

**Б. Р. Мандель**

# **АДДИКТОЛОГИЯ (ФГОС ВПО)**

**Иллюстрированное учебное пособие  
для студентов высших учебных заведений  
гуманитарного направления  
(все уровни подготовки)**



**DirectMEDIA**

**Москва**

**2014**

**УДК 616.89(075.8)**

**ББК 88я73**

**М 23**

Рецензенты:

*Ревякина И. В.*, кандидат психологических наук  
*Милашина О. Г.*, кандидат психологических наук

**Мандель Б. Р.**

**М 23** Аддиктология (ФГОС ВПО). Учебное пособие. –  
М.: Директ-Медиа, 2014. – 536 с.

**ISBN 978-5-4458-8589-4**

Учебное пособие «Аддиктология» создано для студентов и преподавателей высших учебных заведений, готовящих педагогов, психологов, медицинских работников. Пособие представляет собой уникальный курс, включающий в себя рабочую программу.

Учебное пособие создано на основе разработанных программ по психологии в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования.

Материалы пособия распределены на 18 глав, обширную и подробную примерную Рабочую программу изучения дисциплины и созданы на основе современных сведений по психологии, психиатрии, клинической психологии и аддиктологии.

Каждая глава завершается списком ключевых слов для запоминания и повторения, а после главы идут вопросы и задания по ней.

Кроме того, пособие содержит значительное число ссылок и пояснений, содержащих сведения об упоминаемых авторах и толкование терминов.

Учебное пособие содержит также список дополнительной литературы, примерную тематику семинаров, примерный список вопросов для самоподготовки к экзаменам и зачетам.

Книга будет полезна и интересна не только студентам, педагогам, но и всем, интересующимся аддиктологией как составной частью общей психологии и психиатрии.

**УДК 616.89(075.8)**

**ББК 88я73**

## Содержание

Введение.....	5
Глава I. Общие и частные проблемы аддиктологии, терминология и основные направления развития .....	10
Глава II. Факторы, провоцирующие аддиктивное поведение.....	26
Глава III. Аддиктивные формы отклоняющегося поведения: девиантное и делинквентное поведение .....	51
Глава IV. Психофизиологические особенности лиц с аддиктивным поведением и причины возникновения аддикций.....	87
Глава V. Проблемы подростковых аддикций.....	112
Глава VI. Феномен нехимических аддикций. Патологическая страсть к азартным играм.....	132
Глава VII. Любовные (эротические) аддикции и аддикции избегания.....	151
Глава VIII. Работоголизм (трудоголизм) как бегство от реальности?.....	172
Глава IX. Проблемы попоголизма: ониомания на марше.....	198
Глава X. Технологические аддикции: гаджеты, Интернет, компьютер, телевизор, мобильный телефон .....	211
Глава XI. Спортивные аддикции (зависимость от упражнений) .....	240
Глава XII. Пищевая зависимость: голодание и переедание.....	254

Глава XIII. Религиозный фанатизм или религиозная аддикция?.....	278
Глава XIV. Ургентная аддикция.....	310
Глава XV. Химические зависимости: алкоголизм ....	327
Глава XVI. Наркомания: химическая зависимость или болезнь века? .....	357
Глава XVII. Токсикомания – один из самых злокачественных видов наркомании .....	413
Глава XVIII. В центре внимания – табакокурение, или никотиновая зависимость.....	441
Заключение .....	472
Примерная учебная программа по аддиктологии или психологии зависимостей.....	487
Примечания и комментарии.....	520

## Введение

Изучением зависимостей или аддикций (от англ. addiction – зависимость) занимается сразу несколько наук, такие как психология, социология, медицина. На рубеже XXI века на стыке этих наук образовалась новая – **аддиктология** или наука о зависимостях.

Сегодня аддиктология занимается изучением таких зависимостей, как наркотическая аддикция (включая токсикоманию), алкогольная, табачная аддикции, теперь уже привычные компьютерные, игровые (включая и компьютерные игры), трудовые зависимости, а также и вполне экзотические пищевые, любовные и сексуальные (что, следует уточнить, не одно и то же), зависимости от людей, предметов и событий и многие другие.

**Аддитивное** (зависимое) поведение связано с желанием человека уйти из реальной жизни путем изменения состояния своего сознания.

В зависимости от того, посредством чего осуществляется уход из реальности, выделяются **фармакологические или химические, субстанции-нальные и пищевые зависимости**.

**Фармакологические (химические)** подразумевают под собой такие зависимости, как наркотизм (наркомания), алкоголизм, табакокурение, токсикомания.

**Субстанции-нальные** включают в себя компьютерные, игровые зависимости, эмоциональные созависимости (секс- и любовные зависимости), трудо- или работоголизм и многие другие.

**Пищевые зависимости** говорят сами за себя.

Средства аддикций подразделяются на следующие типы:

1. **Психоактивные вещества** (алкоголь, наркотики и т.д.)

2. **Активность, включенность в процесс** (хобби, игра, работа и т.д.)

3. **Люди, другие предметы и явления окружающей действительности**, вызывающие различные эмоциональные состояния.

Уход от реальности всегда сопровождается сильными эмоциональными переживаниями. Посадив человека на «эмоциональный крючок», им очень легко управлять. Эмоции являются составной частью зависимости. Человек фактически зависит не от препарата, а от эмоций. И, как ни парадоксально, в первую очередь важна не модалность эмоции (положительная или отрицательная), а ее интенсивность. Чем сильнее эмоция, тем сильнее зависимость.

#### **Алкогольная аддикция**

Одна из форм фармакологических или химических зависимостей – в основе ее лежит употребление спиртосодержащих напитков. Алкоголь является пищевым продуктом или входит в них, не являясь запрещенным как, например, наркотики. Алкоголь не изменяет, а кристаллизует текущее состояние: если вам грустно, то употребление алкоголя не поднимет ваше настроение, а наоборот, его еще больше ухудшит.

#### **Наркотическая аддикция**

Наркотическая аддикция – болезненные состояния, характеризующиеся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в непреодолимом повторном потреблении психоактивных веществ. Наркотическими признаются вещества или лекарства, которые обладают способностью специфического действия на центральную нервную систему (стимулировать, вызывать эйфорию, изменять восприятие окружающего и пр.).

## **Токсикомания**

Токсикомания развивается в связи с употреблением лекарственных средств и веществ, не отнесенных к наркотическим, но также изменяющих состояние психической деятельности человека и его поведение. Диапазон веществ с токсикоманическим действием очень широк – от медикаментов (аналгетики, транквилизаторы, снотворные, стимуляторы и др.) до технических растворителей и средств бытовой химии.

## **Лекарственная аддикция**

Лекарственная зависимость – синдром, развивающийся при употреблении психотропных веществ; характеризуется патологической потребностью в приеме таких веществ для того, чтобы избежать развития абстиненции или психических нарушений и состояния дискомфорта, возникающих при прекращении их приема либо при введении антагонистов этих веществ.

## **Табакокурение**

Курение табака – один из наиболее распространенных видов наркомании, охватывающий большое количество людей и являющийся поэтому бытовой наркоманией. Дымящаяся сигарета доставляет привычному курильщику удовольствие. Особенно остро ощущается потребность в курении после принятия пищи, во время выпивки, при отрицательных эмоциях и во время напряженной работы. При этом сам вдыхаемый никотин не оказывает какого-либо положительного действия на организм.

Сигарета является больше отвлекающим фактором: переключение сознания на нее помогает отодвинуть неприятные мысли, прервать тяжелую работу. Совместное курение облегчает контакт между людьми, является хорошим предлогом для знакомства. Некоторое значение имеют вид красиво раскрашенной коробки, изящная упаковка, манера закуривания, манерное

выдыхание дыма. Эти элементы кокетства и дополнительные черты индивидуальности особенно значимы для женщин.

### **Игровые аддикции**

Игровую аддикцию по-другому называют гэмблингом (от англ. gambling – игра). К этому виду аддикций относятся такие зависимости как зависимость от казино, карт, игровых автоматов, других азартных игр. Также сюда относятся и зависимости от компьютерных игр.

### **Трудоголизм**

Трудоголизм, в отличие от многих видов других зависимостей, является социально-одобряемой аддикцией. Но, на самом деле, трудоголик – это личность с определенными психологическими проблемами. Трудоголиком может стать и лентяй, дни и ночи отсиживающий на работе во время домашних неурядиц. Источником психологического дискомфорта, психологической травмы чаще всего бывает реально пережитый или мнимый страх: боязнь неудачи, страх перед одиночеством или, напротив, боязнь общения. Очень часто трудоголизм – страх перед постоянным напряжением в личной жизни, результат не сложившихся (или утраченных) отношений с детьми, разочарование в близком человеке. Работа становится своего рода заслоном, психологической защитой, щитом, отражающим отрицательные эмоции. Трудоголизм – социально приемлемая форма бегства от проблем.

### **Компьютерная аддикция**

О компьютерной зависимости заговорили совсем недавно, и очень многие научные деятели в штыки воспринимают версии о существовании подобных аддикций. Тем не менее, ее проявления все чаще и чаще встречаются в окружающем нас мире.



### **Секс-аддикции**

Довольно сложная по структуре зависимость. С одной стороны, здесь непросто проследить грань между естественным физиологическим процессом и зависимым поведением, с другой стороны, сложно различить любовь и секс.

### **Пищевые зависимости**

К этому виду аддикций относятся такие психические расстройства как булимия (переедание) и анорексия (добровольный отказ от пищи).

Пищевая зависимость – это не только переедание и голодание, но и зависимость от вкуса: от вкуса кофе, шоколада, сливок и т.д.


### **Другие аддикции**

На самом деле, если посмотреть вокруг, то можно встретить умопомрачительное количество зависимостей. Как, например, избегающая аддикция. Суть ее сводится к тому, что человек, постоянно стремящийся не попасть в какую-либо зависимость, сам начинает зависеть от своего поведения. Экзотично? И это не единственный пример. Шопполизм – неумная страсть к покупкам, переходящая в зависимость по качеству настроения и т.д.

Обо всех этих видах психологических и эмоциональных зависимостей мы будем говорить подробнее в главах нашего пособия.

# Глава I

## Общие и частные проблемы аддиктологии, терминология и основные направления развития



Феноменом зависимости, как мы уже сказали, занимается сразу несколько наук, в числе которых медицина, психология, социология. «Молодость» исключительно «зависимологических» областей – наркологии, выделившейся в нашей стране в отдельную медицинскую область лишь полвека назад, и совсем юная аддиктология... Не добавляет ясности и то, что на своей родине, в США, термин «аддиктология» обозначает раздел медицины, занимающийся изучением и лечением химических зависимостей (в отечественной медицине эта именно область медицины называется наркология), в России же возникшая в конце 90-е годы XX века аддиктология занимается изучением всех зависимостей.

Во введении уже прозвучало, что зависимости сами по себе имеют разную основу как в психическом, так и конкретно в эмоциональном плане на фоне явных физиологических точек, показателей и факторов.

*Зависимое поведение проявляется следующим образом: вы не контролируете это, скорее это контролирует вас. Вы чувствуете, что не имеете иного выбора, кроме как делать это, брать это, поступать так, как требует это. Та или иная привычка настолько укореняется в вашей жизни, что становится незаметной для вас. Вы делаете это все чаще и чаще, стараясь получить все более сильный эффект. Вы начинаете регулярно делать это, когда предчувствуете неприятные ощущения – скуку, одиночество, физическую боль и т.п. Вы чувствуете, что уже не можете справиться с вашими жизненными проблемами без*

*помощи этого. Вы можете провести значительную часть жизни, сражаясь с этим. Вы можете потратить драгоценную энергию души, страдая от этого и безуспешно пытаясь избавиться от этого. На это уходит часть ваших денег, вашего времени, вашей энергии в ущерб чему-то более полезному, в результате вы еще больше ненавидите себя за эти бессмысленные траты. Вы теряете самоуважение, душевные силы, возникает угроза разрушения всего вашего жизненного уклада (семья, карьера, друзья), физического и душевного здоровья. Некоторых это, в конце концов, убивает.*

**Аддикции включают химическую и эмоциональную зависимость, в том числе созависимость.**

**Химическая зависимость, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – это психическое, а иногда соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического психоактивного вещества. Психоактивное вещество (ПАВ) – вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К ПАВ относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии. Наркотик (греч. *parkoticos* – одурманивающий) – вещество, которое вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость. Зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам, называется токсикоманией. Используется также ненаучный термин *привыкание*, который подразумевает психическую зависимость**

больного от препарата, принимаемого с целью облегчить труднопереносимые проявления болезни.

Эмоциональная зависимость выражается в азартном поведении, при котором, в отличие от обычных навязчивостей, побуждение к деятельности является или становится витальным, как сильный голод или жажда, и овладевает человеком полностью. Эротоманам, например, требуются эйфоризирующие<sup>1</sup> вещества, выделяющиеся в головном мозге при сексуальном возбуждении. Они же выделяются и во время «творческого запоя» у трудоголика.

Созависимым необходимы так называемые токсические эмоции: тревога за зависимого, жальность к нему, периодическое появление чувства стыда, вины, обиды, ненависти. При удовлетворении этих патологических эмоциональных потребностей у аддикта возникает чувство удовольствия и облегчения.

Азартное поведение делится на импульсивное – без борьбы мотивов, и компульсивное<sup>2</sup>, где эта борьба присутствует. Импульсивное поведение характерно для патологических влечений. Это может быть воровство при kleptomании, азартные игры при патологическом гэмблинге, поджог при пиромании, переедание при булимии<sup>3</sup>. Компульсивное поведение проявляется и при **сверхценных увлечениях**: при аддикции к деньгам, трудоголизме, фанатизме и пр.

Зависимого человека, аддикта, характеризует стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния, развития и поддержания интенсивных эмоций посредством приема психоактивных веществ или чрезмерной фиксации на определенных видах деятельности.

Сегодня ученые выделяют 5 этапов развития аддикции:

- открытие способа, с помощью которого можно сравнительно легко менять свое психическое состояние;
- привычное использование этого способа в трудные моменты;
- такое поведение (аддиктивное) становится частью личности и не подлежит критике;
- аддиктивная часть личности начинает полностью определять жизнь аддикта;
- разрушается психика и биологические процессы в организме.

Аддикт существует вне реального времени и пространства, он живет моментом иллюзорного наполнения. Он живет от одного такого момента к другому, но не может удовлетвориться ни в одном из них. Он то заполняет пустоту настоящего с помощью наслаждения, опьянения, выигрыша, успеха и т.д., то оказывается одержим нереальностью своего переживания в форме неудовлетворенности и похмелья, непреодолимо вынуждающих к немедленному повторению аддиктивных действий.

Аддикты страдают **синдромом дефицита удовольствия**, который проявляется в постоянном ощущении скуки. Жизнь представляется аддикту серой и однообразной, он нуждается в дополнительной стимуляции и направляет всю свою энергию на ее поиск. Он сосредоточивается на той сфере, которая позволяет ему на какое-то время вырваться из состояния бесчувственности и апатии. К остальным сферам жизни аддикт интереса не проявляет, все больше уходя от участия в них.

Исследователи выделяют четыре формы аддитивного поведения как бегства от реальности:

- 1) бегство в тело – физическое или психическое «усовершенствование» себя;
- 2) бегство в работу – концентрация на служебных делах (учебе);

3) бегство в контакты или одиночество – постоянное (утрированное) стремление к общению или, наоборот, к уединению;

4) бегство в фантазии – жизнь в мире иллюзий и фантазий.

Эта типология перекликается с мнением о существовании у человека шести видов голода: **голод по впечатлениям, по признанию, по контакту и физическому поглаживанию, сексуальный голод, голод по структурированию времени, по событиям.**

У аддитивных личностей вследствие плохой переносимости ими трудностей повседневной жизни, постоянных упреков окружающих и самоупреков формируется **комплекс неполноценности**. Тревожный аддикт может компенсировать свое чувство неполноценности гиперсоциальностью, например, трудоголизмом. Защитой от чувства неполноценности у аддиктов часто служит гиперкомпенсация в виде завышенной самооценки с демонстрацией своего превосходства над окружающими. Аддикт противопоставляет толпе обывателей свою романтическую жизнь, свободную от обязательств, а значит, и от обвинений. Некоторые аддикты посвящают свою жизнь карьере, борьбе за власть, обогащению.

Нам известны основные мотивации аддитивных расстройств:

- противотревожная,
- субмиссионная (подчиненная влиянию других),
- гедонистическая (эйфоризирующая),
- активизирующая (часто для сексуальной гиперстимуляции),
- псевдокультурная (демонстрирующая принадлежность к данной культуре, компенсирующая

**комплекс неполноценности; может проявляться, например, в стремлении играть роль тамады).**

В последние годы в отечественной литературе чаще используется английский термин **аддиктивное поведение (addictive behavior)**, которым называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость. Есть и более широкая трактовка определения аддиктивного поведения: *«...одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций».*

Американский психиатр Р.Браун (1993) сформулировал шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикции:

- **salience** (особенность, «сверхценность»),
- **euphoria** (эйфория),
- **tolerance** (рост толерантности),
- **withdrawal symptoms** (симптомы отмены),
- **conflict** (конфликт с окружающими и самим собой),
- **relapse** (рецидив).

Итак, если мы рассмотрим описанные на сегодняшний день нехимические зависимости, ибо с химическими более или менее все ясно, то получается внушительный список: **азартные игры (гэмблинг), аддикции отношений – сексуальная, любовная и аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция<sup>4</sup>, многообразные компьютерные зависимости или интернет-зависимости, аддикция упражнений (спортивная) и т.д.**



Владимир Давыдович Менделевич (род. 1956)

Совершенно прав известный специалист в области аддиктологии из Казани – В.Д.Менделевич, относя и фанатизм во всех его проявлениях (религиозный, политический, спортивный, национальный) к одной из форм аддиктивного поведения. **По существу получается, что нехимические зависимости покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни: секс, любовь, работа, деньги, спорт и т.д. Получается, что любой человеческий поведенческий акт таит в себе угрозу возникновения зависимости к нему. Все многообразие нашей жизни – это богатство потенциальных аддикций.** Это полемичное высказывание полностью переключается с идеями о том, что *«спектр зависимостей распространяется от адекватных привязанностей, увлечений,*



*способствующих творческому и душевному самосовершенствованию как признаков нормы до расстройств зависимого поведения, приводящих к психосоциальной дезадаптации». В рамках зависимого поведения мы сталкиваемся с закономерностями, которые существуют в сфере общей психопатологии: каждому психопатологическому феномену как отражению нормы (в контексте зависимостей феноменом выступает действие или поведение) противостоит психопатологический симптом (патологический поведенческий паттерн). Это, в свою очередь, идет и из принципов общей патологии, согласно которым истоки патологии следует искать в нормальных физиологических процессах.*

**Создается впечатление, что «примерный» с социальной точки зрения человек успешно сочетает в себе варианты социально приемлемых форм зависимостей – превалировать должна работогольная зависимость, для счастья необходимо некоторое количество любовной и сексуальной, для нравственности – религиозной, хобби могут выражаться в аддикции отношений, в компьютерной зависимости и иногда чуть-чуть в гэмблинге и т.д. Допускаются даже элементы химической зависимости – традиционное для нашей страны употребление алкоголя (и в праздники, и в будни, по поводу и без...).**

По сути, мы часто имеем дело со своеобразной **полиаддиктивностью** человека, когда в нем мирно сосуществуют несколько потенциальных аддикций, одна из которых, как правило, превалирует. У социально активного человека – это обычно работоголизм. У домохозяйки это может быть, к примеру, аддикция отношений, у профессионального спортсмена – спортивная аддикция и т.д. Аддикцию, которая занимает основное положение в жизни человека, но не подавляет, не

вытесняет другие, можно назвать *преобладающей*. *Преобладающая аддикция* – та, которая определяет жизненный путь на данном этапе развития. Преобладающая аддикция, в отличие от аддикции доминирующей – временна, поддается внешнему воздействию и может сосуществовать с другими.

