procesu).

Promocijas darbā longitudinālajā pētījumā tika izmantotas divas līdz šim Latvijā neadaptētās aptaujas: Sociālo problēmu risināšanas aptauja – pārstrādāta versija (SPSI-R: Social Problem-Solving Inventory-Revised. D’Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002.) un Milona klīniska daudzfaktoru aptauja – III (MCMIII: Millontm Clinical Multiaxial Inventory – III. Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S., 2006). Tāpēc viens no pētījuma uzdevumiem bija adaptēt SPSI-R un MCMIII aptaujas krievu valodā un empīriski pārbaudīt, vai šīs aptaujas versijas atbilst oriģinālās aptaujas psihometriskiem rādītājiem.

Veicot mērījuma instrumenta adaptāciju, tika izvirzīti vēl trīs papildu pētījuma jautājumi:

1. Vai Sociālo problēmu risināšanas aptaujas krievu valodas versijas psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālās aptaujas attiecīgajiem rādītājiem?
2. Vai MCMIII aptaujas Personības traucējumu skalas krievu valodas versijas psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālās aptaujas attiecīgajiem rādītājiem?
3. Vai apstiprinās MCMIII krievu valodas versijas personības traucējumu skalu klīniskā validitāte no narkotiku atkarīgo cilvēku grupā?

2. Metode

2.1. Pētījuma dalībnieki

Kopumā sākumposma pētījumā piedalījās 111 respondenti vecumā no 21 līdz 35 gadiem ($M=27,37$, $SD=3,51$), 24 (21,6%) sievietes un 87 (78,3%) vīrieši. No šiem respondentiem rehabilitācijas grupu veidoja tie, kas brīvprātīgi pieteicās ārstēšanai Latvijas rehabilitācijas centrā gada laikā – pavisam 58 no narkotikām atkarīgie paienti, vecumā no 21 līdz 35 gadiem ($M=26,7$, $SD=3,5$), 12 (21%) sievietes un 46 (79%) vīrieši. Vecuma grupā no 21 līdz 27 gadiem bija 34 (58%) respondenti un no 28 līdz 35 gadiem - 24 (42%) respondenti. Pacientu vidējie izglītības gadi: ($M=11,3$, $SD=2,7$), 48 (83%) respondenti izglītojās 8-13 gadus un 10 (17%) respondenti izglītojās 14-19 gadus. Pacientu ģimenes stāvoklis: precējušies vai dzīvo civillaulībā 17 (29%), šķīrušies 4 (7%) un neprecējušies 37 (62%). Pēc narkologu uzstādītām diagnozēm (sk. 3. tabulu), no 58 narkotiku atkarīgajiem pacientiem pēc Starptautiskā Slimību Klasifikatora -10, turpmāk SSK-10 (Veselības statistikas, informācijas un medicīnas tehnoloģiju centrs, 1996) visbiežāk ir konstatētas diagnozes – psihiski un uzvedības traucējumi opiātu lietošanas dēļ, atkarības sindroms. Pacientiem tika uzdoti Atkarības smaguma indeksa aptaujas jautājumi. Pacienti atbildēja uz jautājumiem par psihoaktīvo vielu lietošanas pieredzi, par hroniskām saslimšanām un par brīvprātīgu atturēšanās laiku no psihoaktīvo vielu lietošanas. Atbildot uz jautājumu par hroniskām saslimšanām, 33 (57%) pacienti atzīmēja, ka viņiem nav hroniskas blakus saslimšanas, 14 (24%) – norādīja, ka ir B vai C hepatīts, 4 (7%) - HIV un 7 (12%) –

norādīja, ka ir citas saslimšanas. Pacientu brīvprātīgais atturēšanās laiks no psihoaktīvo vielu lietošanas pirms rehabilitācijas procesa sākšanās bija ($M=5,76$, $SD=13,91$) mēneši un pēc 12 mēnešu rehabilitācijas laika respondentu brīvprātīgais atturēšanās laiks no psihoaktīvo vielu lietošanas bija ($M=10,55$, $SD=3,92$) mēneši.

Pētījuma kontrolgrupa tika atlasīta pēc pielīdzināšanas principa, kur pielīdzināšanas mainīgie bija dzimums, vecums, izglītības līmenis un ģimenes stāvoklis. Kontrolgrupā iekļāva tos respondentus, kuri pieteicās narkoloģijas medicīniskajiem pakalpojumiem (ambulatorā ārstēšana - aizvietojošā terapija un stacionāra ārstēšana - detoksikācija) un nebija piedalījušies psihosociālās rehabilitācijas vai citās attiecīgajās programmās. Kontrolgrupu veido 53 respondenti vecumā no 21 līdz 35 gadiem ($M=28,1$, $SD=3,6$), 12 (22%) sievietes un 41 (78%) vīrieši. Respondentu vecums: no 21-27 gadiem - 22 (41%) respondenti un no 28-35 gadiem – 31 (58%) respondents. Respondentu vidējie izglītības gadi: ($M=11,9$, $SD=2,8$), 39 (74%) respondenti izglītojās 8-13 gadus un 14 (26%) respondenti izglītojās 14-19 gadus. Respondentu ģimenes stāvoklis: precējušies vai dzīvo civillaulībā 15 (28%), šķīrušies 5 (9%) un neprecējušies 33 (62%). Pēc narkologu uzstādītām diagnozēm (sk. 3. tabulu), no 58 narkotiku atkarīgajiem respondentiem pēc SSK-10 prevalē diagnozes – psihiski un uzvedības traucējumi opiātu lietošanas dēļ, atkarības sindroms.

Kontrolgrupas respondentiem tika uzdoti Atkarības smaguma indeksa aptaujas jautājumi. Atbildot uz šiem jautājumiem, 4 (7%) respondenti atzīmēja, ka viņam nav hroniskas blakus saslimšanas, 40 (75%) – ka ir B vai C hepatīts, 8 (15%) - HIV un 1 (2%) – norādīja, ka ir citas saslimšanas. Kontrolgrupas respondentiem brīvprātīgais atturēšanās laiks no psihoaktīvo vielu lietošanas pirms testēšanas procesa sākšanās bija ($M=6,28$, $SD=13,20$) mēneši un pēc 12 mēnešiem respondentu brīvprātīgais atturēšanās laiks no psihoaktīvo vielu lietošanas bija ($M=1,44$, $SD=3,19$) mēneši.

3. tabula. Pētījuma dalībnieku atkarības slimības diagnozes

Uzstādītās diagnozes (pēc SSK -10)	Rehabilitācijas grupa n=58	Kontrolgrupa n=53
F11.2 - Psihiski un uzvedības traucējumi opiātu lietošanas dēļ, atkarības sindroms.	38 (65%)	43 (81%)
F15.2 - Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies citu stimulatoru lietošanas dēļ, atkarības sindroms.	13 (22%)	6 (11%)
F19.2 - Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisku un citu psihoaktīvo	7 (12%)	4 (7%)

Otrajā mērījumā pēc 6 mēnešiem kopumā pētījumā palika 95 respondenti, no viņiem rehabilitācijas grupā - 47 respondenti vecumā no 21 līdz 35 gadiem (M=26,5, SD=3,2), 12 (25%) sievietes un 35 (74%) vīrieši, un kontrolgrupā - 48 respondenti vecumā no 21 līdz 35 gadiem (M=28,1, SD=3,6), 12 (25%) sievietes un 41 (85%) vīrieši.

Trešajā mērījumā pēc 12 mēnešiem pētījumā palika 58 respondenti, rehabilitācijas grupā - 31 respondents vecumā no 21 līdz 34 gadiem (M=25,8, SD=3,3), 9 (29%) sievietes un 22 (70,9%) vīrieši, un kontrolgrupā - 27 respondenti vecumā no 22 līdz 35 gadiem (M=29,4, SD=3,5), 7 (25,9%) sievietes un 20 (74%) vīrieši.

Lai noskaidrotu, vai rehabilitācijas un kontrolgrupas ir ekvivalentas pēc dzimuma, vecuma, izglītības un ģimenes stāvokļa rādītājiem, tika izmantoti χ^2 kritērijs, t- tests un Manna-Vitnija tests. Analizējot rezultātus, tika noskaidrots (sk. 4. tabulu), ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupas dzimuma, vecuma, izglītības un ģimenes stāvokļa proporcijām. Grupas netika pielīdzinātas pēc 2. un 3. mērījuma demogrāfiskiem rādītājiem.

Lai pārbaudītu, vai atšķiras brīvprātīgas no psihoaktīvo vielu lietošanas atturēšanās ilgums rehabilitācijas un kontrolgrupai rehabilitācijas procesa uzsākšanas laikā un pēc 12 mēnešiem, respondentu grupā, kas piedalījās visos 3 mērījumos, tika izmantots Manna-Vitnija tests.

4. tabulā. Rehabilitācijas un kontrolgrupas demogrāfisko rādītāju aprakstošā un secinošā statistika

	Rehabilitācijas grupa n=58 (%)		Kontrolgrupa n=53 (%)		Secinošās statistikas rādītāji
Dzimums					$\chi^2 = 0,06 ; p = 0,82$
Sievietes	12	(21%)	12	(22%)	
Vīrieši	46	(79%)	41	(78%)	
Vecums	M	(SD)	M	(SD)	t = 0,12, p = 0,73
	26,67	(3,48)	28,13	(3,63)	
Izglītības gadi	M	(SD)	M	(SD)	Manna-Vitnija = -1,13, p=0,25
	11,31	(2,73)	11,92	(2,84)	
Ģimenes stāvoklis					$\chi^2 = 3,03; p = 0,55$
precējušies/civillaulībā	17	(29%)	15	(28%)	
šķīrušies	4	(7%)	5	(9%)	
neprecējušies	37	(62%)	33	(62%)	

*p < 0,05, **p < 0,01.

Rehabilitācijas grupas pacientiem brīvprātīgas atturēšanās ilgums pirms testēšanas procesa sākšanas bija M=6,44 (SD=14,60) mēneši un pēc 12 mēnešiem tas bija M=10,55

(SD=3,92) mēneši. Kontrolgrupas respondentiem brīvprātīgas no psihoaktīvo vielu lietošanas atturēšanās ilgums pirms testēšanas procesa sākšanas bija $M=2,77$ (SD=4,46) mēneši un pēc 12 mēnešiem bija $M=1,44$ (SD=3,19) mēneši. Tika noskaidrots, ka pirms rehabilitācijas procesa sākšanas nepastāv statistiski nozīmīga atšķirība starp rehabilitācijas un kontrolgrupu brīvprātīga no psihoaktīvo vielu lietošanas atturēšanās ilguma ziņā, Manna-Vitnija tests = -0,12, $p>0,05$, bet pēc 12 mēnešiem starp rehabilitācijas un kontrolgrupu pastāv statistiski nozīmīga atšķirība brīvprātīgas atturēšanās no psihoaktīvo vielu lietošanas ilguma ziņā, Manna-Vitnija tests = -5,80, $p<0,01$.

Lai adaptētu SPSI-R un MCMI-III 14 Personības traucējumu aptaujas, darba autore veica atsevišķus pilotpētījumus:

- pilotpētījumā Sociālo problēmu risināšanas aptaujas adaptācijai tika izveidota grupa no 42 respondentiem vecumā no 20 – 37 gadiem ($M = 26,05$, $SD = 4,06$), 15 – sievietes no 21 – 37 gadiem ($M = 26,33$, $SD = 4,46$) un 26 - vīrieši no 20 – 35 gadiem ($M = 25,88$, $SD = 3,89$).

- pilotpētījumā Milona klīniskās daudzfaktoru aptaujas – III adaptācijai tika komplektēta grupa, ko veidoja 111 no narkotiku lietošanas atkarīgi pieaugušie respondenti, kuri veidoja pamatgrupu un papildus 47 respondenti – Latvijas Universitātes Psiholoģijas fakultātes 2. un 3. kursa studenti vecumā no 20 – 48 gadiem ($M = 28,17$, $SD = 6,40$), 25 – sievietes no 20 – 48 gadiem ($M = 28,12$, $SD = 8,06$) un 22 - vīrieši no 20 – 35 gadiem ($M = 28,23$, $SD = 3,91$).

Lai atbildētu uz trešo papildus pētījuma jautājumu, vai apstiprinās klīniskā validitāte MCMI-III krievu valodas versijas aptaujai no narkotiku lietošanas atkarīgo cilvēku grupā, tika izveidota kontrolgrupa no Latvijas Universitātes pedagogijas, psiholoģijas un mākslas fakultātes 2. un 3. kursa studentiem. Grupas tika pielīdzinātas pēc vecuma. Starp narkotiku atkarīgo cilvēku un studentu grupām netika konstatēta statistiski nozīmīga atšķirība pēc vecuma ($t(2,156) = -1,40$, $p>0,05$). Grupas netika pielīdzinātas pēc izglītības līmeņa, jo narkotiku lietotājiem vidējie izglītības gadi ir caurmērā zemāki ($M=11,9$, $SD=2,8$). No citu autoru pētījumiem ir zināms, ka dzimums ir saistīts ar personības traucējumiem (Livesley, 2001), un Milona izveidotajos personības traucējumu rādītājos ir dzimumatšķirības, tāpēc studentu un klīniskā grupa tika salīdzināta katra dzimuma ietvaros.

2.2. Mērījumi

1) *Sociālo problēmu risināšanas aptauja* (SPSI-R krievu versija) (SPSI-R: Social Problem-Solving Inventory-Revised. D’Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002). SPSI-R aptauja (kopumā 52 panti) ir daudzdimensionāla aptauja un ietver 5 skalas: pozitīva orientācija uz problēmu (5 panti); racionāla problēmu risināšana (20 panti); negatīva orientācija uz problēmu (10 panti); izvairīšanās stils (7 panti); impulsivitāte/paviršības stils (10 panti). Panti

tiek mērīti Likerta skalā, kur atbildes varianti ir: 0 = „pavisam neraksturo mani”, 1 = „nelielā mērā raksturo mani”, 2 = „diezgan lielā mērā raksturo mani”, 3 = „lielā mērā raksturo mani”, 4 = „ļoti lielā mērā raksturo mani”.

Šī longitudinālā pētījuma ietvaros tika veikta SPSI-R mērījuma instrumenta adaptācija krievu valodā. SPSI-R aptaujai tika veikta tulkošana no oriģinālās aptaujas angļu valodā uz krievu valodu un atpakaļ, ko veica 2 bilingvli speciālisti. Atpakaļtulkojums tika salīdzināts ar angļu versiju un nepieciešamības gadījumā panti tika koriģēti. SPSI-R krievu versijas aptaujai tika analizēti šādi psihometriskie rādītāji: pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi, iekšējā skalu saskaņotība un atkārtotās testēšanas ticamība (sk. rezultātu daļā). Darba autorei ir atļauja tulkot SPSI-R krievu valodā no „Multi-Health Systems” un izmantot iztulkoto versiju pētījumā.

2) *Milona klīniska daudzfaktoru aptauja - III* (MCMI-III krievu versija) (MCMI-III: Millontm Clinical Multiaxial Inventory – III. Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S., 2006). Aptauja ir veidota, pamatojoties uz DSM-III (American Psychiatric Association, 1987) un DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) klasifikatoru. Aptauja ir paredzēta pieaugušajiem vecumā no 18 gadiem. Aptauja sastāv no 175 pantiem un tā ir pašnovērtējuma metode. Piedāvātos apgalvojumus respondents var novērtēt ar „jā” vai „nē”. Aptaujas aizpildīšanas laiks ir 25 -30 minūtes. Aptaujai ir 14 skalas par personības traucējumiem, 10 skalas par klīniskajiem sindromiem, 3 ticamības skalas, 3 saturiskās skalas un vēl papildus var noteikt atsevišķus speciālus skalu aspektus.

Šajā pētījumā tika izmantotas 2 ticamības (melu un atvērtības skalas) un 14 personības traucējumu skalas: šizoīdā, izvairīgā, depresīvā, atkarīgā, histēriskā, narcistiskā, antisociālā, sadistiskā (agresīvā), mazohistiskā, obsesīvi kompulsīvā, negatīvistiskā, šizotipiskā, robežstāvokļa un paranoīdā personības traucējumu skala.

Pētījumā iegūtie MCMI-III aptaujas rezultāti tika aprakstīti, grupu salīdzināšanā izmantojot sākotnējās balles un neinterpretējot standartizēto ballu klīnisko nozīmi, tāpēc MCMI-III aptaujas adaptācija un standartizācija Latvijā nav veikta līdz galam. MCMI-III aptauja tika tulkota ar speciālistu palīdzību no angļu valodas uz krievu valodu un atpakaļ. Atpakaļtulkojums tika salīdzināts ar angļu versiju un nepieciešamības gadījumā panti tika koriģēti. MCMI-III krievu versijas aptauju tulkoja no oriģinālās angļu valodas versijas uz krievu valodu un atpakaļ, ko veica 2 bilingvali speciālisti. Atpakaļtulkojums tika salīdzināts ar angļu versiju un nepieciešamības gadījumā panti tika koriģēti. MCMI-III krievu versijas aptaujai tika analizēti šādi psihometriskie rādītāji: pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi, iekšējā skalu saskaņotība un atkārtotās testēšanas ticamība (sk. rezultātu daļā). Darba autorei ir atļauja tulkot MCMI-III krievu valodā no „Pearson Education” un izmantot iztulkoto versiju pētījumā.

3) *Atkarības smaguma indeksa aptauja* (ASI krievu versijā) (EuropASI: European Addiction Severity Index, Blacken et al., 1994) LV-Eiropas ASI aptauja ir adaptēta Latvijā

krievu un latviešu valodā, Trapencieris, 2007). LV-Eiropas ASI krievu versijas aptauja tika daļēji izmantota, lai noteiktu respondentu demogrāfiskos rādītājus.

2.3. Procedūra

Dati tika ievākti laika posmā no 2008. gada 15. janvāra līdz 2010. gada 5. jūnijam. Pirmā, otrā un trešā etapa testēšana rehabilitācijas un kontrolgrupā tika veikta individuāli, tiekoties ar katru pētījuma dalībnieku. Pirms iestāšanās rehabilitācijas programmā rehabilitācijas grupas dalībnieki saņēma farmakoloģisko terapiju (detoksikāciju) un pēc konsultācijas pie narkologa iestājās rehabilitācijas programmā. Rehabilitācijas grupas pacienti piedalījās testēšanā Latvijas rehabilitācijas centru psihologa kabinetos. Kontrolgrupas dalībnieki saņēma un turpināja saņemt farmakoloģisko terapiju un konsultācijas pie narkologa, bet nepiedalījās rehabilitācijas programmā. Kontrolgrupas dalībnieki piedalījās testēšanā psihologa vai sociālā darbinieka kabinetā organizācijā „Dialogs” un „Psihiatrijas un narkoloģijas centra” konsultatīvās pieņemšanas telpās. Abās grupās dalībnieki tika informēti, ka testēšanas rezultāti tiks izmantoti zinātniskā pētījumā, saglabājot personas anonimitāti. Dalībnieku piedalīšanās pētījumā bija brīvprātīga. Visiem pētījuma dalībniekiem tika iedota anketa, kas sastāvēja no trim daļām. Pirmā daļa saturēja ASI krievu versijas aptaujas, otrā daļa - MCMI-III krievu versijas aptauju un trešā daļa - SPSI-R krievu versija aptauju. Respondenti 1. 2. un 3. etapā aizpildīja SPSI-R, MCMI-III aptaujas un ASI aptauju 1. un 3 etapā. Aptauju izpildīšanas secība netika reglamentēta. Aptauju aizpildīšanai laika ierobežojums netika noteikts.

Longitudinālā pētījuma dalībnieku testēšanas posmi:

1. posms - Adaptācijas fāzes perioda 10.–12.dienā (no rehabilitācijas sākuma).
2. posms - Aktīvas darbības fāzes perioda 26.–27. nedēļā (no rehabilitācijas sākuma).
3. posms – Readaptācijas sabiedrībā fāzes perioda 54.–56. nedēļā (no rehabilitācijas sākuma).

Latvijas no narkotiku atkarīgajiem cilvēkiem rehabilitācijas programmas fāzes ir detalizētāk aprakstītas 5. pielikuma, 1. tabulā.

Psihosociālās rehabilitācijas grupas pacienti piedalījās testēšanā psihologa kabinetā, kas atrodas rehabilitācijas centros „Rīgas narkoloģijas un psihiatrijas centrā” un „Rindzeles narkomānijas slimnieku rehabilitācijas centrā”. Kontrolgrupas respondenti piedalījās testēšanā psihologa vai sociālā darbinieka kabinetā organizācijā „Dialogs” un „Psihiatrijas un narkoloģijas centra nodaļās” konsultatīvās pieņemšanas telpās. Datu vākšanas un apstrādes gaitā tika pilnībā ievērota konfidencialitāte.

Ievāktie aptaujas protokoli tika pārbaudīti un tie protokoli, kuros bija vairāk par vienu balli melu skalā (scale V), netika analizēti, vadoties pēc autoru oriģinālās aptaujas norādēm protokolu analizēšanas jomā (Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S., 2006). Pēc tam

aptaujas protokoli tika pārbaudīti pēc atvērtības skalas rādītāja (Disclosure – scale X) un tie protokoli, kuros bija mazāk par 34 un vairāk par 178 ballēm X skalā, netika analizēti. X skala raksturo iespējamās problēmas atbildēs, kurās pacients vai respondents ir tendēts būt pārāk atklāts vai pārāk noslēgts (Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S., 2006). Rezultātā, analizējot 1. mērījuma V skalu tika izslēgti 14 protokoli, 2. mērījumā tika izslēgti 7 protokoli un 3. mērījumā tika izslēgti 2 protokoli. Pēc X skalas analizēšanas 1. 2. un 3. mērījumā netika iekļauti 15 protokoli.

2.4. Datu apstrāde un analīze

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem un pārbaudītu pētījuma hipotēzes tika izmantotas šādas statistiskas metodes: vienkāršā dispersijas analīze, jaukta dizaina dispersiju analīze un atkārtoto mērījumu dispersiju analīze, Pīrsona korelācija, soļu regresiju analīze un t – Stjūdentu kritērijs. Datu apstrādei tika lietota SPSS programmas 17. versija.

3. Rezultāti

3.1. Mērījumu instrumentu adaptācija

Lai atbildētu uz pētījumā izvirzīto pirmo papildus pētījuma jautājumu par SPSI-R aptaujas krievu valodas versijas psihometrisko rādītāju atbilstību aptaujas oriģinālās versijas psihometriskajiem rādītājiem, tika analizēti šādi psihometriskie rādītāji: pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi un iekšējā skalu saskaņotība. Analizējot SPSI-R aptaujas krievu versijas 5 skalas, tika konstatēts, ka pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi atrodas psihometrijas zinātnē pieņemtajās robežās (sk. 6. pielikumā 1. tabulu), izņemot divus pantus, kas tika izņemti no aptaujas.

5. tabula. SPSI-R krievu versijas skalu ticamības rādītāji salīdzinājumā ar oriģinālās versijas ticamības rādītājiem

Sociālo problēmu risināšana	Kronbaha alfa		Kronbaha alfa
	n=42		(oriģ.) n=1055
	pirms	<i>pēc</i>	
Pozitīva orientācija uz problēmu	0,75	0,75	0,76
Racionāla problēmu risināšana	0,92	0,92	0,92
Negatīva orientācija uz problēmu	0,91	0,91	0,91
Izvairīšanās stils	0,88	0,88	0,83
Impulsivitāte/Paviršības stils	0,76	0,81	0,88

Detalizētaku informāciju par SPSI-R pantu adaptācijas rezultātiem skat. pielikumu daļā (sk. 6. pielikumu). SPSI-R krievu versijas aptaujas skalām ticamība ir laba, jo Kronbaha alfa atrodas robežās no 0,76 līdz 0,92. Oriģinālajā pētījumā (D’Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002) rezultāti ir līdzīgi: Kronbaha alfa robežās no 0,76 līdz 0,92. SPSI-R aptaujas krievu versijas 5 skalas var izmantot turpmākajos pētījumos.

Lai atbildētu uz pētījumā izvirzīto otro papildus pētījuma jautājumu par MCMI-III krievu valodas versijas aptaujas Personības traucējumu skalas psihometrisko rādītāju atbilstību aptaujas oriģinālās versijas psihometriskajiem rādītājiem, tika analizēti: pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi, iekšējā skalu saskaņotība un atkārtotās testēšanas rādītāji. Analizējot MCMI-III aptaujas krievu versijas 14 personības traucējumu skalas, tika konstatēts, ka ne visi pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi atrodas psihometrijas zinātnē pieņemtajās robežās (sk. 7. pielikumā 1. tabulu). No MCMI-III aptaujas skalām tika izņemti 34 panti. Detalizētaku informāciju par MCMI-III-III pantu adaptācijas rezultātiem skat. pielikumu daļā (sk. 7. pielikumu). MCMI-III krievu versijas aptaujas 14 skalām ticamība ir apmierinoša (ņemot vērā, ka 34 panti tika izņemti), jo Kronbaha alfa atrodas robežās no 0,60 līdz 0,80 (sk. 6. tabulu). Oriģinālajā pētījumā (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006) rezultāti ir līdzīgi: Kronbaha alfa variē robežās no 0,66 līdz 0,89. Retesta ticamības koeficienti ir robežās no 0,43 līdz 0,90.

6. tabula. MCMI-III krievu versijas personības traucējumu 14 skalu ticamības rādītāji salīdzinājumā ar oriģinālās versijas ticamības rādītājiem

Personības traucējumi	Kronbaha alfa n=158		Kronbaha alfa (oriģ.) n=398	test- retests n=32
	pirms	pēc		
Šizoīdas personības traucējumi	0,68	0,68	0,81	0,87**
Izvairīgas personības traucējumi	0,74	0,74	0,89	0,89**
Depresīvas personības traucējumi	0,79	0,80	0,89	0,85**
Atkarīgas personības traucējumi	0,77	0,78	0,85	0,89**
Histēriskas personības traucējumi	0,72	0,73	0,81	0,88**
Narcistiskas personības traucējumi	0,54	0,60	0,67	0,83**
Antisociālas personības traucējumi	0,77	0,78	0,77	0,91**
Sadistiskas personības traucējumi	0,76	0,76	0,79	0,84**
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	0,64	0,66	0,66	0,86**
Negatīvistiskas personības traucējumi	0,74	0,74	0,83	0,91**
Mazohistiskas personības traucējumi	0,79	0,79	0,87	0,43*
Šizotipiskas personības traucējumi	0,76	0,76	0,85	0,73**
Robežstāvokļa personības traucējumi	0,79	0,79	0,85	0,87**
Paranoīdas personības traucējumi	0,74	0,74	0,84	0,85**

*p < 0,05, **p < 0,01.

Salīdzinot darba autores veiktā pilotpētījuma Kronbaha alfas ar pamatpētījuma aptaujas Kronbaha alfas koeficientus, un to retesta koeficientus ir redzams, ka iegūtie rādītāji ir nedaudz zemāki, bet pietiekami ticami, lai izmantotu aptaujas 14 skalas turpmākos pētījumos. Iespējams, šo pantu neiekļaušanu reakcijas indeksu variācijas intervālā varētu izskaidrot ar atsevišķu pantu pārāk tiešiem tulkojumiem un nepietiekamu kultūrvides specifikas ievērošanu kā arī ar mazāku respondentu grupu, kas ierobežo atbilžu variāciju. Latvijas kultūrvidē šos pantus vajadzētu koriģēt, ņemot vērā to, ka katrs pants attiecas uz dažādam skalām. No iepriekš minētiem pantiem tikai dažiem tiek piedāvāti jaunākie tulkojuma varianti 7. pielikumā (sk. 2. tabulu), jo pastāv pantu publicēšana ierobežojumi publicēšanai saskaņā ar MCMI-III testa (Pearson Education) izdevniecības organizācijas noteikumiem par MCMI-III testa tulkošanu un adaptāciju.

Pantu diskriminācijas indeksi (aprēķināts kā panta un koriģētas summas korelācija) variē no - 0,04 līdz 0,67. Ņemot vērā diskriminācijas indeksa optimālās robežas no 0,20 līdz 0,80 redzams, ka norādītajā intervālā neiekļaujas 30 panti, kas liecina par šo pantu problemātisku saturu (167, 47, 80, 82, 48, 127, 174, 85, 93, 159, 88, 40, 69, 86, 94, 99, 141, 169, 172, 28, 49, 96, 97, 114, 139, 171). No pantu analīzes viedokļa apmēram 57 pantus vēlams vai nu pārveidot, vai daļu no tiem izņemt no aptaujas atsevišķām skalām.

Analizējot aptaujas 14 personības traucējumu skalu iekšējo saskaņotību (sk. 6. tabulu), skalu līmenī ir iegūti apmierinoši Kronbaha alfas rādītāji (robežās no 0,54 līdz 0,79).

Tātad, iespējams vairāku daļa papildkritēriju un papildkritēriju apgriesti panti nepietiekami raksturo attiecīgā traucējuma būtību mūsu kultūrvidē vai arī tiek pārāk tieši tulkoti, kas parādās rezultātos, līdz ar to vēlams turpmāk šos pantus koriģēt. Kopumā no aptaujas skalām tika noņemti 34 panti, kas rezultātā dažās skalās paaugstināja Kronbaha alfas koeficientu. Analizējot MCMI-III aptaujas krievu versijas 14 skalas pēc korekcijas, tika konstatēts, ka pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi atrodas psihometrijas zinātnes pieņemtajās robežās. Oriģinālajā pētījumā (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006) Kronbaha alfas ir robežās no 0,66 līdz 0,89. Analizējot retesta ticamības koeficientus, redzams, ka korelācijas koeficienti ir robežās no 0,43 līdz 0,90. Salīdzinot darba autores veiktā pilotpētījuma Kronbaha alfas ar empīriskās aptaujas Kronbaha alfas koeficientiem, un testa-retesta koeficientus ir redzams, ka iegūtie rādītāji ir nedaudz zemāki, bet pietiekami ticami, lai izmantotu aptaujas 14 skalas tālākajā longitudinālajā pētījumā.