Проблема возникает тогда, когда одна из аддикций начинает доминировать и вытесняет другие. Причем это может быть как преобладающая аддикция, так и любая другая. Тогда мы говорим о возникновении *доминирующей (сверхценной) аддикции*. Человек становится аддиктом.

*Доминирующая аддикция* полностью заполняет сознание, вытесняет другие аддикции и мало поддается внешнему воздействию. Причины, по которым происходит становление доминирующей аддикции, на протяжении более чем сотни лет изучаются различными категориями исследователей.

Клинический опыт показывает, что одна аддикция может достаточно легко переходить в другую. Это происходит как среди химических аддикций (например, наркомания переходит в алкоголизм), так и среди нехимических (например, спортивный аддикт становится проблемным гэмблером). Кроме того, химическая зависимость может переходить в нехимическую и наоборот.

Понимание полиаддиктивной природы человека, а также этапов формирования расстройств зависимого поведения позволяет по-новому взглянуть как на проблему профилактики химической зависимости, так и более широко – на **проблему профилактики в аддиктологии**.

Отсутствие эффективной терапии химической зависимости привело к тому, что на Западе в конце 70-х годов XX столетия стали активно заниматься профи-

лактикой злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ), особенно в подростковой среде. В США к началу 90-х потребление ПАВ снизилось почти вдвое, а по ряду позиций (например, табакокурение) – в три раза. Многие страны активно борются с курением: запрет на табакокурение в общественном транспорте, учебных и медицинских учреждениях, в местах общественного отдыха и питания и даже на улицах городов! В России современные профилактические программы стали внедряться лишь в конце 90-х годов.

Сейчас общепризнанным стал факт неэффективности так называемой **негативной профилактики** химической зависимости, которая была единственной и считалась действенной у нас в стране на протяжении десятилетий. Ее место заняла **позитивная (продуктивная) профилактика**, которая по идее должна предоставить потенциальному потребителю ПАВ здоровую альтернативу аддиктивному поведению. Позитивная профилактика по своей сути решает сложную и прекрасную задачу – построение счастливой жизни без ПАВ. Способы предлагаются самые разные – от развития критического мышления, чувства юмора, обучения разнообразным жизненным навыкам до занятий экстремальными видами спорта и религиозного воспитания. Все это нашло отражение в большом количестве как общероссийских, так и местных программ по профилактике аддиктивного поведения.

**По существу, идея продуктивной профилактики сводится к воспитанию гармоничной разносторонней личности, или как мы могли бы добавить – личности полиаддиктивной с какой-то социально приемлемой преобладающей аддикцией. Это, кстати, в полной мере относится и к профилактике нехимических аддикций. Итак, вполне возможно, что спасение человека от аддикции – это его полиаддиктивность.**

Аддитивное поведение, по определению ученых, характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния. Актуальность изучения аддитивного поведения связана, помимо прочих, и с эпидемией развития химической зависимости, охватывающей многие слои популяции и непосредственно приводящей к росту СПИДа.

Между тем, понимание механизмов развития этих состояний фактически отсутствует. У большинства складывается впечатление о возможности решения этой проблемы посредством использования «простых» способов: запретов, наказаний, пропагандистских кампаний, принудительного лечения и др. Изменение отношения общества к проблеме аддикции связано, прежде всего, с возможностью получения открытой квалифицированной информации, отражающей современный уровень знаний.

Вообще, само определение аддитивного поведения относится ко всем его многочисленным формам. Уход от реальности путем изменения психического состояния может происходить при использовании разных способов. В жизни каждого человека бывают моменты, связанные с необходимостью изменения своего психического состояния, не устраивающего его в данный момент. Иногда необходимо избавиться от угнетенности, «сбросить» с себя психическую усталость, отвлечься от неприятных размышлений, заставив себя по-иному посмотреть на событие, создать у себя необходимую мотивацию, почувствовать смысл какого-то явления. Для реализации этой цели человек вырабатывает индивидуальные подходы, становящиеся привычками, стереотипами. Иными словами, элементы аддитивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путем изменения своего психического

состояния. Проблема аддикции начинается, как мы уже сказали, тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем, но и останавливается в своем духовном развитии. Этому процессу могут способствовать **биологические, психологические и социальные влияния**.

**Под биологическими предпосылками** подразумевается определенный, своеобразный для каждого способ реагирования на различные воздействия, например, на алкоголь. Замечено, что лица, изначально реагирующие на алкоголь, как на вещество, резко изменяющее психическое состояние, более предрасположены к развитию алкогольной аддикции.

**К психологическим факторам относятся личностные особенности, отражение в психике психологических травм в различных (прежде всего, в детском) периодах жизни.**

**Социальные факторы** включают как семейные, так и внесемейные взаимодействия.

Существуют типы воспитания, которые создают более высокий риск возникновения аддиктивного поведения. Влияние семьи на психологическое состояние ребенка проявляется уже в самом раннем периоде его жизни. Согласно многочисленным исследованиям, мать оказывает психологическое влияние на ребенка на невербальном (бессловесном) уровне сразу же после его рождения. Тревожность («напряжение тревожности»), матери передается ребенку. Каким образом это происходит, мы еще не способны объяснить, опираясь на непосредственные наблюдения. **Возможно, это связано с межличностным общением на**

**эмпатическом уровне.** Эмпатия – психологический термин, обозначающий **схватывание, опознание эмоционального состояния человека без словесного описания, на интуитивном уровне.** Эмоциональное напряжение, тревожность матери, если она постоянна или часто возникает, таким образом, передается ребенку, лишает его чувства безопасности в непосредственном окружении. Ребенок в грудном возрасте, очевидно, лишен возможности освободиться от этой ранней тревоги, облегчить ее. Вместе с тем, необходимость чувствовать себя в безопасности чрезвычайно важна для него, так как тревога приводит к формированию различных нарушений психического развития и физического здоровья. Единственный способ снять тревогу у ребенка заключается в устранении эмоционального напряжения у самой матери и проявлении нежности по отношению к ребенку.

**Созависимость** бывает связана с полом, что отражает дискриминацию по половому признаку. Проявления дискриминации по половому признаку (сексизм) имеют место даже в наиболее развитых современных обществах (*modern societies*). Социодинамическая психиатрия при анализе аддиктивного поведения и созависимости, как и других психических нарушений, учитывает групповую принадлежность пациентов. Идентичность и стиль жизни человека обусловлены социальной группой, ее динамикой и социальной энергией. Социальная энергия как сила, которую люди дают друг другу, необходима для самой жизни. Если новорожденный ребенок не получит социальной энергии, он погибнет. Влияние групповой динамики начинается уже в пренатальной фазе посредством связи ребенка с психическим состоянием матери, являющейся носителем динамики, характерной для ее социальной среды. Развитие ребенка оказывается связанным с физическим здоровьем матери, ее самочувствием, от-

ношением к беременности и др. Особое значение имеет ранний постнатальный период, когда ребенок на уровне интуиции воспринимает окружающую его социопсихологическую ситуацию и, прежде всего, отношение к нему матери. Групповая динамика определяет индивидуальные реакции, особенности общения, формирует систему предпочтений. Она представляет собой нечто большее, чем простая сумма взаимодействий и ролевого поведения отдельных членов группы. В групповой динамике проявляется влияние подсознания, причем не только индивидуального, но и коллективного. Групповая динамика влияет на особенности воспитания в детском возрасте. Это влияние может быть как деструктивным, так и конструктивным. Конструктивная динамика поддерживает развитие, формирование позитивной идентичности, способности к продуктивному общению. Деструктивная групповая динамика мешает развитию, происходит фиксация на страхе, воспитывается чувство стыда, комплекса вины и неполноценности. Конструктивная и деструктивная групповые динамики отражают проявления конструктивной и деструктивной социальных энергий. Конструктивная социальная энергия является энергией развития взаимопонимания, социального интереса к общению.

Масштабы и темпы распространения химических зависимостей, таких как алкоголизм, наркомания и токсикомания в нашей стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части. А это в ближайшей перспективе может привести к социальной нестабильности российского общества.

Во многих странах сегодня существует налаженная система медицинского, социального и правового обеспечения реабилитации наркоманов. Одновременно функционирует и система мощной пропагандистской деятельности против распространения и употребления

наркотиков, включающая активную агитацию и демонстрацию преимуществ здорового образа жизни.

В России ранее сложившаяся система профилактики и реабилитации наркоманов, алкоголиков, к сожалению, «успешно» развалена. Новая же система находится пока что в зачаточном состоянии или отсутствует вообще, мы не трогаем частные клиники, которые зачастую существуют просто параллельно с медициной... Такое положение на фоне роста числа наркоманов, количества преступлений, совершаемых под воздействием наркотиков, алкоголя, вызывает большую тревогу и требует, в первую очередь от органов государственной власти, принятия безотлагательных мер.

Распространение наркомании на территории России и стран СНГ происходит угрожающими темпами. За последние пять лет количество наркоманов в стране возросло примерно в три с половиной раза и, по мнению специалистов, при сохраняющейся тенденции в России уже в ближайшие годы оно превысит уровень в три миллиона. Возраст большинства наркоманов колеблется в рамках 13–25 лет, что ставит под угрозу фактически треть молодого поколения страны. При этом следует иметь в виду, что данные цифры говорят только о лицах, регулярно употребляющих наркотики и относимых к группе «классического типа». Если же учитывать и тех, кто нюхает клей, краску и т. п., то названный контингент по стране составит не менее десяти миллионов.

Особое беспокойство должно вызывать значительное увеличение числа наркоманов женщин. В последнее десятилетие количество женщин, употребляющих наркотики, увеличилось в 6,5 раза. Среди многих проблем, стоящих перед российским обществом, конечно, одна из важных – проблема борьбы с наркоманией, алкоголизмом, токсикоманией. Эти отрицательные явления угрожают здоровью населения



страны, а, следовательно, влияют и на национальную безопасность. Названные проблемы можно решить только совместными усилиями государственных органов власти, образовательных и медицинских учреждений, общественных организаций и семьи.


**Следует запомнить:** *психоактивное вещество (ПАВ), соматическая зависимость, токсикомания, привыкание, эйфория, азартное поведение, импульсивное и компульсивное поведение, гэмблинг, булимия, сверхценные увлечения, конструктивная и деструктивная групповые динамики, созависимость, внесемейные взаимодействия, полиаддиктивная личность, доминирующая аддикция, преобладающая аддикция, негативная профилактика, ургентная аддикция, синдром дефицита удовольствия.*

### **Вопросы и задания по Главе I**

1. Какие научные дисциплины рассматривают проблемы зависимости?
2. В чем и как проявляется зависимое поведение?
3. Перечислите виды аддикций.
4. Что такое компульсивное поведение?
5. Расскажите об эмоциональной зависимости.
6. Что такое синдром дефицита удовольствия?
7. Расскажите о формах аддитивного поведения.
8. Дайте общее представление об основных мотивациях аддиктивных расстройств.
9. Что такое полиаддиктивность?
10. Что такое преобладающая и доминирующая аддиктивность?
11. Расскажите об основных идеях позитивной (продуктивной) профилактики зависимостей.
12. Что такое биологические, психологические и социальные влияния предпосылки аддикций?
13. Дайте общее представление о созависимости.

## Глава II

### Факторы, провоцирующие аддиктивное поведение



Человеческая жизнь, как известно, проявляется внешне в поведении и деятельности. Сложная взаимосвязь этих форм активности часто приводит к тому, что их трудно отделить друг от друга и разграничить. Тем не менее, существенные их различия очень важны.

Человеку вообще свойственно рассудочное поведение. Это значит, что его поступки, составляющие характер поведения, определяются интеллектуальным «высвечиванием» существующих между предметами связей и отношений.

Многие наши поступки и особенности поведения со временем становятся привычками, т.е. автоматизмами. Автоматизируя действия, привычка делает движения более точными и свободными. Она уменьшает степень сознательного внимания, с которым совершаются эти действия. Образование привычки означает появление не столько нового умения, сколько нового мотива или тенденции к автоматически выполняемым действиям. Другими словами, **привычка – это действие, выполнение которого становится потребностью.**

Приобретение привычки с физиологической точки зрения есть не что иное, как образование в мозговых структурах устойчивых нервных связей, отличающихся повышенной готовностью к функционированию. Система таких нервных связей служит основой более или менее сложных форм

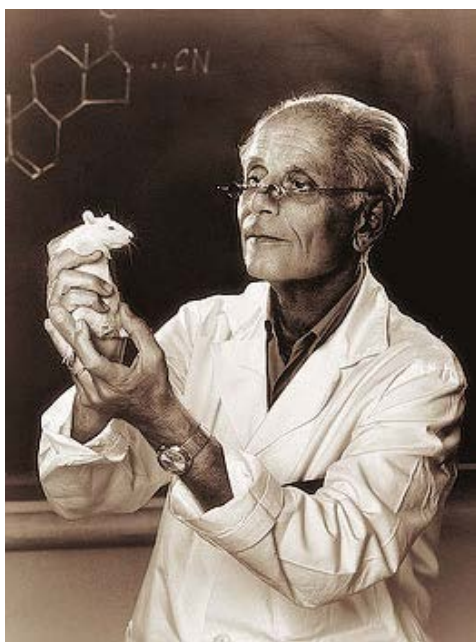
**поведенческих актов, которые И.П.Павлов называл динамическими стереотипами.** В комплекс нервных структур, обеспечивающих привычный образ действий, как правило, включаются и механизмы эмоционального реагирования. Они вызывают эмоционально положительные состояния в период реализации привычки и, напротив, рождают отрицательные переживания в обстоятельствах, мешающих ее осуществлению.



*Иван Петрович Павлов (1849-1936)*

Учитывая важное свойство нервной системы легко формировать и закреплять привычки, даже если они являются ненужными или вредными (курение, увлечение спиртными напитками и т. п.), можно смело утверждать, что **процесс рассудочного управления привычками**

**есть, таким образом, управление поведением.** Ведь даже вредные привычки, явно наносящие ущерб здоровью организма, со временем начинают восприниматься как нормальное явление, как нечто необходимое и приятное. И тогда смысл управления поведением заключается в том, чтобы вовремя заметить предпосылки к образованию ненужной или вредной привычки и устранить их, чтобы не оказаться у нее в плену.



*Ганс Селье*

**Руководить привычками, формировать только полезные для развития личности, для здоровья и повседневной деятельности привычки – значит сознательно и целенаправленно совершенствовать стиль своего поведения.** Только в этом случае нерв-

ная система человека становится его надежным другом, а не врагом.

Человек в значительной степени сам предопределяет свою судьбу, так как реализует свое повседневное поведение через хорошие или дурные привычки, ведущие к соответствующим последствиям.

Нормальная жизнедеятельность человека немыслима без определенной степени нервно-психического напряжения. Каждому человеку свойственен свой оптимальный тонус. Поэтому, как утверждает Г.Селье<sup>5</sup>, разным людям требуются определенные и неодинаковые степени стресса. Каждый человек, в принципе, должен изучить себя и найти тот уровень стресса, при котором он чувствует себя наиболее «комфортно», какое бы занятие он ни избрал. В противном случае может развиваться **дистресс**<sup>6</sup> безделья или дистресс перегрузки. Именно с работой, с повседневной деятельностью бывают связаны состояния стресса – дистресса. И, пожалуй, здесь же кроется причина того, что стресс успеха всегда способствует последующему успеху, тогда как дистресс крушения ведет к дальнейшим неудачам. Специалистам известно, что **«стресс рухнувшей надежды» со значительно большей вероятностью, чем стресс от чрезмерной мышечной работы, приводит к заболеваниям. Умственное перенапряжение, неудачи, неуверенность, бесцельное существование – самые вредоносные стрессоры.** Стресс – неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует большей или меньшей функциональной перестройки организма, соответствующей адаптации. Естественная природа стрессовых реакций проявляется в том, что жизнь без стресса немыслима, а *«полная свобода от стресса, – как пишет Г.Селье, – означает смерть»*. Важно иметь в виду, что любая новая жизненная ситуация вызывает

стресс, но далеко не каждая из них бывает критической. **Критические состояния переживаются человеком как горе, несчастье, истощение сил и сопровождаются нарушением адаптации, контроля, деструкциями, препятствиями самоактуализации личности.**

**Человеческая психика – это очень гибкая, приспособляющаяся, быстро реагирующая, высокоэффективная, самоостанавливающаяся система, обладающая большим запасом прочности и огромными резервами.** Но все же и у такой замечательной системы есть свои слабые стороны и предельные пороги выносливости. Что если количество стрессоров и их психотравмирующие уровни превысят порог выносливости нервной системы? Что если человек продолжительное время испытывает постоянное давление разнообразных стрессоров и нет ситуации разрешения (т.е. наблюдается **полиморфный стресс в стадии накопления**), она просто невозможна по независящим от индивида обстоятельствам? Психика, в норме, начинает давать сбои, выражающиеся в неадекватном, деструктивном поведении. Затем включаются защитные механизмы психики, ограждающие систему от разрушения. В связи с этим депрессию и аутизм можно рассматривать как некую защитную реакцию психики на предельные уровни воздействия. Что если критическая ситуация воздействует на психику очень длительное время, или например, всю сознательную жизнь индивида, и психика практически постоянно находится в фазе защиты от разрушения? **В силу отмеченных выше естественных свойств психики автоматически нарабатывать и закреплять стереотипы и формы поведения (привычки) деструктивные формы поведения становятся для человека, стилем жизни, основными формами поведения, избавить-**

ся от которых (несмотря на оптимистические взгляды ряда ученых) крайне сложно для конкретного индивида. Отсюда и большое внимание практических психологов проблеме аддикции и аддиктивного поведения. Аддикция и аддиктивное поведение – относительно новые понятия, и на данный момент среди психологов существует множество разногласий в его определении. Например, профессор Ильин Е.П. понимает под аддиктивным поведением *поведение, обусловленное «вредными привычками подростков и юношей»*. Конечно же, понятие аддикции и аддиктивного поведения гораздо шире, и, наверное, совсем не стоит его причислять к девиантными формам поведения, дискредитируя тем самым и то и другое. Тем более вызывает некоторое недоумение положение о «вредных привычках...», тогда как в этом возрасте у детей вообще не существует каких-либо стойких психических привязанностей (привычек), а, напротив, происходит тотальная ломка временных (данных родителями и пр.) норм поведения, установок, стереотипов. **Действительно стойкие психические привязанности, привычки появляются гораздо позже, в «зрелом» возрасте и образуются они на руинах разрушенного ранее и из вновь приобретенного опыта.**

Аддиктивное поведение рассматривается большинством авторов, стоявших у начала разработки этой проблематики как одна из форм деструктивного (разрушительного) поведения, т.е. причиняющего вред человеку и обществу. Аддиктивное поведение выражается в стремлении к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, что достигается различными способами – фармакологическими (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологическими (сосредоточение на определенных предметах и активностях, что сопро-

вождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний). Алкоголизм, например, как одна из форм аддиктивных реализаций рассматривается как болезнь, к возникновению которой привели аддиктивные формы поведения.