Lai pārbaudītu pētījuma trešo papildus jautājumu par t,o vai apstiprinās klīniskā validitāte MCMI-III krievu versijas aptaujas personības traucējumu skalām no narkotikām atkarīgo cilvēku grupā, tika salīdzināti grupu vidējie rādītāji katra dzimuma grupas ietvaros, pielietojot vienkāršu dispersijas analīze (ANOVA).

7. tabula. Personības traucējumu 14 skalu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji klīniskai grupai (no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem) un kontrolgrupai

Personības traucējumi	Klīniskā grupa		Studentu grupa	F	Klīniskā grupa		Studentu grupa	F
	sievietes n=24	sievietes n=25			vīrieši n=87	vīrieši n=22		
	M (SD)	M (SD)			M (SD)	M (SD)		
Šizoīdas PT*	7,71 (4,61)	3,68 (2,56)	14,49**		8,63 (4,48)	5,77 (4,05)	7,40*	
Izvairīgas PT	8,04 (6,05)	3,20 (2,55)	13,53**		6,95 (4,70)	2,40 (2,63)	16,98**	
Depresīvas PT	8,20 (5,36)	2,72 (3,19)	19,11**		7,63 (5,05)	1,27 (2,11)	33,20**	
Atkarīgas PT	10,58 (6,11)	3,72 (3,28)	24,23**		7,61 (4,77)	2,45 (3,21)	22,92**	
Histēriskas PT	14,17 (4,78)	14,12(4,20)	0,00		12,57 (5,09)	14,00 (4,99)	1,38	
Narcistiskas PT	5,79 (3,55)	4,48 (3,34)	1,77		5,60 (3,25)	5,31 (3,10)	0,14	
Antisociālas PT	15,20 (5,20)	6,48 (4,40)	40,29**		14,29 (4,27)	7,36 (5,37)	41,34**	
Sadistiskas PT	14,83 (5,56)	8,32 (4,46)	20,46**		13,55 (4,65)	6,32 (4,39)	43,30**	
Obsesīvi kompulsīvas PT	7,25 (3,61)	9,56 (4,62)	3,77		9,12 (3,78)	12,73 (3,87)	15,78*	
Negatīvistiskas PT	13,12 (5,69)	8,00 (4,95)	11,31*		11,56 (5,29)	5,77 (4,60)	22,03**	
Mazohistiskas PT	8,54 (5,73)	2,56 (2,86)	21,63**		7,89 (4,73)	1,91 (2,41)	32,89**	
Šizotipiskas PT	8,16 (5,38)	3,00 (3,45)	16,11**		7,70 (5,45)	3,18 (3,00)	13,95**	
Robežstāvokļa PT	13,37 (5,58)	4,52 (4,63)	36,63**		10,80 (4,73)	3,31 (3,92)	46,75**	
Paranoīdas PT	9,87 (5,65)	4,56 (3,89)	14,77**		8,94 (5,06)	5,13 (3,73)	10,91**	

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. Mērījumu atšifrējums: *PT= personības traucējumi.

Rezultāti (sk. 7. tabulu) parāda, ka pārsvarā visās personības traucējumu skalās ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem un kontrolgrupas studentiem. Vīriešu grupā ir atšķirības šādās skalās: Šizoīdas, Izvairīgas, Depresīvas, Atkarīgas, Antisociālas, Sadistiskas, Obsesīvi kompulsīvas, Negatīvistiskas, Mazohistiskas, Šizotipiskas, Robežstāvokļu un Paranoīdas personības traucējumu skalas ($p > 0,05$). Visu šo personības traucējumu skalu vidējie rādītāji ir būtiski augstāki no narkotikām atkarīgiem vīriešiem, salīdzinot ar kontrolgrupas vīriešu dzimuma respondentiem, izņemot Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu skalā, kur vidējie rādītāji ir būtiski augstāki studentiem. Arī sieviešu grupās visās personības traucējumu skalās ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem un kontrolgrupas studentēm šādās skalās: Šizoīdas, Izvairīgas, Depresīvas,

Atkarīgas, Antisociālas, Sadistiskas, Negatīvistiskas, Mazohistiskas, Šizotipiskas, Robežstāvokļa un Paranoīdas personības traucējumu skalas ($p > 0,05$). Visu šo personības traucējumu skalas vidējie rādītāji ir būtiski augstāki no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, salīdzinot ar studentiem no kontrolgrupas. Turpmāk ieteicams veikt atkārtotu MCMI-III aptaujas adaptāciju plašāka spektra traucējumu klīniskai grupai.

3.2. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumu izmaiņas rehabilitācijas procesā

Lai pārbaudītu pirmo izvirzīto pētījuma hipotēzi par to, ka no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri nepiesakās rehabilitācijas procesam ir augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem, kuri piesakās šim procesam, tika salīdzināti grupu vidējie rādītāji ar t-Stjūdentu kritēriju.

8. tabula. Personības traucējumu 14 skalu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji no narkotikām atkarīgo pacientu grupās, kuri piesakās un nepiesakās rehabilitācijas procesam

Personības traucējumi	Pacienti, kuri piesakās rehabilitācijai n=58		Pacienti, kuri nepiesakās rehabilitācijai n=53		t-Stjūdentu kritērijs
	M	(SD)	M	(SD)	
	Šizoīdas personības traucējumi	7,93	(4,73)	8,98	
Izvairīgas personības traucējumi	7,22	(5,53)	7,15	(4,41)	0,07
Depresīvas personības traucējumi	7,12	(5,16)	8,45	(4,98)	-1,38
Atkarīgas personības traucējumi	8,08	(5,62)	8,43	(4,76)	-0,35
Histēriskas personības traucējumi	12,96	(5,55)	12,86	(4,47)	0,06
Narcistiskas personības traucējumi	5,55	(2,94)	5,75	(3,68)	-0,10
Antisociālas personības traucējumi	14,31	(4,52)	14,67	(4,46)	-0,32
Sadistiskas personības traucējumi	12,96	(4,74)	14,77	(4,87)	-1,97*
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	8,74	(3,74)	8,69	(3,90)	-0,05
Negatīvistiskas personības traucējumi	10,52	(5,53)	13,42	(4,85)	-2,92**
Mazohistiskas personības traucējumi	7,59	(4,68)	8,53	(5,21)	-1,00
Šizotipiskas personības traucējumi	7,88	(5,19)	7,72	(5,70)	0,15
Robežstāvokļa personības traucējumi	11,06	(4,86)	11,67	(5,19)	-0,63
Paranoīdas personības traucējumi	7,91	(4,91)	10,49	(5,37)	-2,69**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Aplūkojot rezultātus (sk. 8. tabulu), tika konstatēts, ka dažās 1. mērījuma personības traucējumu skalās ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp tiem, kuri piesakās un nepiesakās rehabilitācijai - tās ir Sadistiskas ($t(2,109) = -1,97, p < 0,05$), Negatīvistiskas ($t(2,109) = -2,92, p < 0,01$) un Paranoīdas ($t(2,109) = -2,69, p < 0,01$) personības traucējumu skalas. Tas nozīmē, ka no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri pēc savas vēlēšanās piesakās rehabilitācijas programmā, ir būtiski zemāki sadistiskie, negativistiskie un paranoīdie personības traucējumu rādītāji, nekā no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri nepiesakās šim procesam.

9. tabula. Personības traucējumu 14 skalu salīdzinājums rehabilitācijas grupā palikušajiem un rehabilitāciju priekšlaicīgi pārtraukušiem pacientiem pēc 1. mērījuma

Personības traucējumi	1. mērījums		1. mērījums		t-Stjudenta kritērijs
	n=31 (palika)		n=27 (aizgāja)		
	M	(SD)	M	(SD)	
Šizoīdas personības traucējumi	8,16	(4,92)	7,66	(4,59)	0,39
Izvairīgas personības traucējumi	7,74	(5,88)	6,62	(5,16)	0,76
Depresīvas personības traucējumi	7,58	(5,16)	6,59	(5,22)	0,72
Atkarīgas personības traucējumi	9,51	(5,64)	6,44	(5,22)	-2,14*
Histēriskas personības traucējumi	11,96	(5,62)	14,11	(5,35)	1,48
Narcistiskas personības traucējumi	5,64	(2,86)	5,44	(3,08)	-0,25
Antisociālas personības traucējumi	14,58	(4,29)	14,00	(4,84)	-0,48
Sadistiskas personības traucējumi	14,03	(4,29)	11,74	(5,01)	1,87
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	8,12	(3,65)	9,44	(3,80)	1,34
Negatīvistiskas personības traucējumi	11,06	(4,71)	9,89	(6,38)	-0,80
Mazohistiskas personības traucējumi	7,68	(4,56)	7,48	(4,91)	-0,15
Šizotipiskas personības traucējumi	8,03	(5,22)	7,70	(5,24)	-0,23
Robežstāvokļa personības traucējumi	11,32	(5,06)	10,77	(4,72)	-0,42
Paranoīdas personības traucējumi	8,12	(4,78)	7,66	(4,72)	-0,36

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Lai pārbaudītu otro izvirzīto pētījuma hipotēzi, ka no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu tiek novēroti augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuri iziet rehabilitācijas programmu līdz beigām, tika salīdzināti grupu vidējie rādītāji ar t-Stjudenta kritēriju. Aplūkojot rezultātus (sk. 9. tabulu) tika konstatēts, ka starp šīm grupām ir statistiski nozīmīgas atšķirības tikai Atkarīgas personības traucējumu skalā ($t(2,56) = -2,14, p < 0,05$). Tas nozīmē, ka no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri priekšlaicīgi pārtraukuši no rehabilitācijas programmu Atkarīgas personības

traucējumu vidējie rādītāji ir zemāki, nekā tiem pacientiem, kuri izgāja rehabilitācijas procesu līdz galam.

Lai pārbaudītu trešo izvirzīto pētījuma hipotēzi, ka pēc piedalīšanās rehabilitācijas programmā personības traucējumu rādītāji no narkotikām atkarīgajiem pieaugušajiem cilvēkiem samazinās un šādas rādītāju izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā (no narkotikām atkarīgie pieaugušie cilvēki, kuri neiziet rehabilitācijas procesu), vispirms tika veikta jauktā dizaina dispersiju analīze.

Bet, lai noskaidrotu kādas personības traucējumu rādītāju izmaiņas no 1. līdz 4. fāzei notikušas katras grupas ietvaros, tika veikta vienkārša dispersijas analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni testu. Visas šīs secinošās statistiskas metodes tika veiktas katra personības traucējuma (PT) skalai atsevišķi.

Veicot jauktā dizaina dispersiju analīzi katrai MCMI-III Personības traucējumu skalai (sk. 10., 11., un 12. tabulu), tika iegūti rezultāti attiecībā uz katru personības traucējumu skalu. Pēc jauktā tipa dizaina dispersiju analīzes rezultātiem (sk. 11. tabulā), tika konstatēts, ka 12 mēnešu laikā notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā, statistiski nozīmīgas atšķirības starp grupām un statistiski nozīmīga laika faktora un grupas mijiedarbība 3 no 14 personības traucējumu skalās (sk. 3. attēlā): Negatīvistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=5,06$, $p<0,01$), Mazohistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=7,14$, $p<0,01$) un Paranoīdas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=4,56$, $p<0,01$). Tika konstatēts, ka šajās skalās ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu: Negatīvistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=14,10$, $p<0,01$), Mazohistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=5,34$, $p<0,05$), un Paranoīdas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=14,38$, $p<0,01$). Faktora laiks un grupu mijiedarbība parādīja, ka šajās skalās izmaiņas laikā statistiski nozīmīgi atšķiras rehabilitācijas un kontrolgrupā: Negatīvistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=3,20$, $p<0,05$), Mazohistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=3,66$, $p<0,05$), un Paranoīdas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=7,54$, $p<0,01$). Tas nozīmē, ka Negatīvistiskas, Mazohistiskas un Paranoīdas personības traucējumu skalās izmaiņas laikā ir atšķirīgas starp rehabilitācijas un kontrolgrupu, t.i., vidējo vērtību izmaiņas laikā notikušas pretējos virzienos – rehabilitācijas grupai vidējie rādītāji samazinājās, bet kontrolgrupai parādās dažāda izmaiņu struktūra (t.i., Negatīvistiskas personības traucējumu skalā starp mērījumiem notiek minimālas izmaiņas, Mazohistiskas un Paranoīdas personības traucējumu skalās pirmajā pusgadā nedaudz samazinās, bet otrajā pusgadā rādītāji pieaug).

10. tabula. Rehabilitācijas grupas pacientu personības traucējumu 14 skalu 1. 2. un 3. mērījumu aprakstošās un secinošās statistiskas (ANOVA atkārtotiem mērījumiem) rādītāji

Personības traucējumi	Pacienti, kuri piedalījās pirmos 2 mērījumos						Pacienti, kuri piedalījās visos 3 mērījumos						F
	1. mērījums ^a n=58		1. mērījums ^b n=47		2. mērījums ^c n=47		1. mērījums ^d n=31		2. mērījums ^d n=31		3. mērījums ^d n=31		
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
Šizoīdas personības traucējumi	7,93	(4,73)	7,74	(4,86)	6,42	(3,96)	8,16	(4,92)	6,87	(4,30)	5,03	(3,94)	9,16**
Izvairīgas personības traucējumi	7,22	(5,53)	7,23	(5,65)	5,70	(4,74)	7,74	(5,88)	6,00	(5,12)	5,03	(5,33)	5,79**
Depresīvas personības traucējumi	7,12	(5,16)	6,97	(5,04)	5,61	(4,99)	7,58	(5,16)	5,80	(5,57)	6,12	(4,89)	3,75*
Atkarīgas personības traucējumi	8,08	(5,62)	8,53	(5,67)	7,02	(4,70)	9,51	(5,64)	7,29	(4,83)	5,87	(3,97)	6,27**
Histēriskas personības traucējumi	12,96	(5,55)	13,48	(5,67)	13,36	(5,23)	11,96	(5,62)	12,22	(5,25)	12,51	(5,25)	0,30
Narcistiskas personības traucējumi	5,55	(2,94)	5,91	(2,91)	5,46	(2,92)	5,64	(2,86)	4,96	(2,75)	4,93	(2,82)	1,43
Antisociālas personības traucējumi	14,31	(4,52)	14,23	(4,56)	13,63	(5,20)	14,58	(4,29)	13,83	(5,14)	10,58	(3,68)	12,43**
Sadistiskas personības traucējumi	12,96	(4,74)	13,36	(4,69)	12,10	(4,07)	14,03	(4,29)	12,25	(3,57)	10,80	(3,97)	7,73**
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	8,74	(3,75)	8,82	(3,90)	9,25	(3,79)	8,12	(3,65)	8,70	(3,90)	9,54	(2,95)	1,77
Negatīvistiskas personības traucējumi	10,52	(5,53)	10,68	(5,14)	9,60	(5,17)	11,06	(4,72)	9,65	(5,07)	7,84	(4,58)	6,44**
Mazohistiskas personības traucējumi	7,59	(4,68)	7,34	(4,73)	5,94	(3,61)	7,68	(4,56)	6,23	(3,64)	5,16	(4,08)	6,56**
Šizotipiskas personības traucējumi	7,88	(5,19)	8,00	(5,32)	5,45	(4,65)	8,03	(5,22)	5,45	(5,00)	4,74	(4,33)	9,73**
Robežstāvokļa personības traucējumi	11,06	(4,87)	11,17	(5,07)	9,34	(4,94)	11,32	(5,05)	9,22	(5,15)	8,25	(4,26)	6,29**
Paranoīdas personības traucējumi	7,91	(4,71)	8,34	(4,61)	6,87	(3,77)	8,12	(4,78)	6,41	(3,64)	5,16	(3,17)	8,12**

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. Mērījumu atšifrējums: ^a = visas rehabilitācijās grupas pacienti 1. mērījums; ^b = to rehabilitācijās grupas pacientu 1. mērījums, kuri palikuši 2. mērījumā un ^c = šīs grupas 2. mērījums.; ^d = visu to rehabilitācijās grupas pacientu mērījumi, kuri palika rehabilitācijā līdz 3. mērījumam.

11. tabula. Kontrolgrupas personības traucējumu 14 skalu 1. 2. un 3. mērījumu aprakstošās un secinošās statistiskas (ANOVA atkārtotiem mērījumiem) rādītāji

Personības traucējumi	Respondenti, kuri piedalījās pirmos 2 mērījumos				Respondenti, kuri piedalījās visos 3 mērījumos						
	1. mērījums ^e n=53		2. mērījums ^f n=48		1. mērījums ^g n=27		2. mērījums ^g n=27		3. mērījums ^g n=27		F
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
Šizoīdas personības traucējumi	8,98	(4,22)	9,39	(4,68)	8,40	(3,81)	8,77	(4,37)	9,18	(4,38)	0,04
Izvairīgas personības traucējumi	7,15	(4,41)	7,91	(5,03)	7,77	(4,40)	8,14	(4,58)	9,74	(5,43)	2,61
Depresīvas personības traucējumi	8,45	(4,98)	8,66	(5,26)	9,25	(5,14)	8,51	(4,27)	9,33	(4,95)	1,03
Atkarīgas personības traucējumi	8,43	(4,76)	8,85	(5,33)	9,11	(5,23)	8,81	(4,81)	9,14	(5,01)	0,20
Histēriskas personības traucējumi	12,86	(4,47)	12,93	(4,59)	12,44	(4,82)	13,03	(4,21)	12,51	(4,67)	0,47
Narcistiskas personības traucējumi	5,75	(3,68)	5,50	(3,70)	5,55	(3,17)	5,92	(3,11)	4,96	(2,87)	1,76
Antisociālas personības traucējumi	14,67	(4,46)	14,54	(4,73)	14,22	(3,96)	13,37	(4,69)	14,55	(4,26)	1,02
Sadistiskas personības traucējumi	14,77	(4,87)	14,45	(5,11)	14,96	(4,07)	14,29	(4,95)	14,11	(4,26)	0,66
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	8,69	(3,90)	8,68	(4,07)	8,77	(3,59)	9,85	(3,31)	9,33	(3,29)	1,11
Negatīvistiskas personības traucējumi	13,42	(4,85)	14,23	(5,56)	13,67	(4,32)	13,52	(4,40)	13,30	(4,63)	0,16
Mazohistiskas personības traucējumi	8,53	(5,21)	8,60	(4,88)	9,44	(5,34)	8,22	(4,68)	9,11	(5,18)	4,41*
Šizotipiskas personības traucējumi	7,72	(5,70)	8,06	(6,04)	7,89	(6,14)	7,48	(5,72)	8,22	(5,06)	0,43
Robežstāvokļa personības traucējumi	11,67	(5,19)	12,39	(5,18)	11,74	(4,94)	11,11	(5,16)	12,00	(5,16)	0,52
Paranoīdas personības traucējumi	10,49	(5,37)	9,70	(5,16)	10,48	(4,87)	9,48	(4,56)	10,81	(3,90)	3,36

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. Mērījumu atšifrējums: ^e = visas kontrolgrupas respondenti 1. mērījums; ^f = to kontrolgrupas respondentu 2. mērījums, kuri piedalījušies 2. mērījumā, ^g = visu to kontrolgrupas respondentu mērījumi, kuri palika pētījumā līdz 3. mērījuma.

12. tabula. Personības traucējumu 14 skalu jaukta dizaina dispersijas analīzes ar 3 atkārtotiem mērījumiem rezultāti rehabilitācijas un kontrolgrupai

Personības traucējumi	F izmaiņas laikā	F starpgrupu	F laiks×grupa
Šizoīdas personības traucējumi	2,65	4,53*	7,18**
Izvairīgas personības traucējumi	1,19	3,53	7,63**
Depresīvas personības traucējumi	9,99*	4,33*	1,62
Atkarīgas personības traucējumi	4,17*	1,65	3,96*
Histēriskas personības traucējumi	0,43	0,13	0,29
Narcistiskas personības traucējumi	1,74	0,20	1,42
Antisociālas personības traucējumi	4,94**	1,22	9,68**
Sadistiskas personības traucējumi	6,36**	5,41*	2,04
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	2,37	0,53	1,00
Negatīvistiskas personības traucējumi	5,06**	14,10**	3,20*
Mazohistiskas personības traucējumi	7,14**	5,34*	3,66*
Šizotipiskas personības traucējumi	4,98**	2,08	6,01**
Robežstāvokļa personības traucējumi	3,05	3,42	3,28*
Paranoīdas personības traucējumi	4,56**	14,38**	7,54**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Piezīme. $F(2,56)$.

Savukārt Depresīvas un Sadistiskas personības traucējumu skalas jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes ietvaros netika konstatētas statistiski nozīmīga šī faktora laika un grupu mijiedarbība ($p > 0,05$), tomēr tika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā Depresīvas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=9,99$, $p < 0,05$) un Sadistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=6,36$, $p < 0,01$) un ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu Depresīvas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=4,33$, $p < 0,05$) un Sadistiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=5,41$, $p < 0,05$). Tas nozīmē, ka Depresīvas un Sadistiskas personības traucējumu skalas vidējie rādītāji ir augstāki kontrolgrupai, salīdzinot ar pacientu grupu un 12 mēnešu rehabilitācijas procesā pacientiem tie samazinājās.

Netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu Atkarīgas, Antisociālas un Šizotipiskas personības traucējumu skalās, ($p > 0,05$), tomēr tika konstatēts, ka šajās skalās ir statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā – Atkarīgas

personības traucējumu skalā ($F(2,56)=4,17, p<0,05$), Antisociālas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=4,94, p<0,01$) un Šizotipiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=4,98, p<0,01$), un statistiski nozīmīga laika faktora un grupu mijiedarbība - Atkarīgas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=3,96, p<0,05$), Antisociālas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=9,68, p<0,01$) un Šizotipiskas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=6,01, p<0,01$). Tas nozīmē, ka Atkarīgas, Antisociālas un Šizotipiskas personības traucējumu skalās izmaiņas laikā notikušas pretējos virzienos – rehabilitācijas grupai vidējie rādītāji samazinājās, bet kontrolgrupai pirmajā pusgadā laikā šo personības traucējumu vidējie rādītāji nedaudz samazinās, bet otrajā pusgadā laikā pieaug.

Netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā Šizoīdas personības traucējumu skalā $p>0,05$, tomēr ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu ($F(2,56)=4,53, p<0,05$) un ir statistiski nozīmīga laika faktora un grupu mijiedarbība ($F(2,56)=7,18, p<0,01$). Tas nozīmē, ka Šizoīdas personības traucējumu vidējie rādītāji ir augstāki kontrolgrupā, nekā pacientu grupā un 12 mēnešu laika tiem ir tendence rehabilitācijas grupas pacientiem – samazināties, bet kontrolgrupai – pieaugt.

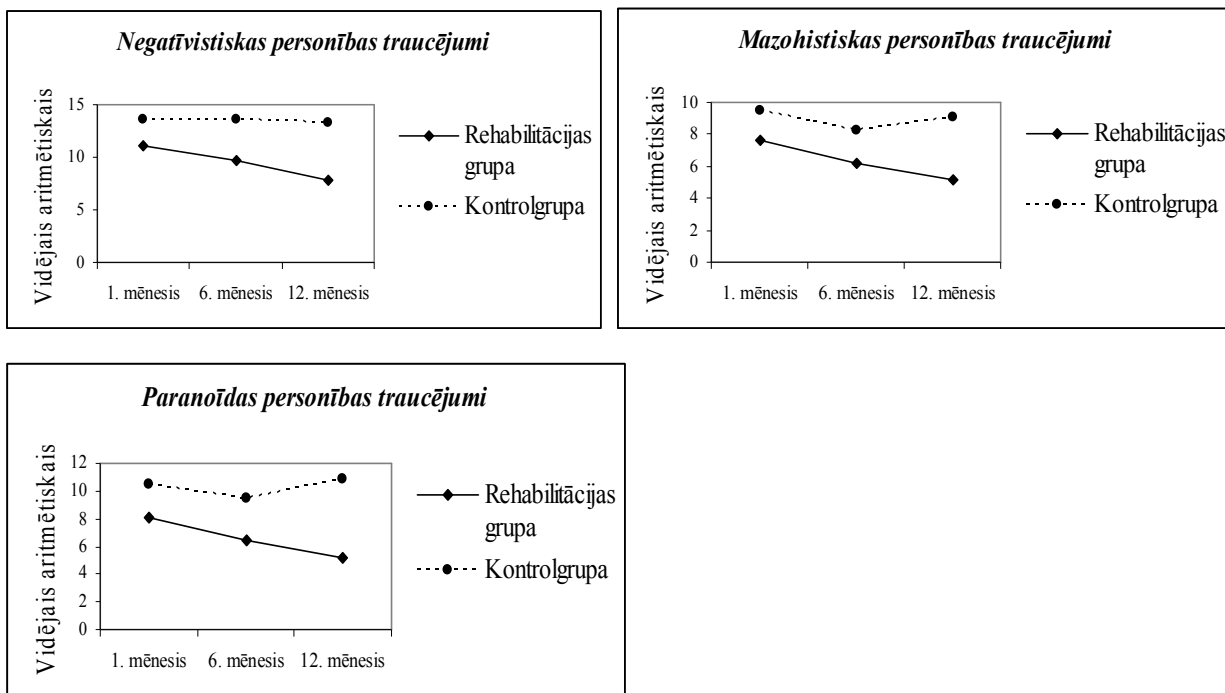
Tika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīga laika faktora un grupu mijiedarbība Izvairīgas personības traucējumu skalā ($F(2,56)=7,63, p<0,01$) un Robežstāvokļa personības traucējumu skalā ($F(2,56)=3,28, p<0,05$). Tas nozīmē, ka Izvairīgas un Robežstāvokļa personības traucējumu vidējiem rādītājiem ir tendence 12 mēnešu laikā pacientiem samazināties, savukārt kontrolgrupai parādās dažāda izmaiņu struktūra (t.i., Izvairīgas personības traucējumu skalā pieaug, bet Robežstāvokļa personības traucējumu skalā pirmajā pusgadā nedaudz samazinās, bet otrajā pusgadā rādītāji pieaug). Bet novērotās tendences neliecina par rehabilitācijas programmas efektivitāti, jo statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā un atšķirības starp grupām netika konstatētas. Netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā Histēriskas, Narcistiskas un Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu skalās pēc visiem F kritērijiem ($p>0,05$).

Turpmāk detalizētāk analizēsim Negatīvistiskas, Mazohistiskas un Paranoīdas personības traucējumu skalu izmaiņas laikā, grupu atšķirības un grupu un laika faktora mijiedarbību, un pēc tam šādu analīzi veiksīm attiecībā pret pārējām personības traucējumu skalām.

Veicot atkārtoto mērījumu dispersijas analīzi katrai grupai atsevišķi (rehabilitācijas un kontrolgrupā), tika noskaidrots (sk. 10. tabulu), ka no 1. līdz 4. fāzei rehabilitācijas grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas: Negatīvistiskas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=6,44, p<0,01$), Mazohistiskas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=6,56, p<0,01$), un Paranoīdas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=8,12, p<0,01$).

Tomēr kontrolgrupas respondentiem (sk. 11. tabulu) ir statistiski nozīmīgas izmaiņas tikai Mazohistiskas personības traucējumi skalā ($F(1,26)=4,41, p<0,05$). Tas nozīmē, ka

rehabilitācijās grupas pacientiem 12 mēnešu rehabilitācijas procesā Negatīvistiskas, Mazohistiskas un Paranoīdas personības traucējumu skalās rādītāji kopumā būtiski samazinās, un šajā laikā arī kontrolgrupas respondentiem Mazohistiskas skalās rādītāji būtiski samazinās. Negatīvistiskas, Mazohistiskas un Paranoīdas personības traucējumi skalu vidējo vērtību samazinājums rehabilitācijas grupā bija statistiski nozīmīgi lielāks par izmaiņām kontrolgrupā.



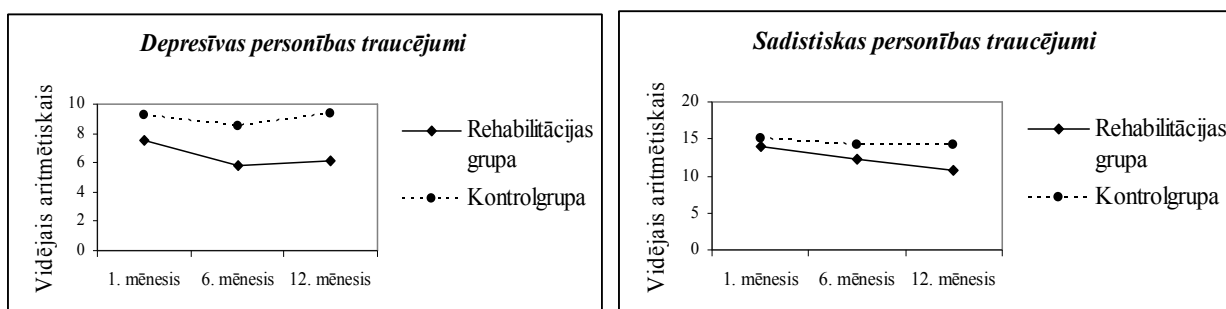
2. attēls. MCMI-III Negatīvistiskas, mazohistiskas un paranoīdas personības traucējumu skalu vidējie rādītāji rehabilitācijas un kontrolgrupā jaukta dizaina dispersiju analīzē

Rehabilitācijas grupā pēc Bonferoni testa (sk. 13. tabulu) tika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu vidējām rādītājiem Mazohistiskas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests (1,30) = 1,45, $p < 0,01$) un Paranoīdas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests (1,30) = 1,71, $p < 0,05$) un netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 2. un 3. mērījumu šajās skalās ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā vidēji Mazohistiskas un Paranoīdas skalās traucējumi 1. mērījuma ir augstāki nekā 2. mērījumā, bet 2. mērījuma traucējumi ir līdzīgi 3. mērījumam. Netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu un 2. un 3. mērījumu Negatīvistiskas personības traucējumu skalā ($p > 0,05$).

Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa (sk. 14. tabulu) tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu Mazohistiskas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests (1,26) = 1,22, $p < 0,05$) un starp 2. un 3. mērījumu (Bonferoni tests (1,26) = -0,88, $p < 0,05$).

Kontrolgrupas Mazohistiskas personības traucējumu skalas 1. mērījuma vidējie rādītāji ir augstāki par 2. mērījuma, bet 2. mērījuma rādītāji ir zemāki par 3. mērījumu.

Pēc jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes rezultātiem (sk. 12. tabulu) Depresīvas un Sadistiskas personības traucējumu skalās ir notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā ($p < 0,05$) kā arī ir konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu ($p < 0,05$) (sk. 3. attēlā).



3. attēls. MCMI-III Depresīvas un sadistiskas personības traucējumu skalu vidējie rādītāji rehabilitācijas un kontrolgrupā jaukta dizaina dispersiju analīzē

No 1. līdz 4. fāzei (sk. 10. tabulu) rehabilitācijas grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas Depresīvas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=3,75$, $p < 0,05$) un Sadistiskas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=7,73$, $p < 0,01$). Tomēr kontrolgrupas respondentiem netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas šajās skalās ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupas pacientiem 12 mēnešu rehabilitācijas procesā Depresīvas un Sadistiskas personības traucējumu skalas vidējie rādītāji kopumā nozīmīgi samazinās, savukārt kontrolgrupas respondentiem šīs skalas vidējie rādītāji nemainās. Šie samazinājumi rehabilitācijas grupā bija statistiski nozīmīgi lielāki nekā izmaiņas kontrolgrupā.

Rehabilitācijas grupā pēc Bonferoni testa (sk. 13. tabulu) starp 1. un 2. mērījumu Depresīvas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests $(1,30) = 1,77$, $p < 0,05$) vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi atšķirīgi, bet ne starp 2. un 3. mērījumu. Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā Depresīvas personības traucējumu skalā vidējie rādītāji 1. mērījumā ir augstāki nekā 2. mērījumā. Netika konstatētas, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu, kā arī starp 2. un 3. mērījumu Sadistiskas personības traucējumu skalā ($p > 0,05$). Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa starp 1. un 2. mērījumu un starp 2. un 3. mērījumu Depresīvas un Sadistiskas personības traucējumu skalās netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības vidējiem rādītājiem ($p > 0,05$).

Pēc jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes rezultātiem (sk. 12. tabulu) Atkarīgas, Antisociālas un Šizotipiskas personības traucējumu skalās ir notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā ($p < 0,05$) un ir statistiski nozīmīga grupu un laika faktora mijiedarbība ($p < 0,05$). (sk. 4. attēlā). Tas nozīmē, ka šajās skalās izmaiņas laikā ir būtiskas un tās notikušas pretējā virzienā, t.i., rehabilitācijas grupai šajās skalās vidējie rādītāji samazinājās, bet kontrolgrupai – pieauga.

13. tabula. Personības traucējumi (PT) 14 skalu Bonferroni tests jaukta dizaina dispersiju analīzei ar 3 atkārtotiem mērījumiem rehabilitācijas grupai

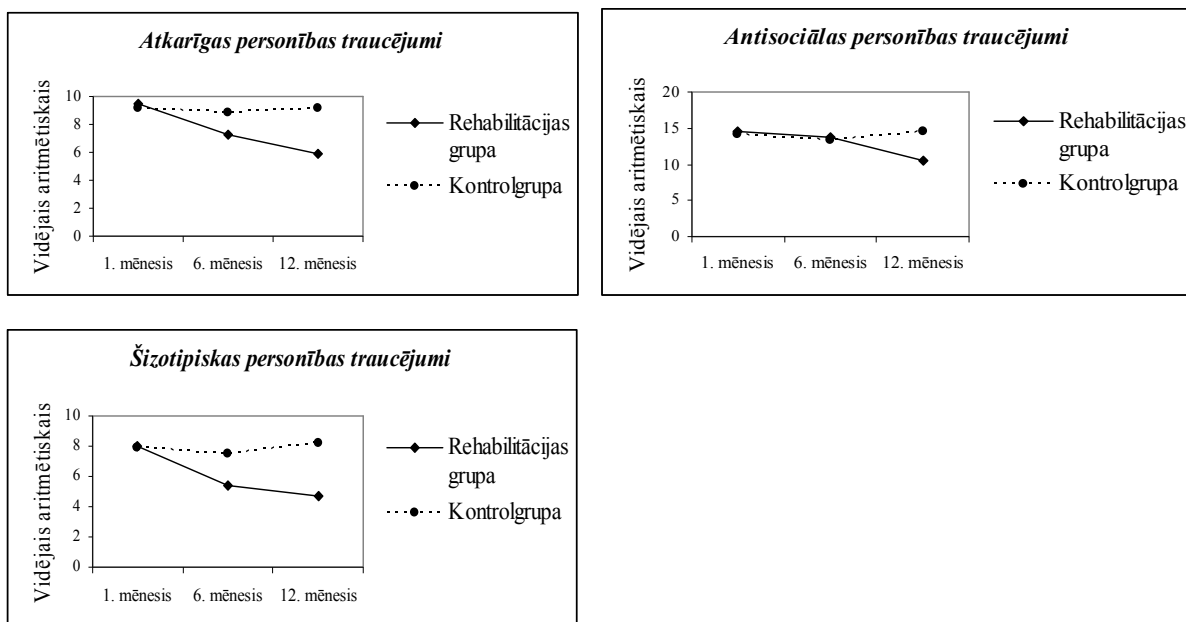
Personības traucējumi	Bonferoni tests ^a	Bonferoni tests ^b
Šizoīdas personības traucējumi	1,29	1,83*
Izvairīgas personības traucējumi	1,74*	0,96
Depresīvas personības traucējumi	1,77*	-0,32
Atkarīgas personības traucējumi	2,22*	1,41
Histēriskas personības traucējumi	-0,25	-0,29
Narcistiskas personības traucējumi	0,67	0,03
Antisociālas personības traucējumi	0,74	3,25**
Sadistiskas personības traucējumi	1,77	1,45
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	-0,58	-0,83
Negatīvistiskas personības traucējumi	1,41	1,80
Mazohistiskas personības traucējumi	1,45**	1,06
Šizotipiskas personības traucējumi	2,58**	0,71
Robežstāvokļa personības traucējumi	2,09*	1,71*
Paranoīdas personības traucējumi	0,96	1,25

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Piezīme. Bonferroni tests^a - 1. un 2. mērījuma salīdzināšanas, Bonferroni tests^b - 2. un 3. mērījuma salīdzināšanas, $F(1,30)$.

No 1. līdz 4. fāzei (sk. 10. tabulu), rehabilitācijas grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas: Atkarīgas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=6,27$, $p < 0,01$), Antisociālas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=12,43$, $p < 0,01$) un Šizotipiskas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=9,73$, $p < 0,01$). Tomēr kontrolgrupas respondentiem šajās skalās (sk. 9. tabulu) netika notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupas

pacienti 12 mēnešu rehabilitācijas procesā šajās skalās vidējie rādītāji nozīmīgi samazinās, savukārt kontrolgrupas respondentiem šīs skalas vidējie rādītāji nemainās.



4. attēls. MCMI-III Atkarīgas, antisociālas un šizotipiskas personības traucējumu skalu vidējie rādītāji rehabilitācijas un kontrolgrupā jaukta dizaina dispersiju analīzē

Rehabilitācijas grupā pēc Bonferoni testa (sk. 12. tabulu) starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Atkarīgas, Antisociālas un Šizotipiskas personības traucējumu skalās tika konstatētas, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu vidējiem rādītājiem Atkarīgas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests (1,30) = 2,22, $p < 0,05$) un Šizotipiskas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests (1,30) = 2,58, $p < 0,01$), tāpat tika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 2. un 3. mērījumu vidējiem rādītājiem Antisociālas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests (1,30) = 3,25, $p < 0,01$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā vidējie rādītāji Atkarīgas un Šizotipiskas personības traucējumu skalās 1. mērījuma ir augstāki nekā 2. mērījumā, bet vidējie rādītāji Antisociālas personības traucējumu skalā 2. mērījumā ir augstāki nekā 3. mērījumā. Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa (sk. 14. tabulu) starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Atkarīgas, Antisociālas un Šizotipiskas personības traucējumu skalās netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības vidējiem rādītājiem ($p > 0,05$).

Pēc jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes rezultātiem (sk. 12. tabulu) Šizoīdas personības traucējumu skalā ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu ($p < 0,05$) un ir statistiski nozīmīga grupu un laika faktora mijiedarbība ($p < 0,05$) (sk. 5. attēlā).

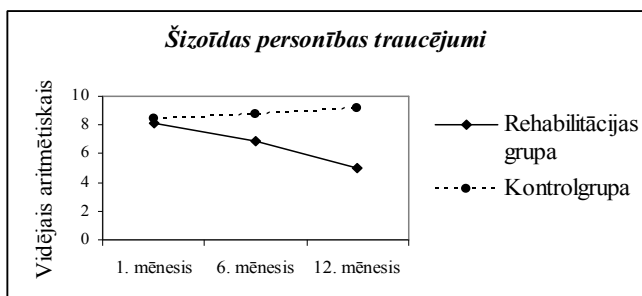
14. tabula. Personības traucējumi (PT) 14 skalu Bonferroni tests jaukta dizaina dispersiju analīzei ar 3 atkārtotiem mērījumiem kontrolgrupai

Personības traucējumi	Bonferoni tests ^a	Bonferoni tests ^b
Šizoīdas personības traucējumi	-0,37	-0,40
Izvairīgas personības traucējumi	-0,37	-1,59
Depresīvas personības traucējumi	0,74	-0,81
Atkarīgas personības traucējumi	0,29	-0,33
Histēriskas personības traucējumi	-0,59	0,51
Narcistiskas personības traucējumi	-0,37	0,96
Antisociālas personības traucējumi	0,85	-1,18
Sadistiskas personības traucējumi	0,66	0,18
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	-1,07	0,51
Negatīvistiskas personības traucējumi	0,14	0,22
Mazohistiskas personības traucējumi	1,22*	-0,88*
Šizotipiskas personības traucējumi	0,40	-0,74
Robežstāvokļa personības traucējumi	0,63	-0,88
Paranoīdas personības traucējumi	1,00	-1,33

*p < 0,05, **p < 0,01.

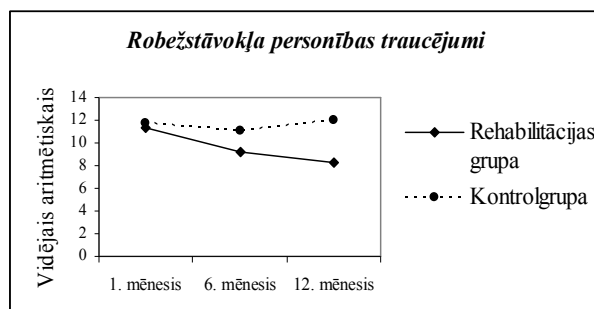
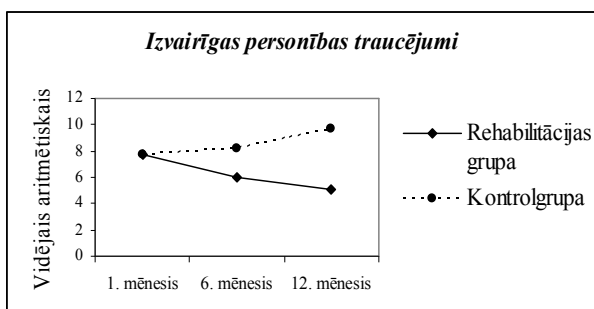
Piezīme. Bonferroni tests^a - 1. un 2. mērījuma salīdzināšanas, Bonferroni tests^b - 2. un 3. mērījuma salīdzināšanas, F(1,26).

No 1. līdz 4. fāzei (sk. 10. tabulu) rehabilitācijās grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas Šizoīdas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=9,16$, $p<0,01$). Tomēr kontrolgrupas respondentiem (sk. 11. tabulu) netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas šajā skalā ($p>0,05$). Rehabilitācijas grupā pēc Bonferoni testa (sk. 12. tabulu) starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Šizoīdas personības traucējumi skalā tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp 2. un 3. mērījumu (Bonferoni tests (1,30) = 1,83, $p<0,05$), bet ne starp 1. un 2. mērījumu. Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā vidējie rādītāji Šizoīdas personības traucējumu skalā 2. mērījumā ir augstāki nekā 3. mērījumā. Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa (sk. 14. tabulu) starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Šizoīdas personības traucējumu skalā netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības vidējiem rādītājiem ($p>0,05$).



5. attēls. MCMI-III Šizoīdas personības traucējumu skalas vidējie rādītāji rehabilitācijas un kontrolgrupā jaukta dizaina dispersiju analīzē

Pēc jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes rezultātiem (sk. 12. tabulu) Izvairīgas un Robežstāvokļa personības traucējumu skalā ir statistiski nozīmīga grupu un laika faktora mijiedarbība ($p < 0,01$). Tas nozīmē, ka pacientiem Izvairīgas un Robežstāvokļa personības traucējumu vidējiem rādītājiem ir tendence 12 mēnešu laika samazināties, savukārt kontrolgrupai – pieaugt. (sk. 6. attēlā). No 1. līdz 4. fāzei (sk. 10. tabulu) rehabilitācijās grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas Izvairīgas personības traucējumu skalā ($F(1,30)=5,79$, $p < 0,01$) un Robežstāvokļa personības traucējumu skalā ($F(1,30)=6,29$, $p < 0,01$). Kontrolgrupas respondentiem (sk. 11. tabulu) netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas šajās skalās ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Izvairīgas un Robežstāvokļa personības traucējumu skalas vidējie rādītāji samazināties. Tomēr, šie samazinājumi rehabilitācijas grupā nebija statistiski nozīmīgi lielāki pat izmaiņām kontrolgrupā.



6. attēls. MCMI-III Izvairīgas un robežstāvokļa personības traucējumu skalu vidējie rādītāji rehabilitācijas un kontrolgrupā jaukta dizaina dispersiju analīzē

Pēc Bonferoni testa starp rehabilitācijas grupas 1. un 2., 2. un 3. mērījumu tika konstatēts (sk. 13. tabulu), ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu Izvairīgas personības traucējumu skalā (Bonferoni tests $F(1,30) = 1,74$, $p < 0,05$) un Robežstāvokļa

personības traucējumu skalā (Bonferoni tests $(1,30) = 2,09$, $p < 0,05$) un netika konstatēts, ka šajās skalās ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 2. un 3. mērījumu ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā vidēji rādītāji Izvairīgas un Robežstāvokļa personības traucējumu skalās 2. mērījumā ir augstāki nekā 3. mērījumā. Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa (sk. 14. tabulu) starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Izvairīgas un Robežstāvokļa personības traucējumu skalās netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības vidējiem rādītājiem ($p > 0,05$).

3.3. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņas rehabilitācijas procesā

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumu, vai rehabilitācijas procesā ir notikušas būtiskas izmaiņas *Sociālo problēmu risināšanas* (SPSI-R) dimensijās rehabilitācijas grupā, salīdzinot ar kontrolgrupu, tika veikta jaukta dizaina dispersiju analīze. Bet, lai noskaidrotu kādu dimensiju izmaiņas no 1. līdz 4. rehabilitācijas fāzei notikušas katras grupas ietvaros, tika veikta vienkāršā dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni testu. Visas šīs secināšās statistiskas metodes tika veiktas katrai skalai atsevišķi.

Jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes rezultāti (sk. 16. tabulu) liecina, ka 12 mēnešu laikā notikušas statistiski nozīmīgas sociālo problēmu risināšanas prasmju izmaiņas divās no piecām skalām: Pozitīvas orientācijas uz problēmu (POP) skalā ($F(2,56)=7,05$, $p < 0,01$) un Racionāla problēmu risināšanas skalā ($F(2,56)=7,06$, $p < 0,01$) (sk. 8. attēlā). Tas nozīmē, ka pacientiem šo prasmju vidējie rādītāji 12 mēnešu laika pieaug, savukārt kontrolgrupai pirmajā pusgadā arī pieaug, bet otrajā pusgadā rādītāji nedaudz samazinās. Bet netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā un atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu $p > 0,05$ un statistiski nozīmīga laika faktora un grupas mijiedarbība ($p > 0,05$). Respektīvi, gada laikā vidēji šo prasmju līmeņi rehabilitācijas grupā bija līdzīgi kontrolgrupai.

Savukārt Negatīvas orientācijas uz problēmu, Izvairīšanās un Impulsivitātes/paviršības stilu skalās jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes ietvaros netika konstatētas statistiski nozīmīgas šo skalu izmaiņas laikā ($p > 0,05$), tāpat arī netika konstatētas statistiski nozīmīgas šo izmaiņu atšķirības starp rehabilitācijas un kontrolgrupu ($p > 0,05$). Tomēr Negatīva orientācija uz problēmu un Izvairīšanās stila skalās tika konstatēta statistiski nozīmīga mijiedarbība starp laika un grupas faktoru Negatīvas orientācijas uz problēmu skalā ($F(2,56)=3,89$, $p < 0,05$) un Izvairīšanās stila skalā ($F(2,56)=4,71$, $p < 0,01$). Tas nozīmē, ka šajās skalās vidējiem rādītājiem ir tendence 12 mēnešu laikā pacientiem samazināties, savukārt kontrolgrupai pirmajā pusgadā rādītāji arī samazinās, bet otrajā pusgadā rādītāji nedaudz pieaug, bet vidējo rādītāju prētēji vērstās tendences neliecina par rehabilitācijas programmas efektivitāti, jo statistiski nozīmīgas

15. tabula. Sociālo problēmu risināšanas piecu skalu 1. 2. un 3. mērījuma rehabilitācijas un kontrolgrupas aprakstošās un secinošās statistiskas (ANOVA atkārtotiem mērījumiem) rādītāji

	Pacienti, kuri piedalījās pirmos 2 mērījumos						Pacienti, kuri piedalījās visos 3 mērījumos							
Sociālo problēmu risināšanas	1. mērījums ^a n=58		1. mērījums ^b n=47		2. mērījums ^c n=47		1. mērījums ^d n=31		2. mērījums ^d n=31		3. mērījums ^d n=31		F	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Rehabilitācijas grupa														
Pozitīva orientācija uz problēmu	11,00	(4,20)	10,94	(4,06)	12,06	(3,51)	9,90	(3,94)	11,52	(3,62)	11,71	(3,14)	6,55	**
Racionāla problēmu risināšana	39,31	(14,14)	39,72	(13,61)	44,43	(13,20)	36,94	(13,73)	41,45	(12,99)	42,00	(13,72)	4,61	**
Negatīva orientācija uz problēmu	18,07	(8,90)	19,19	(8,80)	16,09	(7,07)	18,52	(8,04)	15,61	(6,41)	13,71	(7,16)	4,63	**
Izvairīšanās stils	12,26	(6,03)	12,81	(5,96)	10,64	(5,07)	12,35	(5,66)	10,26	(4,69)	9,00	(5,35)	6,87	**
Impulsivitāte/Paviršības stils	13,64	(6,03)	14,38	(5,68)	12,17	(4,78)	13,61	(5,22)	12,29	(4,52)	11,48	(5,10)	3,34	*
	Respondenti, kuri piedalījās pirmos 2 mērījumos						Respondenti, kuri piedalījās visos 3 mērījumos							
	1. mērījums ^a n=58		1. mērījums ^b n=47		2. mērījums ^c n=47		1. mērījums ^d n=31		2. mērījums ^d n=31		3. mērījums ^d n=31		F	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Kontrolgrupa														
	n=53 ^e				n=48 ^f		n=27 ^g		n=27 ^g		n=27 ^g		(g mērījumi)	
Pozitīva orientācija uz problēmu	9,68	(4,02)	-	-	10,65	(4,21)	9,56	(4,01)	11,04	(3,92)	10,67	(3,34)	1,96	
Racionāla problēmu risināšana	36,21	(16,30)	-	-	39,96	(16,57)	36,52	(16,95)	43,59	(14,54)	42,26	(9,58)	2,91	
Negatīva orientācija uz problēmu	16,96	(9,64)	-	-	17,79	(8,68)	18,52	(9,88)	17,44	(7,80)	19,48	(8,11)	1,16	
Izvairīšanās stils	11,53	(6,92)	-	-	12,06	(6,43)	12,74	(7,59)	11,85	(6,42)	13,89	(6,34)	1,52	
Impulsivitāte/Paviršības stils	12,09	(6,24)	-	-	13,29	(5,41)	12,85	(6,66)	13,52	(4,40)	14,37	(5,43)	0,60	

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. Mērījumu atšifrējums: ^a = visas rehabilitācijas grupas pacienti 1. mērījums; ^b = to rehabilitācijas grupas pacientu 1. mērījums, kuri palikuši 2. mērījumā un ^c = šīs grupas 2. mērījums.; ^d = visu to rehabilitācijas grupas pacientu mērījumi, kuri palika rehabilitācijā līdz 3. mērījuma;

^e = visas kontrolgrupas respondenti 1. mērījums; ^f = to kontrolgrupas respondentu 2. mērījums, kuri piedalījušies pētījumā līdz 2. mērījumā, ^g = visu to kontrolgrupas respondentu mērījumi, kuri palika pētījumā līdz 3. mērījuma.

izmaiņas laikā un atšķirības starp grupām netika konstatētas ($p > 0,05$). Turpmāk detalizētāk raksturosim Pozitīvas orientācijas uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas skalu izmaiņas laikā un starp grupām.

Veicot atkārtoto mērījumu dispersijas analīzi katrai grupai atsevišķi (rehabilitācijas un kontrolgrupā), tika noskaidrots (sk. 15. tabulu), ka no 1. līdz 4. fāzei rehabilitācijas grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas Pozitīvas orientācijas uz problēmu skalā ($F(1,30)=6,55$, $p < 0,01$) un Racionālas problēmu risināšanas skalā ($F(1,30)=4,61$, $p < 0,01$).

Kontrolgrupas respondentiem netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas Pozitīvas orientācijas uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas skalās ($p > 0,05$).

Pēc Bonferoni testa konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu Pozitīvas orientācijas uz problēmu skalā (Bonferoni tests $(1,30) = -1,61$, $p < 0,01$) un Racionālas problēmu risināšanas skalā Bonferoni tests ($F(1,30) = -4,51$, $p < 0,01$), bet netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 2. un 3. mērījumu Pozitīvas orientācijas uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas skalās ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā Pozitīvas orientācijas uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas prasmju 1. mērījums ir vidēji zemāks par 2. mērījumu, bet 2. mērījums ir līdzīgs 3. mērījumam (sk. 17. tabulu). Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa (sk. 17. tabulu) ir konstatēts, ka ir statistiski nozīmīga atšķirība starp 1. un 2. mērījumu Racionālas problēmu risināšanas skalā (Bonferoni tests $(1,26) = -7,07$, $p < 0,05$). Bet netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu Pozitīvas orientācijas uz problēmu skalā ($p > 0,05$) un Pozitīvas orientācijas uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas skalās starp 2. un 3. mērījumu ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka kontrolgrupas Racionālas problēmu risināšanas 1. mērījums vidēji ir zemāks par 2. mērījumu.

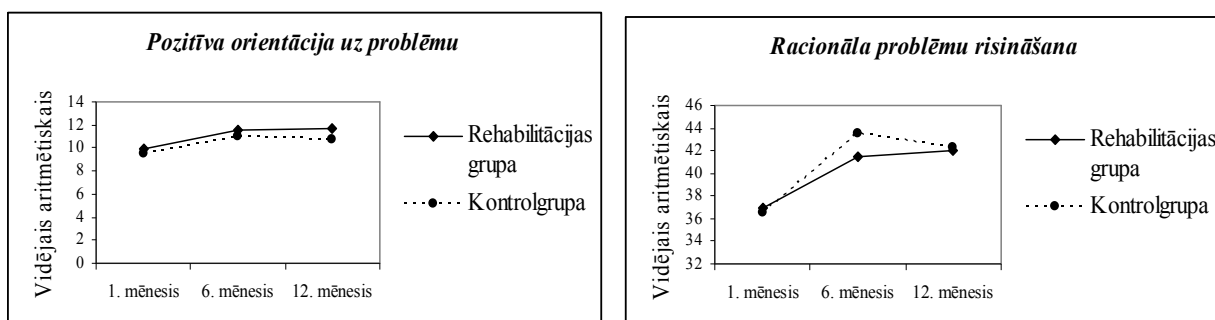
16. tabula. Sociālo problēmu risināšanas 5 skalu jaukta dizaina dispersiju analīzes ar 3 atkārtotiem mērījumiem rezultāti rehabilitācijas un kontrolgrupai

Sociālo problēmu risināšanas	F izmaiņas laikā	F starpgrupu	F laiks×grupa
Pozitīva orientācija uz problēmu	7,05**	0,62	0,24
Racionāla problēmu risināšana	7,06**	0,04	0,40
Negatīva orientācija uz problēmu	2,01	2,15	3,89*
Izvairīšanās stils	2,27	2,88	4,71**
Impulsivitāte/Paviršības stils	0,12	0,96	2,69

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

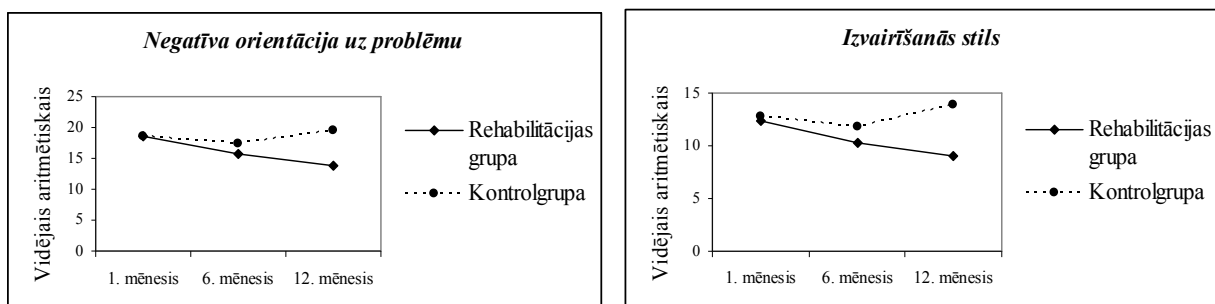
Piezīme. $F(2,56)$.

Pēc jaukta tipa dizaina dispersiju analīzes rezultātiem (sk. 16. tabulu) ir statistiski nozīmīga laika un grupas faktora mijiedarbība Negatīvas orientācijas uz problēmu skalā ($p < 0,05$) un Izvairīšanās stila skalā ($p < 0,01$) (sk. 8. attēlā).



7. attēls. SPSI-R Pozitīvas orientācijas uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas skalās jaukta dizaina dispersiju analīzes rezultāti rehabilitācijas un kontrolgrupā

No 1. līdz 4. fāzei (sk. 15. tabulu) rehabilitācijas grupas pacientiem notikušas statistiski nozīmīgas izmaiņas Negatīvas orientācijas uz problēmu skalā ($F(1,30)=4,63$, $p < 0,01$), Izvairīšanās stila skalā ($F(1,30)=6,87$, $p < 0,01$) un IPS skalā ($F(1,30)=3,34$, $p < 0,05$). Tomēr kontrolgrupas respondentiem netika konstatētas statistiski nozīmīgas izmaiņas šajās skalās ($p > 0,05$). Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupas pacientiem 12 mēnešu rehabilitācijas procesā Negatīva orientācija uz problēmu, Izvairīšanās un Impulsivitātes/Paviršības stila skalu vidējie rādītāji nozīmīgi samazinās. Bet šīs izmaiņas rehabilitācijas grupā nebija statistiski nozīmīgi lielākas nekā izmaiņas kontrolgrupā. Rehabilitācijas grupā pēc Bonferoni testa ir konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2. mērījumu Negatīvas orientācijas uz problēmu skalā (Bonferoni tests $(1,30) = 2,90$, $p < 0,05$) un Izvairīšanās stila skalā (Bonferoni tests $(1,30) = 2,09$, $p < 0,05$), bet netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 2. un 3. mērījumu šajās skalās ($p > 0,05$).



8. attēls. SPSI-R Negatīvas orientācijas uz problēmu un Izvairīšanās stila skalās rehabilitācijas un kontrolgrupas jaukta dizaina dispersiju analīzes rezultāti

Tas nozīmē, ka rehabilitācijas grupā Negatīvas orientācijas uz problēmu un Izvairīšanās stila skalās 1. mērījums vidēji ir lielāks par 2. mērījumu, bet 2. mērījums ir līdzīgs 3. mērījumam. Netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Impulsivitātes/Paviršības stila skalā ($p > 0,05$) (sk. 17. tabulu).