*Евгений Павлович Ильин (род. 1933)*

**В возникновении аддиктивного поведения имеют значение личностные особенности и характер средовых воздействий. Лица с низкой переносимостью психологически дискомфортных состояний, возникающих в повседневной жизни естественных периодов спада, более подвержены риску появления аддиктивной фиксации. Такой риск также может увеличиваться при встрече с трудными социально неблагоприятными, психотравмирующими ситуациями, такими как утрата прежних идеалов, разочарование в жизни, распад семьи, потеря работы, социальная изоляция, утрата близких или друзей, резкая смена привычных жизненных стереотипов.**





*Альфред Адлер*

Роль личностного и социального факторов в возникновении деструктивных реализаций отмечалась многими авторами и ранее. От классического психоанализа с его фантастическим пониманием алкоголизма, токсиманий и других деструктивных форм поведения (скрытых гомосексуальных стремлений, с выявлением фатального влечения к саморазрушению, самоистреблению) до постфрейдизма и работ современных авторов, психологов и психиатров. А.Адлер<sup>7</sup>, например, применял свое учение о комплексе неполноценности для психоаналитического, но освобожденного от сексуальной основы, объяснения поведенческого деструктивизма<sup>8</sup> (алкоголизм, наркомании и т.п.), который, по его мнению, развивается у человека из ощущения своей беспомощности и отчужденности от общества. Но Адлер считал, что у алкоголика, например, развивающиеся в нем от того же комплекса ущемленности или ущербности агрессивность, конфликтность, задиристость, наиболее заметно

проявляются в состоянии опьянения. Так, по сути, иногда извращенно понимается симптоматика клинической картины опьянения, этиология<sup>9</sup> которой всецело зависит от патофизиологических закономерностей работы центральной нервной системы человека, находящейся под наркотическим, токсическим воздействием алкоголя. **Но, однако, несмотря на это, многими авторами отмечается личностный и социальный фактор как первопричина деструктивного поведения.**



*Карен Хорни (1885-1952)*

Неофрейдисты (К.Хорни, Э.Фромм и др.) так же, как и Адлер, отвергая фрейдовский пансексуализм<sup>10</sup>, объясняют алкоголизм, например, как **следствие отчужденности, одиночества, страха перед окружающей действительностью**. К такому объяснению

близко подходит и трактовка алкоголизма, которую дают многие психотерапевты и психиатры, строящие свои теоретические воззрения и лечебную практику на философии существования – экзистенциализме или антропологическом анализе, созданном выдающимися философами Ясперсом, Хайдеггером, Сартром.

В постсоветской психиатрической школе часто осуждаются подобные воззрения, иногда частично поддерживаются, но, расходясь даже концептуально-философски, безусловно, соглашаются с первопричинами деструктивизма, деструктивных проявлений в поведении.

В настоящее время представляется возможным выделить следующие основные виды аддиктивных реализаций (выше приводился подобный перечень – теперь же с уточнениями):

- **употребление алкоголя, никотина;**
- **употребление веществ, изменяющих психическое состояние, включая наркотики, лекарства, различные яды;**
- **участие в азартных играх, включая компьютерные;**
- **сексуальное аддиктивное поведение;**
- **переедание или голодание;**
- **«работоголизм»;**
- **телевизор, длительные прослушивания музыки, главным образом, основанной на низкочастотных ритмах;**
- **политика, религия, сектантство, большой спорт;**
- **манипулирование со своей психикой;**
- **нездоровое увлечение литературой в стиле «фэнтэзи» и «дамскими романами», эзотерикой и т.д.**



*Эрих Фромм (1900-1980)*

Совершенно естественно, что не все эти виды аддиктивного поведения равнозначны по своему значению и последствиям для человека и общества. Этого иногда не понимают, приравнивая, например, увлеченность рок-музыкой к наркомании. Здесь имеется общее аддиктивное звено, однако это совершенно разные по своему содержанию, развитию и последствиям явления. Наркомания сопровождается интоксикациями, развитием при многих формах физической зависимости, связанной с нарушением обмена, поражением органов и систем. Прослушивание рок-музыки – процесс психологический, и зависимость здесь значительно более мягкая, чем при наркоманиях. Что касается наркоманий, то вообще стоит различать причины, по которым конкретный человек начал употреблять наркотик и отделить случайные (попробовать из банального интереса, желание не выделяться из коллектива и пр.) от собственно аддиктивной реализации либо реализации психических аномалий.

Как в случаях наркоманий, так и токсиманий, алкоголизма и пр. заболеваний, к которым привело деструктивное поведение, аддиктивная реализация, следует выделять первопричины, приведшие аддикта к болезненному состоянию. **Например, социальные факторы, личностные (неудовлетворенность собой, сексуальные фрустрации<sup>11</sup> и т.п.) могут привести аддикта в результате реализаций и к алкоголизму, и к наркоманиям, и к булимии<sup>12</sup>.** Все зависит от того, что наиболее эффективно действует на аддикта, к чему он соматически, физиологически предрасположен. К булимии, например, или алкоголизму у женщин чаще всего, как отмечается многими авторами, приводят именно сексуальные фрустрации, здесь обнаруживается и некоторая корреляция между первопричинами и формами аддиктивных реализаций.

Уравнивание различных форм аддиктивного поведения объективно способствует появлению у части общества огульного отрицательного отношения ко всему тому, что выходит за пределы «принятости», жестких консервативных подходов, не укладывается в рамки той или иной догматической формулы. **В результате усиливается поляризация взглядов, возникает чувство протеста, нарастает агрессия, создаются условия, провоцирующие часть лиц к переходу от мягкой, частично контролируемой, формы аддиктивного поведения к тяжелой и неконтролируемой.**

Во всех случаях развитого аддиктивного поведения мысли человека заняты способами реализации аддиктивных стремлений, апперцепцией<sup>13</sup> их удовлетворения. Само размышление на эти темы уже вызывает чувство эмоционального возбуждения, волнения, подъема или релаксации. Таким образом и достигается начало желаемого эмоционального изменения, возникает

ощущение контроля над собой и ситуацией, чувство удовлетворенности жизнью. Аддиктивное поведение вначале создает иллюзию решения проблем, спасения от стрессовых ситуаций путем своеобразного бегства, избегания переживания последних. В этой особенности аддикции содержится большой соблазн – хочется идти по пути наименьшего сопротивления. Создается субъективное впечатление, что, обращаясь к фиксации на каких-то предметах или действиях, можно не думать о своих проблемах, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций, используя различные варианты реализации (порой, уже аддиктивных). Отвлечение необходимо каждому человеку. Однако в случае аддиктивного поведения последнее становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постоянного ухода от реальной действительности, от взаимодействия с окружающим.

**Аддиктивный подход к разрешению проблемных ситуаций зарождается в глубине психики, он характеризуется установлением эмоциональных отношений, эмоциональных связей не с другими людьми, а с неодушевленным предметом или активностью.** Человек нуждается в эмоциональном тепле, интимности, получаемой от других и отдаваемых им. При формировании аддиктивного подхода происходит замена межличностных эмоциональных отношений проекцией эмоций на предметные суррогаты. Лица с аддиктивным поведением стараются реализовать свое стремление к интимности искусственным образом. На сознательном уровне они используют для самозащиты механизм, который можно назвать «мышлением по желанию». Он заключается в том, что **человек вопреки логике причинно-следственных связей считает реальным, допускает до себя, до области своих переживаний лишь то, что соответст-**

вует его желаниям – содержание мышления при этом в свою очередь подчинено эмоциям, которые у аддикта тоже искусственно обеднены, «заведены в туннель» и представляют собой не полноценную эмоциональную картину, а лишь некие эмоциональные подвижки.

Отсюда оказывается невозможным или очень трудным убедить человека с развитым аддиктивным поведением в неправильности, опасности его подходов. Разговор с такими людьми происходит в двух плоскостях, которые не соприкасаются друг с другом: логической и эмоциональной. То, что является очевидным в логической плоскости, не влияет на «мышление по желанию» человека с аддиктивным поведением. Например, вы говорите человеку с аддиктивным алкогольным поведением (алкогольному аддикту):

«Нельзя решить что-либо с помощью алкоголя, это иллюзия, самообман, который еще больше осложнит жизнь и приведет к алкоголизму». Аддикт на формально-логическом уровне соглашается с вами, но это совершенно не отражает его действительную внутреннюю установку, которая остается аддиктивной и продуцирует свою формулу, оправдывающую каждую выпивку в зависимости от привходящих обстоятельств: «чтобы успокоиться, ведь отрицательные эмоции вредны для здоровья», «чтобы согреться и не заболеть», «алкоголь защищает от радиации, это всегда надо иметь в виду», «алкоголь улучшает обмен веществ» и т.д.

Для аддикта типична *гедонистическая* установка в жизни, т.е. **стремление к немедленному получению удовольствия любой ценой**. Такая установка – часто продукт неправильного воспитания в детстве, либо последствия перенесенных позднее психических травм, либо (что на практике встречается чаще) компенсаторная

реакция психики на разрушительное воздействие ПНС (полиморфный накопленный стресс)<sup>14</sup>. Мышление по желанию оправдывает такую установку, человек не обращает внимания на последствия, которые могут быть неблагоприятными и даже опасными.

**Особенности аддиктивного отношения к предметам или активностям могут быть лучше поняты, если продолжить сравнение с характером отношений с предметами в условиях нормы: в обычных ситуациях люди используют те или иные предметы утилитарно, пользуются ими для удобства, комфорта и т. д. Для аддиктов те же предметы, если они включаются в аддиктивное звено, становятся все более значимыми, приобретают «одушевленный» характер, посредством их аддикты удовлетворяют все в большей степени свои эмоциональные потребности. Отношения с предметами, включенными в аддикцию, становятся интимными, эмоциональными. Создается ложное впечатление эмоционального комфорта, стабильности.**

Сейчас мы говорим об очень глубоком психологическом механизме аддиктивного поведения, без которого понимание аддикции оказывается неполным и односторонним: *стремление к искусственному изменению психического состояния в рамках аддиктивного поведения может реализоваться, как уже говорилось, не только приемом веществ, изменяющих психическое состояние, не только путем специальных психологических упражнений, прослушиванием ритмической музыки, но и посредством установления болезненной привязанности, проекции эмоций интимности, доверия на предметы, активности, которые сами по себе не являются ни наркотиками, ни психостимулянтами, а лишь обычными повседневными предметами и явлениями.*



Таким образом, **аддикция выражается в установлении патологических отношений с предметами, в процессе чего изменяется социальная или биологическая функция предмета, (активности)**; например, пища теряет свою основную питательную функцию, становясь средством эмоционального возбуждения; лекарства, применяемые при различных заболеваниях, становятся средством изменения психического состояния, для чего употребляются в больших дозах при отсутствии каких-либо медицинских показаний и т.п.

Следует отметить, что все формы аддиктивного поведения имеют, наряду с общими механизмами, свою специфику, которая, в особенности по отношению к некоторым из них, изучена недостаточно. Это касается, в частности, аддиктивного отношения к еде, переедания и голодания, преимущественно распространенных у женщин. На значение проблемы обращалось внимание в средствах массовой информации и в специальной литературе США. Описаны случаи, когда женщины, страдавшие перееданием, занимались воровством и проституцией в связи с нехваткой денег для приобретения огромных количеств пищи, такой способ получения средств вполне укладывается в рамки «механичности» восприятия аддикта. А о гибели фотомоделей от диет и голодания за последнее десятилетие написано столько, что можно составить огромный том.

Установлено, что женщины могут использовать пищу как средство избавления от внутренней пустоты, от страха недостатка в самореализации и психического дискомфорта. В тяжелых случаях измененного восприятия пищи они уходят из социальной жизни, оставляют обучение, лишаются всех других интересов, кроме проведения дней в пристальном изучении калорийных карт, измерения талии, лодыжек и бедер...

Эмоциональные отношения с людьми при аддиктивном поведении постепенно все больше нарушаются. Это выражается в уменьшении общительности, в уходе от реальности, в нарастающей изоляции от других людей. Аддикция становится универсальным способом этого бегства от реальной жизни.

Довольно часто встречается такой пример аддиктивного поведения как **аддиктивное отношение к домашним животным**. Например, при наличии проблем во взаимопонимании родителей и взрослых детей родители переносят всю свою теплоту и заботу на кошечек и собачек, устанавливая с ними особо теплые отношения, замещая этими милыми тварями то место в жизни, душе и сознании которое ранее принадлежало детям. **Изменение настроения в процессе аддиктивной реализации создает иллюзию внутреннего благополучия. Используемые в аддиктивном поведении предметы и активности заменяют экзистенциальное человеческое общение.** Лица, окружающие аддикта, воспринимаются им как объекты, предметы для манипуляции, что, в свою очередь, приводит к нарастанию отрицательного отношения к аддиктам со стороны их знакомых и близких и способствует усилению их изоляции в обществе.

Мы уже сказали выше о случаях аддиктивной связи с некоторыми видами специальной литературы: женскими романами, «мыльной вязью», книгами в стиле «фэнтези». Специально направленные, написанные таким образом, чтобы увести читающего от реальности, эти книги становятся для аддикта незаменимым средством реализации деструкций. Внешне невинное, на первый взгляд, увлечение подобной литературой подчас выливается в весьма серьезные формы психических отклонений. Психиатры, порой, разводят руками, так как не в силах поставить диагноз пациентке, посредством

своего увлечения доведшей себя до серьезных нарушений в социальной ориентации и других клинических проявлений. Психологическая реабилитация такого рода аддиктов крайне затруднена именно по причине оторванности этих пациентов от реальности. Как правило, и макро- и микросоциальные (семья, друзья, дети и т.п.) связи у них разрушены полностью к моменту попадания в стационар.

Психиатрами, психологами описан ряд сложных, тяжелых случаев (где в **преморбиде**<sup>15</sup>, безусловно, присутствовала некоторая предрасположенность к патологическим проявлениям, клинической симптоматике), но чаще всего встречаются легкие случаи, когда социальная дезориентация не несет такого катастрофического характера, и аддикт, разрушающий микросоциальные связи, вполне может себя материально обеспечить. Такие люди обычно оставляют работу по специальности, где они уже не могут адекватно участвовать в процессе, и устраиваются на работу, связанную с предметом своей аддиктивности (в организации, торгующие подобной литературой, издательства, выставочные павильоны и т.п.). Причем в финальной своей стадии такого рода аддикты уже не проявляют алчного интереса к содержанию произведений, а чаще довольствуются самим наличием огромного числа книг и некоторыми, избранными, которые постоянно перечитывают, выделяя наиболее захватывающие места.

В психологической практике, при работе с аддиктом может создаться впечатление, что, в связи с гедонистической установкой, стремлением к удовольствиям, эгоцентричностью, аддикты, в общем, заботятся о своих интересах, беспокоятся о себе, своем здоровье. Однако на самом деле отношение аддикта к себе крайне упрощено, обычно подчинено определенной схеме. Очевидно, не случайно, что аддикты в

разговорах о своем здоровье часто сравнивают себя с машинами, роботами, а к болезням относятся как к механическим дефектам, которые нужно просто «починить». Отсюда и вытекает их приверженность к «простым» методам лечения, занимающим мало времени, легкая соглашаемость на хирургические вмешательства и т.п. Механичность мировосприятия аддикта обусловлена, в первую очередь, глубокими нарушениями в звене *внешнее\внутреннее*. **Это, в большинстве случаев, еще не патология, но уже, безусловно, и не норма, некое приграничное состояние, которое порождается аддиктивностью и, включаясь в аддиктивное звено, еще более углубляет картину происходящего с аддиктом.** Мир, соприкосновения с ним, воспринимаются аддиктом иррационально и поверхностно. Ориентированные на аддиктивную форму гедонистических реализаций, аддикты словно отторгают от себя окружающее, дистанцируются от него и от всего, что так или иначе не связано с аддиктивной реализацией. Аддикт относится к окружающему, как, например, мы относимся к холодильнику, поставляющему продукты питания, удовлетворяющие чувство голода. Наиболее ярко аддиктивное восприятие проявляется в специфической реакции на неблагоприятные воздействия окружающего – стремясь уйти, изолироваться от всего мешающего, аддикт при соприкосновении с негативностью иррационально находит и в этом некий позитив для приложения к своей реализации.

Образ жизни аддикта, в целом, может рассматриваться как прямая противоположность тому, что принято называть «здоровым образом жизни». Происходит игнорирование санитарно-гигиенических правил, забот о своем здоровье и здоровье своих близких: возьмем женщин с такой формой аддиктивного поведения,

как курение. Эти женщины курили, практически, все время бодрствования лишь с небольшими перерывами, не обращая внимания на то, как к этому относятся сослуживцы по работе, знакомые, члены их семей. Все они были хорошо осведомлены о вреде курения, располагали современной информацией о токсичности никотина, о том, что курение значительно повышает риск развития рака легких и др. Однако это не изменяло их поведения. Всегда находились оправдания: *«со мной ничего не произойдет, так как я уже к курению адаптировалась, а если брошу, то тогда адаптация нарушится и я сразу же чем-нибудь серьезным заболею»*; *«жить в обстановке постоянного стресса и не снимать его невозможно»*; *«курение предохраняет от невроза, гипертонии, я это интуитивно чувствую»*. На вопрос к одной женщине, не беспокоит ли ее то, что в накуренной квартире постоянно находится и пассивно «курит» ее несовершеннолетний сын, она ответила: *«Он много гуляет на улице, я часто проветриваю квартиру, и, вообще, нельзя ребенка держать под стеклянным колпаком»*. Эту женщину не останавливало даже то обстоятельство, что у нее в семье были случаи тяжелых заболеваний, связанных с курением, и что ей самой по состоянию здоровья врачи запретили курить... Хорошо известно явление, когда курящие люди оправдывают свое поведение желанием похудеть, «быть в норме», приводя многочисленные примеры из собственной практики и наблюдений. Такие аддикты обычно говорят: *«вот однажды я бросил курить и сразу же очень сильно располнел, появился живот и т.д. А когда начал курить вновь, мой вес пришел в норму»* и т.п. На этом примере хорошо видно, как происходит замена одной аддиктивной формы (курения) другой (переедание, обжорство) и возврат к более привычной, более действенной форме аддикции с использованием найденных укрепительных мотиваций.

**Одна из особенностей аддиктивного поведения связана с понятиями постоянства и предсказуемости.** Как известно, обычные межличностные отношения характеризуются динамикой, в процессе контактов происходит обмен мнениями, взаимное обогащение, усвоение опыта. Человек встречается с новыми ситуациями, подходами, что стимулирует его развитие. **Аддиктивные отношения с предметами-суррогатами лишены этих динамических особенностей, имеет место фиксация на заранее предсказуемой эмоции, которая достигается стереотипным способом.** Таким образом, отношения аддиктивного типа оказываются сравнительно стабильными и предсказуемыми. Однако эта стабильность и предсказуемость содержит в себе что-то мертвое, застывшее, задерживающее развитие человеческой личности.

Для лиц с аддиктивным поведением характерна **иллюзия контроля** своих аддиктивных реализации. Аддикты убеждают других и, прежде всего, самих себя в том, что в любое время они, с одной стороны, могут, прибегая к аддиктивному уходу, снять напряжение, забыть о неприятностях, с другой – при желании прекратить аддиктивную реализацию. Нередко в стратегию аддиктивного поведения включаются защитные **проекционные механизмы, когда проблему идентифицируют где угодно – в неудачном браке, конфликтах на производстве, кризисе в стране и др., но только не в самом аддиктивном поведении.**

**Важной особенностью аддиктивного поведения является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой, от одного аддиктивного объекта к другому, с сохранением при этом основных аддиктивных механизмов, переход от одной формы аддиктивного поведения к другим может быть малозаметным и восприниматься как «вы-**

**здоровление»: например, прекращение алкоголизации и замена ее «работоголизмом», со свойственными ему сложными проблемами, которые до настоящего времени полностью выпадали из поля зрения психиатрии в нашей стране.** Непонимание сущности аддиктивной проблемы представляет большую опасность и может приводить к серьезным отрицательным последствиям для человека и общества. Примером подобного подхода явились антиалкогольные постановления, принятые в СССР в 1985 г. В их основу были положены простые формулы: причина роста алкоголизма в стране – наличие алкоголя, его изготовление и продажа, а решение алкогольной проблемы заключается в запрете, как можно более скором исключении алкоголя из сферы производства и продажи – после исчезновения алкоголя исчезнут многие социальные проблемы, наступит полное оздоровление общества. В этом контексте совершенно не учитывался вторичный характер алкогольной проблемы, лежащие в ее основе аддиктивные механизмы и социально-психологические факторы, способствующие их возникновению в популяции. Еще в 1985 г. психологи и психиатры обратили внимание на бесперспективность попыток решить проблему алкоголизма посредством введения «сухого» или «полусухого» закона, ссылаясь в частности, на отрицательный опыт ряда стран, в том числе США (1920–1932), России и СССР (1914–1925), Польши (1981–1983) и др. В дальнейшем, на основе анализа результатов реализации противоалкогольных постановлений, было показано, что нарастание отрицательных последствий (рост самогонварения, токсико – и наркомании, организованной преступности, экономическая дестабилизация) включает как изменение характера алкогольной аддикции, так и ее замену более злокачественными формами аддиктивного поведения.

Проводимые, например, исследования аддиктивно-го поведения в США (1988–2008 г.г.), позволили установить значение ряда факторов, усиливающих риск развития отдельных форм аддиктивного поведения: **климато-метеорологические условия, сезонность, организационные влияния, способствующие развитию аддиктивных подходов в коллективах, роль фактора созависимости.** Был проведен анализ, показавший наличие общих механизмов и специфики формирования аддикции в различных культурах .

Итак, вот основные этапы развития аддиктивного поведения: **«точка кристаллизации», становление аддиктивного ритма, формирование аддикции как интегральной части личности, полное доминирование аддиктивного поведения.**

**«Точка кристаллизации»** появляется в связи с переживанием интенсивной положительной эмоции (или устранением отрицательной) при определенном действии. Возникает понимание, что существует способ, вид активности, с помощью которого можно сравнительно легко изменить свое психическое состояние.

**Аддиктивный ритм** выражается в установлении определенной последовательности прибегания к средствам аддикции. Этот ритм коррелирует вначале с жизненными затруднениями и определяется порогом их переносимости. Имеет место внутренняя борьба, осцилляция<sup>16</sup> между естественным и аддиктивным стилями жизни.

Постепенно аддиктивный стиль вытесняет естественный и становится **интегральной частью личности**, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни. В этом периоде в ситуациях повышенного контроля, особой ответственности какая-то форма аддиктивного поведения может временно не проявляться. Однако этот блок остается в психике и



всегда возможно легкое возвращение на рельсы аддиктивного ритма. Действительно, следует учитывать и вероятность перехода аддикта на новую форму аддикции.

На этапе **полного доминирования аддиктивного поведения** последнее совершенно определяет стиль жизни, отношения с окружающими. Оно функционирует как самообеспечивающаяся система, человек погружается в аддикцию, отчуждается от общества. Сами аддиктивные реализации не приносят прежнего удовлетворения, контакты с людьми крайне затруднены не только на глубинно-психологическом, но и на социальном уровне, одиночество становится центральной проблемой. Преобладает подавленность, сниженное настроение, апатия.

Приведенная динамика имеет свою специфику при разных формах аддиктивного поведения. Также стоит отметить и роль аддикции, аддиктивного поведения в развитии и последующей манифестации уже более серьезных, патологических отклонений в психике. Безусловно, как отмечалось выше, в преморбиде подобных случаев непременно обнаруживается продуктивное звено, предрасположенности и т.п. Но такого рода условия, как известно, проявляют себя не обязательно, для развития, манифестации, обнаружения в клинической симптоматике для них нужен некий «спусковой крючок», провоцирующий фактор\явление, которым и становится аддиктивное поведение, аддиктивные реализации. Следует также еще раз подчеркнуть, что не всегда к таким интоксикологическим заболеваниям как алкоголизм и наркомании, приводят аддиктивные причины\факторы. Но при нерезультативности при проведении психокоррекции в подобных случаях всегда следует обратить внимание на возможные аддиктивные причины в возникновении отклонений.

Также важно учитывать в практике роль аддикции, аддиктивного поведения при проведении диагностических мероприятий и психокоррекций.


**Следует запомнить:** *управление поведением, стресс, Г.Селье, «стресс рухнувшей надежды», полиморфный стресс, дистресс, Е.П.Ильин, аддиктивная фиксация, А.Адлер, деструктивизм, пансексуализм, этиология, фрустрация, булимия, гедонистическая установка, апперцепция, аддиктивный ритм, иллюзия контроля, преморбид.*

### Вопросы и задания по Главе II

1. Что такое привычка и каким образом она приобретается?
2. Подготовьте сообщения о научной деятельности Г.Селье.
3. Что такое стресс и дистресс и каково их влияние на образование аддикций?
4. Что влияет на возникновение аддиктивного поведения?
5. Что такое деструктивизм?
6. Каким образом рассматривают возникновение аддиктивного поведения неопределенности?
7. Расскажите об основных видах аддиктивных реализаций.
8. Каким образом социальные и личностные факторы могут привести к аддикциям?
9. Какова роль фрустраций в возникновении аддикций?
10. Что такое гедонистическая установка?
11. В чем заключаются особенности аддиктивного отношения к предметам или активностям?
12. Что такое проекционные механизмы?
13. Расскажите об основных этапах развития аддиктивного поведения.

## Глава III

### Аддиктивные формы отклоняющегося поведения: девиантное и делинквентное поведение



В отечественной психологии до настоящего времени малоисследованной все же остается проблема аддикции. А без понимания механизма возникновения и протекания этого явления, на наш взгляд, трудно анализировать алкоголизм, наркоманию и некоторые формы деструктивного поведения.

Суть **аддиктивного поведения** заключается в стремлении изменить свое психическое состояние посредством приема некоторых веществ или фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности. Процесс употребления такого вещества, привязанность к предмету или действию сопровождается развитием интенсивных эмоций и принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, лишает его воли к противодействию аддикции. **Такая форма поведения характерна для людей с низкой переносимостью психологических затруднений, плохо адаптирующихся к быстрой смене жизненных обстоятельств, стремящихся в связи с этим быстрее и проще достичь психофизиологического комфорта.** Аддикция для них становится универсальным средством бегства от реальной жизни. Для самозащиты люди с аддиктивным типом поведения используют механизм, называемый в психологии «мыслением по желанию»: вопреки логике причинно-следственных связей они считают реальным лишь то, что соответствует их желаниям. В итоге нарушаются

межличностные отношения, человек отчуждается от общества.

Аддиктивное поведение формируется постепенно. Начало отклонения связано с переживанием интенсивного острого изменения психического состояния человеком в связи с принятием определенных веществ или определенными действиями, возникновением понимания того, что существует определенный способ изменить свое психологическое состояние, испытать чувство подъема, радости, экстаза. Далее формируется устойчивая последовательность прибегания к средствам аддикции. Сложные жизненные ситуации, состояния психологического дискомфорта провоцируют аддиктивную реакцию. Постепенно такое поведение становится привычным типом реагирования на требования реальной жизни. **Происходит формирование аддиктивного поведения как интегральной части личности, т.е. возникает другая личность, вытесняющая и разрушающая прежнюю.** Этот процесс сопровождается борьбой, возникает чувство тревоги. Одновременно включаются защитные механизмы, способствующие сохранению иллюзорного чувства психологического комфорта. В итоге аддиктивная часть личности полностью определяет поведение человека. Он отчуждается от общества, затрудняются контакты с людьми не только на психологическом, но и на социальном уровне, нарастает одиночество. Вместе с этим появляется страх перед одиночеством, поэтому аддикт предпочитает стимулировать себя поверхностным общением, находиться в кругу большого числа людей. Но к полноценному общению, к глубоким и долговременным межличностным контактам такой человек не способен, даже если окружающие и стремятся к этому. Главное для него – те предметы и действия, которые являются для него средствами аддикции.

Проблема аддиктивного поведения включает не только анализ таких известных явлений, как наркомания и алкоголизм, но и гораздо менее исследованных – «работоголизм», проблему взрослых детей алкоголиков (ВДА), проблему «сухого алкоголизма». Изучение механизма возникновения и развития этих явлений даст возможность понять их реальное место в структуре общественных отношений и прогнозировать последствия их распространения.

Стоит ли говорить, насколько опасно для общества распространение преступной идеологии, ведущей к эрозии моральных ценностей и нравственной деградации значительных слоев населения. Формируются неписаные нормы общественной безнравственности, оправдывающие нетрудовые доходы, воровство, насилие и т.п.

Размытость нынешних, внедряемых свыше современными реформаторами норм, их неубедительность делают проблему определения **девиации**<sup>17</sup> чрезвычайно сложной. Все труднее и теоретикам, и практикам становится ответить на вопрос: В чем и от чего происходит отклонение?

В самой острой форме **девиантность** выступает как преступность, как посягательство на социально-политические и нравственные устои общества, личную безопасность и благополучие его граждан. Рост преступности представляет сегодня наибольшую угрозу стабильности и безопасности общества и личности.

Социальное влияние и давление преступного мира на общество, распространение его морали, психологическое заражение наименее устойчивой части населения (особенно молодежи) – тревожная реальность наших дней. Происходящая деформация ценностных ориентаций у молодых людей создает предпосылки для воспроизводства *закононеподчинения*, утверждения свое-

воля, права сильного и жестокого. Борьба с преступностью сегодня превратилась в острейшую, самостоятельную проблему, решение которой требует комплексного подхода. Это значит, что все предпосылки, пограничные к преступлению, явления, связанные с состоянием общественного организма, должны учитываться, ибо грань между аморальностью и преступностью весьма подвижна. Более того, именно отрицание моральных норм лежит в основе многих преступлений.

Разрушительные масштабы девиантности приводят общество к состоянию **социальной аномии**<sup>18</sup>, общество теряет свою историческую память, девальвирует свою систему ценностей. Иначе говоря, ему грозит перерождение, ведущее к деградации, социальному регрессу. Нечто подобное может произойти сегодня и в России, если не будут приняты эффективные меры по остановке падения производства и снижения жизненного уровня большинства населения страны. Иначе ситуация с девиантным поведением еще более усложнится.

Эта проблема, действительно, приобрела особую остроту в нашей стране, где все сферы общественной жизни претерпевают серьезные изменения, происходит девальвация прежних норм поведения. Рассогласованность между ожидаемым и реальным повышает напряженность в обществе и готовность человека изменить модель своего поведения, выйти за пределы сложившейся нормы. В условиях острой социально-экономической ситуации существенные изменения претерпевают и сами нормы. Зачастую отключаются культурные ограничители, ослабевает вся система социального контроля.

Есть объективные основания считать, что в ближайшие годы масштабы девиантного поведения будут возрастать, а значит и расширять причинную базу как

аддикций, так и преступности. Значительное ухудшение социальных условий, детерминирующих характер и масштабы девиаций, требует разработки в кратчайшие сроки системы мер, дифференцированных по регионам и группам населения. Причем меры эти должны быть не только прямого, непосредственного воздействия на разные категории людей, но и опосредованного, связанного с оздоровлением образа жизни людей, повышением их культуры и социальной активности, изменениями в их ценностных ориентациях и установках, в их нравственной устойчивости. Профилактика социальных отклонений может быть эффективной, если в центре предпринимаемых мер будет стоять конкретный человек с его заботами, чаяниями, устремлениями, сильными и слабыми сторонами.

Конкретизируем: исходным для понимания сути девиантного поведения служит понятие «норма». Социальная норма — *исторически сложившаяся в конкретном обществе мера допустимого поведения отдельного человека, социальной группы или организации*. Социальные нормы складываются как результат адекватного или искаженного отражения в сознании и поведении людей объективных закономерностей функционирования общества. Они находят воплощение в юридических законах, в морали, в этике, этикете и пр.

Одной из основных проблем развития любой системы является определение направления отклонений от норм. Например, ныне классическую музыку И.С.Баха знает практически каждый образованный человек, но при жизни Баха признали, мягко говоря, не от мира сего, и только более чем через сто лет после смерти он попал в разряд гениев.

В большинстве случаев отклоняющееся поведение подлежит особым социальным санкциям. Слабые и случайные формы девиации, связанные с нарушением

порядка взаимодействия между людьми ложь, грубость и т.п.), фиксируются общественным мнением и корректируются непосредственно и ситуативно участниками взаимодействия. Методы и средства наказания по отношению к устойчивым формам девиаций определяются общественным сознанием или интересами правящей элиты в зависимости от степени опасности отклонений.



*Андрей Дмитриевич Сахаров (1921-1989)*

В определенных ситуациях возможны аномалии самой нормы. Поэтому социальные отклонения могут иметь для общества различное значение. Нередко они выступают как средство развития системы, преодоления консервативных и реакционных стандартов поведения, т.е. являются позитивными. Совсем недавно ярким примером такого поведения и реакции на него



системы служила судьба выдающегося ученого и общественного деятеля А.Д.Сахарова.

*Негативные формы социальных отклонений являются социальной патологией, к ним, например, относятся: преступность, алкоголизм, наркомания, проституция и т.п.* Эти проявления дисфункциональны и характеризуются значительным ущербом для конкретной личности и общества в целом.

В исследованиях девиантного поведения выделяют несколько направлений, объясняющих причины возникновения такого поведения. Так, Р.Мертон<sup>19</sup>, используя выдвинутое Э.Дюркгеймом<sup>20</sup> понятие «аномия», причиной отклоняющегося поведения считает несогласованность между целями, выдвигаемыми обществом, и средствами, которые оно предлагает для их достижения. Другое направление сложилось в рамках теории конфликта. Согласно этой точке зрения, культурные образцы поведения являются отклоняющимися, если они основаны на нормах другой культуры. Например, преступник рассматривается как носитель определенной субкультуры, конфликтной по отношению к господствующему в данном обществе типу культуры.

В современной науке несомненный интерес представляет позиция о том, что *источник девиации – наличие в обществе социального неравенства, высокой степени различий в возможностях удовлетворения потребностей для разных социальных групп.* Каждая из позиций имеет право на существование, так как дает срез реально действующих общественных отношений. В то же время их авторов объединяет стремление найти единый источник причинности для различных форм девиаций.

Общей закономерностью отклоняющегося поведения выступает факт относительно устойчивой взаимосвязи между различными формами девиаций. Эти взаимосвязи могут носить вид индукции нескольких

форм социальной патологии, когда одно явление усиливает другое. К примеру, алкоголизм способствует усилению хулиганства. В других случаях, наоборот, установлена обратная корреляционная зависимость (уровни убийств и самоубийств).



*Роберт Мертон*

К основным формам девиантного поведения в современных условиях, как мы упоминали, можно отнести, например, преступность, алкоголизм, проституцию, наркоманию и т.п. Каждая форма девиации имеет свою специфику.

Конкретизируем.

**Преступность.** Социологические исследования преступности и ее причин в России берут начало в середине XIX века. Мощный толчок развитию изучения преступности дала работа франко-бельгийского ученого – математика и статиста Л. А. Кетле «Социальная физика» (1835 г.). В ней, опираясь на статистический анализ, Кетле приходит к выводу о том, что всякий социальный строй предполагает определенное количество и определенный порядок преступлений, вытекающих из его организации.



*Эмиль Дюркгейм*

По мере изучения проблем преступности все большее количество факторов, воздействующих на ее динамику, попадает в поле зрения исследователей. К ним можно отнести: социальное положение, род занятий, образование, нищету как самостоятельный фактор. Выявлено также особое значение деклассирования, т.е. разрушения или ослабления связей между индивидом и социальной группой. В 30-е годы прошлого столетия исследования, проведенные представителями так называемой чикагской школы в социологии, выявили

влияние внутригородских различий на уровень преступности: самые «преступные районы» – районы, где присутствует высокая степень социальной дезорганизации. Но до сих пор остается дискуссионной проблема соотношения биологического и социального в формировании преступного поведения.

В нашей стране в течение длительного времени закономерности и тенденции развития преступности рассматривались, преимущественно, исходя из теории последовательного освобождения общества в условиях социализма от различных форм социальной патологии. С формальной точки зрения, определенные основания для таких утверждений были: по мере укрепления в СССР тоталитарного режима действительно происходило снижение (в абсолютных и относительных величинах) уголовной преступности. Вместе с тем, не следует забывать об огромном числе политических заключенных и широком распространении безнаказанной преступности, вплоть до уголовной, среди многих власть предержащих. Несомненно, что в данном случае фактором снижения уголовной преступности был страх. Неслучайно и то, что во времена политических оттепелей происходило увеличение неполитической преступности.

Как отмечают исследователи, развитие преступности в нашей стране по основным качественным показателям приближается к общемировым тенденциям. Хотя пока регистрируемый уровень преступности у нас ниже, чем в индустриальных странах, но очень высок темп прироста преступлений. Поэтому нужно учитывать, что преступность имеет порог количественного и качественного насыщения, за которым она из криминологической, правоохранительной проблемы превращается в проблему социально-политическую.

В России на состояние преступности большое влияние оказывает переход к рыночным отношениям и появление таких феноменов, как конкуренция, безработица, инфляция. Специалисты отмечают, что пока еще характер преступности в нашей стране можно определить как патриархальный, но уже заметны процессы, говорящие об *индустриализации девиантности*.

Преступность – отражение пороков человечества. И до сих пор искоренить ее не удалось ни одному обществу. Вероятно, и нам надо отказаться от утопических на сегодняшний день представлений о полном искоренении социальной патологии и сосредоточиться на реальной задаче – снижении темпов прироста и удержании преступности под контролем на социально терпимом уровне.

А вот теперь – время аддикций!

***Пьянство (алкоголизм)***. С давних пор человечеству известны опьяняющие напитки. Изготавливались они из растений, и их потребление было частью религиозного ритуала, которым сопровождалось празднество. Древние греки даже ставили одно время рядом статуи бога вина Бахуса и богини мудрости Минервы, хотя позже между ними ставили изображения нимф, вероятно, считая необходимым разбавлять вино водой. Сравнительно дешевый способ получения крепких напитков был освоен в XVI в. На протяжении долгого времени алкогольные напитки, особенно крепкие, оставались для большинства населения предметом роскоши: они были дороги и малодоступны. Коренные перемены произошли после того, как был открыт промышленный способ получения этилового спирта. Именно это открытие сделало возможным массовое потребление алкоголя, и в XVIII в. пьянство приобрело широкий размах в таких европейских странах, как Англия, Германия, Швеция и др. Примерно в это же

время в России быстро входит в употребление водка. Можно сказать, что XIX в. породил, а XX в. усугубил весьма сложную проблему для человеческой цивилизации – проблему алкоголизма.

*Данные многих исследований выявляют любопытную картину: с одной стороны, подавляющее большинство опрошенных считают, что пьянство – большое зло, с другой – то же подавляющее большинство либо пьет, либо «выпивает, как все»; около половины не хотели бы иметь среди друзей непьющего человека, но одна треть обиделась бы, если бы хозяин при встрече гостей не поставил на стол спиртное, а около 40 % опрошенных считают, что потребление спиртного в пределах нормы безвредно и не сказывается на работоспособности, а каждый пятый мужчина вполне допускает появление в пьяном виде на улице, в транспорте, в местах отдыха, лишь бы это не приводило к скандалам и конфликтам.*

Фактически алкоголь вошел в нашу жизнь, став элементом социальных ритуалов, обязательным условием официальных церемоний, праздников, некоторых способов времяпровождения, решения личных проблем. Однако подобная ситуация дорого обходится обществу. Как свидетельствует статистика, 90% случаев хулиганства, 90% изнасилований при отягчающих обстоятельствах, почти 40% других преступлений связаны с опьянением. Убийства, грабежи, разбойные нападения, нанесение тяжких телесных повреждений в 70% случаев совершаются лицами в нетрезвом состоянии; около 50% всех разводов также связано с пьянством, а что уж говорить об авариях на дорогах?

Изучение различных аспектов потребления алкоголя и его последствий представляет большую сложность. По каким критериям можно судить об алкогольной ситуации и ее динамике? Как правило, ис-

пользуются *три группы показателей остроты алкогольной проблемы и масштабов распространения пьянства* в стране:

- уровень потребления алкоголя на душу населения и структура потребления;
- характеристики массового поведения, являющегося следствием потребления спиртного;
- ущерб, причиненный экономике и обществу пьянством.

Показатель уровня потребления алкоголя имеет смысл только в сочетании с данными о структуре потребления. Следует учитывать и еще целый ряд характеристик, например, регулярность потребления, длительность, связь с приемом пищи. Важны и особенности распределения общего объема потребления алкоголя среди населения: численность и состав пьющих, непьющих, пьющих умеренно; распределение потребления алкоголя между мужчинами и женщинами, по возрастам и другим признакам. Поведение при одинаковой степени опьянения и оценки этого поведения также существенно различаются в социокультурных и этнических группах. Все перечисленные характеристики входят в понятие **модели алкогольного потребления**.