17. tabula. Sociālo problēmu risināšanas (SPSI-R) 5 skalu jaukta dizaina dispersijas analīzes ar 3 atkārtotiem mērījumiem rezultāti atsevišķi rehabilitācijas un kontrolgrupai

Sociālo problēmu risināšanas	Rehabilitācijas grupa (n=31)		Kontrolgrupa (n=27)	
	Bonfferoni tests ^a	Bonfferoni tests ^b	Bonfferoni tests ^a	Bonfferoni tests ^b
Pozitīva orientācija uz problēmu	-1,61**	-0,19	-1,48	0,37
Racionāla problēmu risināšana	-4,51**	-0,54	-7,07*	1,33
Negatīva orientācija uz problēmu	2,90*	1,90	1,07	-2,03
Izvairīšanās stils	2,09*	1,25	0,88	-2,03
Impulsivitāte/Paviršības stils	1,32	0,80	-0,66	-1,51

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Piezīme. Bonferroni tests^a - 1. un 2. mērījuma salīdzināšanas, Bonferroni tests^b - 2. un 3. mērījuma salīdzināšanas, rehabilitācijas grupa - Bonferroni tests (1,30), kontrolgrupa - Bonferroni tests (1,26).

Kontrolgrupā pēc Bonferoni testa netika konstatēts, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp 1. un 2., 2. un 3. mērījumu Negatīvas orientācijas uz problēmu, Izvairīšanās stila un Impulsivitātes/Paviršības stila skalās vidējiem rādītājiem ($p > 0,05$) (sk. 17. tabulu).

3.4. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība ar personības traucējumiem

Atbildot uz pētījuma jautājumu, cik lielā mērā personības traucējumu 1. mērījums rehabilitācijas grupā prognozē sociālo problēmu risināšanas dimensijas 3. mērījumu, ja modelī iekļauj sociālo problēmu risināšanas 1. mērījumu, tika veikta vispirms Pīrsona korelāciju analīze starp attiecīgajiem mainīgajiem lielumiem 1. un 3. mērījumā (sk. 18. un 19. tabulās) un pēc tam soļu regresiju analīze.

Analizējot rezultātus (skat. 18. tabulu), tika konstatēts, ka rehabilitācijas grupā pacientiem SPSI-R visu skalu 1. mērījumi statistiski nozīmīgi korelē ar 3. mērījumu.

18. tabula. Pārsona korelācijas koeficienti starp Sociālo problēmu risināšanas (SPSI-R) 1. un 3. mērījuma rādītājiem rehabilitācijas grupā

SPSI-R skala 3. mērījums	SPSI-R skala, 1. mērījums (n=31)				
	POP	RPR	NOP	IS	IPS
Pozitīva orientācija uz problēmu	0,44*				
Racionāla problēmu risināšana		0,74**			
Negatīva orientācija uz problēmu			0,36*		
Izvairšanās stils				0,59**	
Impulsivitāte/Paviršības stils					0,61**

**p < 0,01.

Piezīme. SPSI-R sociālo problēmu risināšanas skalu atšifrējums: POP = Pozitīva orientācija uz problēmu; RPR = Racionāla problēmu risināšana; NOP = Negatīva orientācija uz problēmu; IS = Izvairšanās stils; IPS = Impulsivitāte/Paviršības stils.

Analizējot rezultātus (skat. 19. tabulu), tika konstatēts, ka rehabilitācijas grupā SPSI-R visu skalu 3. mērījums statistiski nozīmīgi korelē ar dažu Personības traucējumu skalu 1. mērījumu. Ar Depresīvas personības traucējumu skalu statistiski nozīmīgi pozitīvi korelē gan SPRS-R Pozitīvas orientācijas uz problēmu skalā $p < 0,05$, gan Racionālas problēmu risināšanas skala $p < 0,01$. SPSI-R Racionālas problēmu risināšanas skala statistiski nozīmīgi pozitīvi korelē arī ar Šizotipiskas personības traucējumu skalu $p < 0,05$. SPSI-R Negatīva orientācija uz problēmu skala statistiski nozīmīgi korelē ar Izvairīgas un Histēriskas personības traucējumu skalām $p < 0,05$. SPRS-R Izvairšanās stila skala statistiski nozīmīgi negatīvi korelē ar Histēriskas, Sadistiskas un Paranoīdas personības traucējumu skalām $p < 0,05$. SPSI-R Impulsivitātes/Paviršības stila skala statistiski nozīmīgi negatīvi korelē ar Sadistiskas personības traucējumu skalu $p < 0,05$.

Pēc tam tika veikta soļu regresijas analīze. Modelī Sociālo problēmu risināšanas 3. mērījumā atkarīgais mainīgais tika kontrolēts, iekļaujot regresijas modelī šī mainīgā 1. mērījumu kā neatkarīgo mainīgo (1. solis). Turpmākajos soļos tika iekļauti Personības traucējumi 1. mērījuma mainīgie (sk. 20. tabulu). Kopumā tika veiktas piecas soļu regresijas analīzes.

19. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp Personības traucējumu (PT) skalām 1. mērijumā un Sociālo problēmu risināšanas (SPSI-R) skalām 3. mērijumā rehabilitācijas grupā

PT skala, 1. mērijums	SPSI-R skala, 3. mērijums (n=31)				
	POP	RPR	NOP	IS	IPS
Šizoīdas personības traucējumi	-0,03	-0,03	0,22	0,28	0,21
Izvairīgas personības traucējumi	0,26	0,28	0,43*	0,23	0,26
Depresīvas personības traucējumi	0,44*	0,52**	0,20	0,05	0,05
Atkarīgas personības traucējumi	0,22	0,19	0,17	0,10	0,14
Histēriskas personības traucējumi	0,01	-0,12	-0,41*	-0,36*	-0,31
Narcistiskas personības traucējumi	0,12	0,02	-0,22	-0,06	-0,03
Antisociālas personības traucējumi	0,05	-0,06	-0,18	-0,09	-0,10
Sadistiskas personības traucējumi	-0,02	0,02	-0,32	-0,44*	-0,36*
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	-0,22	0,06	-0,09	-0,15	-0,19
Negatīvistiskas personības traucējumi	0,34	0,15	-0,11	-0,24	-0,11
Mazohistiskas personības traucējumi	0,32	0,32	0,31	0,11	0,12
Šizotipiskas personības traucējumi	0,34	0,38*	0,21	0,06	0,05
Robežstāvokļa personības traucējumi	0,35*	0,26	0,01	-0,12	-0,15
Paranoīdas personības traucējumi	0,19	0,17	-0,28	-0,39*	-0,26

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. SPSI-R skalas: POP = Pozitīva orientācija uz problēmu; RPR = Racionāla problēmu risināšana; NOP = Negatīva orientācija uz problēmu; IS = Izvairīšanās stils; IPS = Impulsivitāte/Paviršības stils.

SPSI-R Pozitīva orientācija uz problēmu un Racionālas problēmu risināšanas

Regresijas analīzes (sk. 19. tabulu) 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Pozitīvas orientācijas uz problēmu skalas (POP) 1. mērijums izskaidro 17% no POP 3. mērijuma ($R^2 = 0,19$; $\Delta R^2 = 0,17$; $F(1,30) = 7,15$; $p < 0,01$). Otrajā solī Pozitīvas orientācijas uz problēmu skalas 1. mērijums kopā ar Depresīvas skalas 1. mērijumu (ar pozitīvu zīmi) izskaidro 30% no POP 3. mērijuma ($R^2 = 0,35$; $\Delta R^2 = 0,30$; $F(1,30) = 7,55$; $p < 0,01$).

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Racionālas problēmu risināšanas skalas (RPR) 1. mērijums izskaidro 52% no RPR 3. mērijuma ($R^2 = 0,54$; $\Delta R^2 = 0,52$; $F(1,30) = 34,22$; $p < 0,01$). Otrajā solī Racionālas problēmu risināšanas skalas 1. mērijums kopā ar Depresīvas skalas 1. mērijumu (ar pozitīvu zīmi) izskaidro 67% no RPR 3. mērijuma ($R^2 = 0,70$; $\Delta R^2 = 0,67$; $F(1,30) = 32,68$; $p < 0,01$). Tātad, jo rehabilitācijas

procesa sākumā ir lielāki pacientu depresīvas personības traucējumi, jo var sagaidīt, ka pēc 12 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs augstākas sociālo problēmu risināšanas prasmes.

20. tabula. Sociālo problēmu risināšanas skalu (SPSI-R) 3. mērījuma soļu regresijas analīzes rezultāti (n = 31) ar neatkarīgajiem mainīgajiem – personības traucējumu (PT) skalu 1. mērījums

	β	F	R ²	ΔR^2
Pozitīva orientācija uz problēmu 3. mēr. (AM*)				
1. solis		7,15**	0,19	0,17
Pozitīva orientācija uz problēmu (1. mēr.)	0,44**			
2. solis		7,55**	0,35	0,30
Pozitīva orientācija uz problēmu (1. mēr.)	0,39*			
PT – Depresīvas (1. mēr.)	0,39*			
Racionāla problēmu risināšana 3. mēr. (AM*)				
1. solis		34,22**	0,54	0,52
Racionālas problēmu risināšanas (1. mēr.)	0,73**			
2. solis		32,68**	0,70	0,67
Racionālas problēmu risināšanas (1. mēr.)	0,66**			
PT – Depresīvas (1. mēr.)	0,40**			
Negatīva orientācija uz problēmu 3. mēr. (AM*)				
1. solis		4,27*	0,12	0,09
Negatīva orientācija uz problēmu (1. mēr.)	0,35*			
2. solis		5,14**	0,26	0,21
Negatīva orientācija uz problēmu (1. mēr.)	0,44**			
PT – Paranoīdas (1. mēr.)	-0,38*			
3. solis		5,62**	0,38	0,31
Negatīva orientācija uz problēmu (1. mēr.)	0,29			
PT – Paranoīdas (1. mēr.)	-0,52**			
PT – Mazohistiskas (1. mēr.)	0,40*			
Izvairšanās stils 3. mēr. (AM*)				
1. solis		15,89**	0,35	0,33
Izvairšanās stils (1. mēr.)	0,59**			
2. solis		12,33**	0,46	0,43
Izvairšanās stils (1. mēr.)	0,56**			
PT – Paranoīdas (1. mēr.)	-0,34*			
Impulsivitātes/Paviršības stils 3. mēr. (AM*)				
1. solis		17,59**	0,37	0,35
Impulsivitātes/Paviršības stils 1. mērījums	0,61**			
2. solis		11,87**	0,45	0,42
Impulsivitātes/Paviršības stils (1. mēr.)	0,57**			
PT – Sadistiskas (1. mēr.)	-0,28*			

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. AM* – atkarīgais mainīgais, 1. mēr. – 1. mērījums, 3. mēr. – 3. mērījums.

SPSI-R Negatīva orientācija uz problēmu

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Negatīvas orientācijas uz problēmu skalas (NOP) 1. mērījums izskaidro 9% no NOP 3. mērījuma ($R^2 = 0,12$; $\Delta R^2 = 0,09$; $F(1,30) = 4,27$; $p < 0,05$). Otrajā solī Negatīvas orientācijas uz problēmu skalas 1. mērījums kopā ar Paranoīdas skalas 1. mērījumu (ar negatīvu zīmi) izskaidro 21% no NOP 3. mērījuma ($R^2 = 0,26$; $\Delta R^2 = 0,21$; $F(1,30) = 5,14$; $p < 0,01$). Trešajā solī Negatīvas orientācijas uz problēmu skalas 1. mērījums kopā ar Paranoīdas skalas 1. mērījumu (ar negatīvu zīmi) un Mazohistiskas skalas 1. mērījumu (ar pozitīvu zīmi) izskaidro 31% no NOP 3. mērījuma ($R^2 = 0,38$; $\Delta R^2 = 0,31$; $F(1,30) = 5,62$; $p < 0,01$). Tātad, jo lielāki ir pacientu Paranoīdas personības traucējumi rehabilitācijas sākumā, jo vairāk iespējams sagaidīt, ka pēc 12 mēnešu rehabilitācijas šiem pacientiem būs zemāka Negatīva orientācija uz problēmu. Savukārt, jo lielāki Mazohistiskas personības traucējumi, jo vairāk iespējams sagaidīt, ka būs augstāka Negatīva orientācija uz problēmu.

SPSI-R Izvairīšanās stils

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Izvairīšanās stila skalas (IS) 1. mērījums izskaidro 33% no IS 3. mērījuma ($R^2 = 0,35$; $\Delta R^2 = 0,33$; $F(1,30) = 15,89$; $p < 0,01$). Otrajā solī Izvairīšanās stila skalas 1. mērījums kopā ar Paranoīdas skalas 1. mērījumu (ar negatīvu zīmi) izskaidro 43% no IS 3. mērījuma ($R^2 = 0,46$; $\Delta R^2 = 0,43$; $F(1,30) = 12,33$; $p < 0,01$). Tas nozīmē, jo lielāki rehabilitācijas procesa sākumā ir pacientu paranoīdas personības traucējumi, jo vairāk pastāv iespēja sagaidīt, ka pēc 12 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs zemāks izvairīšanās stils.

SPSI-R Impulsivitātes/Paviršības stils

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Impulsivitātes/Paviršības stila skalas (IPS) 1. mērījums izskaidro 35% no IPS 3. mērījuma ($R^2 = 0,37$; $\Delta R^2 = 0,35$; $F(1,30) = 17,59$; $p < 0,01$). Otrajā solī Impulsivitātes/Paviršības stila skalas 1. mērījums kopā ar Sadistiskas skalas 1. mērījumu (ar negatīvu zīmi) izskaidro 42% no IPS 3. mērījuma ($R^2 = 0,45$; $\Delta R^2 = 0,42$; $F(1,30) = 11,87$; $p < 0,01$). Tas nozīmē, jo rehabilitācijas procesa sākumā ir lielāki pacientu sadistiskas personības traucējumi, jo vairāk var sagaidīt, ka pēc 12 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs augstāks impulsivitātes stils problēmu risināšanā.

Atbildot uz pētījuma jautājumu, cik lielā mērā personības traucējumu 2. mērījums rehabilitācijas grupā prognozē sociālo problēmu risināšanas dimensijas 3. mērījumu, ja modelī iekļauj sociālo problēmu risināšanas 2. mērījumu, tika veikta vispirms Pīrsona korelāciju analīze starp attiecīgajiem mainīgajiem lielumiem 2. un 3. mērījumā un pēc tam soļu regresijas analīze.

21. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp Sociālo problēmu risināšanas (SPSI-R) 2. un 3. mērījuma rādītājiem rehabilitācijas grupā

SPSI-R skala	SPSI-R skala, 2. mērījums (n=31)				
	POP	RPR	NOP	IS	IPS
3. mērījums					
Pozitīva orientācija uz problēmu	0,29				
Racionāla problēmu risināšana		0,86**			
Negatīva orientācija uz problēmu			0,56*		
Izvairīšanās stils				0,57**	
Impulsivitāte/Paviršības stils					0,62**

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. SPSI-R skalas: POP = Pozitīva orientācija uz problēmu; RPR = Racionāla problēmu risināšana; NOP = Negatīva orientācija uz problēmu; IS = Izvairīšanās stils; IPS = Impulsivitāte/Paviršības stils.

Analizējot korelāciju rezultātus (skat. 21. tabulu), tika konstatēts, ka rehabilitācijas grupā pacientiem SPSI-R visu skalu 2. mērījumi statistiski nozīmīgi korelē ar 3. mērījumu $p < 0,05$, izņemot pozitīvas orientācijas uz problēmu skalu $p > 0,05$.

Analizējot korelāciju rezultātus (sk. 22. tabulu), tika konstatēts, ka rehabilitācijas grupā SPSI-R visās skalās 3. mērījuma rezultāti statistiski nozīmīgi korelē ar dažuām personības traucējumu skalām 2. mērījumā. Negatīvas orientācijas uz problēmu skala statistiski nozīmīgi pozitīvi korelē ar Šizoīdas, Izvairīgas, Atkarīgas un Mazohistiskas personības traucējumu skalām un negatīvi korelē ar Histēriskas personības traucējumu skalu $p < 0,05$. Izvairīšanās stila skala statistiski nozīmīgi pozitīvi korelē ar Izvairīgas un negatīvi korelē ar Histēriskas personības traucējumu skalām $p < 0,05$.

Pēc tam tika veikta soļu regresijas analīze. Modelī Sociālo problēmu risināšanas 3. mērījumā atkarīgais mainīgais tika kontrolēts, iekļaujot regresijas modelī šī mainīgā 2. mērījumu kā neatkarīgo mainīgo (1. solis). Turpmākajos soļos tika iekļauti personības traucējumu skalu 2. mērījuma mainīgie (sk. 23. tabulu). Kopumā tika veiktas piecas soļu regresijas analīzes.

SPSI-R Negatīva orientācija uz problēmu

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Negatīvas orientācijas uz problēmu skalas (NOP) 2. mērījums izskaidro 29% no NOP 3. mērījuma ($R^2 = 0,31$; $\Delta R^2 = 0,29$; $F(1,30) = 13,35$; $p < 0,01$). Otrajā solī NPO skalas 2. mērījums kopā ar izvairīgas skalas 2. mērījumu (ar pozitīvu zīmi) izskaidro 39% no NOP 3. mērījuma ($R^2 = 0,43$; $\Delta R^2 = 0,39$; $F(1,30) = 10,60$; $p < 0,05$). Tātad, jo lielāki ir pacientu

izvairīgas personības traucējumi rehabilitācijas otrajā periodā, jo vairāk iespējams sagaidīt, ka pēc 6 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs augstāka negatīva orientācija uz problēmu.

22. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp Personības traucējumu (PT) skalām 2. mērījumā un Sociālo problēmu risināšanas (SPSI-R) skalām 3. mērījumā rehabilitācijas grupā

PT skala, 2. mērījums	SPSI-R skala, 3. mērījums (n=31)				
	POP	RPR	NOP	IS	IPS
Šizoīdas personības traucējumi	0,01	-0,06	0,40*	0,37*	0,33
Izvairīgas personības traucējumi	0,17	0,23	0,42*	0,14	0,15
Depresīvas personības traucējumi	0,23	0,27	0,34	0,09	0,14
Atkarīgas personības traucējumi	0,16	0,05	0,37*	0,33	0,33
Histēriskas personības traucējumi	0,06	-0,05	-0,41*	-0,39*	-0,30
Narcistiskas personības traucējumi	0,12	0,12	-0,17	-0,05	-0,01
Antisociālas personības traucējumi	0,23	0,12	0,01	0,10	0,00
Sadistiskas personības traucējumi	-0,02	0,26	0,03	-0,12	-0,09
Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi	-0,06	0,18	-0,10	-0,20	-0,23
Negatīvistiskas personības traucējumi	0,17	0,02	-0,03	-0,13	-0,12
Mazohistiskas personības traucējumi	0,20	0,17	0,37*	0,21	0,22
Šizotipiskas personības traucējumi	0,05	0,03	0,29	0,19	0,17
Robežstāvokļa personības traucējumi	0,15	0,02	0,05	-0,05	-0,05
Paranoīdas personības traucējumi	0,26	0,22	-0,07	-0,25	-0,13

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Piezīme. SPSI-R skalas: POP = Pozitīva orientācija uz problēmu; RPR = Racionāla problēmu risināšana; NOP = Negatīva orientācija uz problēmu; IS = Izvairīšanās stils; IPS = Impulsivitāte/Paviršības stils.

SPSI-R Izvairīšanās stils

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem izvairīšanās stila skalas (IS) 2. mērījums izskaidro 30% no IS 3. mērījuma ($R^2 = 0,33$; $\Delta R^2 = 0,35$; $F(1,30) = 14,30$; $p < 0,01$). Otrajā solī IS skalas 2. mērījums kopā ar Histēriskās skalas 2. mērījumu (ar negatīvu zīmi) izskaidro 43% no IS 3. mērījuma ($R^2 = 0,46$; $\Delta R^2 = 0,43$; $F(1,30) = 12,35$; $p < 0,01$). Tātad, jo lielāki ir pacientu histēriskas personības

traucējumi rehabilitācijas otrajā periodā, jo vairāk iespējams sagaidīt, ka pēc 6 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs zemāks izvairīšanās stils problēmu risināšanā.

23. tabula. Sociālo problēmu risināšanas skalu (SPSI-R) 3. mērījuma soļu regresijas analīzes rezultāti (n = 31) ar neatkarīgajiem mainīgajiem –personības traucējumu (PT) skalu 2. mērījums

	β	F	R ²	ΔR^2
Negatīva orientācija uz problēmu 3. mēr. (AM*)				
1. solis		13,35**	0,31	0,29
Negatīva orientācija uz problēmu (2. mēr.)	0,56**			
2. solis		10,60**	0,43	0,39
Negatīva orientācija uz problēmu (2. mēr.)	0,50**			
PT – Izvairīgas (2. mēr.)	0,34*			
Izvairīšanās stils 3. mēr. (AM*)				
1. solis		14,30**	0,33	0,30
Izvairīšanās stils (2. mēr.)	0,57**			
2. solis		12,35**	0,46	0,43
Izvairīšanās stils (2. mēr.)	0,55**			
PT – Histēriskas (2. mēr.)	-0,37*			
Impulsivitātes/Paviršības stils 3. mēr. (AM*)				
1. solis		17,96**	0,38	0,36
Impulsivitātes/Paviršības stils (2. mēr.)	0,61**			
2. solis		12,14**	0,46	0,42
Impulsivitātes/Paviršības stils (2. mēr.)	0,59**			
PT – Atkarīgas (2. mēr.)	0,28*			
3. solis		10,82**	0,54	0,49
Impulsivitātes/Paviršības stils (2. mēr.)	0,52**			
PT – Atkarīgas (2. mēr.)	0,53**			
PT – Negatīvistiskas (2. mēr.)	-0,38*			

*p < 0,05, **p < 0,01.

Piezīme. AM* – atkarīgais mainīgais, 2. mēr. – 2. mērījums, 3. mēr. – 3. mērījums.

SPSI-R Impulsivitātes/Paviršības stils

Regresijas analīzes 1. soļa modelī iegūtie rezultāti parāda, ka rehabilitācijas grupas pacientiem Impulsivitātes/Paviršības stila skalas (IPS) 2. mērījums izskaidro 36% no IPS 3.

mērījuma ($R^2 = 0,38$; $\Delta R^2 = 0,36$; $F(1,30) = 17,96$; $p < 0,01$). Otrajā solī IPS skalas 2. mērījums kopā ar Atkarīgās skalas 2. mērījumu (ar pozitīvu zīmi) izskaidro 42% no IPS 3. mērījuma ($R^2 = 0,46$; $\Delta R^2 = 0,42$; $F(1,30) = 12,14$; $p < 0,01$). Trešajā solī IPS skalas 2. mērījums kopā ar Atkarīgās skalas 2. mērījumu (ar pozitīvu zīmi) un Negatīvistiskās skalas 2. mērījumu (ar negatīvu zīmi) izskaidro 49% no IPS 3. mērījuma ($R^2 = 0,54$; $\Delta R^2 = 0,49$; $F(1,30) = 10,82$; $p < 0,01$). Tas nozīmē, jo lielāki ir pacientu atkarīgās personības traucējumi rehabilitācijas otrajā periodā, jo vairāk iespējams sagaidīt, ka pēc 6 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs augstāks impulsivitātes/paviršības stils, bet jo lielāki negativistiskas personības traucējumi, tad iespējams sagaidīt, ka būs mazāks impulsivitātes/paviršības stils.

4. Iztirzājums

4.1. SPSI-R un MCMI-III instrumentu adaptācija

Atbildot uz pētījumā izvirzīto pirmo papildjautājumu par SPSI-R krievu versijas psihometrisko rādītāju atbilstību aptaujas oriģinālās versijas psihometriskajiem rādītājiem, tika konstatēts, ka visām pielietotajām SPSI-R 5 skalām iegūtie psihometriskie rādītāji ir tuvi aptaujas oriģinālās versijas psihometriskajiem rādītājiem, kad tika izslēgti psihometriski vāji panti. Var secināt, ka SPSI-R 5 skalas ir piemērotas pētījumu veikšanai Latvijas krievu valodā runājošās populācijas vidē.

Atbildot uz pētījumā izvirzīto otro papildjautājumu par MCMI-III Personības traucējumu krievu versijas psihometrisko rādītāju atbilstību aptaujas oriģinālās versijas psihometriskajiem rādītājiem, tika konstatēts, ka visām pielietotajām MCMI-III Personības traucējumu 14 skalām iegūtie psihometriskie rādītāji ir tuvi aptaujas oriģinālās versijas psihometriskajiem rādītājiem, kad tika izslēgti psihometriski vāji panti. Var secināt, ka MCMI-III 14 personības traucējumu skalas ir piemērotas pētījumu veikšanai Latvijas krievu valodās runājošās populācijas vidē.

Atbildot uz pētījumā izvirzīto trešo papildjautājumu, vai apstiprinās MCMI-III krievu versijas personības traucējumu skalu klīniskā validitāte no narkotiku lietošanas atkarīgo cilvēku grupā, tika noskaidrots, ka no narkotikām atkarīgiem vīriešiem un sievietēm *šizoīdas, izvairīgas, depresīvas, atkarīgas, antisociālas, sadistiskas, negatīvistiskas, mazohistiskas, šizotipiskas, robežstāvokļa un paranoīdas* personības traucējumu skalu vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi augstāki nekā studentu grupas attiecīgie rādītāji. Savukārt, *obsesīvi kompulsīvas* personības traucējumu skalas vidējie rādītāji bija augstāki vīriešu dzimuma studentiem. Tas nozīmē, ka MCMI-III krievu versijas aptaujas visu personības traucējumu 14 skalu klīniskā validitāte apstiprinās no narkotikām atkarīgo respondentu grupā. Histēriskas un narcistiskas personības traucējumu skalas būtu atkārtoti jāpārbauda citās klīniskajās grupās.

Promocijas darba pētījumā iegūtie rezultāti sasaucas ar pētījumiem, kur tika konstatēts, ka vairāki personības traucējumi ir raksturīgi lielākai daļai no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem (Rounsaville, Kranzler, Ball, Tennen, Poling, & Triffleman, 1998), savukārt mazāk sastopami narcistiskas un histēriskas personības traucējumi (Magnavita, 2004). Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi ir vairāk izplatīti starp neklīniskās grupas respondentiem (Echeburua, Medina, & Aizpiri, 2007). Cilvēki ar obsesīvi kompulsīviem personības traucējumiem ir izteikti disciplinēti, viņi respektē citu cilvēku robežas, redz sevi kā darbīgus, strādīgus (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006), kas dotajā pētījumā vairāk raksturo studentu grupu nekā no narkotikām atkarīgo cilvēku grupu.

Dotā promocijas darba pētījuma klīniskā validitāte ir pārbaudīta daļēji (tikai no narkotikām atkarīgo pacientu grupā). Savukārt to pacientu grupā, kuriem ir dažāda veida klīniskās diagnozes ar citiem traucējumu veidiem, klīniskā validitāte vēl jāpārbauda, komplektējot pacientu grupu atbilstoši autoru pārbaudītajai oriģinālajai MCMI-III aptaujai. Kā klīniskās validitātes pārbaudes ierobežojumi ir jāmin: studentu grupas izglītības līmenis un tas, ka nav pieejami dati par studentu psihiskām saslimšanām, tāpēc turpmāk būtu ieteicams veikt atkārtotu MCMI-III aptaujas adaptāciju klīniskai grupai plašākā spektrā vai atbilstoši oriģinālās MCMI-III aptaujas pētāmajai grupai. Var secināt, ka MCMI-III 14 personības traucējumu skalas ir piemērotas, lai veiktu longitudinālo pētījumu par rehabilitācijas programmas pacientiem, kuri ir atkarīgi no narkotiskām vielām.

4.2. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku personības traucējumi

Interpretējot pētījumā iegūtos rezultātus par narkotiku atkarīgo cilvēku personības traucējumiem, darba autore par pamatu izmanto Milona personības traucējumu teoriju (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006).

Saistībā ar pirmo pētījuma hipotēzi, ka no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri nepiesakās uz rehabilitāciju, būs augstāki personības traucējumu rādītāji B grupā, salīdzinot ar tiem, kuri piesakās šim procesam, tika konstatēts, ka pirmā pētījuma hipotēze neapstiprinās. Antisociālas, robežstāvokļa, narcistiskas un histēriskas personības traucējumu veidi (B traucējumu grupa), nebija paaugstināti tiem, kuri nepiesakās uz rehabilitācijas procesu. Atšķirības tika konstatētas citos raksturlielumos – *sadistiskas, negatīvistiskas un paranoīdas* personības traucējumos, kas kontrolgrupā no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri nepiesakās rehabilitācijai bija augstāki nekā tiem, kuri piesakās rehabilitācijai. Iespējams, var secināt, ka paranoīdas, negatīvistiskas un sadistiskas personības traucējumu iezīmes neveicina pacientu iesaistīšanos atveseļošanās procesā. Jo šiem pacientiem ir izteikta aizsargājoša kaitinojoša un konfliktējoša uzvedība, viņi ir aizdomīgi, ciniski, ietiepīgi, neapdomīgi un neželīgi pret citiem,

viņi redz sevi kā īpaši nozīmīgus, nesaprustus vai dominējošus, ir viegli aizkaitināmi vai aizvainojami. Pētījumā iegūtie rezultāti ļauj speciālistiem ne tikai pievērst uzmanību specifiskām pacienta personības traucējumu izpausmēm ārstēšanās sākumposmā, bet ļauj agrīni identificēt šos traucējumus kā riska faktorus, kas varētu būt saistīti ar pacientu atteikšanos no turpmākās ārstēšanās. Piemēram, lai veicinātu no narkotikām atkarīgo cilvēku turpmāko ārstēšanu, speciālistiem jāmazina pacienta neuzticību vai aizdomīgumu pret ārstēšanu.

DSM-IV-R tika izslēgti sadistiskas un negatīvistiskas personības traucējumi sakarā ar nepietiekamiem vai strīdīgiem pētījumu rezultātiem par šiem traucējumiem (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006; Carson, Butcher, & Mineka, 2004). Šī promocijas darba pētījuma rezultāti papildina iepriekšējos pētījumus par sadistiskas, negatīvistiskas un paranoīdas personības traucējumiem.