При оценке алкогольной ситуации выделяют следующие модели потребления алкоголя: *винную, пивную и водочную*. Эти модели сложились исторически и проявляются в традициях потребления алкоголя у разных народов.

Винная модель получила распространение в таких странах, как Франция, Италия, Испания, Португалия, Армения, Грузия, Молдавия. Для нее характерно регулярное потребление слабого виноградного вина за обедом и ужином. Сравнительно равномерно и распределение объема потребляемого алкоголя между различными группами населения. Этой модели присуще

чрезвычайно высокое суммарное потребление алкогольных напитков (например, к началу 2000-х гг. во Франции – 18,8 литра абсолютного алкоголя в год, в Италии – 15,9 литра), хотя негативные последствия этого несколько смягчаются рядом факторов, связанных с культурой питания, но не устраняются полностью. Особую проблему в этих странах представляет такое последствие алкоголизма, как угроза здоровью пьющих и их потомства.

Водочная модель традиционно преобладает в Польше, России, Финляндии, Швеции и других странах, где на крепкие напитки приходится до половины или более суммарного потребления алкоголя. Для этой модели характерны: высокая неравномерность распределения потребляемого алкоголя среди населения, существование групп, резко выделяющихся неумеренностью и асоциальным поведением, сильное опьянение как сознательно достигаемая цель потребления. Страны преимущественно водочной модели, заметно уступая винным по суммарному потреблению алкоголя на душу населения в год, зачастую имеют не меньше отрицательных последствий.

Пивная модель близка к винной; по уровню потребления алкоголя «пивные» страны занимают среднее место.

Следовательно, уровень потребления алкоголя лишь косвенно отражает степень развития пьянства. Кроме того, сегодня существует тенденция размывания национальной специфики алкогольного потребления. Например, в России рост в общем объеме употребляемых алкогольных напитков доли пива и вина, к сожалению, не связан с сокращением количества водки. Фактически употребление водки дополняется употреблением менее концентрированных алкогольных напитков.



Уточнить алкогольную ситуацию можно, изучая последствия употребления алкоголя: количество преступлений, связанных с выпивкой, и их долю в общем объеме преступлений; количество и долю несчастных случаев на почве пьянства, число доставленных в медвытрезвитель, хронических алкоголиков и т.п. Последствиями пьянства и алкоголизма являются экономический, материальный ущерб от преступлений и от несчастных случаев, издержки на лечение больных алкоголизмом, содержание правоохранительных органов. Не поддается материальному учету ущерб духовным и нравственным отношениям в обществе, семье.

В истории борьбы общества с алкоголизмом можно обнаружить два направления. Во-первых, ограничение доступности спиртных напитков, сокращение их продажи и производства, повышение цен, ужесточение карательных мер за нарушение запретов и ограничений. Во-вторых, усилия, направленные на уменьшение потребности в алкоголе, улучшение социальных и экономических условий жизни, рост общей культуры и духовности, спокойная, взвешенная информация о вреде алкоголя, формирование у населения безалкогольных стереотипов поведения.

История борьбы с алкоголизмом знала и попытки введения в разные времена на территории некоторых стран «сухого закона» (Англия, США, Финляндия, Россия). Все они не достигли своей цели, потому что наличие алкоголя – не единственная и не главная причина существования алкоголизма. Проблема преодоления пьянства и алкоголизма является сложнейшей, она включает экономическую, социальную, культурную, психологическую, демографическую, юридическую и медицинскую составляющие. Только с учетом всех этих аспектов возможно ее успешное решение.

**Наркомания.** Долгие годы в нашей стране наркомания называлась явлением, принадлежащим исключительно западному образу жизни. Сегодня уже никто не отрицает, что наркомания существует и у нас, все понимают тяжесть ее последствий для личности и для общества в целом, однако все такой же острой остается проблема эффективной борьбы с ней.

Результаты многих исследований показывают, что главные мотивы потребления наркотиков – жажда удовольствий, желание испытать острые ощущения, эйфория. А поскольку речь в большинстве случаев идет о молодых людях, эти мотивы усиливаются социальной незрелостью, беспечностью, легкомыслием. Большинство опрошенных наркоманов (около 70–80%) пристрастились к зелью под воздействием других лиц, главным образом, потребителей наркотиков из числа друзей, знакомых. Потребление наркотиков в молодежной среде очень часто носит именно групповой характер. Многие наркоманы принимают наркотики в общественных местах (на улицах, во дворах, в кинотеатрах, в кафе, на пляжах), некоторые могут это сделать в любом месте.

Обнаруживается, что сегодня население гораздо лучше информировано об опасных последствиях потребления наркотиков. Большая часть наркоманов в какой-то степени осознает угрожающую им опасность и критически относится к своему пристрастию: около 80% считают его пагубным и относятся к нему отрицательно. Не видят в потреблении наркотиков ничего плохого в основном начинающие молодые курильщики гашиша, нередко даже бравирующие этим. Наступающее после приема наркотика возбуждение, приподнятое настроение многие по неопытности и невежеству принимают за благотворное влияние этого вещества на состояние здоровья. Но на определенной

стадии физической и психической деградации большинство наркоманов отчетливо осознают, что ждет их дальше, хотя уже не в силах отказаться от этой привычки.

Борьбе с наркоманией могут способствовать меры социального, экономического, культурного характера, в том числе, и те, которые применяются для искоренения алкоголизма. Но, учитывая специфику развития наркомании, в борьбе с этой формой отклоняющегося поведения следует использовать и специальные меры – медицинские, правовые и др.

*Суицид* – намерение лишить себя жизни, повышенный риск совершения самоубийства. Эта форма отклоняющегося поведения пассивного типа является способом ухода от неразрешимых проблем, от самой жизни.

В разные эпохи и в разных культурах существовали свои оценки этого явления: часто самоубийство осуждали (с точки зрения христианской морали самоубийство считается тяжким грехом), иногда же допускали и считали в определенных ситуациях обязательным (например, самосожжение вдов в Индии или харакири самураев). При оценке конкретных суицидальных актов многое зависит от мотивов и обстоятельств, особенностей личности. Исследования свидетельствуют, что фактором, провоцирующим суицидное поведение, выступает специфическая комбинация таких характеристик, как пол, возраст, образование, социальное и семейное положение.

Мировой опыт исследования самоубийств выявляет основные закономерности суицидного поведения. Суициды в большей степени характерны для высоко развитых стран, и сегодня, к сожалению, существует тенденция увеличения их числа. Суицидная активность имеет определенные временные циклы. Например,

факт весенне-летнего пика и осенне-зимнего спада ее был отмечен еще Э.Дюркгеймом. Количество самоубийств возрастает во вторник и снижается в среду – четверг. Конец недели больше опасен для мужчин. Соотношение между мужчинами и женщинами примерно таково: 4:1 при удавшихся самоубийствах и 4:2 при попытках, т.е. суицидное поведение мужчин чаще приводит к трагическому исходу. Отмечено, что вероятность проявления этой формы отклонений зависит и от возрастной группы. Самоубийства совершаются чаще в возрасте после 55 и до 20 лет, сегодня самоубийцами становятся 10–12-летние дети. Мировая статистика свидетельствует, что суицидное поведение чаще проявляется в городах, среди одиноких и на крайних полюсах общественной иерархии.

В России начала XX в. суицидное поведение не получило такого распространения, как в ряде европейских стран. К 2000-м годам ситуация существенно изменилась: СССР по частоте самоубийств превзошел некоторые из европейских стран (30 на 100 тыс. населения), затем наблюдалось снижение числа самоубийств до 19 на 100 тыс. населения в 2008 г. Однако тот глубокий социально-экономический и политический кризис, в котором находятся сегодня некоторые республики бывшего СССР, вызывает, как считают социологи, новую волну самоубийств.

Исследование суицидного поведения на территории бывшего СССР выявляет целый ряд особенностей. Все бывшие республики можно условно разделить на две группы: первая – республики Европейской части бывшего СССР, Россия, Грузия – в них уровень самоубийств среди городского населения ниже, чем среди сельского, и составляет около 70%; вторая – республики Средней Азии, Закавказья (кроме Грузии), Казахстан, здесь уровень городских самоубийств выше, чем в

сельской местности, в среднем, в 2 раза. Первое соотношение можно назвать европейским, а второе – азиатским типом распространения самоубийств. Азиатский тип распространения самоубийств объясняется национально-религиозными традициями, особенностями межличностных отношений, большим количеством многодетных семей, урбанизацией; европейский – неблагоприятной социально-экономической обстановкой на селе, стагнацией деревенской жизни, оттоком работоспособных селян в города, старением сельских жителей. По этим же причинам среди городов по числу самоубийств лидируют малые и средние.

Наконец, несомненна связь суицидного поведения с другими формами социальных отклонений, например, с пьянством. Судебной экспертизой установлено, что в среднем 68% мужчин и 31% женщин кончали с жизнью, находясь в состоянии алкогольного опьянения. На учете как хронические алкоголики состояли 12% совершивших самоубийство и 20% всех покушавшихся на свою жизнь.

***Проституция.*** Сам термин «проституция» происходит от латинского слова «выставляться публично» (*prostituere*). Обычно под проституцией понимают внебрачные половые отношения за плату, не имеющие в своей основе чувственного влечения. Проституция не тождественна ни корыстным супружеским отношениям, ни внебрачным сексуальным связям, если они основаны на личных симпатиях. Проституция начала зарождаться вместе с общественным разделением труда, развитием моногамии, появлением городов. Примечательно, что даже в средневековой Европе церковь была вынуждена мириться с этим явлением, признавая если не полезность, то, во всяком случае, неизбежность существования проституции.

В последней трети XIX в. были разработаны методы регламентации (способы медико-полицейского надзора) с целью упорядочить и, по возможности, ограничить данного рода отношения. Однако политика запретов оказалась малоэффективной. И все же с начала 20-х годов XX в. наблюдалось заметное сокращение проституции как в Европе, так и в Северной Америке. Причинами этой тенденции, по мнению исследователей, были улучшение экономического положения женщины, ее эмансипация. Большинство молодых людей перестали пользоваться услугами проституток, их клиентами остались преимущественно мужчины старших возрастных групп. В настоящее время проблема проституции касается не только представительниц женского пола, но и мужского. Бурными темпами развивается гомосексуализм. Мальчишки по вызову становятся нормой в проституции.

Общество всегда искало пути и средства борьбы с проституцией. В истории существовали три основные формы политики по отношению к проституции: **прогибиционизм** (запрет), **регламентация** (регистрация и медицинское наблюдение), **аболиционизм** (профилактическая, разъяснительно-воспитательная работа при отсутствии запретов и регистрации). Запреты оказались бессильны, репрессии, в принципе, малоэффективны в борьбе с проституцией. Как показал исторический опыт, ни правовая, ни медицинская регламентация, направленная против представительниц и представителей этой древнейшей профессии, не позволяет полностью решить проблему. Практика свидетельствует, что только изменение социально-экономических условий и духовные преобразования в обществе радикально меняют ситуацию.

***Особенности девиантного поведения подростков.*** Девиантное поведение подростков не всегда соот-

ветствует закономерностям взрослого отклоняющегося поведения. Так, криминология объясняет нарушение преступниками общепринятых норм поведения наличием у них специфической системы ценностей, противостоящей официально одобряемым или общепризнанным нормам поведения. И поэтому анализ преступности, прежде всего, профессиональной, опирается на теорию асоциальных субкультур. Но применительно к несовершеннолетним такой подход правомерен не всегда, часто бывает, например, что подросток, не отрицая самого факта содеянного, не признает свою вину или нарушает правовой запрет, который, в принципе, не отвергает.

Для объяснения таких явлений обычно обращаются к теории нейтрализации, суть которой заключается в том, что подросток становится правонарушителем, усваивая приемы нейтрализации общепринятых норм, а не моральные требования и ценности, противоположные этим нормам. Иначе говоря, подросток стремится бессознательно как бы расширить в отношении себя действие смягчающих обстоятельств, оправдать свои действия, даже внести в них элемент рациональности. Так, опросы показывают, что большинство подростков видят причину своего преступления во внешних обстоятельствах, четвертая часть опрошенных убеждена: в аналогичной ситуации каждый совершил бы подобное. Характерна также неадекватная оценка степени нанесения вреда.

Кроме того, довольно часто используются методы «осуждения осуждающих» (а судьи кто?), отрицания наличия жертвы (сама виновата!), обращение к более важным обстоятельствам (не мог бросить товарищей, не имел права трусить и т.д.). Все это свидетельствует о высоком уровне инфантилизма, неспособности сопереживать, сочувствовать. К сожалению, подобное от-

ношение к своему поведению в значительной степени обуславливается особенностями юридической практики и правового воспитания, приводящими нередко к формированию у несовершеннолетних представления о своей безнаказанности. Это не может не беспокоить, так как сегодня на общем фоне роста различных форм девиантного поведения имеет место тенденция омолаживания преступности. Так, среди несовершеннолетних правонарушителей заметно (на 46%) увеличилась доля школьников, возрастает вероятность рецидивов: двое из трех подростков после возвращения из мест заключения вновь переступает закон.

Среди подростков появились новые виды преступности, в частности, рэкет. Все большее распространение получают половая распущенность, детская проституция, извращения. В стране среди молодежи растет число алкоголиков, наркоманов. Опросы учащихся в городских школах (возраст 14–17, половина – девочки) показывают, что 53% достаточно часто употребляют спиртные напитки, 10% хотя бы раз в жизни пробовали наркотические и 10% – токсические вещества. Фактически каждый десятый из них рискует стать хроническим алкоголиком, наркоманом или токсикоманом.

В основе же всех отклонений подросткового поведения лежит неразвитость социально-культурных потребностей, бедность духовного мира, отчуждение. **Но молодежная девиация есть слепок с социальных отношений в обществе.**

**Аддиктивные формы отклоняющегося поведения.** Суть аддиктивного поведения заключается в стремлении изменить свое психическое состояние посредством приема некоторых веществ или фиксацией внимания на определенных предметах или видах деятельности. Процесс употребления такого вещества,



привязанность к предмету или действию сопровождается развитием интенсивных эмоций и принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, лишает его воли к противодействию аддикции. Такая форма поведения характерна для людей с низкой переносимостью психологических затруднений, плохо адаптирующихся к быстрой смене жизненных обстоятельств, стремящихся в связи с этим быстрее и проще достичь психофизиологического комфорта. Аддикция для них становится универсальным средством бегства от реальной жизни. Для самозащиты люди с аддиктивным типом поведения используют механизм, называемый в психологии мышлением по желанию.

Аддиктивное поведение формируется постепенно. Начало отклонения связано с переживанием интенсивного острого изменения психического состояния человеком в связи с принятием определенных веществ или определенными действиями, возникновением понимания того, что существует определенный способ изменить свое психическое состояние, испытать чувство подъема, радости, экстаза.

Далее формируется устойчивая последовательность прибегания к средствам аддикции. Сложные жизненные ситуации, состояния психологического дискомфорта провоцируют аддиктивную реакцию. Постепенно такое поведение становится привычным типом реагирования на требования реальной жизни. Происходит формирование аддиктивного поведения как интегральной части личности, т.е. возникает другая личность, вытесняющая и разрушающая прежнюю. Этот процесс сопровождается борьбой, возникает чувство тревоги. Одновременно включаются защитные механизмы, способствующие сохранению иллюзорного чувства психологического комфорта. В итоге аддиктивная часть личности полностью определяет

поведение человека. Он отчуждается от общества, затрудняются контакты с людьми не только на психологическом, но и на социальном уровне, нарастает одиночество. Вместе с этим появляется страх перед одиночеством, поэтому аддикт предпочитает стимулировать себя поверхностным общением, находиться в кругу большого числа людей. Но к полноценному общению, к глубоким и долговременным межличностным контактам такой человек не способен, даже если окружающие и стремятся к этому. Главное – те предметы и действия, которые являются для него средствами аддикции.

Таким образом, социальное взаимодействие стремится принять упорядоченный характер, который выражается через социальную организацию. Упорядоченные связи, отношения стремятся к устойчивости, то есть к закреплению в нормах, что находит свое выражение в социальных институтах.

**Итак, основными исторически сложившимися институтами, которые отражают нормы отношений, являются законодательство государства (гражданское, уголовное, процессуальное и т.п. право), мораль (нравственность), религия. Монопольное право нормирования общественных отношений в современных условиях принадлежит государству. Социальная норма – исторически сложившаяся в конкретном обществе мера допустимого поведения отдельного человека, социальной группы или организации. Отклонения в социальном поведении от установленных норм называется девиацией, а само поведение – девиантным. Негативные формы социальных отклонений являются социальной патологией, к ним относятся: например, преступность, алкоголизм, наркомания, проституция, гомосексуализм и т.п.**

Если говорить о **делинквентном поведении** (лат. *delictum* – *проступок*, англ. *delinquency* – *правонарушение, провинность*), то под ним мы понимаем антиобщественное противоправное поведение индивида, воплощенное в его поступках (действиях или бездействии), наносящих вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом.

Понятием делинквентное поведение оперируют представители криминологии, социологии, педагогики, социальной психологии, социальной педагогики и других отраслей знания.



*Мы все такое видели...*

Особо пристальный интерес в научных исследованиях уделяется подростковой делинквентности. Рост числа деликтов, совершаемых несовершеннолетними молодыми людьми, увеличение удельного веса тяжких насильственных преступлений в их составе представляют собой угрозу обществу. Изучению подлежат причины, вызывающие деликты, условия, способствующие

их распространению в молодежной среде, особенности личности делинквента (правонарушителя), специфика его социализации, делинквентные субкультуры, вопросы профилактики и предупреждения правонарушений и ряд других проблем.

Причинение вреда делинквентом связано с посягательством на человека, его права и свободы, собственность, права юридических лиц, другие общественные и государственные интересы, а также установленный государством правопорядок. Различные виды делинквентного поведения подвергаются не только социальному осуждению. Они формализуются государством в нормах права посредством описания признаков, их характеризующих, и определения их в качестве правонарушений, за которые в законодательстве устанавливаются различные виды ответственности.

Совершаемые здесь деяния могут представлять собой гражданско-правовые деликты: причинение имущественного вреда человеку или организации, нанесение морального вреда личности, дискредитация репутации человека или юридического лица и др. Лица, их совершающие, подлежат ответственности, установленной гражданским законодательством.

К числу делинквентных относятся административные правонарушения, выражающиеся в нарушении правил дорожного движения, мелком хулиганстве (сквернословие, нецензурная брань в общественных местах, оскорбительное приставание к гражданам и другие подобные действия, нарушающие общественный порядок и спокойствие граждан). В качестве административных правонарушений рассматриваются: распитие спиртных напитков на улицах, на стадионах, в скверах, парках, во всех видах общественного транспорта и в других общественных местах; появление в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем

человеческое достоинство и общественную нравственность; доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения родителями или иными лицами. Влекут за собой административную ответственность и такие деяния, как занятие проституцией, распространение порнографических материалов или предметов и др., перечень которых в законодательстве об административных правонарушениях достаточно обширен.

Дисциплинарный проступок как вид делинквентного поведения – это противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником своих трудовых обязанностей. Дисциплинарные проступки (прогул без уважительных причин, прогулы без уважительных причин занятий учащимися, появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, распитие спиртных напитков, употребление наркотических или токсических средств на рабочем месте и в рабочее время, нарушение правил охраны труда и др.) влекут дисциплинарную ответственность, предусмотренную трудовым законодательством.

Особую общественную опасность представляет такой вид делинквентного поведения, как преступление. Преступлениями являются только те общественно опасные деяния, которые предусмотрены уголовным законом и запрещены им под угрозой наказания. К ним относятся кражи и убийства, угоны автомобилей и вандализм (осквернение сооружений и порча имущества), терроризм и изнасилования, мошенничества и незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ. Эти и многие другие преступления влекут за собой наиболее строгие меры государственного принуждения – наказание и иные меры уголовной ответственности (общественные работы, штраф, арест, лишение свободы и др.), которые применяются к ли-

цам, достигшим возраста уголовной ответственности: 16 лет, а за некоторые преступления – 14 лет. Совершение деяний, признаваемых преступлениями, лицами, не достигшими уголовной ответственности, влечет применение мер воздействия, носящих воспитательный характер (объявление выговора или строгого выговора, помещение в специальное учебно-воспитательное учреждение и др.).

Иногда делинквентное поведение смешивается с девиантным. В действительности эти понятия не совпадающие. Они соотносятся между собой как вид и род, часть и целое. **Всякое делинквентное поведение является отклоняющимся поведением, но не всякое отклоняющееся поведение можно отнести к делинквентному поведению.** Признание отклоняющегося поведения делинквентным всегда связано с действиями государства в лице его органов, уполномоченных на принятие правовых норм, закрепляющих в законодательстве то или иное деяние в качестве правонарушения. Перевод государством делинквентного поведения в категорию деяний, не являющихся правонарушениями, приводит к переходу их в разряд либо отклоняющегося, либо социально нейтрального, либо даже социально одобряемого поведения.

Поскольку обе перечисленные формы отклоняющегося от норм поведения часто являются и следствием и причиной аддикций, следует отметить, что особенности вмешательства в деструктивное поведение зависят от вида аддикции и степени зависимости. Оценивая опыт различных стран, можно выделить три глобальные социальные стратегии воздействия на личность с зависимым поведением:

- **репрессивная политика** (борьбы общества с одельными его членами);

- **политика минимизации риска** (снижения вреда) – прагматический подход;
- **политика ресоциализации** (социально-психологической реабилитации).

Сущность **репрессивной политики** состоит в жестком подходе. Например, наркотики запрещаются государством, а все действия, связанные с ними, преследуются по закону. Так, в США, за хранение героина или кокаина сажают в тюрьму на срок от 5 до 40 лет. В Китае или Сингапуре за подобные действия наказывают смертью. Аналогичная жесткая социальная политика по отношению к наркотикам действует в большинстве стран. В некоторых государствах запрещается алкоголь вплоть до введения «сухого закона». Вводя карательные меры, государство рассчитывает контролировать уровень употребления психоактивных веществ. Однако алкоголизм и наркомания сохраняются, а потребители кроме одной проблемы – химической зависимости – автоматически приобретают вторую – делинквентность, поскольку употребление означает преступление. Кроме того, для мафии выгоден всеобщий запрет на наркотики, поскольку он стимулирует интерес к ним и рост цен на нелегальную наркопродукцию.

**Либеральная политика** снижения вреда менее распространена. Концепция снижения вреда исходит из того, что наркотики употреблялись, употребляются и будут употребляться, а потребители наркотиков – часть общества, даже если общество и не хочет об этом знать. Эта концепция становится все более популярной в мире, а в Нидерландах и Австралии реализуется официально. В основе лежит вера в то, что после определенного периода времени, чаще всего около 10 лет употребления, у человека появляется желание либо прекратить употребление, либо стабилизировать и

контролировать его. С другой стороны, констатируется факт, что определенная часть людей никогда не бросит наркотики.

## ВИЧ-инфекция и СПИД: симптомы и распространение

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – вирус, вызывающий СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита)

### Вирус СПИДа

Обратная транскриптаза p 24 p 17  
p 7 p 9  
Протеаза  
Интерграза  
Двухслойная липидная оболочка gp 120 gp 41

ВИЧ попадает в организм человека ► ослабляет иммунную систему ► поражает клетки, борющиеся с инфекциями (Т-лимфоциты или CD4) ► организм не способен защищаться от инфекций ► развивается одно или несколько серьезных заболеваний

### Симптомы

- лихорадка более 1 месяца
- диарея более 1 месяца
- необъяснимая потеря массы тела на 10% и более
- затяжные пневмонии
- постоянный кашель
- затяжные, рецидивирующие вирусные, бактериальные, паразитарные болезни
- сепсис
- увеличение лимфоузлов дольше 1 месяца
- подострый энцефалит

### Последняя стадия – СПИД:

- онко-СПИД (саркома Капоши и лимфома головного мозга)
- нейро-СПИД (разнообразные поражения центральной нервной системы и периферических нервов)
- инфекто-СПИД (многочисленные инфекции)

**!** Вирус может существовать в организме человека в течение 10-12 лет бессимптомно

### Как происходит заражение

незащищенный (без презерватива) проникающий половой акт

совместное использование шприцев, игл и другого инъекционного оборудования

использование нестерильного инструментария для татуировок и пирсинга

использование чужих бритвенных принадлежностей, зубных щеток с остатками крови

передача вируса от ВИЧ-положительной матери ребенку – во время беременности, родов и при кормлении грудью

лечебно-диагностические манипуляции (операции, переливание крови, инъекции и т.п.)

### Лечение

Лекарства от СПИДа пока нет. Существуют препараты, позволяющие прожить долгую и здоровую жизнь ВИЧ-положительным людям

### Диагностика

Обнаружение антител к вирусу с помощью иммуноферментного анализа – тестирование, которое можно пройти бесплатно в СПИД-центрах

**!** После попадания вируса в кровь организму человека требуется от 25 дней до трех месяцев для выработки достаточного количества антител, которые можно обнаружить при анализе крови. Этот период называется «периодом окна», в течение которого тестирование может показать отрицательный результат

*Посильный вклад интернета в борьбу со СПИДом*

История движения снижения вреда берет свое начало в середине 80-х гг. нашего времени и неразрывно связана с началом эпохи эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. Медицинским профессионалам стало ясно, что если не принять каких-либо экстренных профилактических мер, остано-



вить стремительное развитие эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) будет невозможно.

Так зародилась новая модель программ воздействия в области общественного здравоохранения – **программы обмена шприцев**. Затем она была дополнена такими направлениями, как обучение безопасным способам употребления наркотиков, информирование о заболеваниях, сопутствующих употреблению, распространение презервативов и обучение способам безопасного секса.

Таким образом, главная политическая цель самодеятельных организаций – это декриминализация и нормализация употребления наркотиков. Это означает, что в дополнение к стратегиям разработки адекватных и доступных программ по борьбе с потреблением наркотиков должны быть выработаны стратегии, направленные против нынешней политики криминализации наркозависимых. **Репрессивная политика к потреблению наркотиков считается ответственной за возникновение того явления, которое называется «проблемой наркотиков».**

В начале 90-х гг., после разрушения железного занавеса, проблема эпидемии наркомании и ВИЧ-инфекции стала актуальной и для стран Восточной Европы, и России. Вспышка ВИЧ-инфекции разразилась на территории Украины, в некоторых городах России. Сейчас в этих городах идет работа профилактических программ по снижению вреда, но из-за недостатка финансирования эти программы не приобрели должного охвата, носят единичный, а не общенациональный характер и оплачиваются не из национального бюджета, а при поддержке международных организаций и фондов.

На сегодняшний день в нашей стране получили финансирование около 50 программ по снижению вреда, которые включают в себя обмен шприцев и проведение **аутрич-работы**. Аутрич-работа («вовне») – донесение профилактической информации до закрытых социальных групп (потребителей наркотиков, гомосексуалов, проституток) в местах, привычных для них.

Цели аутрич-работы:

- информирование о риске распространения ВИЧ, вирусных гепатитах, венерических заболеваниях среди ПИН (потребителей инъекционных наркотиков);
- снижение уровня повторного использования инъекционного инструментария;
- информация о рисках, связанных с употреблением наркотиков (закон, оказание первой помощи в опасных случаях);
- влияние на изменение рискованного поведения, связанного с приемом наркотиков и сексом (обучение менее опасным способам употребления наркотиков);
- привлечение ПИН к контактам с медицинскими и социальными службами;
- содействие социальной адаптации и трудоустройству;
- вовлечение активных потребителей в работу по снижению вреда в качестве волонтеров;
- оказание психологической поддержки;
- обратная связь (донесение информации о проблемах ПИН до медицинских работников, а также специалистов, от которых зависят государственные решения).

При существующем отношении общества к потребителям наркотиков процесс изменения поведения для них становится очень сложным. Разорвать порочный круг в одиночку очень сложно. Общество пока мало помогает человеку, попавшему под власть химической

зависимости. Реально наркозависимому помогают специалисты. Они оказывают помощь, понимая и поддерживая людей в их стремлении к позитивным изменениям. Специалисты оказывают помощь обычно в рамках социально-психологической реабилитации.

Политика ресоциализации (социально-психологической реабилитации) предполагает комплексную программу по восстановлению жизненных функций индивида, дезадаптированного вследствие зависимого поведения. Реабилитационная программа включает мероприятия на нескольких уровнях: правовая защита и социальная поддержка (включение в социальную группу, юридическая защита, трудоустройство, решение жилищной проблемы); психологическая реабилитация (психологическая поддержка ремиссии, расширение личностных ресурсов); медицинская помощь (снятие абстинентного синдрома, противорецидивная терапия, лечение сопутствующих соматических и нервно-психических расстройств).

**Психологическая помощь является обязательной во всех случаях. При относительно менее опасных формах (курение, азартные игры, пищевая зависимость) или начальных стадиях зависимости широко применяются различные виды консультирования и психотерапии.**

При девиантном поведении особенно хорошо зарекомендовали себя когнитивно-поведенческая индивидуальная (краткосрочная) и личностно-реконструктивная групповая психотерапии. Приближаются к последней занятия в общественных группах и организациях (анонимные алкоголики, анонимные наркоманы, религиозные организации).

Помощь в случае химической зависимости, достигшей уровня системного заболевания (физической зависимости), является наиболее сложной и длитель-

ной. В данном случае адекватной будет комплексная реабилитация при ведущей роли медицинского вмешательства на начальных этапах.

О схемах реабилитации мы поговорим позже.

Огромную роль во всем этом, особенно в работе с подростками, играет семья.

Семья не только должна сама выбрать форму реабилитации, но и получить исчерпывающую информацию о целях реабилитации и используемых методах. Независимо от того, остается подросток в семье или помещается в реабилитационный центр, члены семьи параллельно должны получать помощь.

С этой целью может проводиться психологическая работа с родителями в следующих формах:

- периодическое консультирование семьи (родителей) зависимого подростка специалистами (наркологами, семейными психологами, психотерапевтами);

- организация и проведение групповой тренинговой работы с родителями (например, «Тренинг родительской успешности», «Тренинг эффективного взаимодействия с зависимым подростком»);

- организация групп самопомощи (например, «Матери против наркотиков»).

**В работе с подростками с начальными проявлениями аддиктивного поведения хорошо зарекомендовала себя групповая психотерапия (когнитивно-поведенческой ориентации) и тренинговая работа, решающая одновременно профилактические и коррекционные задачи.**

Некоторые виды аддиктивного поведения требуют преимущественно психотерапевтического вмешательства в сочетании со специальной медицинской помощью. Это, например, пищевые нарушения или сексуальные аддикции.

В целом успешность психолого-социальной помощи личности с зависимым поведением определяется преимущественно степенью ее готовности к сотрудничеству. Поэтому в самом начале совместной работы специалист должен уделить особое время и внимание достижению контакта или рабочего альянса. Эта задача может быть реализована уже при первой встрече, но чаще требуется гораздо больше времени, особенно в случае химической зависимости с выраженными личностными изменениями.

Для достижения контакта используются различные приемы.

**Прежде всего, это эмпатическое слушание, принятие и поддержка клиента. Также эффективны: проговаривание чувств клиента; формулирование мотивации обращения; выяснение ожиданий и опасений клиента по поводу психологического вмешательства.**

Для достижения отношений сотрудничества принципиально важно разделять ответственность за результаты работы. Для этого совместно ставят задачи, оценивают вклад каждого, составляют примерный план работы, определяют сроки и условия работы, т. е. заключают терапевтический контракт. В работе следует опираться на личностные ресурсы (а не только проблемы и дефициты); обсуждать сопротивления клиента психологическому воздействию и изменениям; моделировать будущее клиента при сохранении аддиктивного поведения и без него.

**Следует запомнить: психофизиологический комфорт, аддиктивное поведение, сухой алкоголизм, девиация, Р.Мертон, Э.Дюркгейм, аномия, винная, пивная, водочная модели алкогольного потребления, прогибационизм, регламентация, аболиционизм, суицид, проституция, делинквентное**


*поведение, репрессивная политика, политика минимизации риска, политика ресоциализации, программы обмена шприцев, аутрич-работа, когнитивно-поведенческая ориентация.*

### **Вопросы и задания по Главе III**

1. В чем заключается суть аддиктивного поведения и для кого характерно такое поведение?
2. Каким образом проходит процесс формирования аддиктивного поведения?
3. Что такое девиантность, девиантное поведение?
4. Дайте представление о социальной аномии.
5. Подготовьте сообщения о каждой из перечисленных в главе форм девиантного поведения.
6. Что такое модели алкогольного потребления?
7. Подготовьте сообщения об особенностях девиантного поведения подростков и молодежи.
8. Что такое социальные нормы общественных отношений?
9. Расскажите о делинквентном поведении.
10. Дайте представление об основных социальных стратегиях воздействия на личность с зависимым поведением.
11. Что такое аутрич-работа?

## Глава IV

### Психофизиологические особенности лиц с аддитивным поведением и причины возникновения аддикций



Проблема аддитивного поведения и его влияния на социально-психологические аспекты здоровья людей, приобретает особенную актуальность в настоящее время.

Вопрос о росте масштабов распространения аддитивного поведения, особенно среди подростков и молодежи, находится в непосредственной связи и зависимости с оценкой физического и психологического их здоровья.

Исходя из задач предупреждения и профилактики опасных не только для психологического, психического, но и физического состояний здоровья, а также для максимального уменьшения возможных негативных последствий аддитивного поведения важно глубокое проникновение в специфику причин и следствий возникновения, развития и формирования аддикций, осознание масштабов распространения зависимостей.

Ряд американских психологов и психиатров определяют аддикцию как **компульсивно побуждаемую активность, характеризующуюся интенсивностью и неослабевающим упорством, относительной потерей автономии Эго (включая способность реагировать на факторы реальности и функции заботы о себе).**

Уже упоминавшийся нами известный казанский психиатр В.Д. Менделевич понимает под аддикцией **любое сверхценное увлечение, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим**

**вектором поведения человека, оттесняющим или блокирующим другие деятельности.** Основным диагностическим критерием всех видов аддикций он считает наличие измененных состояний сознания в период протекания подобного поведения, от которых зависит человек.

Уточняя критерии довольно широко понимаемого определения феномена аддиктивного поведения, можно выявить следующие его **психологические критерии: нарушения адаптации, ослабление мотивов, препятствующих или конкурирующих с объектом зависимости, учащение межличностных и семейных конфликтов, преобладание рационализации, проекции генерализации, отрицания, как механизмов психологической защиты.**

Наиболее распространены **универсальные критерии аддиктивного поведения Брауна – Гриффитса:**

- **сверхценность определенного поведения;**
- **изменение настроения, связанные с этим поведением;**
- **симптомы отмены;**
- **конфликты с самим собой и окружающими;**
- **рецидивы, рост толерантности.**

Можно считать, что для аддиктивного поведения **характерна сосредоточенность на узконаправленной сфере деятельности при игнорировании остальных и уход от реальности.**

Естественно утверждать, что важнейшим в изучении аддикций является определение характера прогноза и течения зависимого поведения.

В мировых исследованиях анализируется, как проявления зависимостей распространяются от адекватных привязанностей, увлечений, способствующих самореализации и развитию личности до расстройств зависимого поведения, приводящих к дезадаптации.



В принципе, можно выделить два типа аддиктивного поведения: **транзиторный** (благоприятный), при этом объекта аддикции отличает копинг – поведение, которое осознается как средство достижения не связанных с ним, других целей (обучение другим, более приемлемым способам достижения искомой цели легко редуцирует этот тип аддиктивного поведения); и **прогредиентный** (неблагоприятный) – объект аддикции воспринимается как полезный, привлекательный и доступный, становится основной целью, ведущей мотивацией, подчиняющей себе многие сферы жизни аддикта и дополнительно стимулирующей аддикцию.

Изучая причины и условия формирования и закрепления зависимостей, можно сформулировать положение, что **они могут развиваться как результат длительного невротического конфликта, структурного дефицита в развитии личности, определенных семейных и культурных условий.**

Одним из важнейших условий развития аддикций и аддиктивного поведения являются существенные личностные особенности, выявленные преимущественно в психоаналитически ориентированных исследованиях и анализах клинических случаев.

Как специальные и взаимосвязанные особенности аддиктивной личности в этих исследованиях выделяются:

- нарушения способности к самозащите как следствие дефицита или искажения *интернализации*<sup>21</sup> родительских фигур;

- непереносимость эмоционального напряжения и психологическая уязвимость, затрудняющие управление собственными эмоциональными состояниями и воздействующими на самооценку, отношения с окружающими, способность заботиться о себе, адаптивно изменять и контролировать свое поведение;

- резкие колебания между переживаниями беспомощности и всемогущества;

- преимущественное использование механизмов психологической защиты (избегание и отрицание, расширяющееся на восприятие внешней и внутренней реальности);

- алекситимия<sup>22</sup> и психофобические<sup>23</sup> проявления. Такое аддиктивное поведение человека понимается как способ снижения тревоги, восстановления чувства контроля и силы.

Сегодня выделяются следующие **личностные факторы, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения:**

- уязвимость и дефекты в сфере аффективной регуляции, проявляющиеся в неспособности человека успокоить себя и контролировать свои импульсы;

- низкая дифференцированность «Я», неустойчивая или заниженная самооценка, колебания переживаний между беспомощностью и всемогуществом своего «Я»;

- сложности в сфере межличностных отношений, раскрывающиеся в колебаниях между интенсивным поиском участия, слияния с кем-либо, разочарованием и отстранением.

Важным условием развития и закрепления аддиктивного поведения являются **личностные факторы, коренящиеся в дефектах ранних отношений матери и ребенка, связанные с невозможностью по различным причинам поддержания оптимального и стабильного эмоционального контакта «мать – ребенок»; особенности семейной ситуации аддикта, вскрывающегося как нарушение отношений между членами семьи; ценность и использование объекта аддикции ближайшим окружением; труд-**

**ности в удовлетворении своих потребностей в данной ситуации.**

Многие специалисты отмечают, что специфика семейной ситуации аддикта характеризуется феноменом созависимости, составляющими которого являются низкая личностная дифференцированность членов семьи, нарушение (размытие, непроницаемость) внешних и внутренних семейных границ, путаница в вопросах ответственности.

**Значительное влияние на формирование и широкое распространение разных типов поведенческих аддикций оказывает общая социально-психологическая ситуация: дефицит реального общения, информационная, потребительская, культурная избыточность ситуации.**

На основании практики, можно утверждать, что зависимости и основные их формы – **феномен социально-психологический.**

Как мы уже отметили выше, существует группа **социально приемлемых аддикций**, при которых зависимость зачастую оценивается самим аддиктом и окружающими как нечто полезное, как желательное качество поведения; напротив, «издержки» этой зависимости (межличностные конфликты, суженность психологического пространства, перегрузки и др.) – отрицаются, игнорируются и ложно приписываются влиянию каких-либо иных обстоятельств.

Континуум проявлений зависимого поведения распространяется от увлечений, способствующих развитию и защите (увлечение как копинг – поведение) личности до аддиктивного поведения, ведущего к дезадаптации. **Условием развития аддикций является личностная организация, характеризующаяся структурной дефицитарностью и наличием невротического конфликта, благодаря чему, разные ви-**

ды аддикций могут сочетаться и заменять друг друга.

Итак, аддикцию чаще всего понимают как расстройство вследствие желания улучшить свое психическое состояние с помощью чего-либо.