Atbildot uz otro pētījuma hipotēzi, jāņem vērā, ka 12 mēnešu laikā ārstēšanu rehabilitācijas programmā pārtrauc 53% pacientu, no tiem 19% to pārtrauca pirmajā pusgadā un 34% - otrajā pusgadā, kas sasaucas ar citiem pētījumu rezultātiem, kas parādīja, ka rehabilitācijas programmu sākuma posmā pārtrauc vismaz 25% pacientu, bet pēc trim mēnešiem - 40% un vairāk (De Leon, 1997). No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu, novēro augstākus personības traucējumu rādītājus B grupā, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuri pabeidz rehabilitācijas programmu. Tomēr pētījuma rezultāti parādīja, ka tikai *atkarīgas* personības traucējumu rādītāji statistiski nozīmīgi atšķīrās tiem narkotiku atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri pārtrauca un tiem, kuri pabeidza rehabilitācijas programmu. Tas liecina, ka narkotiku atkarīgiem cilvēkiem, kuri pārtrauca rehabilitācijas programmu, atkarīgas personības traucējumu vidējie rādītāji bija zemāki nekā tiem narkotiku atkarīgiem cilvēkiem, kuri pabeidz rehabilitācijas programmu. To var skaidrot ar faktu, ka cilvēki ar C grupas personības traucējumiem, tai skaitā atkarīgas personības traucējumiem, biežāk meklē palīdzību, ir trauksmaini un bailīgi (American Psychiatric Association, 2000), salīdzinot ar citu traucējumu grupu pārstāvjiem. Iegūtie pētījuma rezultāti rosina domāt par to, ka šie pacienti rehabilitācijas procesa sākumā vairāk uzticas speciālistiem un grupas biedriem, viņiem varētu būt vieglāk pieņemt rehabilitācijas programmas noteikumus ar stingru režīmu, jo viņi ir padevīgi un uzticīgi citiem, viņi demonstrē bezpalīdzību attiecībā ar citiem, lai saņemtu atbalstu un apmierinātu savas vajadzības.

Iegūtie pētījuma rezultāti neapstiprināja iepriekšējo pētījumu atziņas par to, ka no narkotikām atkarīgie pacienti ar B grupas personības traucējumiem, it īpaši ar antisociālas personības traucējumiem, biežāk pārtrauc ārstēšanās kursu (Daughters, Stipelman, Sargeant, Schuster, Bornovalova, & Lejuez, 2008).

Interpretējot iegutos rezultātus pēc Milona evolūcijas teorijas par personības traucējumiem var secināt, ka no narkotikām atkarīgie cilvēki, kuri nepiesakās rehabilitācijai un tie pacienti,

kuri pabeidz rehabilitācijas procesu, skaidri diferencējas pēc adaptācijas veidiem. Tas ir - no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri neizvēlējās ārstēties psihosociālas rehabilitācijas programmā, ir raksturīgs aktīvais adaptācijas veids. Viņi cenšas mainīt apkārtējo vidi, savukārt, no narkotikām atkarīgiem pacientiem, kuri pabeidz rehabilitācijas procesu raksturīgs pasīvais pielāgošanās veids – viņi pielāgojas un nemaina apkārtējo vidi. Tāpēc speciālistiem, iespējams, jāņem vērā, ka tiem pacientiem, kuri aktīvi cenšas mainīt apkārtējo vidi (piemēram, pārkāpj dienas kartību stacionārā, lai apmierinātu savas vajadzības) būs grūti pielāgoties rehabilitācijas programmai, līdz ar to viņiem jāpiedāvā citas ārstēšanās iespējas. Un otrādi, tiem pacientiem, kuri necenšas mainīt apkārtējo vidi (piemēram, ievēro dienas kartību stacionārā), būs viegli pielāgoties dienas režīmam rehabilitācijas programmā un viņi visticamāk pabeigs ārstēšanu.

Šī promocijas darba pētījuma ietvaros dzimums netika kontrolēts, mazā pacientu skaita dēļ, kas norāda uz šī promocijas darba ierobežojumu. Dzimums saistās ar personības traucējumiem, piemēram, no narkotikām atkarīgiem vīriešiem vairāk ir šizoīdas, antisociālas un narcistiskas personības traucējumi, savukārt sievietēm – paranoīdas, robežstāvokļa, histēriskas, izvairīgas, atkarīgas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi (Trull, Seungmin, Tomko, Wood, & Sher, 2010).

Atbildot uz trešo pētījuma hipotēzi par to, ka pēc piedalīšanās rehabilitācijas programmā personības traucējumu rādītāji no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem pēc rehabilitācijas samazinās, un šo rādītāju izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā (no narkotiku lietošanas atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri neiziet rehabilitācijas procesu), tika konstatēts, ka šī hipotēze apstiprinās. Pētījumā 12 mēnešu rehabilitācijas laikā no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, salīdzinot ar tiem, kuri neiziet rehabilitācijas programmu, iegūtie rezultāti rāda, ka vairāki personības traucējumu vidējie rādītāji samazinās. *Negatīvistiskas, mazohistiskas un paranoīdas* personības traucējumu vidējie rādītāji ir nozīmīgi augstāki kontrolgrupas respondentiem, nekā pacientiem, kā arī 12 mēnešu rehabilitācijas procesā pacientiem šo personības traucējumu vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi samazinājās, bet kontrolgrupai *Negatīvistiskas* personības traucējumi minimāli mainījās, bet *Mazohistiskas* un *Paranoīdas* personības traucējumi pirmajā pusgadā nedaudz samazinājās, bet otrajā pusgadā rādītāji pieauga. Tas norāda, ka pacientiem samazinās piemēram, atturīgums, kautrīgums attiecībā ar citiem, necieņa pret sevi, fokusēšanās uz savām sliktajām īpašībām (*mazohistiskas* personības traucējumi). Pacientiem samazinās kaitinoša uzvedība, neuzticība un ciniskums pret citiem (*negatīvistiskas* personības traucējumi), aizsargājoša uzvedība un aizdomīgums (*paranoīdas* personības traucējumi). Tika konstatēts, ka *šizoīdas, depresīvas un sadistiskas* personības traucējumu vidējie rādītāji ir nozīmīgi augstāki kontrolgrupas respondentiem nekā pacientiem, bet 12 mēnešu rehabilitācijas procesā pacientiem nozīmīgi samazinājās tikai *depresīvas* un *sadistiskas* personības traucējumu vidējie rādītāji. Tas norāda, ka pacientiem

samazinās, piemēram, tādas izpausmes kā bezcerība, neaizsargāšanās no citiem cilvēkiem, pesimisms, pašiznīcinoša uzvedība (depresīvas personības traucējumi) un samazinās, piemēram, neapdomīgums, ietiepīgums neželīgi pret citiem (sadistiskas personības traucējumi). Pacienti rehabilitācijas procesā ir vairāk iesaistas starppersonu attiecībās un mazāk vienaldzīgi pret citu cilvēku uzslavu vai kritiku (šizoīdas personības traucējumi), salīdzinot ar kontrolgrupas respondentiem. *Atkarīgas, antisociālas un šizotipiskas* personības traucējumu skalās 12 mēnešu rehabilitācijas procesa laikā pacientiem konstatējami nozīmīgi uzlabojumi (rādītāji samazinās), bet neatšķiras no kontrolgrupas respondentiem. Tomēr pacientiem šajos rādītājos parādās tendence ar laiku samazināties, savukārt kontrolgrupai pirmajā pusgada laikā šo personības traucējumu vidējie rādītāji nedaudz samazinās, bet otrajā pusgada laikā pieaug. Tātad, pacientiem samazinās bailes zaudēt atbalstu, bezpalīdzība, pasivitāte (atkarīgas personības traucējumi), bezatbildība attiecībās ar citiem un manipulatīva uzvedība, citu cilvēku tiesību ignorēšana un noslēgtība (antisociālas personības traucējumi), kā arī diskomforts attiecībās ar cilvēkiem, aizdomīgums (šizotipiskas personības traucējumi). No narkotikām atkarīgiem pacientiem *izvairīgas un robežstāvokļa* personības traucējumu skalu rādītājos rehabilitācijas procesā parādās tendence samazināties, bet kontrolgrupas respondentiem parādās dažāda izmaiņu struktūra t.i., Izvairīgas personības traucējumu skalā pieaug, bet Robežstāvokļa personības traucējumu skalā pirmajā pusgadā nedaudz samazinās, bet otrajā pusgadā rādītāji pieaug. Bet novērotas tendences neliecina par rehabilitācijas programmas efektivitāti, jo nozīmīgas izmaiņas laikā un atšķirības starp grupām netika konstatētas. Netika konstatētas nozīmīgas narcistisku, histērisku un obsesīvi kompulsīvu personības traucējumu rādītāju izmaiņas rehabilitācijas procesa laikā. Iegūtie rezultāti sasaucas ar citu autoru pētījumiem, kur pacientiem ārstēšanas laikā būtiski samazinās vairāki personības traucējumu rādītāji (Ravndal & Vaglum, 2010), bet nesamazinās narcistiskas, histēriskas, antisociālas un sadistiskas personības traucējumu rādītāji (McMahon, Flynn, & Davidson, 1985; Jensen, Mortensen, & Lotz, 2008).

Iegūtos rezultātus par personības traucējumu rādītāju paaugstināšanos 12 mēnešu laikā no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri nepiedalās rehabilitācijas procesā, iespējams, var interpretēt ar narkotisko vielu iedarbību uz smadzeņu struktūrām, piemēram, ja cilvēki ļaunprātīgi lieto narkotiskās vielas, tad tiem nereti rodas trauksmes stāvoklis, afektīvi traucējumi, naidīguma sajūta pret apkārtējiem u.tml. (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, & Godwin, 1990), kā arī var pastiprināties personības traucējumu izpausmes.

Skatoties atsevišķi pirmā un otrā pusgada rehabilitācijas periodus, ir konstatēts, ka *izvairīgas, depresīvas, atkarīgas, mazohistiskas, šizotipiskas, robežstāvokļa* un *paranoīdas* personības traucējumu rādītāji samazinās pirmajā pusgadā un tikai *šizoīdas* un *antisociālas* personības traucējumu rādītāji samazinās rehabilitācijas otrā pusgada laikā. Iegūtie pētījuma rezultāti sasaucas ar pētījumu, kur tika konstatēts, ka no psihoaktīvām vielām atkarīgiem pacientiem

viena mēneša laikā būtiski samazinās vairāki personības traucējumu rādītāji, bet pēc trim mēnešiem izmaiņas personības traucējumu rādītājos vairs nav konstatētas (McMahon, Flynn, & Davidson, 1985). Iespējams, tas var būt saistīts ar abstinences sindromu, kas rodas pēc narkotisko vielu lietošanas pārtraukšanas, kas izpaužas, piemēram, ar tādiem somatiskiem simptomiem kā slikta dūša, miega traucējumi, sasprindzinājums un psihiskiem simptomiem, piemēram, trauksmes sajūta, nenoteiktas bailes, pašnoniecinošas domas, vainas apziņa u.c. (American Psychiatric Association, 2000). Tādā stāvoklī pacienti var pārspīlēt savas problēmas, pārāk kritiski un neatbilstoši realitātei sevi novērtēt un atbildēt uz pašvērtēšanas anketas jautājumiem vai apgalvojumiem. Tātad, iespējams, veicot longitudinālo pētījumu par no psihoaktīvām vielām atkarīgiem cilvēkiem, būtu ir nozīmīgi balstīties uz nākamām mērījumiem, kad abstinences sindroma simptomātika samazinās un izzūd. Tad, iespējams, var sagaidīt, ka iegūtie rezultāti mazāk atklāj personības traucējumu rādītāju izmaiņas, jo personības kritēriji ir stabili ilgākā laika posmā (American Psychiatric Association, 2000).

Apkopojot pētījuma iegūtos rezultātus no narkotikām atkarīgu cilvēku personības traucējumu rādītāju saistību ar atteikšanos no ārstēšanās, priekšlaicīgu rehabilitācijas programmas pārtraukšanu un noskaidrojot, kādi personības traucējumu rādītāji samazinās rehabilitācijas procesā, var secināt:

- No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem kuri nepiesakās rehabilitācijai, sadistiskas, negatīvistiskas un paranoīdas personības traucējumu rādītāji ir būtiski augstāki;

- Pacientiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu, atkarīgas personības traucējumu rādītāji ir būtiski zemāki nekā tiem, kuri pabeidz rehabilitācijas programmu;

- Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, negatīvistiskas, mazohistiskas, paranoīdas, depresīvas, sadistiskas, atkarīgas, antisociālas un šizotipiskas personības traucējumu rādītāji 12 mēnešu rehabilitācijas procesā samazinās būtiskāk, salīdzinot ar kontrolgrupas respondentiem.

- Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, šizoīdas personības traucējumu rādītāji ir statistiski nozīmīgi mazāk izteikti un šiem rādītājiem ir tendence samazināties, salīdzinot ar kontrolgrupas respondentiem;

- Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, atkarīgas, depresīvas, izvairīgas, mazohistiskas, šizotipiskas, robežstāvokļa un paranoīdas personības traucējumu rādītāji statistiski nozīmīgi samazinās rehabilitācijas pirmā pusgada laikā un šizoīdas un antisociālas personības traucējumu rādītāji statistiski nozīmīgi samazinās rehabilitācijas otrā pusgada laikā.

4.3. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensijas

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu, kādas ir izmaiņas sociālo problēmu risināšanas dimensijas rādītājos no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā no 1. līdz 4. fāzei, salīdzinot ar kontrolgrupu, tika konstatēts, ka 12 mēnešu rehabilitācijas procesā, vienādi statistiski nozīmīgi paaugstinās *pozitīva orientācija uz problēmu* un *racionāla problēmu risināšana*, kas nozīmē, ka abās grupās šajās skalās ir līdzīgi uzlabojumi. Rehabilitācijas grupas pacientiem tika konstatēta tendence samazināties *negatīvajai orientācijai uz problēmu* un *izvairīšanās stilam* problēmu risināšanā. Bet šo dimensijās samazinājumi nebija statistiski nozīmīgi lielāki par izmaiņām kontrolgrupā. Iegūtie rezultāti rosina domāt, ka gan no narkotikām atkarīgiem pacientiem, gan cilvēkiem, kuri nepiedalās rehabilitācijas programmā līdzīgi, pieaug optimisms, konstruktīva orientācija uz problēmu risināšanu, viņi biežāk lieto racionālas stratēģijas, risinot ikdienas problēmas. Atbilstoši sociālo problēmu risināšanas modelim (D’Zurilla & Nezu, 2007), viņiem uzlabojas tādi procesi kā problēmu definēšana un formulēšana, alternatīvo risinājumu meklēšana, risinājumu pārbaude. Interpretējot iegūtos rezultātus, varētu pieņemt, ka kontrolgrupas respondenti nekritiski un pavirši aizpildīja atkartotās pašvērtēšanas aptaujas vai sniedza sociāli vēlamas atbildes, tāpēc šie cilvēki varētu būt nekritiski un bieži vien pārvērtēt savas prasmes attiecīgu problēmu risināšanā.

Iegūtie rezultāti daļēji saskan ar iepriekš veikto pētījumu par no narkotikām atkarīgiem pacientiem, kurā ir konstatēts, ka sešu mēnešu rehabilitācijas procesā vidējie rādītāji pozitīvas orientācijas uz problēmu un racionālas problēmu risināšanas skalās nepieaug, bet vidējie rādītāji negatīvas orientācijas uz problēmu, izvairīšanās un impulsivitātes stilu skalās samazinās (Koļesņikova, Miezīte, 2008).

Analizējot atsevišķi rehabilitācijas pirmā un otrā pusgada periodus, ir konstatēts, ka pirmā pusgada rehabilitācijas laikā pozitīva orientācija uz problēmu un racionāla problēmu risināšana paaugstinās, bet negatīva orientācija uz problēmu un izvairīšanās stils samazinās. Tas nozīmē, ka pacientiem sociālo problēmu risināšanas rādītāji mainās rehabilitācijas pirmā pusgada laikā, nevis otrajā pusgadā. Tomēr jāņem vērā, ka šie dimensijas samazinājumi ir aplūkoti bez paralēli analizētajām izmaiņām kontrolgrupā, tāpēc konstatēto samazinājumu iemesli var nebūt saistīti ar rehabilitācijas procesu. Iegūtie rezultāti saskan ar pētījumu, kur šo dimensiju rādītāji ieslodzītajiem, kuri piedalījās sociālo problēmu risināšanas terapijas kursā, mainās tikai ārstēšanās sākumā (McMurrin, Fyffe, McCarthy, Duggan, & Latham, 2001).

Apkopojot iegūtos rezultātus, var secināt, ka rehabilitācijas programmās pielietotās metodes pacientiem neveicina sociālo problēmu risināšanas attīstību, bet ir zināms, ka no narkotikām atkarīgo cilvēku personības traucējumi saistīti ar sociālo problēmu risināšanas prasmju deficītu (Herrick & Elliott, 2001) un rehabilitācijas programmas mazefektivitāti (Magnavita, 2004). Tātad šī pētījuma pienesums psiholoģijas zinātnē ir tas, ka tika parbaudīta

saistība starp personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanas dimensijas izmaiņām rehabilitācijas procesā no narkotikām atkarīgiem pacientiem.

4.4. No narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība ar personības traucējumiem

Atbildot uz otro pētījumā izvirzīto jautājumu, cik lielā mērā pirms rehabilitācijas veiktais personības traucējumu mērījums prognozē izmaiņas sociālo problēmu risināšanu prasmēs pēc rehabilitācijas procesa, ja modelī iekļauj sociālo problēmu risināšanas 1. mērījumu, tika konstatēts, ka *depresīvas, paranoīdas, mazohistiskas* un *sadistiskas* personības traucējumi prognozē izmaiņas sociālo problēmu risināšanas dimensijās pēc 12 mēnešiem.

Depresīvas personības traucējumi prognozē pozitīvas orientācijas uz problēmu un racionālu problēmu risināšanas prasmju pieaugumu. Tātad, ja pacientiem ir lielāki depresīvas personības traucējumi rehabilitācijas sākumā, tad pastāv lielāka varbūtība, ka pēc 12 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs labākas sociālo problēmu risināšanas prasmes. Iegūtie rezultāti ir pretrunā ar pētnieku atziņām (D`Zurilla, Chang, Nottinham, & Faccini, 1998), ka pacientiem ar dažādām psihiskām saslimšanām ir raksturīga negatīva saistība starp depresiju un viņu sociālajām prasmēm. Tomēr, ņemot vērā dotā pētījuma dalībnieku sastāvu (no narkotikām atkarīgie pacienti, kuri iesaistīti rehabilitācijas programmā), iegūtie rezultāti ir izskaidrojami ar teoriju par uzvedības izmaiņu stadijām (Prochaska, Cohen, Gomes, Laforge, & Eastwood, 2004). Atbilstoši minētajai teorijai, pacienti pēc atkarības no psihoaktīvām vielām noliegšanas stadijas nonāk zaudējumu apzināšanās stadijā (piemēram, veselības zaudēšana saistībā ar HIV infekciju), kas ir īpaši sāpīgs posms, kad depresijas simptomātika pastiprinās. Bet, atrodoties rehabilitācijā, kur ir droša vide un atbalsts, pacientiem rehabilitācijas procesā var pieaugt optimisms attiecībā uz problēmu risināšanu, viņi kļūst aktīvāki savā atveseļošanās procesā.

Paranoīdas personības traucējumi prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu samazināšanos un mazohistiskas personības traucējumi prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu pieaugumu. Tātad, ja pacientiem ir lielāki paranoīdas personības traucējumi, tad lielāka varbūtība, ka šiem pacientiem būs mazāk izteikta negatīva orientācija uz problēmu, savukārt ja lielāki ir mazohistiskas personības traucējumi, tad lielāka iespējamība, ka būs izteiktāka negatīva orientācija uz problēmu. Paranoīdas personības traucējumi arī prognozē izvairīšanās stila samazināšanos. Tātad, ja pacientiem ir lielāki paranoīdas personības traucējumi, tad lielāka iespējamība, ka šiem pacientiem būs mazāk izteikts izvairīšanās stils. Iegūtie rezultāti liek domāt, ka pacientiem, kuri rehabilitācijas programmas sākumā, bija kautrīgi un ļāva sevi citiem izmantot (mazohistiskas personības traucējumi), jo vairāk būs izteikts pesimisms un trauksme problēmu risināšanā, kaut arī šie pacienti bija rehabilitācijas procesā. Iegūtie rezultāti

liek domāt, ka pacienti, kuri sākumā bija neuzticīgi un aizdomīgi (paranoīdas personības traucējumi), rehabilitācijas procesā sāk vairāk uzticēties grupas biedriem un speciālistiem, ko apliecina šajā pētījumā iegūtie rezultāti, kur paranoīdas personības traucējumi samazinās pēc pirmā pusgada rehabilitācijas. Rehabilitācijas programmas beigās pacientu pesimisms samazinājās un viņi mazāk izvairījās risināt sociālās problēmas.

Sadistiskas personības traucējumi prognozē impulsivitātes stila samazināšanos. Tas nozīmē, ja lielāki ir pacientu sadistiskas personības traucējumi, tad lielāka iespējamība, ka šiem pacientiem būs izteiktāks impulsivitātes stils problēmu risināšanā. Pacientiem, kuri rehabilitācijas sākumā bija vienaldzīgi, demonstrēja citiem savu pārākumu, bija nežēlīgi pret citiem un pārkāpa citu cilvēku tiesības, rehabilitācijas procesā šie raksturojumi kļuva mazāk izteiktāki, ko apliecina šajā pētījumā iegūtie rezultāti, kur sadistiskas personības traucējumi samazinās rehabilitācijas laikā, tāpēc pacienti 12 mēnešu laikā kļuva mazāk impulsīvi problēmu risināšanā.

Dotā pētījuma ietvaros ir noskaidrots, cik lielā mērā rehabilitācijas vidusposmā veiktais personības traucējumu 2. mērījums prognozē sociālo problēmu risināšanu pēc rehabilitācijas procesa, ja modelī iekļauj sociālo problēmu risināšanas 2. mērījumu. Nosakot personības traucējumu rādītājus pēc 6 mēnešu rehabilitācijas, var secināt, ka *izvairīgas, histēriskas, atkarīgas* un *negatīvistiskas* personības traucējumi prognozē sociālo problēmu risināšanas deficīta izmaiņas pēc 12 mēnešu rehabilitācijas.

Izvairīgas personības traucējumi prognozē pieaugumu negatīvā orientācijā uz problēmu. Tas nozīmē, ja pacientiem ir lielāki izvairīgas personības traucējumi rehabilitācijas otrajā periodā, tad pastāv lielāka iespējamība, ka pēc 6 mēnešu rehabilitācijas perioda šiem pacientiem būs izteiktāka negatīva orientācija uz problēmu. Iespējams, pacienti, kuri pēc 6 mēnešu rehabilitācijas ir kautrīgi, distancēti no citiem, uztver sevi kā sociāli neveiklus un izvairās no stresa, var justies nedroši, adaptējoties sociālajā vidē pēc rehabilitācijas programmas beigām, jo viņiem paaugstinās pesimisms un trauksme, kas bremzē viņu darbību problēmu risināšanā.

Histēriskas personības traucējumi prognozē izvairīšanās stila mazināšanos. Tas nozīmē, ja lielāki ir pacientu histēriskas personības traucējumi rehabilitācijas otrajā periodā, tad ir lielāka iespējamība, ka šiem pacientiem būs mazāk izteikts izvairīšanās stils problēmu risināšanā. Tas liek domāt, ka pacienti, kuri pēc 6 mēnešu rehabilitācijas ir aktīvi un orientēti mijiedarboties ar citiem, pēc rehabilitācijas programmas beigām vairāk censtīsies risināt problēmas, nevis izvairīties no tām.

Atkarīgas personības traucējumi prognozē impulsivitātes pieaugumu un negatīvistiskas personības traucējumi prognozē impulsivitātes samazināšanos pēc rehabilitācijas. Tas nozīmē, ja lielāki ir pacientu atkarīgas personības traucējumi rehabilitācijas otrajā periodā, tad ir lielāka iespējamība, ka šiem pacientiem būs izteiktāks impulsivitātes stils problēmu risināšanā. Ja lielāki

ir pacientu negatīvistiskas personības traucējumi, tad ir lielāka iespējamība, ka šiem pacientiem būs mazāk izteikts impulsivitātes stils problēmu risināšanā. Iespējams, tie pacienti, kuri rehabilitācijas otrajā periodā bija bezpalīdzīgāki, meklēja citus, lai apmierinātu savas vajadzības (atkarīgas personības traucējumi), pēc rehabilitācijas programmas, saskaroties ar sociālajām problēmām, kļūst impulsīvāki attiecībā uz problēmu risināšanas stilu. Savukārt tiem pacientiem, kuri rehabilitācijas otrajā periodā kaitinoši uzvedās, bija neuzticīgi un ciniski pret citiem, rehabilitācijas procesā šie raksturojumi kļuva mazāk izteikti, ko apliecina šajā pētījumā iegūtie rezultāti, kur negatīvistiskas personības traucējumi rehabilitācijas laikā samazinās. Tāpēc pacienti 6 mēnešu laikā kļuva mazāk impulsīvi problēmu risināšanā. Speciālistiem ir būtiski rehabilitācijas otrajā periodā pievērst uzmanību, piemēram, trauksmes un impulsīvas personības izpausmēm, lai laikus noteiktu atbilstošas ārstēšanās metodes, piemēram, komunikācijas un impulsu kontroles iemaņu attīstīšanai, tādējādi palielinot iespēju efektīvāk veicināt sociālo problēmu risināšanas attīstību rehabilitācijas procesā.

Apkopojot iegūtos rezultātus, var secināt, ka pacientiem A grupas (paranoīdas), B grupas (histēriskas), C grupas (izvairīgas un atkarīgas), depresīvas, mazohistiskas, sadistiskas un negatīvistiskas personības traucējumi ir saistīti ar sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām rehabilitācijas procesā. Šajā pētījumā nav konstatēts, ka šizoīdas un šizotipiskas personības traucējumi būtu saistīti ar sociālo problēmu risināšanas dimensijām. Nav arī konstatēts, ka B grupas personības traucējumi, izņemot histēriskas personības traucējumus, būtu saistīti ar sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām, kas daļēji sasaucas ar citu pētījumu (McMurrin, Nezu, & Nezu, 2008), kur pacientiem, kuri ārstēja personības traucējumus, antisociālas, šizoīdas, šizotipiskas un paranoīdas personības traucējumi nebija saisti ar sociālo problēmu risināšanas deficītu.

Iegūtie rezultāti akcentē zinātnisko novitāti un aktualizē turpmākos pētījumus par šīm attiecībām, jo piemēram, tādi personības traucējumi kā antisociāli un robežstāvokļa personības traucējumi, kas ir visvairāk izplatīti no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, pēc šī pētījuma rezultātiem nebija saistīti ar sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām rehabilitācijas procesā.

Šī promocijas darba pētījuma ietvaros mazā pacientu skaita dēļ netika kontrolēts dzimums, kas norāda uz šī promocijas darba ierobežojumu. Dzimums saistās ar personības traucējumiem, piemēram, no narkotikām atkarīgiem vīriešiem vairāk ir šizoīdas, antisociālas un narcistiskas personības traucējumi, savukārt, sievietēm – paranoīdas, robežstāvokļa, histēriskas, izvairīgas, atkarīgas un obsesīvi kompulsīvas personības traucējumi (Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010).

4.5. Secinājumi

Speciālistiem, strādājot ar no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, ir svarīgi iegūt zināšanas par saistībām starp personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanas dimensijām, lai agrīni identificētu riska faktorus un izvēlētos ārstēšanās metodes atbilstoši katra pacienta specifiskām problēmām. Analizējot zinātnisko literatūru ir noskaidrots, ka šīs attiecības ir maz pētītas un pārsvarā tās pētītas citām respondentu grupām (piemēram, cilvēkiem ar personības traucējumiem bez diagnosticētas atkarības no narkotiskām). Varētu secināt, ka galvenais longitudinālā pētījuma mērķis ir sasniegts, jo tika pārbaudītas izmaiņas un noskaidrotas saistības starp personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanu no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem pacientiem rehabilitācijas procesā.

No pētījumā iegūtajiem rezultātiem, ir noskaidrots, ka personības traucējumiem ir nozīmīga loma no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, attiecībā uz ārstēšanas rehabilitācijas programmas izvēli, turpināšanu un pabeigšanu, kā arī personības traucējumi prognozē sociālo problēmu risināšanas dimensijas izmaiņas.

- No narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem kuri nepiesakās rehabilitācijai, sadistiskas, negatīvistiskas un paranoīdas personības traucējumu rādītāji ir būtiski augstāki;

- Rehabilitācijas procesu 12 mēnešu laikā pārtrauc 53% no narkotikām atkarīgo pieaugušo pacientu, no tiem 19% pārtrauc to pirmajā pusgadā un 34% otrajā pusgadā;

- Pacientiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu, atkarīgas personības traucējumu rādītāji ir būtiski zemāki nekā tiem, kuri pabeidz rehabilitācijas programmu;

- Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, negatīvistiskas, mazohistiskas, paranoīdas, depresīvas, sadistiskas, atkarīgas, antisociālas un šizotipiskas personības traucējumu rādītāji 12 mēnešu rehabilitācijas procesā samazinās būtiskāk, salīdzinot ar kontrolgrupas respondentiem.

- Pacientiem atkarīgas, depresīvas, izvairīgas, mazohistiskas, šizotipiskas, robežstāvokļa un paranoīdas personības traucējumu rādītāji samazinās pirmā pusgada rehabilitācijas laikā; šizoīdas un antisociālas personības traucējumu rādītāji pacientiem samazinās otrā pusgada rehabilitācijas laikā.

- Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, 12 mēnešu rehabilitācijas laikā paaugstinās sociālo problēmu risināšanas prasmju rādītāji, bet šīs izmaiņas nenorāda uz rehabilitācijas procesa efektu.

- Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, personības traucējumi prognozē sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņas: Augstāki depresīvas personības traucējumu rādītāji prognozē lielāku pozitīvas orientācijas uz problēmu un racionālas problēmu risināšanas rādītāju pieaugumu 12 mēnešu rehabilitācijas laikā; bet augstāki paranoīdas personības traucējumu rādītāji prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu un izvairīšanās stila rādītāju

samazināšanos; lielāki mazohistiskas personības traucējumi prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu rādītāju paaugstināšanos; augstāki sadistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila rādītāju samazināšanos.

- Pacientiem rehabilitācijas otrajā periodā augstāki izvairīgas personības traucējumu rādītāji prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu rādītāju pieaugumu 6 mēnešu rehabilitācijas laikā; bet augstāki histēriskas personības traucējumu rādītāji prognozē izvairīšanās stila rādītāju samazināšanos; augstāki negatīvistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila rādītāju samazināšanos; bet augstāki atkarīgas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila rādītāju paaugstināšanos.

Galvenie pētījuma secinājumi ir sekojoši: no narkotikām atkarīgiem pacientiem paaugstinās sociālo problēmu risināšanas dimensijas rādītāji, tie ir – pozitīva orientācija uz problēmu un racionāla problēmu risināšana 12 mēnešu rehabilitācijas laikā, bet šīs pozitīvās izmaiņas nenorāda uz rehabilitācijas procesa efektu; no narkotikām atkarīgiem pacientiem paranoīdas, histēriskas, izvairīgas, atkarīgas, depresīvas, mazohistiskas, sadistiskas un negatīvistiskas personības traucējumi ir saistīti ar sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām rehabilitācijas procesā.

4.6. Praktiskā izmantojamība

Pētījumā iegūtie rezultāti dod iespēju speciālistiem dziļāk izprast saistību starp personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanu no narkotikām atkarīgo pieaugušo cilvēku rehabilitācijas procesā. Secinājumi par personības traucējumiem no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem un viņu sociālo problēmu risināšanas pilnveidošanu rehabilitācijas procesā var vērst speciālistu uzmanību uz specifiskām pacienta uzvedības izpausmēm un līdz ar to – agrīni identificēt riska faktorus. Piemēram, ja pacientam narkoloģijas medicīniskās ārstēšanas (detoksikācijas) pakalpojuma saņemšanas procesā ir izteikti paranoīdas personības traucējumi, tad pacients visticamāk nepieteiksies turpmākai ārstēšanai, kaut arī ārsti to rekomendē, tāpēc vispirms vēlams mazināt pacienta pretestību, kas var izpausties kā neuzticēšanās un aizdomīgums. Ja rehabilitācijas procesa sākumā pacientam ir izteikti izvairīgas personības traucējumi, tad ir iespējams prognozēt, ka negatīva orientācija uz problēmu drīzāk nesamazināsies, tāpēc vēlams mazināt pacienta kautrīgumu, distancēšanos no citiem un palīdzēt viņam justies drošāk rehabilitācijas gaitā, kas, iespējams, palīdzēs viņam mazāk izvairīties no problēmu risināšanas.

Pētījumā secinājumi dod iespēju speciālistiem savlaicīgi nodrošinot nepieciešamo atbalstu šiem pacientiem, piemēram, veidojot individuālas konsultācijas vai grupas sociopsiholoģiskās nodarbības. Tie dod iespēju speciālistiem izvēlēties atbilstošas terapeitiskās

metodes, ņemot vērā gan pacientu problēmu risināšanas prasmes, gan personības traucējumus, un kopumā plānot efektīvāku rehabilitācijas procesu. Tādējādi šī pētījuma rezultāti var tikt plaši izmantoti klīniskā psihologa, psihiatra vai sociālā darbinieka ikdienas darbā, strādājot ar no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem

Pētījuma ierobežojumi un ievirzes turpmākai izpētei.

Šajā pētījumam ir vairāki ierobežojumi. Par pētījuma ierobežojumiem var uzskatīt to, ka pētījuma ietvaros respondentu skaits bija neliels, līdz ar to turpmākajos pētījumos ir ieteicams palielināt dalībnieku skaitu, kā arī netika kontrolēts dzimuma faktors un nebija pieejami dati par respondentu personības traucējumu diagnozi. Klīniskās grupās nevar droši paļauties uz pašvērtēšanas aptaujām, jo pacienti varētu būt nekritiski un var sniegt sociāli vēlamas atbildes. Turpmākajos pētījumos būtu ieteicams iesaistīt speciālistus (piemēram, psihologus) un analizēt kopā gan viņu novērojumus par pacientiem gan iegūto informāciju no pacientu sniegtajām atbildēm pašvērtēšanas aptaujās. Tāpat turpmākajos pētījumos ir vēlams turpināt pētīt saistību starp personības traucējumiem un sociālo problēmu risināšanas dimensijām no narkotikām atkarīgiem pacientiem pēc viena gada rehabilitācijas programmas beigām, kas palīdzētu labāk izprast šo saistību raksturu. Ieteicams veikt atkārtotu MCMI-III aptaujas adaptāciju krievu valodā plašāka spektra traucējumu klīniskai grupai un turpināt citu skalu adaptāciju, kā arī uzsākt standartizācijas procesu Latvijā, kā arī ieteicams veikt MCMI-III aptaujas adaptāciju latviešu valodā.

Nobeigums

Līdz pat 80% pacientu pēc gadu ilga rehabilitācijas kursa atsāk lietot narkotiskās vielas, tāpēc ir svarīgi uzlabot no narkotikām atkarīgo cilvēku psihosociālās ārstēšanas programmas kvalitāti. Narkotisko vielu lietošana vai lietošanas atsākšana ir saistīta ar sociālo problēmu risināšanas prasmes deficītu, kas izpaužas kā nespēja virzīt savu uzvedību problēmu risināšanai, nespēja orientēties problēmā un impulsīva reakcija uz problēmām ikdienas dzīvē, tāpēc viens no psihosociālās rehabilitācijas programmas galvenajiem uzdevumiem ir veicināt no narkotikām atkarīgo cilvēku sociālo problēmu risināšanas prasmju attīstību. Viens no negatīviem faktoriem, kas traucē sociālo problēmu risināšanas prasmju attīstību, ir personības traucējumi, kas padara rehabilitāciju mazefektīvu, jo no narkotikām atkarīgo cilvēku personības traucējumi saistīti ar recidīviem līdz 94% gadījumu. Ir zināms, ka cilvēki ar B grupas personības traucējumiem pēc DSM-IV-TR, tas ir antisociālas, robežstāvokļa, histēriskas un narcistiskas personības traucējumiem, retāk izvēlas arstēties rehabilitācijas programmās un biežāk pārtrauc ārstēšanu. Tādējādi personības traucējumiem varētu būt būtiska nozīme sociālo problēmu risināšanas prasmju izmaiņās psihosociālās rehabilitācijas programmā. Diemžēl personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas dimensiju saistība ir maz pētīta. Cilvēkiem, kas atrodas ārstniecības

iestādēs personības traucējumu dēļ, robežstāvokļa personības traucējumi prognozē impulsivitāti sociālo problēmu risināšanā. Līdzšinējie pētījumi nedeva iespēju spriest, kāda ir personības traucējumu nozīme saistībā ar sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņām no narkotikām atkarīgo pacientu psihosociālajā rehabilitācijas programmā, tāpēc šī pētījuma galvenais mērķis bija to noskaidrot.

Lai sasniegtu šos mērķus, bija nepieciešams pārbaudīt rehabilitācijas programmas efektivitāti no narkotikām atkarīgiem pacientiem par kritērijiem izmantojot personības traucējumu un sociālo problēmu risināšanas rādītājus. Papildus pētījuma mērķis bija veikt pētījumā izmantoto mērījuma instrumentu adaptāciju Latvijā. Veicot mērījuma instrumenta adaptāciju, tika noskaidrots, ka MCMI-III 14 personības traucējumu skalas un SPSI-R 5 skalas ir piemērotas izpētei Latvijas krievu valodā runājošās populācijas vidē.

Iegūtie pētījuma rezultāti parāda, ka hipotēze par to, ka personības traucējumu rādītāji B grupā tiem no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem kuri nepiesakās rehabilitācijas procesam būs augstāki, salīdzinot ar tiem, kuri piesakās šim procesam, neapstiprinās. Tomēr tika noskaidrots, ka sadistiskas, negatīvistiskas un paranoīdas personības traucējumu rādītāji ir augstāki tiem, kuri nepiesakās rehabilitācijai. Hipotēze, ka personības traucējumu rādītāji B grupā tiem no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem pacientiem, kuri pārtrauc rehabilitācijas programmu būs augstāki, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuri pabeidza rehabilitācijas programmu, neapstiprinās. Tomēr tika noskaidrots, ka atkarīgas personības traucējumu rādītāji ir augstāki tiem pacientiem, kuri pabeidza rehabilitācijas programmu. Hipotēze, ka pēc piedalīšanās rehabilitācijas programmā personības traucējumu rādītāji no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem pacientiem samazinās, salīdzinot ar tiem no narkotikām atkarīgiem pieaugušiem cilvēkiem, kuri neiziet rehabilitācijas procesu, apstiprinās. Pacientiem negatīvistiskas, mazohistiskas, paranoīdas, depresīvas, atkarīgas, antisociālas, un sadistiskas personības traucējumu rādītāji samazinās 12 mēnešu rehabilitācijas procesā, salīdzinot ar kontrolgrupu. Tomēr atkarīgas, depresīvas, izvairīgas, mazohistiskas, šizotipiskas, robežstāvokļa un paranoīdas personības traucējumu rādītāji statistiski nozīmīgi samazinās rehabilitācijas pirmā pusgada laikā, savukārt šizoīdas un antisociālas personības traucējumu rādītāji statistiski nozīmīgi samazinās rehabilitācijas otrā pusgada laikā.

Veicot longitudinālo pētījumu, galvenie tajā izvirzītie pētījuma jautājumi bija noskaidrot, kādas ir izmaiņas sociālo problēmu risināšanas dimensijās no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem rehabilitācijas procesā no 1. līdz 4. fāzei, salīdzinot ar kontrolgrupu (no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, kuri neiziet rehabilitācijas procesu), un cik lielā mērā pirms rehabilitācijas veiktais personības traucējumu mērījums prognozē sociālo problēmu risināšanu pēc rehabilitācijas procesa no narkotikām atkarīgiem cilvēkiem, ja modelī iekļauj sociālo problēmu risināšanas prasmes 1. mērījumu (t.sk. prognozēs starp 2. un 3. mērījumu). Ir noskaidrots, ka narkotiku

atkarīgiem pacientiem paaugstinās pozitīva orientācija uz problēmu un racionāla problēmu risināšana, bet šī izmaiņas neapstiprina rehabilitācijas programmas efektu. Pacientiem, kuri piedalās rehabilitācijas programmā, personības traucējumi prognozē sociālo problēmu risināšanas dimensiju izmaiņas: Augstāki depresīvas personības traucējumu rādītāji prognozē lielāku pozitīvas orientācijas uz problēmu un racionālas problēmu risināšanas rādītāju pieaugumu 12 mēnešu rehabilitācijas laikā; Bet augstāki paranoīdas personības traucējumu rādītāji prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu un izvairīšanās stila rādītāju samazināšanos; Augstāki mazohistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu rādītāju paaugstināšanos; Augstāki sadistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila rādītāju samazināšanos. Pacientiem rehabilitācijas otrajā periodā augstāki izvairīgas personības traucējumu rādītāji prognozē negatīvas orientācijas uz problēmu rādītāju pieaugumu 6 mēnešu rehabilitācijas laikā; Bet augstāki histēriskas personības traucējumu rādītāji prognozē izvairīšanās stila rādītāju samazināšanos; augstāki negatīvistiskas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila rādītāju samazināšanos; Augstāki atkarīgas personības traucējumu rādītāji prognozē impulsivitātes/paviršības stila rādītāju paaugstināšanos.

Pamatojoties uz iepriekšminēto, var secināt, ka speciālistiem ir būtiski rehabilitācijas procesā pievērst uzmanību paranoīdas, histēriskas, izvairīgas, atkarīgas, depresīvas, mazohistiskas, sadistiskas un negatīvistiskas personības traucējumiem, lai iespējami efektīvāk veicinātu sociālo problēmu risināšanas attīstību rehabilitācijas procesā, piemēram, attīstot komunikācijas un impulsu kontroles iemaņas.

Izmantotās literatūras saraksts

- Abraham, K. (1908). *The psychological relation between sexuality and alcoholism: Selected Papers of Karl Abraham*. New York: Basic Books, (1960).
- Achalu, E. D. (2005). *The self-medication hypothesis. A review of the two major theories and the research evidence*. Iegūst 2010. gada 26. majā no <http://www.addictioninfo.org/articles/258/1/The-Self-Medication-Hypothesis/Page1.html>
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition. Revised. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4rd edition. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4rd edition. Revised. Washington: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (2012). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5rd edition. Iegūst 2012. gada 26. augustā no <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. (2000). The influence of coping and depression on abstinence from illicit drug use in methadone-maintained patients. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 26 (3), 399-416.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Bartholomew, K., Kwong, M.J., & Hart, S.D. (2001). *An attachment perspective on personality disorders*. In J. Livesly (Ed.), *The handbook of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. R. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. R., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behavioral research and therapy*, 39, 1213-1225.
- Bellack, A. S. & Hersen, M. (1984). *Dictionary of behavior therapy techniques*. New York, Oxford: Pergamon Press.
- Benjamin, L. S. & Wonderlich, S.A. (1994). Social perceptions and borderline personality disorder: the relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 610-624.
- Bernstein, D. P. & Useda, J. D. (2007). Paranoid personality disorder. Iegūst 2010. gada 27. majā no http://www.sagepub.com/upm-data/15198_Chapter3.pdf
- Birtchnell, J. (1996). *How humans relate: a new interpersonal theory*. Hove: Psychology, Press.
- Blacken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., et al., (1994). European Addiction Severity Index (EuropASI). European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Iegūst 2007. gada 10. septembrī no <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3647EN.html>
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *Psychological Sciences & Social Sciences*, 62 (1), 61-64.
- Blanchard-Fields, F., Fredda, S., Jahnke, H. C., Casper, D., Camp, C., & Cameron, S. (1995). Age differences in problem-solving style: the role of emotional salience. *American Psychological Association, Inc*, 10 (2), 173-180.
- Blatt, S. J., Berman, W., Bloom-Feshbach, S., Sugarman, A., Wilber, C., & Kleber, H. D.

- (1984). Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 172(3), 156-165.
- Blum, K. & White, N. (2003). Electrophysiological, neuropharmacological, and neurogenetic aspects of reward deficiency syndrome: a biogenetic model of diagnosis and treatment. *Journal of Neurotherapy*, 7 (1), 32-34.
- Bowles, T. V. (2006). The adaptive change model: An advance on the transtheoretical model of change. *The Journal of Psychology*, 140 (5), 439 - 457.
- Bradley, R., Shedler, J., & Westen, D. (2006). Is the appendix a useful appendage? An empirical examination of depressive, passive-aggressive (negativistic), sadistic, and self-defeating personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20 (5), 524–540.
- Bry, B. H., McKeon, P., & Pandina, R. J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 273–279.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey R. R., & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*. 93 (1), 73-92. Iegūst 2010. gada 10. majā no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624713>
- Broome, K. M., Flynn, P. M., & Simpson, D. D. (1999). Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. *Health Services Research*, 34 (3), 791-806.
- Bukstein, O. G., Brent, D., A., & Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1131-1141.
- Buss, D. M. (1999). *Human nature and individual differences: The evolution of human personality*. In Pervin, L. & John, O. P. (Eds.), *Handbook of personality*, 2/e. New York: Guilford Press.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (2004). *Abnormal psychology and modern life (11th ed.)*. Singapore: Pearson Education.
- Choca, J. P. (1999). Evolution of Millon's personality prototypes. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 353-364.
- Clark, M. (2011). Conceptualising addiction: how useful is the construct? *International Journal of Humanities and Social Science*. 1(13), 55-64.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric developments*, 4 (3), 167-226.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cox, B. M., Goldstein, A., & Li, C. H. (1976). Opioid activity of a peptide, j β -lipotropin-(61-

- 91), derived from illipotropin. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 73 (6), 1823-1976. Iegūst 2010. gada 10. augustā no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC430398/pdf/pnas00036-0055.pdf>
- Coombs, R. H. (2005). *Addiction counseling review: preparing for comprehensive, certification and licensing examinations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Ins.
- Coombs, R. H. & Howatt, W. A. (2005). *The addiction counselor's desk reference*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Coombs, R. H. (1997). *Drug-impaired professionals*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Craig, R. J., & Olson, R. E. (1990). MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of clinical psychology*, 46, 230-237.
- Daughters, S. B., Stipelman, B. A., Sargeant, M. N., Schuster, R., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C.W. (2008). The interactive effects of antisocial personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34 (2), 157-164.
- Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 330-352.
- Davenport, J., Bore, M., & Campbell, J. (2010). Changes in personality in pre- and post-dialectical behaviour therapy borderline personality disorder groups: A question of self-control. *Australian Psychologist*, 45 (1), 59-66.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A., & Kant, G. L. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences*, 25, 241-252.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem solving inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156-163.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). *Social problem-solving inventory-revised (SPSI-R)*. New York: Multi-Health System Inc.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2007). *Problem solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (8), 1091-1107.
- Degenhardt, L., Kinner, S. A., Roxburgh, A., Black, E., Bruno, R., Fetherston, J., & Fry, C. L. (2008). Drug use and risk among regular injecting drug users in Australia: Does age make a difference. *Drug and Alcohol Review*, 27 (4), 357-360.
- DeLeon, G. (1997). *Community as method therapeutic communities for special populations*

- and special settings. Connecticut: Praeger, Westport.
- DeLeon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method*. New York Springer: Publishing Company.
- DeLeon, G. (1979). Therapeutic community dropouts: criminal behaviour five years after treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 253-271.
- DiClimente, C. C. (2003). *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- Digman, J. M. (1990) Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Distel, M. A., Rebollo-Mesa, I., Willemsen, G., Derom, C. A., Trull, T. J., Martin, N. G., & Boomsma, D. I. (2009). Familial resemblance of borderline personality disorder features: genetic or cultural transmission. *P L o S One*, 4 (4).
- Dimeff, L. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Dowling, S. (1995). The psychology and treatment of addictive behavior (workshop series of the American psychoanalytic association). Intl Universities Pr Inc.
- Echeburua, E., Medina, R., & Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol & Alcoholism*, 42, (6), 618-622.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, (4286), 129-136.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Eysenck, M. W. (2001). *Principles of cognitive psychology*. Hove: Psychology Press.
- Fernandez-Montalvo, J. & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory*, 18 (4), 433-441.
- Figuroa, E. & Silk, K. R. (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 71-92.
- Flumer, R. H. & Lapidus, L. B. (1980). A study of professed reasons for beginning and continuing heroin use. *The International Journal of the Addictions*, 15 (5), 631-645.
- Franken, I. H., Hendriks, V. M., Haffmans, P. M., & van der Meer, C. W. (2001). Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (3), 299-306.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. In the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 7. London, Hogarth Press, (1953).
- Fridell, M., & Nilson, M. (2004). Drug in focus: Co-morbidity – drug use and mental disorders.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Iegūst 2010. gada 23. augustā no http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_EN_Dif14EN.pdf
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., & Botvin, G. J. (2009). Developmental trajectories of selfmanagement skills and adolescent substance use. *Health and Addictions, 9*, 15-37.
- Godshall, F. J., & Elliott, T. R. (1997). Behavioral correlates of self-appraised problem-solving ability: problem-solving skills and health-compromising behaviors. *Journal of Applied Social Psychology, 27* (11), 929-944.
- Gossop, M. (1990). Drug abuse treatment (Book). *British Journal of Addiction, 85* (5), 691-692.
- Groot, M. H., Franken, H. A., Van der Meer, C. W., & Hendriks, V. M. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24* (2), 115-120.
- Gunderson, J. G. & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry, 150*, 19-27.
- Haw, C. M. & Hawton, K. (2011). Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993- 2006. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 46* (2), 85-93.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112* (1), 64-105.
- Hayward, B. A. (2007). Cluster A personality disorders: considering the 'odd-eccentric' in psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*, 15-21.
- Heppner, P. P. & Baker, C. E. (1997). Applications of the problem solving inventory. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development, 29* (4), 229.
- Herrick, S. M. & Elliott, T.R. (2001). Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology, 57* (1), 75-92.
- Horner, A. J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Janson Aronson Inc.
- Huprich, S. K. (2009). What should become of depressive personality disorder in DSM-V. *Harvard Review of Psychiatry, 17* (1), 41-59.
- Husband, S. D. & Platt, J. J. (1993). The cognitive skills component in substance abuse treatment in correctional settings: a brief review. *Journal of Drug Issues, 23*(1), 31-42.
- Jaffee, W. B. & D`Zurilla, T. J. (2003). Adolescent problem solving, parent problem solving, and externalizing behavior in adolescents. *Behavior Therapy, 34* (3), 295.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2008). Do changes on MCMI-II personality disorder scales in short-term psychotherapy reflect trait or state changes? *Nordic Journal*

- of Psychiatry*, 62 (1), 46-54.
- Johnson, V. (1980). *I'll Quit Tomorrow: a practical guide to alcoholism treatment*. San Francisco: Harper and Row.
- Iekšlietu ministrija (2011). *Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.-2017.gadam (informatīvā daļa)*. Ministru kabinets. Iegūst 2011. gada 30. jūnijā no http://iem.gov.lv/files/text/Pamatnostadnes_Narkotikas.pdf
- Karterud, S., Arefjord, N., Andresen, N. E., & Pedersen, G. (2009). Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital treatment. Implications for service developments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63 (1), 57-63.
- Kellett, S. (2007). A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 389-405.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Khantzian, E. J. (1978). The Ego, the Self and opiate addiction: theoretical and treatment considerations. *International Review of Psychoanalysis*, 5, 189-198.
- Kernberg, O. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson Inc.
- Kluša, V. (2004). Atkarību izraisīto vielu melanokortīnenerģisko signālmehānismu pētījumi. Pētniecības projekti Latvijas Universitātē. Iegūst 2012. gada 01. augustā no <http://www.lu.lv/par/projekti/petnieciba/2004/klusa/>
- Kolesnikova, J., Miezīte, S. (2008). Changes in drug addicts' social problem-solving abilities and goal achievement orientations during rehabilitation. *Baltic Journal of Psychology*. *Baltic Journal of Psychology*, 8, 49-56.
- Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (1996). Preface to traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society Iegūst 2010. gada 03. augustā no <http://www.trauma-pages.com/s/vanderk3.php>
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Koroļeva, I., Kārklīņa, I., Sniķere, S., Mieriņa, I. (2008). *Narkotiku lietošana izklaides vietās*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra.
- Kosten, T. R. & Rounsaville, B. J. (1986). Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatric Clinics of North America*, 9 (3), 515-532.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2007). *Abnormal psychology* (10th ed.) USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, S., & Paul, R. (2009). New directions in evaluating

- social problem solving in childhood: early precursors and links to adolescent social competence. *New Directions for Child & Adolescent Development*, 123, 51-68.
- Lenzenweger, M. F. & Willett, J. B. (2009). Does change in temperament predict change in schizoid personality disorder? A methodological framework and illustration from the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Development & Psychopathology*, 21 (4), 1211-1231.
- Leshner, A. (2001). Addiction is a brain disease. *Issues in science and technology*. Iegūst 2006. gada 31. majā no <http://www.issues.org/17.3/leshner.htm>
- Livesley, W. J. (2001). *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, Inc.
- Mallouf, J. M., Thorsteinsson, M. M., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Magnavita, J. J. (2004). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Manschreck, T. C. (1996). Delusional disorder: The recognition and management of paranoia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (3), 32-38.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39 (1), 223-252.
- Marx, E. M., Williams, J. M., & Claridge, G. C. (1994). Social problem-solving in depression. Facets of social intelligence. *European Review of Applied Psychology*, 44, 271-279.
- May, C. (1997). Habitual drunkards and the intervention of alcoholism: Susceptibility and culpability in nineteenth century medicine. *Addiction Research*, 5 (2), 169-188.
- Maydeu-Olivares, A. & D`Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: an integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Reserch*, 20 (2), 115-133.
- Mayeux, L. & Cillessen, A. H. N., (2003). Development of social problem solving in early childhood: stability, change, and associations with social competence. *Journal of Genetic Psychology*, 164 (2), 153-173.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis ii disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 883-889.
- McGuire, J. (2001). What is problem solving? A review of theory, research and applications. *Criminal Behavior and Mental Health*, 11, 210-235.
- McMahon, R. C. & Richards, S. K. (1996). Profile patterns, consistency, and change in the

- Millon clinical multi-axial inventory-II in cocaine abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (1), 75-79.
- McMahon, R. C., Flynn, P., & Davidson, R. (1985). The personality and symptoms scales of the Millon clinical multi-axial inventory: sensitivity to post treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 41 (6), 862-866.
- McMurrin, M., Blair, M., & Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. *Aggressive Behavior*, 28 (6), 439 – 445. Iegūst 2010. gada 18. jūlijā no <http://www3.interscience.wiley.com/journal/99520063/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- McMurrin, M., Fyffe, S., McCarthy, L., Duggan, C., & Latham, A. (2001). 'Stop & Think!': social problem-solving therapy with personality disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 273–285.
- McMurrin, M., Duggan, C., Christopher, G., & Huband, N. (2007). The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. *Personality and Individual Differences*, 42, 145-155.
- McMurrin, M., Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). Problem solving therapy for people with personality disorders: An overview. *Mental Health Review Journal*, 13 (2), 35-39.
- McMurrin, M. & Christopher, G. (2008). Dysfunctional beliefs and antisocial personality disorders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19 (4), 533-542.
- McMurrin, M., Cox, W. M., Coupe, S., Whitham, D., & Hedges, L. (2010). The addition of a goal-based motivational interview to standardized treatment as usual to reduce dropouts in a service for patients with personality disorder: a feasibility study. *Trials*, 11, 98-102. Iegūst 2011. gada 28. jūnijā no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2964698/>
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: The Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adult with PTSD*. Canada: Institute Press.
- Messina, N. P., Wish, E. D., & Nemes, S. (2002). Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *AM. J. Drug alcohol abuse*, 28 (2), 197-212.
- Miller, G. (2005). *Learning the language of addiction counseling*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad-spectrum behaviour therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.
- Millon, T., Blaney, P. H., & Davis, R. D. (1999). *Oxford textbook of psychopathology*. New York: Oxford University Press, Inc.

- Millon, T., Millon, C., Meagher, S., Grossman, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. 2nd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (2006). *MCMI-III manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Millon, T. (2006). Institute for advanced studies in personology & psychology. Evolution-Based Personality Theory. Iegūst 2012. gada 28. majā no http://www.millon.net/content/evo_theory.htm
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Morgenstern, J., Langerbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 74-84.
- Myers, P. & Salt, R. (2007). *Becoming an addictions counselor: a comprehensive text*. Canada: Jones and Bartlett Publishers, Ins.
- Nacionālais veselības dienests (2005). Latvijā apstiprinātās narkoloģijas tehnoloģijas. Iegūst 2006. gada 31. majā no <http://www.vsmtva.gov.lv/AML.WebAdmin/Resources/File/Med%20tehnologijas/Tehnologijas/Narkologija.htm>
- National Survey on Drug Use and Health (2012). Drug facts: Nationwide trend. Illicit drug use. Iegūst 2012. gada 04. oktobrā no <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/nationwide-trends>
- New collegiate dictionary (2001). *Merriam-Webster`s collegiate dictionary*. 11 th ed. USA: Merriam-Webster`s Inc.
- Ortman, D. (2001). *The dual diagnosis recovery textbook*. Chicago: Contemporary Books.
- Overholser, J. C. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13 (1), 17-23.
- Paris, J. (2010). Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *Journal of Personality Disorders*, 24 (4), 405-411.
- Platt, J. J. & Metzger, D. S. (1987). Cognitive interpersonal problem-solving skills and the maintenance of treatment success in heroin addicts. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1 (1), 5-13.
- Pouget, E. R., Hagan, H., & Des Jarlais, D. C. (2012). Meta-Analysis of Hepatitis C Seroconversion in Relation to Shared Syringes and Drug Preparation Equipment. *Addiction*. 107 (6), 1057-1065.
- Preti, E., Prunas, A., Ravera, F., & Madeddu, F. (2011). The interactive effects of antisocial personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. *Mental Health & Substance Use: Dual Diagnosis*, 4 (3), 256-266.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Rossi, J. S., & Davidson, R. (1992). Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. *British Journal of Addiction, 87*, 825-835.
- Prochaska, J. O., Cohen, F. C., Gomes, S. O., Laforge, R. G., & Eastwood, A. L. (2004). The transtheoretical model of change for multi-level interventions for alcohol abuse on campus. *Journal of Alcohol & Drug Education, 3*, 34-50.
- Raščevska, M. (2005). *Psihológisko testu un aptauju konstruēšana un adaptācija*. Rīga: SIA „Izdevniecība RaKa”.
- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *European Addiction Research, 11* (4), 180-185.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (2010). The Millon clinical multiaxial inventory II: Stability over time? A seven-year follow-up study of substance abusers in treatment. *European Addiction Research, 16*, 146-151.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2511-2518. Iegūst 2010. gada 10. septembrī no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>
- Rohrbach, L. A., Sussman, S., Dent, C. W., & Sun, P. (2005). Tobacco, alcohol, and other drug use among high-risk young people: a five-year longitudinal study from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Drug Issues, 35* (2), 333-355.
- Ronningstam, E. & Gunderson, J. G. (1990). Identifying criteria for narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*, 585-601.
- Rossi, S. S. & Botre, F. (2011). Prevalence of illicit drug use among the Italian athlete population with special attention on drug of abuse: A 10 – year review. *Journal of Sports Sciences, 29* (5), 471-476.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 87-95.
- Sarah, D. P. & Ivan, M. (2010). Temperament, personality and developmental psychopathology: A review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry & Human Development, 41* (3), 313-329.
- Saulsman, L. M. & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*, 1055-1085.
- Schwartz, M. A., Wiggins, O. P., & Norko, M. (1989). Prototypes, Ideal Types, and Personality

- Disorders: The Return to Classical Phenomenology, in Livesley, W.J. (Ed), *The DSM-IV Personality Disorders*, Guilford, N.Y., 1995, 417-432.
- Sidorov, P. I. (2005). *Narkologiķeskaja priventolģija*. Genius. [Narkolģiska prevencija].
- Siever, L. J., Koenigsberg, H. W., Harvev, P., Mitropoulou, V., Laruelle, M., Abi-Dargham, A., Goodman, M., & Buchsbaum, M. (2002). Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. Iegūst 2010. gada 10. septembrī no [http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(01\)00363-2/abstract](http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(01)00363-2/abstract)
- Siu, M. H. & Shek, T. L. (2009). Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults. *Social Indicators Research*, 95 (3), 393-406.
- Smyth, N. J. & Wiechelt, S. A. (2005). Drug use, self-efficacy, and coping skills among people with concurrent substance abuse and personality disorders: Implications for relapse prevention. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 5 (4), 63-79.
- Soloff, P. H., Fabio, A., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19 (4), 386-399.
- Spoont, M. R. (1996). Emotional instability. In, C. G. Costello (Ed), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Sprock, J. & Fredendall, L. (2008). Comparison of prototypic cases of depressive personality disorder and dysthymic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (12), 1293-1317.
- Stefansson, R. & Hesse, M. (2008). Personality disorders in substance abusers: a comparison of patients treated in a prison unit and patients treated in inpatient treatment. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 6 (3), 402-406.
- Stewart, S. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma. *Psychological Bulletin*, 120, 83-112.
- Strack, S. & Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon clinical multiaxial inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 56-69.
- Stricker, G. & Widiger, T. A. (2003). *Handbook of psychology. Clinical psychology volume 8*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
- Sussman, S. & Ames, S. L. (2001). *The social psychology of drug abuse*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (2), 271-277.
- Teplin, D., O'Connell, T., & Varenbut, M. (2004). A psychometric study of the prevalence of DSM-IV personality disorders among office-based methadone maintenance patients. *The*

- American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 515-524.
- Tracy, E. & Biegel, D. (2006). Personal social networks and disorders: a literature review and implications for practice and future research. *Journal of Dual Diagnosis*, 2 (2), 59-88.
- Trapencieris, M. (2007). Narkotiku lietošanas tendences un paradumi Latvijā: narkotiku lietotāju kohortas pētījuma pirmā posma rezultātu analīze. Rīga, Sabiedrības veselības aģentūra (nepublicēts).
- Trapencieris, M., Koļesņikova, J., Sniķere, S. (2007). Narkomānijas pacientu rehabilitācija Latvijā: situācijas analīze. Rīga, *Narkoloģijas centra gadagrāmata*, Narkoloģijas aģentūra, 113-121.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24 (4), 412-426.
- Uchtenhagen, U. & Zeiglgänsberger, W. (2000). Suchtmedizin – Konzepte, Strategien and therapeutisches Management, Urban & Fischer Verlag: Munich. Iegūst 2007. gada 16. jūlijā no <http://ar2004.emcdda.europa.eu/lv/page122-lv.html>
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defence and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Veselības ekonomikas centrs (2012). *Slimību profilakses un kontroles centrs, Psihiskie un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ*. Statistikas dati par 2011. gadu. Rīga, Latvija.
- Veselības ekonomikas centrs, (2010). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2009. gadā*. Nacionālais ziņojums, Rīga, Retox, 25-32.
- Veselības statistikas, informācijas un medicīnas tehnoloģiju centrs (1996). *Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu un klasifikācija, 10. redakcija*. Latvijas Republikas Labklājības ministrija, Rīga.
- Villemarette-Pittman, N. R., Stanford, M. S., Greve, K. W., Houston, R. J. & Mathias C. W. (2004). Obsessive compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *Journal of Psychology*, 138, 5-22.
- Volkerts, J. (1999). *Narkomānija, psiholoģija, terapija*. Rīga: UNDCP, SIA Elpa – 2.
- Vuchinich, S., Angelelli, J., & Gatherum, A. (1996). Context and development in family problem solving with preadolescent children. *Child Development*, 67 (3), 1276-1288.
- West, M. & Seldon, A. (1988). Classification of pathological attachment patterns in adults. *Journal of Personality Disorders*, 2, 153-159.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. London: Blackwell Publishing.
- Widiger, T., Corbitt, E., & Millon, T. (1992). Antisocial personality disorder. In Tasman, A.,

- & Riba, M., (Eds.), *Review of psychiatry*, 11, 63-79. Washington: American Psychiatry Press.
- Wills, T. A., Pierce, J. P., & Evans, R. I. (1996). Large-scale environmental risk factors for substance use. *American Behavioral Scientist*, 39 (7), 808-822.
- Wink, P. (1996). Narcissism. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Wood, E. & Kerr, T. (2010). Could a United Nations organisation lead to a worsening of drug-related harms? *Drug and Alcohol Review*, 29, 99-100.
- Wolff, (1991). Schizoid personality in childhood and adult life. III: The childhood picture. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 629-635.
- Woody, G. E. (1984). Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 141 (10), 1171-1177.
- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.

Bibliografija

- Alexander, F. G. & Selesnick, S. T. (1966). *The history of psychiatry: An evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*. New York: Harper & Row.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (3), 18-23.
- Carey, M. P., Carey, K. B., & Meisler, A. W. (1990). Training mentally ill chemical abusers in social problem solving. *Behavior Therapy*, 21, 511-518.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life*. London: John Murray.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. & Maydeu-Olivares, A. (1995). *Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment*. *Behavior therapy*, 26, 415-438.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). The extent of support for ordinary living provided in staffed housing: The relationship between staffing levels, resident characteristics, staff: resident interactions and resident activity patterns. *Social Science and Medicine*, 40 (6), 799-810.
- Godel, K. (1931). *On formally undecidable propositions of principa mathematica and related systems*. Unpublished doctoral dissertation, University of Vienna, Austria.
- Gorski, T. & Miller, M. (1991). *Staying sorber: a guide for relapse prevention*. Independence, MO: Independence Press.

- Grigsby, J. & Stevens, D. (2000). *Neurodynamics of personality*.: New York: Guilford Press.
- Heather, N. (1998). A conceptual framework for explaining drug addiction. *Journal of psychopharmacology*, 12 (1), 3-7.
- Herman, J. (1994). *Trauma and recovery*. London: Harper Collins.
- Mack, J. E. (2002). *Addictions: individual and societal. Paper presented at the 25 Years of Addiction treatment*. Boston: MA.
- McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*. 30 (3), 277-287.
- Merikangas, K. R. & Weissman, M. M. (1986). Epidemiology of DSM-III Axis II personality disorders. In Francis, A. J. & Hales, R. E. (Eds.), *APA Annual Review, 5: Psychiatric Update*, 258-278. Washington: American Psychiatric Press.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. New York: John Wiley and Sons.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996) *Disorders of Personality: DSM IV and Beyond* 2nd ed. New York: John Wiley and Sons.
- Plomin, R. & Caspi, A. (1999). Behavioral genetics and personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Rado, S. (1926). The psychic effect of intoxicants: An attempt to evolve a psychoanalytic theory of morbid craving. *Internal. Journal of Psychoanalysis*, 7, 396-413.
- Rush, B. (1810). Plan for an Asylum for Drunkards to be called the Sober House. Reprinted in Corner, G. (Eds.) (1948). *The Autobiography of Benjamin Rush*. Princeton, New York: Princeton University Press.
- Savitt, R. (1963). Psychoanalytic studies on addiction: Ego structure in narcotic addiction. *Psychoanalytic Quarterly*, 32, 43-57.
- Selman, R. L., Beardslee, W. R., Schultz, L., Krupa, M., & Podorefsky, D. (1986). *An interview method and scoring manual for the developmental assessment of interpersonal negotiation strategies*. Unpublished scoring manual, Harvard University.
- Stein, D. J. (2000). Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 47, 296-304.
- Strachey, J. (1953). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): *A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works, I-VI*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58, 590-596.

- Tsuang, M. T., Bar, J L., Harley, R. M., & Lyons, M. J. (2001). The Harvard twin study of substance abuse: what we have learned. *Harvard Review of Psychiatry*, 9 (6), 267-79.
- Weissman, M. M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, 7, 44-62.

Summary

Aims: The aims of the study is to assess changes in personality disorders and social problem-solving dimensions after rehabilitation, and to assess whether personality disorders predict social problem-solving dimensions after 6 and 12 months for drug-addicted patients during rehabilitation.

Background: The present research based on the Millon's evolution theory of personality disorders (Millon, 2011) and social problem-solving model (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002). Researchers conclude that drug-addicted personality disorders link to deficit of social problem-solving and ineffectiveness of rehabilitation program (Herrick, & Elliott, 2001; Magnavita, 2004).

Methods: The rehabilitation group consists of 58 patients from the rehabilitation centre of Latvia between 21 to 35 years of age (female 21% and male 79%). The control group consists of 53 respondents between 21 and 35 years of age (female 22% and male 78%). Two inventories were used: Social Problem-Solving Inventory – Revised (SPSI-R) and Millontm Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) adapted in Russian language. Data were collected from 15th January, 2008 until 5th June, 2010. The testing of 1st, 2nd and 3rd stages both in rehabilitation and control groups was conducted by arranging a meeting with each patient individually.

Main research questions: 1. What changes in social problem-solving dimensions do drug-addicted patients exhibit during 1st through to 4th phase of the rehabilitation process in comparison with the control sample (drug-addicted patients not admitted to the rehabilitation process)? 2. To what extent do the pre-admission personality disorders predict drug-addicted patients' social problem-solving dimensions after the completion of the rehabilitation process?

Results: the study indicated that Depressive, Paranoid, Masochistic and Sadistic personality disorders predicted changes to SPSI-R dimensions after 12 months of rehabilitation process. Avoidant, Histrionic Dependent and Negativistic personality disorders predicted changes to SPSI-R dimensions after 6 months in the second part of rehabilitation process. The other personality disorders did not predict SPSI-R measures. Drug-addicted patients' Positive problem orientation and Rational problem solving improved during the 12-month rehabilitation process, but is not related to the rehabilitation process itself.

Practical application: Conclusions of the research about drug-addicted personality disorders and their changes in social problem-solving dimensions during the rehabilitation process can help specialists reveal patients' specific behavioral manifestations, identify risk factors in proper time, as well as provide support to these patients.

Pielikumi

1. pielikums

1. tabula. Psihoaktīvo vielu klasifikācija

Klasifikācija	Preparāts	Efekts
Sedatīvie līdzekļi	Alkohols (etanols)	Sasprindzinājuma pazemināšana Sociālās saskarsmes atvieglošana Jūtu un notikumu „dzēšana” Sasprindzinājuma mazināšana
Stimulējošie līdzekļi	Barbiturāti Nembutāls (pentobarbitāls) Sekonāls (sekobarbitāls) Veronāls (barbitāls) Tuināls (sekobarbitāls un amobarbitāls) Amfetamīni: Benzedrīns (amfetamīns) Deksedrīns (dekstroamfetamīns) Metedrīns (metamfetamīns) Kokaīns (koka)	Paaugstina modrības un pašpārliecības sajūtu Samazina nogurumu Ļauj ilgi palikt nomodā Samazina nogurumu Paaugstina izturību Stimulē seksuālo uzbudinājumu
Narkotiskās vielas	Opijs un tā atvasinājumi Opijs Morfijs Kodeīns Heroīns Metadons (sintētiska narkotiskā viela)	Samazina fiziskās sāpes Izraisa relaksāciju un patīkamus sapņus Likvidē trauksmi un sasprindzinājumu Heroīna atkarības ārstēšana
Psihodēliskās un halucinogēnās vielas	Kaņepes Marihuāna Hašišs Meskalīns Psilocibīns (psihogēnās sēnes) LSD (dietilamīds – 25 lizergīnskābes)	Izraisa relaksāciju un patīkamus sapņus Likvidē trauksmi un sasprindzinājumu „Paplašina” apziņas robežas Izraisa stuporu
Nomierinošie preparāti (trankvilizatori)	Valiums (diazepāms) Ksanakss	Novērš sasprindzinājumu un satraukumu Izraisa relaksāciju un miegu

2. pielikums

1. tabula. Milona evolūciju modelis un tā personības traucējumu atvasinājumi (derivatīves)*

	Eksistenciālais mērķis		Reproduktīvās stratēģijas		
	Dzīvības piepildīšana	Dzīvības sargāšana	Reproduktīvā vairošanās	Reproduktīvā aprūpēšanās	
Deficīts,	Bauda - Sāpes		Es - Citi		
Līdzsvara trūkums,	Bauda (zemas)	Bauda-Sāpes	Es (zems)	Es (augsts)	Es-Citi
Konflikts	Sāpes (zemas/augstas)	pretēji	Citi (augsts)	Citi (zems)	pretēji
Adaptācijas veids:	Personības traucējumi				
Pasīva pielāgošanās	Šizoīdie (zema bauda, zemas sāpes) Depresīvie (augstas sāpes, zema bauda)	Mazohistiskie	Atkarīgie	Narcistiskie	Obsesīvi kompulsīvie
Aktīva pārveidošana	Izvairīgie	Sadistiskie	Histēriskie	Antisociālie	Negatīvistiskie
Strukturāla pataloģija	Šizotipiskie	Robežstāvokļa Paranoīdie	Robežstāvokļi	Paranoīdie	Robežstāvokļa Paranoīdie

Piezīme: (*Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006).

3. pielikums

1. tabula. Personības traucējumu izpausmes caur funkcionālām un strukturālām sfērām, personības apskats*

Traucējumi	Funkcionālie procesi			
	Ekspresīvā rīcība	Starppersonu uzvedība/attiecības	Kognitīvais stils	Regulācijas mehānismi
<i>Šizoīdie</i>	Bezkaislīgs	Neiesaistīts	Nabadzīgs	Intelektuaizācija
<i>Izvairīgie</i>	Nemierīgs	Noraidošs	Satraukts	Fantazēšana
<i>Depresīvie</i>	Neiepriecināms	Neaizsargāts	Fatālistisks/Pesimistisks	Askēze
<i>Atkarīgie</i>	Nemākulīgs	Padevīgs	Naivs	Introjēcija
<i>Histēriskie</i>	Teatrāls	Meklē uzmanību	Nepastāvīgs	Disociācija
<i>Narcistiskie</i>	Augstprātīgs	Izmantojošs	Atklāts	Racionalizācija
<i>Antisociālie</i>	Impulsīvs	Bezatzbildīgs	Deviantis	Izreaģēšana (<i>acting out</i>)
<i>Sadistiskie</i>	Neapdomīgi straujš	Dzēlīgs	Kategorisks	Izolēšana
<i>Obsesīvi kompulsīvie</i>	Disciplinēts	Respektējošs	Robežas ievērojošs	Reakciju veidošana
<i>Negatīvistiskie</i>	Aizvainots	Pretējs/Pretstatošs	Nievājošs	Aizvietošana
<i>Mazohistiskie</i>	Atturīgs	Godbijīgs	Kautrīgs	Pārspīlēšana
<i>Šizotipiskie</i>	Ekscentriskis	Noslēgts	Autisks	Neiesaistīšanās
<i>Robežstāvokļa</i>	Impulsīvs	Pretrunīgs	Svārstīgs	Regresija
<i>Paranoīdie</i>	Aizsargājošs	Provokatīvs	Aizdomīgs	Projekcija

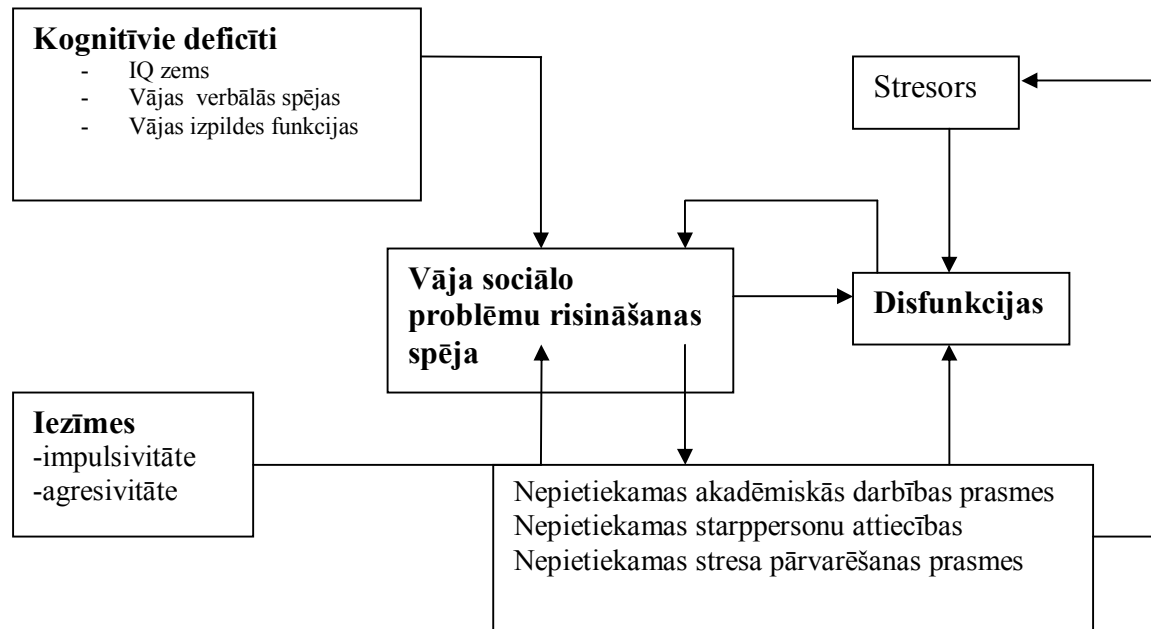
Piezīmes: (*Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006).

1. tabula. (turp.) Personības traucējumu izpausmes caur funkcionālām un strukturālām sfērām, personības apskats*

Strukturālas pazīmes				
Traucējumi	„Es” tēls	Objektu reprezentācija	Morfoloģiskā organizācija	Garastāvoklis/ temperaments
<i>Šizoīdie</i>	Pašapmierināts	Nepietiekams	Nenošķirta	Apātisks
<i>Izvairīgie</i>	Atsvešināts	Satraucošs	Trausla	Sāpināts
<i>Depresīvie</i>	Nevērtīgs	Pamests	Noplicināta	Melanholisks
<i>Atkarīgie</i>	Neatbilstošs	Nenobriedis	Nenobrieduši	Miermīlīgs
<i>Histēriskie</i>	Sabiedrīks	Paviršs	Nesasaistīta	Svārstīgs
<i>Narcistiskie</i>	Apbrīnošs	Neīsts	Mānīga/Apšaubāma	Bezrūpīgs
<i>Antisociālie</i>	Autonoms	Pazemojošs	Nekontrolējama	Nejutīgs
<i>Sadistiskie</i>	Kareivīgs	Kaitinošs	Eksplozīva	Naidīgs
<i>Obsesīvi kompulsīvie</i>	Atbildīgs	Slēpts	Nodalīta	Nopietni svinīgs
<i>Negatīvistiskie</i>	Neapmierināts	Svārstīgs	Diverģenta	Ātri aizkaitināms
<i>Mazohistiskie</i>	Neciena sevi	Diskreditējošs	Pretēji vērsta	Disforisks
<i>Šizotipiskie</i>	Atsvešināts	Haotisks	Fragmentāra	Izmisis vai nejutīgs
<i>Robežstāvokļa</i>	Nedrošs	Nesaderīgs	Sadalīta/Šķelta	Labils
<i>Paranoīdie</i>	Neaizskarams	Nemainīgs	Neelastīga	Viegli aizkaitināms

Piezīmes: (*Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2006).

4. pielikums.



1. attēls. Disfunkcijas un problēmu risināšanas riska faktoru modelis

5. pielikums

1. tabula. Latvijā izmantojamās no narkotikām atkarīgo cilvēku rehabilitācijas programmas (LNARP) fāzes un to apraksti

LNARP fāzes	LNARP fāzes mērķi un uzdevumi
Adaptācijas fāze (I) (turpinās apmēram līdz 2 mēnešiem)	- norobežot pacientu no lietotāju vides un citu narkotiku lietotāju uzskatiem, integrēt terapeitiskajā grupā un stabilizēt motivāciju, lai pacients spētu atteikties no psihoaktīvo vielu lietošanas; - iepazīstināt un izskaidrot rehabilitācijas programmas būtību un institūcijas noteikumus.
Aktīvās darbības fāze (II) (turpinās apmēram no 4 līdz 6 mēnešiem)	- pakāpeniski attīstīt pacientu resocializācijas iemaņas; - iemācīt uzņemties atbildību un nemitīgi paaugstināt pacienta personisko atbildību; - pakāpeniski atjaunot attiecības ar vecākiem un tuviniekiem; - pakāpeniski veicināt pacienta pozitīvo personības īpašību attīstību un uzvedības sociālo normu apgūšanu.
Sociālo problēmu risināšana fāze (III) (turpinās apmēram līdz 2 mēnešiem)	- tiek samazināta darba slodze komūnā un notiek gatavošanās resocializācijas procesam; - praksē nostiprināt apgūtās iemaņas problēmsituāciju risināšanā un attīstīt patstāvīgu lēmumu pieņemšanas un rīcības iemaņas.
Sociālās reintegrācijas fāze (IV) (turpinās apmēram līdz 2 mēnešiem)	- praksē lietot resocializācijas iemaņas sociālajā vidē; - praksē nostiprināt apgūtās iemaņas problēmsituācijās; - pieņemt patstāvīgus lēmumus, praksē attīstīt un lietot rīcības iemaņas; - sākt vai atjaunot patstāvīgu darbu vai mācības.

6. pielikums

SPSI-R aptaujas pantiem ir 4 baļļu vērtēšanas sistēma, kas noteic optimālu pantu reakcijas indeksu variāciju intervālā no 0,80 līdz 3,20. Norādītajā intervālā iekļaujas visi aptaujas panti (sk. 1. tabulu). Pantu diskriminācijas indeksi (aprēķināts kā panta un koriģētās summas korelācija) variē no 0,03 līdz 0,81, ņemot vērā diskriminācijas indeksa optimālās robežas no 0,20 līdz 0,80 (Raščevska, 2005). Ir redzams, ka divi panti (21. un 34. pants) neiekļaujas minētajās robežās, kas liecina par pantu problemātisku saturu. Iespējams, to varētu izskaidrot ar šo pantu ar pārāk tiešu tulkojumu kultūrvides specifikas nepietiekamu ievērošanu.

Impulsivitātes/paviršības stila skalas Kronbaha alfas koeficients ir pietiekami labs ($\alpha = 0,76$), bet redzams, ka šajā skalā 21. pants un 34. pants neiekļaujas minētajās robežās. Impulsivitātes/paviršības stila skalas Kronbaha alfas koeficients paaugstinājās no 0,76 līdz 0,81, ja 21. un 34. panti tika izņemti, bet ieteicams turpmāk šo pantu nedaudz mainīt. Analizējot 21. panta saturu, tika konstatēts, ka šis pants neraksturo šīs dimensijas, jo tulkojuma procesā tika pazaudēts vārds „ar pirmo” līdz ar to viens no šī panta jaunākajiem variantiem ir piedāvāts 2. tabulā. Tāpat, analizējot 34. panta saturu tika konstatēts, ka vārds „nesteidzos” neraksturo impulsivitātes/paviršības stila dimensiju un līdz ar to viens no šī panta jaunākajiem variantiem sniegts 2. tabulā.

1. tabula. Sociālo problēmu risināšanas krievu versijas 5 skalu pantu aprakstošās statistikas rādītāji (reakcijas un diskriminācijas indeksi*)

Pozitīva orientācija uz problēmu				Racionāla problēmu risināšana				Negatīva orientācija uz problēmu				Izvairšanās stils				Impulsitāte/paviršības stils				
Pants	M	(SD)	r*	Pants	M	(SD)	r*	Pants	M	(SD)	r*	Pants	M	(SD)	r*	Pants	M	(SD)	r*	r*
								s				s				s				
7	2,29	(0,97)	0,67	5	2,14	(1,00)	0,43	1	1,55	(1,15)	0,60	10	1,48	(1,21)	0,80	3	1,79	(1,09)	0,49	0,50
9	2,62	(0,88)	0,44	11	2,05	(1,18)	0,72	2	1,48	(1,19)	0,65	14	1,40	(1,23)	0,75	4	1,40	(1,08)	0,32	0,31
19	2,14	(1,18)	0,66	18	2,36	(1,10)	0,70	6	1,79	(1,27)	0,73	16	1,93	(1,21)	0,53	8	1,52	(1,29)	0,57	0,61
28	2,38	(0,96)	0,42	20	1,62	(1,08)	0,38	12	2,14	(1,16)	0,53	23	1,40	(1,21)	0,72	15	1,83	(1,22)	0,54	0,60
38	1,64	(1,03)	0,47	24	1,93	(0,99)	0,62	13	1,81	(1,31)	0,73	30	1,36	(1,12)	0,61	21	2,21	(1,07)	0,03	
				25	2,05	(1,08)	0,66	17	2,10	(1,18)	0,55	31	1,26	(1,32)	0,71	22	1,64	(1,14)	0,70	0,78
				26	1,86	(1,11)	0,43	32	1,33	(1,22)	0,77	42	2,24	(1,00)	0,45	34	2,12	(1,08)	0,19	
				27	1,93	(0,97)	0,30	36	1,71	(1,21)	0,72					45	1,79	(1,26)	0,59	0,63
				29	2,19	(1,02)	0,55	41	1,26	(1,10)	0,75					51	1,69	(1,00)	0,48	0,45
				33	2,17	(0,96)	0,63	50	1,57	(1,15)	0,76					52	1,95	(1,03)	0,44	0,37
				35	2,24	(0,93)	0,57													
				37	1,79	(0,95)	0,55													
				39	1,76	(0,93)	0,50													
				40	1,93	(0,89)	0,79													
				43	1,98	(1,07)	0,73													
				44	1,95	(0,88)	0,67													
				46	1,45	(0,91)	0,53													
				47	2,24	(0,93)	0,54													
				48	2,12	(0,94)	0,62													
				49	2,50	(0,99)	0,75													
M = 11,07 SD = 3,61 0,53				M = 40,24 SD = 12,72 0,58				M = 16,74 SD = 8,99 0,67				M = 11,07 SD = 6,32 0,65				M = 17,95 SD = 6,49 0,44 0,53				

Piezīme: r*- diskriminācijas indekss aprēķināts kā panta un koriģētās summas korelācija.

2. tabula. SPRS-P 5 skalas angļu, krievu un latviešu valodas pantu paraugi

N. pants			
	Oriģināla (angļu) valodas panti	Latviešu valodas sākotnējais pantu variants (Krievu valodas sākotnējais pantu variants)	Latviešu valodas sākotnējais pantu variants (Krievu valodas sākotnējais pantu variants)
21. pants	When I am trying to solve a problem, I go with the first good idea that comes to mind.	Kad es mēģinu atrisināt problēmu, es rīkojos saskaņā ar pirmo labo ideju, kas ienāk prātā. (Когда я пробую решить проблему, я полагаюсь на хорошую идею, которая приходит на ум.)	----- (Когда я пробую решить проблему, я полагаюсь на первую хорошую идею, которая приходит на ум.)
34. pants	When I have a decision to make, I do not take the time to consider the pros and cons of each option.	Kad man jāpieņem kāds lēmums, es netērēju laiku, lai pārdomātu katra iespējamā risinājuma plusus un mīnus. (Когда мне нужно принять решение, я не тороплюсь, чтобы рассмотреть «за» и «против» каждого выбора.)	----- (Когда мне нужно принять решение, я не трачу время, чтобы рассмотреть «за» и «против» каждого выбора.)

7. pielikums

Pēc MCMI-III aptaujas atbilžu protokolu apstrādes (balstoties uz oriģinālo MCMI-III aptaujas versiju) veidojas trīs tipu baļļu sistēma un pēc aptaujas struktūras daudzie panti ir attiecināmi uz dažādām skalām. Tas nozīmē, ka katra skala sastāv no pamatkritēriju pantiem, kur veidojas 2 baļļu vērtēšanas sistēma, kas noteic pantu reakcijas indeksu variācijas intervālā no 0,40 līdz 1,60, un no papildkritēriju pantiem un papildkritēriju apgrieztiem pantiem, kur veidojas 1 balles vērtēšanas sistēma, kas noteic pantu reakcijas indeksu variācijas intervālā no 0,20 līdz 0,80. Pēc iegūtajiem rezultātiem ir redzams, ka norādītajā intervālā neiekļaujas kopumā 27 panti.