Аддикции делят на социально приемлемые (работоголизм, межличностные отношения, религия, спорт) и социально неприемлемые (наркомания, алкоголизм, гэмблинг). Также аддикции подразделяются на химические и нехимические. Выделяют и промежуточную форму аддикции – к еде, когда от переедания до голодания один шаг.

Несмотря на наличие исследований, монографий и научных школ, в строгом смысле слова, аддиктологии – науки о химических и нехимических зависимостях, изучающей механизмы их формирования, развития, диагностики, профилактики, лечения и реабилитации – в России пока не существует.

Аддикции представляются в двух блоках раздела о психических расстройствах:

- химические зависимости;
- нехимические зависимости, в частности, общепризнанная аддикция – патологическое влечение к азартным играм.

Если с химическими зависимостями все вполне определено, то перечень нехимических находится в стадии формирования.

Так выделяются непосредственно нехимические аддикции, к которым относятся азартные игры (гэмблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция, а также аддикция к еде.

Кроме выделенных, в настоящее время описано немалое количество других нехимических зависимо-

стей: компьютерные зависимости или интернет-зависимости, зависимость от физических упражнений (спортивная), духовный поиск, «состояние постоянной войны», синдром Тоада, или автолихачество. В.Д.Менделевич рассматривает также фанатизм во всех его проявлениях как одну из форм аддиктивного поведения, отмечая, что любое сверхценное увлечение, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим вектором поведения человека, входит в состав аддиктивного, патохарактерологического типов девиантного поведения.

Не так давно появились работы по еще одной, пока мало изученной аддикции. Пусть понятие *кредитомания* пока еще отсутствует не только в медицинских классификациях, но и в научной психологии, запрос на изучение данного явления сейчас самый насущный, так что научные исследования новорожденной аддикции не за горами.

Кроме того, отмечается патологическое влечение к поджогам, к воровству и к поеданию волос.

Как у любой науки, находящейся в стадии формирования, у аддиктологии обнаруживаются «болезни роста». Основными болезнями можно назвать излишний биологизм, характерный для некоторых исследователей химических зависимостей, и психологизаторство, то есть попытку изучать зависимости, опираясь исключительно на психологические методы исследования

Безусловно, однонаправленные подходы неконструктивны.

В рамках нашей главы можно сказать, что **аддикция – это биосоциопсихическое расстройство, характеризующееся специфическими патофизиологическими изменениями нервной системы, тягой и повторной тягой к чему-либо контрпродуктивному, гедонистическим оттенком на ранних стадиях, а**

также изменением поведения и образа жизни человека.

В организме человека присутствуют эндогенные<sup>24</sup> морфиноподобные вещества, выполняющие роль антистрессоров, адаптогенов<sup>25</sup>, эйфоригенов<sup>26</sup> и анальгетиков. К ним, прежде всего, относятся эндорфины<sup>27</sup> и энкефалины<sup>28</sup>. В последние годы обнаружено еще несколько эндогенных морфиноподобных соединений, свойства которых изучаются. Доказано, что в организме некоторых людей может возникать дефицит эндогенных антистрессоров и адаптогенов, обусловленный индивидуальными генетическими особенностями, а также частыми и длительными эмоционально-стрессовыми нагрузками, приводящими к перерасходу эндогенных адаптогенов.

Ниже представлена схема работы той части клетки мозга, которая отвечает за передачу информации.

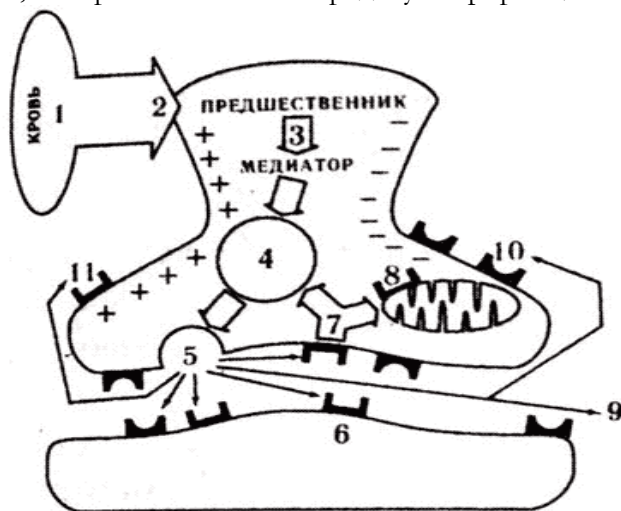


Рис. 1 Схема работы синапса

1 – предшественник передающих нервный импульс веществ – медиаторов, поступает из крови;

- 2 – место передачи «предшественника» нервной клетке;
- 3 – медиатор
- 4 – медиатор, хранящийся в специальном пузырьке;
- 5 – выделение пузырьком медиатора в щель между клетками;
- 6 – специальная «антенна» – рецептор – для улавливания медиатора;
- 7 и 10 – обратный захват медиатора в клетку – для дальнейшей работы по передаче импульсов;
- 8 – утилизация отработавших медиаторов клеткой;
- 9 – утилизация отработавших медиаторов путем простого удаления.

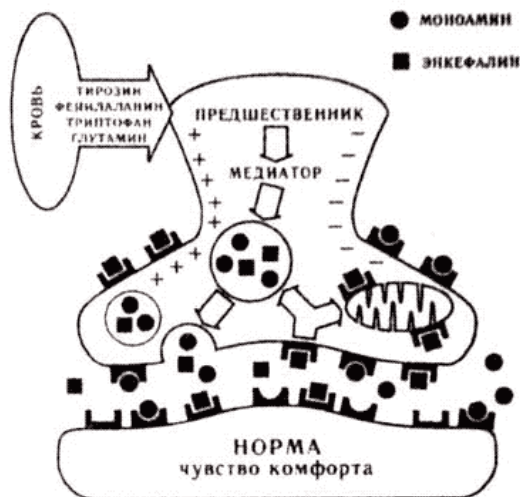


Рис. 2 Схема оптимальной работы синапса



Рис. 3. Состояние медиаторного дефицита

*Стоит сказать: генетическая предрасположенность – основная биологическая причина формирования алкоголизма, наркоманий и нехимических аддикций.*

Исследования детских и подростковых наркологов показали, что основной вклад в предрасположенность к алкоголизму вносит не мать (как при большинстве наследственно обусловленных заболеваний), а отец. Дети, рожденные от отцов-алкоголиков, в 3–6 раз чаще заболевают алкоголизмом, чем дети, рожденные от здоровых отцов.

В своем развитии аддикции проходят через определенные стадии или фазы. На скорость развития заболевания влияют многие факторы, в частности, тип высшей нервной деятельности, вид психоактивного вещества, мотивационные психологические установки.



**Азартное увлечение или психоактивное вещество вызывает желаемый эффект – эйфорический, анальгетический, антистрессовый и так далее.** Формируется предпочтительность увлечения или наркотика, к ним начинает тянуть регулярно. На определенном этапе наступает истощение защитных систем организма, происходят изменения в психической сфере в виде невротизации, при химических зависимостях могут появиться признаки органического поражения центральной нервной системы. Зачастую, чем дальше зашел процесс вовлечения в зависимость, тем сложнее помочь человеку выбраться из цепких лап коварного расстройств.

**Три основных социальных причины, способствующих аддикциям:**

- **традиции и особенности культуры.** Например, в западноевропейской цивилизации, к которой мы и принадлежим, нет табу на нецелевое повседневное использование алкоголя, азартных игр и даже наркотиков (их применяют как лекарственные средства).

- **общественная ситуация.** В настоящее время основные теории связывают распространение девиантных форм поведения (аддикции – форма такого поведения) с явлением социальной аномии. Аномию характеризуют как состояние отсутствия ценностей, присущее переходным периодам, когда прежние ценности уже идут на слом, а новая система норм, сдержек и противовесов еще не сформирована. Как следствие – разрушение социальных институтов, из которых, пожалуй, важнейшим является семья.

- **влияние микросоциума,** прежде всего, подчинение другим людям или референтной группе.

Кроме этого на подверженность аддикциям оказывают влияние пол, род деятельности, социальное положение и религия. Например, распространенность

аддикций наиболее высока среди молодых, одиноких, безработных, придерживающихся атеистического мировоззрения мужчин, живущих в городах.

Нельзя не отметить и влияние возраста. Так, в частности, определяющим моментом для приобщения к алкоголю и наркотикам является переход от подросткового возраста к юношескому. Именно в это время с психоактивными веществами знакомится почти половина всех когда-либо приобщившихся к ним. А до 20 лет с психоактивными веществами успевают познакомиться почти 90% всех, хотя бы однажды пробовавших их.

Сейчас проблема аддикций в подростковой молодежной среде весьма социально значима, поэтому в СМИ они упоминаются достаточно часто. Но что и как упоминают в средствах массовой информации – вопрос интересный...

Политики, руководители социальных служб, журналисты активно ретранслируют мнение, будто основными причинами аддиктивного поведения подростков являются безделье, скука и неумение себя занять. Отсюда следуют соответствующие призывы строить побольше спортплощадок, открывать кружки и так далее. Однако не все так просто, как может показаться на первый взгляд.

По мнению подростковых психиатров-наркологов, скука как фактор, способствующий аддикциям в действительности – одно из самых редких условий для этого.

**Есть рейтинг социально-психологических факторов, способствующих аддикциям.** Он выстроен, конечно, на перечисленном выше. Вот эти факторы, перечисленные в порядке убывания значимости:

- несостоятельность в учебе;
- жестокое обращение с подростком в семье;

- невозможность удовлетворить завышенные притязания в отношении своего будущего;
- постоянные конфликты между родителями;
- эмоциональное отвержение со стороны матери;
- «семейный крах», резко изменивший социальный статус подростка;
- алкоголизм матери;
- бунт против чрезмерной опеки со стороны родителей и других членов семьи;
- помещение в специальный интернат для трудных подростков;
- отвержение со стороны сверстников из-за физического недостатка;
- вынужденная разлука с лицом, к которому была сильная эмоциональная привязанность;
- положение «золушки» в связи с изменением состава семьи;
- лишение роли «кумира семьи»;
- непосредственно предшествующие злоупотреблению трагические события в семье;
- развитие психоза у одного из родителей;
- раскрытие факта усыновления;
- переживание собственной сексуальной неполноценности;
- наличие наркоманов – членов семьи;
- скука, безделье, незанятость.

Исследование причин возникновения аддикций вследствие особенностей строения личности человека, в основном, связано с преморбидными (предболезненными) характеристиками личности зависимых. Зачастую указывают на отличное от нормы развитие зависимого.



*Карл Леонгард*

Так, автор термина «акцентуация» Карл Леонгард<sup>29</sup> указывает, что возбудимые личности часто становятся хроническими алкоголиками. Это связано с тем, что решающими для поведения человека часто являются неконтролируемые инстинкты и влечения. Голос разума и нравственные устои получает эпизодические роли.

Для некоторых возбудимых акцентуантов обычным состоянием является депрессия, что собственно их и толкает к азартным переживаниям, самоубийству или психоактивным веществам.

Следующий тип патологии характера, который может служить фактором риска – демонстративный. Как известно, истероидные личности характеризуются непревзойденной способностью к вытеснению некомфортных мыслей, которые могли бы побудить их к

осмыслению чего-либо серьезного. Именно эта особенность и способствует развитию клинически выраженных аддикций, потому что вплоть до критического момента истерик будет активно вытеснять осознание своего расстройства.

Леонгард подробно поясняет, что среди аддиктов педантичных и ананкастических<sup>30</sup> личностей не встречается, соответственно, акцентуацию данного типа можно считать благоприятным прогностическим признаком.



*Андрей Евгеньевич Личко*

Влияние типа акцентуации характера на риск формирования зависимостей констатировал и отечественный пионер исследования акцентуаций, А.Е.Личко<sup>31</sup>. Он отметил, что **кроме неустойчивых и истероидных личностей к аддиктивному поведению склонны гипертимы, циклоиды, пизоиды и эпи-**

**лептоиды и люди с эмоционально-лабильной акцентуацией.**

Для *гипертимов*<sup>32</sup> характерна апробация всевозможных новостей, подолгу не задерживаясь на чем-либо одном, они легко переходят к другому. Наиболее привлекательны для них формы поведения, приводящие к новым контактам, а также к потреблению веществ, вызывающих эйфорию. Однако **возникновению зависимости у гипертимов мешает все тот же интерес ко всему новому и необычному – именно он и отвлекает от фиксации на чем-либо отдельном.**

У *циклоидов*<sup>33</sup> особенности поведения зависят от фазы цикла настроения. В гипертимной фазе оно ничем не отличается от поведения гипертимных акцентуантов. А в **субдепрессивной**<sup>34</sup> фазе, если циклоид эмоционально лабилен, он может использовать азартные увлечения и психоактивные вещества в качестве средства ухода от сложностей и проблем. В этом случае есть риск, что зависимость будет развиваться очень быстро: обнаружив «палочку-выручалочку» настроения, человек может начать **взмахивать ей все чаще и чаще.**

Два основных механизма формирования аддикций у эмоционально-лабильных людей – это так называемые «крик о помощи» и самоистязание. Эмоционально-лабильный человек взывает о помощи, если отвержен значимыми людьми или неспособен удержать привязанность близкого человека. Его злоупотребление азартными переживаниями или психоактивными веществами – это примеры самодеструктивного поведения. То же может происходить и в случаях озлобления на самого себя.

Отечественными психологами сказано, что **риск формирования зависимостей существует и у шизоидов. Все дело в том, что для шизоидных акцен-**

туантов привлекательны те увлечения или вещества, которые способствуют аутистическому фантазированию или же облегчают контакты с другими людьми. То есть – увлечение определенными видами токсических и наркотических средств, а в последе время и компьютерными играми. Однако исследования показали, что пшизоиды все же достаточно редко становятся аддиктами, и это связано с другими особенностями их личности.

Аддиктивное поведение *эпилептоидов*<sup>35</sup> – частное проявление характерной для данных акцентуантов самодеструкции. От первых азартных ощущений или опьянений может пробудиться желание продолжать и продолжать, не зная меры и границ. Наркотиков эпилептоиды все же побавляются, но если начинают их принимать, то выраженное патологическое влечение к ним проявляется достаточно быстро.

*Обязательно надо отметить, что есть акцентуанты, вообще не склонные к аддиктивному поведению: это **сенситивы**<sup>36</sup> и **психастеники**<sup>37</sup>.*

Ряд исследователей, изучавших аддикции, отмечают следующие основные личностные черты людей, склонных к зависимостям: **это, прежде всего, инфантильность, низкий самоконтроль, враждебность, эмоциональная холодность и эгоцентризм.**

А теперь – к выводам психологов-медиков:

- исследования медицинских психологов подтверждают, что **предрасположенность к аддиктивному поведению – это личностное новообразование, детерминирующее готовность к азартным действиям и употреблению психотропных веществ.**

**Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению включает:**

1) преобладание избегающей мотивации, снижение мотивации достижения вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности;

2) отсутствие навыков рефлексии, низкий уровень развития самосознания,

3) низкий уровень самоуважения, вплоть до неприятия образа «я», что, однако, может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку;

4) самозащитный тип реакции на фрустрацию, детерминированный неуверенностью в себе, что проявляется в отказе от деятельности при столкновении с малейшими трудностями;

5) противоречивость самооценки и уровня притязаний, что приводит к алогичности и непоследовательности деятельности, связанной с преодолением препятствий;

6) тенденция к уходу от реальности в стрессовой ситуации;

7) несформированность функции прогноза;

8) экстернальный локус контроля.

И подробнее.

Мотивация занимает ведущее место в структуре личности, поскольку мотивы являются движущими силами поведения. **Результаты исследования свидетельствуют о том, что ведущие мотивы большинства аддиктов отличаются бедностью содержания.** Рассказывая о себе, зависимые отмечают в качестве любимых занятий пассивно-развлекательные виды деятельности: люблю смотреть телевизор, люблю отдыхать, лежа на диване. Они не задумываются о том, что будет завтра (*«не знаю, зачем мне об этом думать»*) и озвучивают свои ситуационные желания. Мотивы самосовершенствования и самореализации прослеживаются редко.



Подобная же картина наблюдается и в отношении мотивов участия в азартных играх. Кроме «*достало все*» и «*за компанию*», высказываются внешние, поверхностные мотивы.

Объяснение ситуации таково: **для осознания реально действующих мотивов своего поведения человек должен иметь определенные навыки самоанализа и стремление понять себя. А ведь именно невозможность осознания действительных причин своего поведения и служит основным препятствием в предупреждении и преодолении аддикций.** Это подтверждает и психотерапевтическая практика, где одной из важнейших задач врача является помощь больному в осознании действительных (а не кажущихся) причин его проблем.

Использование проективных методов исследования личности позволило выявить следующие особенности аддиктов:

- **направленность их мотивационной сферы достоверно отличается от подобной направленности не склонных к аддикциям людей. Потребность к достижению успеха у зависимых заторможена – их побуждает к действию иная потребность – избегание отрицательных эмоций и наказания;**

- **обычные люди рассматривают свою деятельность в качестве источника положительных эмоций – аддикты ожидают от своей активности преимущественно отрицательного подкрепления;**

- **аддикты не только не предусматривают результаты своих действий, но и как правило не чувствуют себя субъектами деятельности. Зачастую они полагают, что все, что с ними происходит, не зависит от их воли и не является следствием их поведения. Жизнь они воспринимают как предопре-**

**деленное судьбой нагромождение случайных обстоятельств, которые невозможно изменить.**

*Аддикты плохо осознают качества своей личности, у них отсутствуют навыки самоанализа и умения описывать себя. Они редко характеризуют себя с точки зрения личностных особенностей, как-то: честный, откровенный, общительный, добрый, доверчивый, целеустремленный, решительный и так далее.*

**Самооценка аддиктов и уровень притязаний существенно отличаются от подобных качеств не склонных к зависимостям людей.** Они отказываются продолжать деятельность при возникновении каких-либо трудностей. Даже при наличии высокой мотивации выполнения чего-либо, аддикты отступают от избранной задачи, если она оказывается сложной. Боязнь неуспеха, нежелание пытаться преодолеть трудности свидетельствуют о невысоком уровне уверенности в своих возможностях.

Несмотря на неуверенность в своих интеллектуальных способностях, аддикты склонны проявлять завышенный уровень притязаний. Следовательно, в сложных ситуациях их поведение противоречиво. Также из этого следует, что у зависимых нет осознания своей неспособности достичь желаемого. Для того чтобы сохранить самоуважение и уверенность в себе у них включаются механизмы психологической защиты. Если же эти механизмы не эффективны (нарушены или не сформированы), аддикт осознает свое бессилие. Возникает ситуация, которая вызывает у него неприятные переживания. Как от них избавиться? Все просто: занятие чем-либо азартным или употребление психотропных веществ снимает негативные эмоции.

Естественно, такая форма реагирования на *фрустрирующую ситуацию* образовывалась постепенно: сначала усваивались обычные, социально приемлемые способы самозащитного типа реагирования на стресс. Это пас-

сивные формы преодоления, которые проявлялись в уходе от проблемы, стремлении улучшить свое самочувствие, не вмешиваясь в трудную ситуацию. Впоследствии присоединялось ведущее к аддикциям поведение: выпивка, желание снять стресс лекарственным препаратом и т.п.

**Психоаналитики** причины возникновения зависимости ищут в неких событиях, произошедших в раннем детском возрасте. Так, например, наркоманию они связывают с фиксацией на оральной стадии психосексуального развития. По их мнению, данная фиксация возникает из-за специфичных отношений матери и ребенка на первом году жизни. Мать такого ребенка не справляется с удовлетворением его желаний, и, следовательно, неудовлетворенное дитя все время находится в состоянии фрустрации. В дальнейшем этот ребенок может обнаружить, что весьма хороший способ избавиться от внутреннего напряжения и защитить свое Эго — это взять да сделать нечто захватывающее дух, например, принять психоактивное вещество.

С точки зрения других психоаналитиков, аддикция — это **латентный суицид, то есть хроническая и неспешная попытка покончить с собой**. Азартное действие или психоактивное вещество используется как средство самоуничтожения. Сама же эта попытка — удобный способ ухода от проблемы или психоза или стремление преодолеть внутренние противоречия.