No tiem (sk. 1. tabulu) 69. pants attiecas uz Izvairīgas (pamatkritērijs), Histēriskas un Šizotipiskas (papildkritēriji) personības traucējumu skalām, bet norādītajā intervālā iekļaujas tikai Histēriskas personības traucējuma skala. 151. pants attiecas uz Izvairīgas (papildkritērijs), Depresīvas (pamatkritērijs), Atkarīgas (papildkritērijs) personības traucējumu skalām un norādītajā intervālā iekļaujas tikai Atkarīgas personības traucējuma skala. 158. pants attiecas uz Izvairīgas (papildkritēriju pants), Šizotipiskas (pamatkritērijs), Paranoīdas (papildkritērijs) personības traucējumu skalām un visās šīs skalas neiekļaujas norādītajos intervālos. 112. pants attiecas uz Depresīvas (pamatkritērijs) personības traucējuma skalu un neiekļaujas norādītajā intervālā. 43. pants attiecas uz Depresīvas (papildkritērijs) un Mazohistiskas (pamatkritērijs) personības traucējumu skalām un visas šīs skalas neiekļaujas norādītajā intervālā. 159. pants attiecas uz Narcistiskas (pamatkritērijs), Paranoīdas (papildkritērijs) personības traucējumu skalām un visas šīs skalas neiekļaujas norādītajā intervālā. 169. pants attiecas uz Atkarīgas (pamatkritērijs) un Narcistiskas (papildkritērijs) personības traucējumu skalām un norādītajā intervālā iekļaujas Atkarīgas personības traucējuma skala. 28. pants attiecas uz Sadistiskas (pamatkritērijs) personības traucējumu skalu un tā neiekļaujas norādītajā intervālā. 104. pants attiecas uz Mazohistiskas (pamatkritērijs) personības traucējumu skalu un neiekļaujas norādītajā intervālā. 161. pants attiecas uz Mazohistiskas (pamatkritērijs) un Robežstāvokļa (papildkritērijs) personības traucējumu skalām un visas šīs skalas neiekļaujas norādītajā intervālā. 18. pants attiecas uz Mazohistiskas (papildkritērijs), Izvairīgas (pamatkritērijs) personības traucējumu skalām un norādītajā intervālā neiekļaujas, tikai Mazohistiskas personības traucējuma skala. 8. jautājums attiecas uz Šizotipiskas (pamatkritērijs), Paranoīdas (papildkritērijs) personības traucējumu skalām un visas šīs skalas neiekļaujas norādītajā intervālā. 71. pants attiecas uz Šizotipiskas (pamatkritērijs) personības traucējumu skalu un tā neiekļaujas norādītajā intervālā. 134. pants attiecas uz Robežstāvokļa (pamatkritērijs) personības traucējumu skalu un tā neiekļaujas norādītajā intervālā. 171. pants attiecas uz Robežstāvokļa (papildkritērijs) personības traucējumu skalu un neiekļaujas norādītajā intervālā. 63. pants attiecas uz Paranoīdas (papildkritērijs) personības traucējumu skalu un tā neiekļaujas norādītajā intervālā.

Iespējams, šo pantu neiekļaušanu reakcijas indeksu variācijas intervālā varētu izskaidrot ar atsevišķu pantu pārāk tiešiem tulkojumiem un nepietiekamu kultūrvides specifikas ievērošanu kā arī ar pārāk mazu respondentu grupu, kas ierobežo atbilžu variācijas. Latvijas kultūrvīdē krieviski runājošiem

cilvēkiem šos pantus vajadzētu koriģēt, ņemot vērā to, ka katrs pants attiecas uz dažādam skalām. No iepriekš minētiem pantiem tikai dažiem tiek piedāvāti jaunākie tulkojuma varianti (sk. 2. tabulu), jo pantu skaits ir ierobežots publicēšanai saskaņā ar MCMI-III testa (Pearson Education) izdevniecības organizācijas noteikumiem par MCMI-III testa tulkošanu un adaptāciju.

Pantu diskriminācijas indeksi (aprēķināti kā panta un koriģētas summas korelācija) variē no - 0,04 līdz 0,67, ņemot vērā diskriminācijas indeksa optimālās robežas no 0,20 līdz 0,80 redzams, ka norādītajā intervālā neiekļaujas 30 panti, kas liecina par šo pantu problemātisku saturu Latvijas kultūrvidē vai nepietiekamu šo oriģinālo pantu piemērotību Latvijas videi (167, 47, 80, 82, 48, 127, 174, 85, 93, 159, 88, 40, 69, 86, 94, 99, 141, 169, 172, 28, 49, 96, 97, 114, 139, 171). No pantu analīzes viedokļa apmēram 57 pantus vēlams vai nu pārveidot, vai daļu no tiem izņemt no aptaujas atsevišķām skalām.

Analizējot aptaujas 14 personības traucējumu skalas iekšējo saskaņotību, skalu līmenī ir iegūti pietiekami apmierinoši Kronbaha alfas rādītāji (robežās no 0,54 līdz 0,79). No tiem Narcistiskas personības traucējuma skalas Kronbaha alfas koeficients ir viszemākais $a = 0,54$. Redzams, ka šajā skalā 12 panti neiekļaujas minētajās robežās, no tiem vēl 3 panti neiekļaujas arī reakcijas indeksa optimālās variācijas intervālā (85, 93, 159, 88, 40, 47, 69, 86, 94, 99, 141, 169). Analizējot šo pantu saturu attiecībā uz Narcistiskas personības traucējuma skalu, tika konstatēts, ka visi šie panti pārsvarā atbilst papildkritēriju pantiem un vēl puse no tiem ir apgriezti panti. Iespējams, papildkritēriju panti, piemēram, 88. pants (sk. 2. tabulu) nepietiekami izskaidro šo traucējumu būtību mūsu kultūrvidē vai panti varētu būt pārāk tieši tulkoti, mazinot saprotamību. Kronbaha alfas koeficients paaugstinājās no 0,55 līdz 0,60, ja šie panti netika iekļauti skalā. Pēc šo pantu izņemšanas parādās vēl 4 panti (21, 38, 35, 86) kuri neiekļaujas diskriminācijas indeksa minētajās robežās. Kronbaha alfas koeficients nemainās, ja vairāki panti netika iekļauti skalā, līdz ar to 16 panti tika izņemti no aptaujas Narcistiskās skalas, bet turpmāk vēlams šos pantus koriģēt.

Šizoīdas personības traucējuma skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,68$ un redzams, ka šajā skalā 167. pants (papildkritēriju pants) neiekļaujas minētajās robežās. Kronbaha alfas koeficients nemainās, ja šis pants netiek iekļauts skalā. Pēc respondentu komentāriem šis pants nav pārāk labi saprotams un iebildumi izskanēja pārsvarā par pirmo panta daļu, skaidrojot to kā neveiklu un pārāk sarežģītu, jo vārds „aizsargāt” var tikt saprasts gan tieši, piemēram, „fiziski iespaidot”, gan pārnestā nozīmē – nestāstīt nevienam vai slēpties no citiem. Ņemot vērā to, ka šis pants attiecas arī uz Paranoīdas personības traucējuma skalu (pamatkritēriju pants), ir nozīmīgi saglabāt panta saturu šajā skalā un turpmāk ieteicams šo pantu nedaudz mainīt, piemēram, vkā piedāvātajā vienā no šī panta jaunākajiem variantiem ir piedāvāts (sk. 2. tabulu).

Izvairīgas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,74$ un redzams, ka šajā skalā 47. pants un 80. pants (apgriezts) neiekļaujas minētajās robežās. Kronbaha alfas koeficients nemainās, ja šie panti netiek iekļauti skalā. Ņemot vērā, ka 47. pants attiecas arī uz Depresīvas (pamatkritēriju pants) un Atkarīgas (papildkritēriju pants) personības traucējuma skalām, ir svarīgi saglabāt pantu šajās skalās.

Analizējot šo pantu saturu tika konstatēts, ka vārds "nesanāk" ir nekonkrēts, jo šis vārds neizskaidro un neprecizē apgalvojuma formu, līdz ar to turpmāk ir ieteikums šo pantu nedaudz mainīt, piemēru skat. 2. tabulā. Depresīvas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients nebūtiski mainās, tomēr paaugstinājās no 0,79 līdz 0,80, ja šis pants netiek iekļauts skalā.

Atkarīgas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,77$. Šajā skalā 82. pants (apgriezts) neiekļaujas vēlamajās robežās, bet, ja to izslēdz no atkarīgas personības traucējumu skalas, Kronbaha alfas koeficients būtiski nemainās $a = 0,78$. Ja iedziļinās panta jēgā ir redzams, ka panta teikums ir garš un sarežģīts. Nav saprotams vārds "gādāju", jo šis vārds neizskaidro un neprecizē apgalvojuma formu, savukārt vārds „labi” plaši atspoguļo apgalvojuma formu. Ņemot vērā, ka šis pants attiecas arī uz Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu skalu (pamatkritēriju pants), ir nozīmīgi saglabāt to skalā un turpmāk ir ieteikums šo pantu koriģēt (piemēru skat. 2. tabulā).

Histēriskas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,72$, 48., 127. un 174. panti neiekļaujas minētajās robežās, un, ja izslēdz šos pantus no skalas, Kronbaha alfas koeficients būtiski nemainās $a = 0,73$. Antisociālas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,77$, bet šajā skalā 172. pants neiekļaujas optimālās robežās. Ja to izslēdz, Kronbaha alfas koeficients būtiski nemainās $a = 0,78$. Ņemot vērā, ka šis pants attiecas vēl uz Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu skalu, ir nozīmīgi saglabāt šo pantu skalā. Sadistiskas (agresīvas) personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,76$ un 49. un 96. panti neiekļaujas minētajās robežās. Kronbaha alfas koeficients nemainās, ja šie panti tiek izņemti. Obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,64$, vēlamajās robežās neiekļaujas 97., 114. un 139. un 172. (apgriezts) pants. Ja izslēdz šos pantus no obsesīvi kompulsīvas personības traucējumu skalas, Kronbaha alfas koeficients būtiski nemainās $a = 0,66$. Analizējot problemātisko pantu saturu, tika konstatēts, ka pārsvarā visi panti attiecas uz traucējumu pamatkritēriju pantiem. Robežstāvokļu personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,79$ un vēlamajās robežās neiekļaujas 171. pants. Kronbaha alfas koeficients nemainās, ja šis pants tiek izslēgts. Paranoīdas personības traucējumu skalas Kronbaha alfas koeficients ir $a = 0,74$ un vēlamajās robežās neiekļaujas 49. pants. Kronbaha alfas koeficients nemainās, ja šis pants tiek izslēgts.

Vairāku skalu papildkritēriju un apgriezti papildkritēriju panti nepietiekami raksturo attiecīgā traucējuma būtību mūsu kultūrvidē vai arī tiek pārāk tieši tulkoti, līdz ar to vēlams turpmāk šos pantus koriģēt. Kopumā no aptaujas skalām tika izņemti 34 panti, tā rezultātā paaugstinājās skalu Kronbaha alfas koeficienti. Analizējot MCMI-III aptaujas krievu versijas 14 skalas pēc korekcijas, tika konstatēts, ka pantu reakcijas un diskriminācijas indeksi atrodas psihometrijas zinātnes pieņemtajās robežās.

1. tabula. MCMI-III Personības traucējumu krievu versijas 14 skalu pantu aprakstošās statistikas rādītāji (reakcijas un diskriminācijas indeksi*) (n=158)

Šizoīdas personības traucējumi				Izvairīgas personības traucējumi				Depresīvas personības traucējumi				Atkarīgas personības traucējumi							
Pants (balle)	M <i>r</i> *	(SD)	<i>r</i> *	Pants (balle)	M <i>r</i> *	(SD)	<i>r</i> *	Pants (balle)	M <i>r</i> *	(SD)	<i>r</i> *	Pants (balle)	M <i>r</i> *	(SD)	<i>r</i> *				
pēc				pēc				pēc				pēc							
10(2+)	1,05	(1,00)	0,25	0,25	18(2+)	0,34	(0,75)	0,51	0,51	20(2+)	0,66	(0,94)	0,56	0,58	16(2+)	0,56	(0,89)	0,43	0,42
27(2+)	1,06	(1,00)	0,29	0,31	40(2+)	0,58	(0,91)	0,42	0,42	25(2+)	0,65	(0,93)	0,39	0,37	35(2+)	0,53	(0,88)	0,40	0,40
46(2+)	0,43	(0,82)	0,27	0,27	69(2+)	0,29	(0,70)	0,45	0,44	47(2+)	1,16	(0,99)	0,15		45(2+)	0,53	(0,88)	0,45	0,44
92(2+)	0,46	(0,84)	0,33	0,35	84(2+)	0,61	(0,92)	0,35	0,35	112(2+)	0,27	(0,68)	0,26	0,27	73(2+)	0,48	(0,85)	0,47	0,46
105(2+)	0,42	(0,81)	0,47	0,47	99(2+)	0,57	(0,90)	0,33	0,29	123(2+)	0,52	(0,88)	0,54	0,57	94(2+)	0,52	(0,88)	0,47	0,47
148(2+)	0,52	(0,88)	0,36	0,36	127(2+)	0,65	(0,93)	0,33	0,35	133(2+)	0,66	(0,94)	0,45	0,47	108(2+)	0,85	(0,99)	0,38	0,39
165(2+)	0,67	(0,94)	0,39	0,38	141(2+)	0,48	(0,85)	0,41	0,42	145(2+)	0,92	(1,00)	0,45	0,45	135(2+)	1,16	(0,99)	0,31	0,32
4(1+)	0,23	(0,42)	0,24	0,23	174(2+)	0,80	(0,98)	0,31	0,30	151(2+)	0,32	(0,73)	0,45	0,44	169(2+)	0,34	(0,75)	0,48	0,50
38(1+)	0,34	(0,47)	0,26	0,24	47(1+)	0,58	(0,49)	0,10		24(1+)	0,30	(0,45)	0,51	0,49	47(1+)	0,58	(0,49)	0,11	
48(1+)	0,34	(0,47)	0,34	0,33	48(1+)	0,34	(0,47)	0,21	0,22	43(1+)	0,16	(0,37)	0,42	0,43	56(1+)	0,23	(0,42)	0,38	0,38
101(1+)	0,54	(0,50)	0,24	0,23	146(1+)	0,39	(0,48)	0,29	0,33	83(1+)	0,42	(0,49)	0,45	0,46	84(1+)	0,30	(0,46)	0,42	0,42
142(1+)	0,23	(0,42)	0,24	0,23	148(1+)	0,26	(0,44)	0,40	0,41	86(1+)	0,34	(0,47)	0,47	0,49	120(1+)	0,49	(0,50)	0,32	0,32
156(1+)	0,25	(0,43)	0,35	0,35	151(1+)	0,16	(0,36)	0,44	0,43	142(1+)	0,23	(0,42)	0,42	0,42	133(1+)	0,33	(0,47)	0,45	0,46
167(1+)	0,74	(0,44)	0,07		158(1+)	0,16	(0,36)	0,44	0,42	148(1+)	0,26	(0,44)	0,48	0,49	141(1+)	0,24	(0,42)	0,40	0,40
32(1-)	0,51	(0,50)	0,21	0,24	57(1-)	0,27	(0,44)	0,36	0,33	154(1+)	0,36	(0,48)	0,38	0,39	151(1+)	0,16	(0,36)	0,45	0,45
57(1-)	0,27	(0,44)	0,26	0,27	80(1-)	0,49	(0,50)	0,18							82(1-)	0,32	(0,46)	0,04	
8,05 (4,60) 0,41				6,96 (5,04) 0,45				7,22 (5,48) 0,52				7,62 (5,38) 0,47							

Piezīme: *r**- diskriminācijas indekss aprēķināts kā panta un koriģētās summas korelācija.

1. tabula. (turp.) MCMI-III Personības traucējumu krievu versijas 14 skalu pantu aprakstošās statistikas rādītāji (reakcijas un diskriminācijas indeksi*) (n=158)

Histēriskas personības traucējumi					Narcistiskas personības traucējumi					Antisociālas personības traucējumi					
Pants (balle)	M <i>r*</i>	(SD)	<i>r*</i>	<i>p</i> ēc	Pants (balle)	M	(SD)	<i>r*</i>	<i>r*</i>	<i>r*</i> <i>p</i> ēc	Pants (balle)	M	(SD)	<i>r*</i>	<i>r*</i> <i>p</i> ēc
12(2+)	0,99	(1,00)	0,30	0,31	5(2+)	0,45	(0,81)	0,28	0,36	0,38	17(2+)	0,94	(1,00)	0,38	0,40
21(2+)	1,59	(0,80)	0,27	0,31	26(2+)	0,66	(0,94)	0,37	0,35	0,33	38(2+)	0,68	(0,95)	0,35	0,34
32(2+)	0,99	(1,00)	0,42	0,46	31(2+)	0,63	(0,93)	0,20	0,26	0,27	53(2+)	1,10	(0,99)	0,42	0,43
51(2+)	1,30	(0,95)	0,33	0,33	67(2+)	0,96	(1,00)	0,26	0,41	0,41	101(2+)	1,08	(1,00)	0,43	0,43
57(2+)	1,46	(0,89)	0,54	0,55	85(2+)	1,24	(0,97)	0,04			113(2+)	1,24	(0,97)	0,55	0,55
80(2+)	1,03	(1,00)	0,43	0,46	93(2+)	1,15	(0,99)	0,10			139(2+)	1,19	(0,98)	0,26	0,28
88(2+)	1,18	(0,98)	0,42	0,44	144(2+)	1,00	(1,00)	0,21	0,25	0,25	166(2+)	0,86	(0,99)	0,37	0,36
10(1-)	0,47	(0,50)	0,30	0,29	159(2+)	0,29	(0,70)	0,10			7(1)	0,49	(0,50)	0,34	0,34
24(1-)	0,70	(0,45)	0,21	0,20	21(1+)	0,80	(0,40)	0,23	0,19		13(1+)	0,64	(0,48)	0,53	0,52
27(1-)	0,47	(0,50)	0,28	0,24	38(1+)	0,34	(0,47)	0,20	0,15		14(1+)	0,75	(0,43)	0,28	0,28
48(1-)	0,66	(0,47)	0,14		57(1+)	0,73	(0,44)	0,36	0,34	0,29	21(1+)	0,80	(0,40)	0,20	0,20
69(1-)	0,85	(0,35)	0,34	0,32	80(1+)	0,51	(0,50)	0,34	0,31	0,28	41(1+)	0,62	(0,48)	0,36	0,36
92(1-)	0,77	(0,42)	0,26	0,25	88(1+)	0,59	(0,49)	0,17			52(1+)	0,27	(0,44)	0,33	0,33
99(1-)	0,72	(0,45)	0,44	0,42	116(1+)	0,51	(0,50)	0,19	0,24	0,26	93(1+)	0,58	(0,49)	0,53	0,54
123(1-)	0,74	(0,44)	0,35	0,28	35(1-)	0,73	(0,44)	0,24	0,14		122(1+)	0,56	(0,49)	0,57	0,56
127(1-)	0,68	(0,46)	0,08		40(1-)	0,71	(0,45)	0,04			136(1+)	0,44	(0,49)	0,46	0,45
174(1-)	0,60	(0,49)	0,15		47(1-)	0,42	(0,49)	0,01			172(1-)	0,61	(0,49)	0,05	
					69(1-)	0,85	(0,35)	0,12							
					84(1-)	0,70	(0,46)	0,24	0,17						
					86(1-)	0,66	(0,47)	0,01							
					94(1-)	0,74	(0,44)	-0,05							
					99(1-)	0,72	(0,45)	0,14							
					141(1-)	0,76	(0,42)	-0,03							
					169(1-)	0,83	(0,37)	0,06							
15,19 (5,15) 0,41					16,94 (4,61) 0,28					12,83 (5,79) 0,47					

Piezīme: *r**- diskriminācijas indekss aprēķināts kā panta un koriģētās summas korelācija.

1. tabula. (turp.) MCMI-III Personības traucējumu krievu versijas 14 skalu pantu aprakstošās statistikas rādītāji (reakcijas un diskriminācijas indeksi*)
(n=158)

Sadistiskas (agresīva) personības traucējumi				Obsesīvi-kompulsīvas personības traucējumi				Negatīvistiskas (pasīva-agrsīva) personības traucējumi				Mazohistiskas personības traucējumi						
Pants (balle)	M	(SD)	r*	Pants (balle)	M	(SD)	r*	Pants (balle)	M	(SD)	r*	Pants (balle)	M	(SD)	r*			
<i>pēc</i>				<i>pēc</i>														
9(2+)	1,04	(1,00)	0,43	0,44	2(2+)	0,97	(1,00)	0,31	0,33	7(2+)	0,99	(1,00)	0,30	19(2+)	0,66	(0,94)	0,49	
14(2+)	1,49	(0,87)	0,30	0,31	29(2+)	1,03	(1,00)	0,28	0,22	15(2+)	0,71	(0,96)	0,40	43(2+)	0,33	(0,74)	0,44	
28(2+)	0,32	(0,73)	0,22	0,21	59(2+)	0,78	(0,98)	0,38	0,41	22(2+)	0,66	(0,94)	0,30	70(2+)	0,52	(0,88)	0,29	
64(2+)	0,70	(0,95)	0,43	0,43	82(2+)	1,37	(0,93)	0,41	0,41	36(2+)	0,58	(0,91)	0,22	90(2+)	0,82	(0,98)	0,53	
87(2+)	1,28	(0,96)	0,35	0,34	97(2+)	1,03	(1,00)	0,15	50(2+)	1,33	(0,94)	0,24	104(2+)	0,24	(0,65)	0,38		
95(2+)	0,63	(0,93)	0,34	0,34	114(2+)	1,05	(1,00)	0,12	60(2+)	0,89	(0,99)	0,34	122(2+)	1,11	(0,99)	0,45		
116(2+)	1,01	(1,00)	0,35	0,34	137(2+)	1,24	(0,97)	0,33	0,33	79(2+)	0,63	(0,93)	0,40	161(2+)	0,37	(0,77)	0,35	
7(1+)	0,49	(0,50)	0,35	0,35	172(2+)	0,78	(0,98)	0,17	115(2+)	0,57	(0,90)	0,40	18(1+)	0,17	(0,37)	0,47		
13(1+)	0,64	(0,48)	0,37	0,36	7(1-)	0,51	(0,50)	0,34	0,34	126(2+)	1,15	(0,99)	0,30	24(1+)	0,30	(0,45)	0,49	
17(1+)	0,47	(0,50)	0,37	0,35	14(1-)	0,25	(0,43)	0,25	0,28	6(1+)	0,33	(0,47)	0,38	25(1+)	0,32	(0,46)	0,41	
33(1+)	0,44	(0,49)	0,49	0,50	22(1-)	0,67	(0,47)	0,21	0,27	42(1+)	0,37	(0,48)	0,33	35(1+)	0,27	(0,44)	0,34	
36(1+)	0,29	(0,45)	0,25	0,26	41(1-)	0,38	(0,48)	0,20	0,25	83(1+)	0,42	(0,49)	0,45	40(1+)	0,29	(0,45)	0,44	
39(1+)	0,61	(0,48)	0,47	0,46	53(1-)	0,45	(0,49)	0,23	0,23	98(1+)	0,49	(0,50)	0,47	98(1+)	0,49	(0,50)	0,48	
41(1+)	0,62	(0,48)	0,27	0,28	72(1-)	0,73	(0,44)	0,21	0,30	122(1+)	0,56	(0,49)	0,40	148(1+)	0,26	(0,44)	0,44	
49(1+)	0,67	(0,47)	0,13	101(1-)	0,46	(0,50)	0,25	0,29	133(1+)	0,33	(0,47)	0,42	169(1+)	0,17	(0,37)	0,37		
53(1+)	0,55	(0,49)	0,30	0,29	139(1-)	0,41	(0,49)	0,12	166(1+)	0,43	(0,49)	0,39						
79(1+)	0,32	(0,46)	0,37	0,38	166(1-)	0,57	(0,49)	0,36	0,34									
93(1+)	0,58	(0,49)	0,46	0,46														
96(1+)	0,41	(0,49)	0,16															
166(1+)	0,43	(0,49)	0,35	0,36														
12,98 (5,78) 0,43					12,67 (4,97) 0,38 0,30					10,43 (5,70) 0,47					6,31 (5,12) 0,52			

Piezīme: r*- diskriminācijas indekss aprēķināts kā panta un koriģētās summas korelācija.

1. tabula. (turp.) MCMI-III Personības traucējumu krievu versijas 14 skalu pantu aprakstošās statistikas rādītāji (reakcijas un diskriminācijas indeksi*) (n=158).

Šizotipiskas personības traucējumi				Robežstāvokļa personības traucējumi				Paranoīdas personības traucējumi					
Pants (balle)	M	(SD)	r*	Pants (balle)	M	(SD)	r*	r*	Pants (balle)	M	(SD)	r*	r*
								<i>pēc</i>					<i>pēc</i>
8(2+)	0,33	(0,74)	0,41	30(2+)	0,43	(0,82)	0,38	0,38	6(2+)	0,66	(0,94)	0,46	0,47
48(2+)	0,68	(0,95)	0,23	41(2+)	1,24	(0,97)	0,43	0,44	33(2+)	0,89	(0,99)	0,31	0,31
71(2+)	0,38	(0,78)	0,36	72(2+)	0,54	(0,89)	0,43	0,42	42(2+)	0,73	(0,96)	0,33	0,33
76(2+)	0,84	(0,99)	0,38	83(2+)	0,85	(0,99)	0,50	0,51	49(2+)	1,34	(0,94)	0,18	
117(2+)	0,66	(0,94)	0,31	98(2+)	0,97	(1,00)	0,48	0,48	89(2+)	0,38	(0,78)	0,34	0,34
138(2+)	0,53	(0,88)	0,36	120(2+)	0,97	(1,00)	0,45	0,45	103(2+)	0,48	(0,85)	0,47	0,48
156(2+)	0,49	(0,86)	0,42	134(2+)	0,39	(0,79)	0,38	0,38	146(2+)	0,77	(0,97)	0,35	0,35
158(2+)	0,32	(0,73)	0,44	142(2+)	0,46	(0,84)	0,43	0,43	167(2+)	1,48	(0,88)	0,34	0,30
162(2+)	0,68	(0,95)	0,38	154(2+)	0,72	(0,96)	0,36	0,35	175(2+)	0,52	(0,88)	0,40	0,44
69(1+)	0,15	(0,35)	0,41	7(1+)	0,49	(0,50)	0,21	0,21	8(1+)	0,16	(0,37)	0,38	0,41
99(1+)	0,28	(0,45)	0,20	22(1+)	0,33	(0,47)	0,37	0,37	48(1+)	0,34	(0,47)	0,27	0,26
102(1+)	0,20	(0,40)	0,48	122(1+)	0,56	(0,49)	0,56	0,57	60(1+)	0,44	(0,49)	0,31	0,31
134(1+)	0,20	(0,39)	0,48	135(1+)	0,58	(0,49)	0,38	0,38	63(1+)	0,15	(0,35)	0,35	0,35
141(1+)	0,24	(0,42)	0,44	161(1+)	0,18	(0,38)	0,36	0,35	115(1+)	0,28	(0,45)	0,47	0,48
148(1+)	0,26	(0,44)	0,45	166(1+)	0,43	(0,49)	0,37	0,37	138(1+)	0,27	(0,44)	0,32	0,32
151(1+)	0,16	(0,36)	0,42	171(1+)	0,09	(0,29)	0,18		158(1+)	0,16	(0,36)	0,25	0,25
									159(1+)	0,15	(0,35)	0,34	0,33
	6,39	(5,31)	0,52		9,25	(5,94)	0,48	0,40		9,20	(5,44)	0,44	0,35

Piezīme: r*- diskriminācijas indekss aprēķināts kā panta un koriģētās summas korelācija.

2. tabula. MCMI-III personības traucējumu skalas angļu, krievu un latviešu valodas pantu paraugi

N. pants	Orīgināla (angļu) valodas panti	Latviešu valodas sākotnējais pantu variants (Krievu valodas sākotnējais pantu variants)	Latviešu valodas sākotnējais pantu variants (Krievu valodas sākotnējais pantu variants)
8. pants	People make fun of me behind my back, talking about the way I act or look.	Cilvēki man aiz muguras smejas, aprunā manu uzvedību vai izskatu. (Люди у меня за спиной смеются надо мной, обговаривая мои поступки или внешний вид.)	Cilvēki par mani smejas aiz manas muguras un aprunā manu uzvedību vai izskatu. (Люди надо мной смеются за моей спиной, обговаривая мои поступки или внешний вид.)
171. pants	I have given serious thought recently to doing away with myself.	Pēdējā laikā esmu nopietni domājis padarīt sev galu. (В последнее время я серьёзно задумываюсь о том, чтобы покончить с собой.)	Pēdējā laikā esmu nopietni domājis par pašnavību. (В последнее время я серьёзно думаю о самоубийстве.)
88. pants	I never sit on the sidelines when I'm at a party	Tusiņos es nekad nepaliekšu malā. (На вечеринках я никогда не сижу в стороне.)	Kad esmu viesībās, es nekad nesēžu malā. (На вечеринках я никогда не сижу в стороне.)
167. pants	I take great care to keep my life a private matter so no one can take advantage of me.	Es ļoti rūpējos par to, lai pasargātu savu privāto dzīvi no ikviena, kam ir savtīgi nolūki. (Я стараюсь защитить свою личную жизнь от тех, у кого есть корыстные цели.)	Es ļoti rūpējos par to, lai pasargātu savu privāto dzīvi no ikviena, kam ir savtīgi nolūki. (Я стараюсь не рассказывать о своей личной жизни тем, у кого есть корыстные цели.)
47. pants	I tend to always blame myself when things go wrong.	Ja kaut kas nesanāk, es parasti par to vainoju sevi. (Когда что-то не получается, я обычно виню за это себя.)	Ja es kļūdos, tad es parasti par to vainoju sevi. (Когда я ошибаюсь, то виню обычно за это себя.)
82. pants	I always make sure my work is well planned and organized.	Es vienmēr gādāju, lai mans darbs būtu labi saplānots un organizēts. (Я всегда забочусь о том, чтобы моя работа была хорошо спланирована и организована.)	Es vienmēr gādāju, lai mans darbs būtu labi saplānots un organizēts. (Я всегда детально планирую и организую свою работу.)