**Неофрейдисты и представители школы объектных отношений** большое внимание уделяют раннему развитию как основе выбора именно такого способа решения личностных проблем. При этом первые говорят о преобладании влечения к смерти в личности зависимого, а вторые — о разрушенном, потерянном или несформированном объекте. Эрик Эриксон<sup>38</sup> большое внимание уделяет проблемам идентичности в подростковом возрасте. Он полагает, что причиной аддикций может стать **неправильное формирование идентичности, спутанность идентичности**.

Исходя из концепций **КОГНИТИВНЫХ ПСИХОЛОГОВ**, в процессе формирования аддикций решающее значение имеет подкрепление научения. Сам по себе паттерн поведения аддикта не является аномальным, хотя аддикт и причиняет себе вред. Ситуацию обосновывает схема с неподходящим способом подкрепления азартным действием или наркотическим веществом. **Эффект подкрепления объясняет многие аддиктивные феномены, например, более частое внутривенное употребление наркотиков, а не другие формы их введения, которые менее опасны, но не приводят к столь быстрым наркотическим переживаниям.**



*Эрик Эриксон*

Подкрепление формирует специфические паттерны поведения, необходимые для получения особых ощущений. При этом даже самое устойчивое, давно сформированное социальное поведение может быть прервано. К тому же, действия, способствующие «успеху», существенно лучше повторяются вследствие субъективного ощущения успеха, ибо награда формирует желание повторного действия. Азартное действие или прием психоактивного вещества позволяет тревожным избавиться от тревоги, неуверенным в себе – от неуверенности. Позитивное воздействие повышает потребность в повторном действии и в то же время приводит к отказу от фрустрированного поведения.

Что касается непосредственно личностных особенностей людей, склонных к зависимостям, то в когнитивной психологии выделяют следующее: **у склонных к аддикциям увеличена потребность в поиске ощущений. Эту потребность делят на четыре аспекта: потребность в новом опыте, поиск приключений, скука восприятия и растормаживание.**

С точки зрения адептов **семейной психотерапии, определяющими факторами в формировании аддикций служат обстановка в семье и характер семейных отношений.** Анализ стилей воспитания, выстроенности границ семьи, коммуникации в семье, семейных ролей позволяют сделать предположения о факторах риска развития аддикций и нервно-психических заболеваний. Также прослеживается повторяемость процессов: **дети, выросшие в семье с неблагоприятными условиями, сами создают такую же семью – то есть дети, выросшие в семьях зависимых, зачастую сами становятся аддиктами.**

**Следует запомнить: эффект подкрепления, неправильное формирование идентичности, спутанность идентичности, латентный суицид, лично-**

*стная предрасположенность, эпилептоиды, сенситивы, психастеники, циклоиды, шизоиды, гипертимы, неврастеники, субдепрессивная фаза, К.Леонгард, А.Е.Личко, генетическая предрасположенность, адаптогены, эндогенны, биосоциопсихическое расстройство, социально приемлемые аддикции, интернализация, транзиторный, прогредиентный типы поведения, компульсивно побуждаемая активность, универсальные критерии аддиктивного поведения Брауна – Гриффитса.*

#### **Вопросы и задания по Главе IV**

1. Перечислите психологические критерии феномена аддиктивного поведения.
2. Расскажите об универсальных критериях аддиктивного поведения Брауна – Гриффитса.
3. Что такое транзиторный и прогредиентный типы поведения?
4. Как выделяются особенности аддиктивной личности в психоаналитических исследованиях?
5. Что такое личностные факторы, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения?
6. Что такое социально приемлемые аддикции?
7. Попробуйте доказать, что аддикция – это биосоциопсихическое расстройство.
8. Расскажите об основных социальных причины, способствующих аддикциям.
9. Подготовьте сообщения об акцентуации характера и научном творчестве К.Леонарда и А.Е.Личко.
10. Попробуйте обосновать взаимосвязь между аддикциями и акцентуацией характера.
11. Что включает в себя личностная предрасположенность к аддиктивному поведению по мнению медиков-психологов?

12. Расскажите о личностных особенностях аддик-  
тов.

## Глава V

### Проблемы подростковых аддикций

Проблема подростковых аддикций не является лишь частью проблемы алкоголизма, наркомании и прочих зависимостей взрослых. **Несмотря на то, что подростки и взрослые могут быть склонны к одним и тем же видам азартных увлечений и употребляют одни и те же психоактивные вещества, в биологическом и психологическом смыслах – это неодинаковые явления. Соответственно, попытки решить проблемы аддикций подростков и взрослых, применяя похожие методы воздействия, не приведут к положительным результатам.**

Это объясняется различием взрослой и детской нейрофизиологии и, естественно, психики: психика ребенка не сформирована, в ее формировании есть определенные этапы и специфические закономерности.

Как отмечают подростковые психиатры и психологи, восприятие неосведомленными взрослыми особенностей психики подростков сходно с восприятием средневековых художников детской внешности: вспомните, например, картины ранних итальянцев или православные иконописные образы. На них нет детской мимики и детских пропорций тела. Средневековым художникам дети представлялись маленькими копиями взрослых. Похожим образом детей пытаются понимать и в наши дни. Однако, например, подростковый алкоголизм качественно отличается от алкоголизма взрослых.

**Склонность подростков к аддикциям нужно рассматривать как психолого-педагогическую и**



психиатрическую проблему, а не как нечто специфически наркологическое. Это обусловлено тем, что аддиктивное поведение подростков всегда тесным образом связано с другими нарушениями поведения.



*И такое многие видели...*

Если у взрослых алкоголизм или наркомания долгое время могут развиваться неявно для окружающих, не отражаясь на их работе и социальном статусе, то у **несовершеннолетних все принципиально по-иному: сначала наступает социальная дезадаптация, и лишь затем присоединяется аддиктивное поведение. Зависимое поведение является составным элементом девиантного поведения, как бы наслаиваясь на его фон и на социальную дезадаптацию.**

Основные причины возникновения у несовершеннолетних потребности в употреблении психотропных веществ – это уже перечисленные выше факторы не-

благоприятной микросоциальной ситуации, отклонения в работе центральной нервной системы и возрастные особенности. В случае, когда эти факторы, благодаря вмешательству взрослых, устраняются или уменьшаются, злоупотребление прекращается без традиционных методов воздействия в виде специфических нравоучений правоохранителей и преимущественно медикаментозного лечения.

Но абсолютно очевидно: **никакие законодательные меры, никакие наказания и даже большинство регламентированных Минздравом мер медицинского характера не помогут, если отсутствуют условия для удовлетворения жизненно важных социально-психологических потребностей подростка.**

Исследования детских психиатров показывают, что у подростков практически невозможно разграничить ситуационные нарушения поведения и проявления начинающейся аддикции.

Характерная ситуация, когда подросток вышел из подчинения родителей, стал грубить, пропускать уроки, проводить время в подозрительной компании, употребляя спиртные напитки и прочие психоактивности, зачастую является не чем-то непременно болезненным. То есть, **это может быть реакцией здорового подростка на сложную ситуацию в семье или школе, влиянием негативизма, являющегося чисто возрастной особенностью или формой поискового поведения. Чаще всего все эти проявления с возрастом проходят сами собой: по мере взросления и социализации.**

Но, конечно, кроме этого подобное поведение может быть следствием психических расстройств, чаще всего – декомпенсацией<sup>39</sup> акцентуации характера. Здесь уже нужна помощь грамотных психотерапевтов и психологов.

Смотрите:

- 75% подростков, обследованных наркологами в связи с наркотической зависимостью, росли в неблагополучных семьях;

- 76% пьющих подростков воспитывались в неблагополучных семьях;

- 90% правонарушителей-подростков – выходцы из неблагополучных семей.

**Это в очередной раз свидетельствует, что в плане возникновения аддикций именно семья и ближайшее окружение подростка играют решающую роль. Если взрослый человек может сам выбрать себе микросоциальное окружение, противостоять негативному влиянию, то для подростка такая свобода выбора попросту невозможна.**

Попадая в асоциальную компанию, подросток соблюдает ее «понятия», то есть развлекается так, чтобы не быть «белой вороной», а не в соответствии с другими факторами, например, самочувствием, как это делают взрослые. Поскольку в таких компаниях приветствуется максимализм, например, пьянка «до отключения», то у подростка, соблюдающего соответствующие правила и понятия, контроль организма за количеством выпитого подавляется с самого начала. То есть, стадии развития патологии изначально извращаются. И попади такой ребенок в поле зрения подросткового нарколога, над которым довлеет социальный запрос под названием «подростковый алкоголизм растет», не факт, что врач разберется, где болезнь, а где так называемая патологическая алкоголизация.

**Итак: физиология и психология подростка, его микросоциальный статус определяют иные, принципиально отличные подходы к проблеме изучения, преодоления и предупреждения разнообразных подростковых аддикций.**

Границы подросткового возраста примерно совпадают с обучением в 6–9 классах средней школы. За эти 5 лет бывший ребенок становится почти взрослым человеком. Трудности этого периода развития отражены в названиях – «переходный», «трудный», «критический» возраст. **Масштабы происходящих перестроек значительны и касаются организма, самосознания, способов социального взаимодействия, интересов, познавательной и учебной деятельности, нравственных позиций. Основным фактором развития личности подростка является его собственная социальная активность, направленная на вхождение в мир взрослых.**

Все происходящие изменения, их соответствие или несоответствие стандартам, принятым в данной возрастной группе и в этот период, осознаются подростком и глубоко переживаются. Это может усугубить общую неуравновешенность и даже привести к психологическим травмам. Такие переживания могут обостряться в связи с возникновением интереса к другому полу, выпячивающего внимание к собственной внешности.

Начало **полового созревания** знаменует вступление в подростковый период. В это время осуществляется переход от детства к зрелости, сопровождающийся изменениями в психике и познавательной активности.

Гормональные изменения, знаменующие начало половой зрелости, созревание гениталий и морфологические трансформации по-разному протекают у разных индивидов между 10 и 16 годами у девочек и между 12 и 17 годами у мальчиков.

При отсутствии каких-либо признаков сексуальной зрелости у девочек в 14 лет и у мальчиков в 15 можно говорить о задержке полового созревания. Некоторые психологические затруднения могут быть также обусловлены слишком большой разницей между нормой и

индивидуальными изменениями. Слишком раннее созревание у девочек и слишком позднее у мальчиков может сказаться самым отрицательным образом на подростках.

**Когнитивное развитие** подростков характеризуется становлением абстрактно-логического (гипотетико-дедуктивного) мышления, описанного Пиаже. В этом возрасте подростки начинают рассуждать исходя из абстрактных гипотез, а не как в детстве – исходя из непосредственно наблюдаемой ситуации. Они могут систематически проверять свои гипотезы. Однако не все подростки постоянно используют такой способ мышления.

Умение оперировать абстрактными понятиями способствуют развитию общей способности к рассуждениям на основе моральных и идеологических принципов, которые, тем не менее, не всегда претворяются в жизнь.

Подростку приходится привыкать к своему **новому облику в силу происходящих в этом возрасте физиологических изменений**. Его рассуждения о значимости своей внешности для других и самого себя сопровождаются сомнениями и страхами. Он старается одеваться так, чтобы быть похожим на своих сверстников и/или отличаться от них. Так, к примеру, он может следовать общей моде и при этом стремиться к оригинальности.

**Сексуальное созревание** приводит к тому, что подросток начинает искать способы удовлетворения своих сексуальных побуждений и использует различные механизмы защиты от состояния напряженности, возникающего в случае неудовлетворенности его желаний.

Подростковый возраст – это **период серьезных изменений в отношениях с другими людьми**. На

первый план выходят друзья, сверстники, родители же отходят на второй. Первые любовные и сексуальные отношения также вносят изменения в отношения с родителями. **Подросток старается выйти из состояния зависимости от родителей, которых всегда считал всемогущими и способными защитить. Он может внезапно отдалиться от них, целиком посвятив себя своим друзьям. Предназначавшуюся родителям любовь подросток направляет на себя: нарциссизм необходим для развития самооценки.** Развенчание идеальности образов родителей приводит к появлению по отношению к ним агрессивного поведения, которое чередуется с просьбами о защите и предоставлении самостоятельности. Подросток может стремиться стать объектом внимания для своих родителей и начать вести себя регрессивно (отказываться мыться, избирательно питаться и т.д.). Подросток ищет среди друзей «другое Я», тех, с кем он мог бы делить свои трудности, заботы, стремления, идеалы. И таким человеком может стать для подростка человек как одного, так и другого с ним пола. **Подросток идеализирует узкий круг своих друзей, как в детстве идеализировал родителей.** Потребность отождествления себя с другими особенно ярко проявляется в раннем подростковом возрасте. Она вытекает из стремления отождествлять себя с родителями в детстве, особенно с одним из родителей того же пола. В более широких группах сверстников подросток сравнивает себя с другими, выполняя общие действия. С помощью этих же действий подросток может оценить себя, бросив вызов общественным запретам и совершив целый ряд нарушений, отбросив усвоенные в детстве нормы и ценности.

В современном обществе сексуальные отношения между подростками, как правило, допускаются. Поведение родителей при этом иногда бывает неадекватным:

они могут подталкивать подростка к сексуальным отношениям, которых он не желает, или, напротив, постоянно накладывать запреты в тревожных ситуациях, заметив, что ребенок становится слишком сексуально активен.

Эта сексуальная активность обусловлена психологической и социальной незрелостью подростков. Вот почему так важно информировать их о способах контрацепции и предупреждения заболеваний, передаваемых половым путем.

**Таким образом, можно утверждать, что подростки с аддиктивным поведением склонны перекладывать ответственности за свое поведение на ближайшее окружение (экстернальность), однако считают, что неудачи являются следствием их собственной активности.** Такое состояние локуса субъективного контроля имеет негативный оттенок, поскольку фиксация на неудачах повышает уровень личностной тревожности и актуализирует психологические защиты личности. А это в свою очередь способно служить преградой адекватному осмыслению самого себя и собственных действий. По этим параметрам зависимые подростки в большей степени отличаются от своих социально адаптированных сверстников.

*В психотерапии прошли те времена, когда об оценке эффективности разных методов можно было сказать словами из «Алисы в стране чудес»: «...все проигрывают и каждый заслуживает награды». Еще в 70–80-е годы XX века появились серьезные работы с анализом эффективности психотерапевтических методов, когда сравнивалось не простое число преимуществ, а достоверные различия подходов. Наконец, в 1994 году появилась книга ученого из Берна Клауса Граве «Психотерапия в процессе перемен: от конфессии к профессии». Автор тщательно проанализировал буквально все опубликованные научные*

и многие эмпирические исследования результатов психотерапевтических воздействий. Анализ проводился по 10 основным параметрам, таким, например, как глобальная оценка успеха, самочувствие, изменение в личности и способностях, изменения по психофизиологическим параметрам. Невозможно описать результаты всех исследований Граве, пусть даже и в такой узкой области, как оценка эффективности психотерапии при аддикциях. Кратковременный психоанализ и так называемая психоаналитическая психотерапия при аддикциях продемонстрировали неудовлетворительную эффективность. Терапевтические эффекты долговременного психоанализа при лечении зависимостей также можно расценивать как неудовлетворительные. Граве резюмирует: положительной индикации для долговременного психоанализа нет, а контриндикация<sup>40</sup> есть, так как у пациентов с выраженной симптоматикой обнаруживается опасность ятрогенных<sup>41</sup> эффектов.

Хорошие результаты лечения **пищевых аддикций** показали интерперсональные методы (как в индивидуальной, так и в семейно-групповой форме проведения), в частности интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсман. Также уменьшение аддиктивной симптоматики вызвал интерперсонально ориентированный подход Вирджинии Сатир.

Клиент-центрированная психотерапия Роджерса исследовалась в 35 работах хорошего научного качества. Результаты исследований показали, что разговорная психотерапия по Роджерсу уменьшает аддиктивную симптоматику и улучшает общее самочувствие пациентов.

Методы релаксации использовались не только как дополнительные приемы в комплексе с другими, но и как самостоятельные виды лечения. Эффективность аутогенной тренировки оказалась неожиданно небольшой. В большинстве случаев прог्रेसивная релаксация по Джекобсону давала лучший симптоматический эффект.

Арттерапия и музыкотерапия не продемонстрировали достоятельной эффективности как самостоятельные методы, при



использовании же вместе с основной психотерапией результат лечения улучшался.

Отличные результаты продемонстрировали методы когнитивно-поведенческой психотерапии. Притом, и в случае применения к изолированным проблемам (алкоголизм, депрессия, дефицит в социальной сфере), и в случае применения при совокупности запросов. Вывод Граве: методы когнитивной психотерапии и поведенческий тренинг самым лучшим образом показывают себя в случае необходимости усиливать самоконтроль пациентов в ситуациях искушения.

Эффективность гипноза в применении его к аддикциям Граве не исследовалась.

Не исследовались и катамнезы<sup>42</sup> после рациональной психотерапии, а также после эмоционально стрессовой психотерапии, кодирования и прочих распространенных в России директивных методов. Кстати, научных работ хорошего качества на эту тему и сейчас практически нет, и, тем не менее, в журнале «Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» за 1993 год, №3, М.Григорьев утверждает: кодирование в случае применения метода самим автором при условиях наличия предварительной обязательной групповой психотерапии и определенном отборе пациентов приводило к 70% годовых ремиссий<sup>43</sup>.

Таким образом, обоснованная профилактика, взаимопомощь нарколога, психотерапевта, психолога и общественных организаций – вот идеальная и уже вполне осуществимая модель эффективной помощи.

Когда и каким образом представления об аддикции проникли в область подростковой психологии\психиатрии, сейчас даже и не установить, но можно предположить, что этому способствовали такие уважаемые авторы как Ильин Е.П.<sup>44</sup>, Обухов Я.А.<sup>45</sup> и др. **Можно считать, что именно Ильин Е.П. предложил рассматривать аддиктивное поведение подро-**

**стков не как деструктивное, а как форму девиантного поведения.** Самые ранние крупные работы в области аддиктивности у подростков принадлежат представителям Новосибирской школы, «первопроходчицы» в этом направлении *Леонова А. Г. и Бочкарева Н. А.* («Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте»). Кроме того, отметим учебно-методическое пособие под редакцией зав. кафедрой психиатрии НМИ, члена-корреспондента АН ВШ, действительного члена Нью-Йоркской академии наук, д.м.н., профессора Короленко Ц. П. (1998), где автор дает и само, звучавшее выше определение аддиктивного поведения.

Сейчас уже представление об аддиктивном поведении у подростков как о форме девиантного поведения проникло в подростковую психологию и психиатрию.

На самом деле некоторые формы деструктивного поведения подростков действительно могут привести к аддиктивности, к выраженным аддиктивным проявлениям в поведении, но, безусловно, не все и не всегда. Деструктивные формы поведения, основанные на так называемой «подражательности», на тривиальном любопытстве подростков, вполне могут быть ситуативными и не вызвать в последующем никаких проявлений аддиктивности, даже на фоне укоренения деструктивности. В манифестации аддиктивности, как отмечалось многими учеными, в первую очередь имеет значение личностный, преморбидно-конституционный фактор. И, в связи с этим, особенно актуальным становится нахождение взаимосвязей, взаимозависимостей с целью раннего обнаружения патологий, патологических предрасположенностей у подростков.

Также, в особо *упорных* случаях деструктивного поведения у подростков истинное представление об аддиктивности может помочь специалисту в проведении

корректирующих мероприятий, поможет достигнуть положительных результатов в работе с подростком. Психика подростка -образование гибкое, развивающиеся, относительно легко поддающееся коррекции при соблюдении определенных условий, конечно, при решительном, профессиональном и основательном подходе к психокорректирующим мероприятиям. Однако все чаще стало упоминаться о феноменальных, трудных случаях психических отклонений у подростков, и здесь вполне рациональным видится рассмотрение этих случаев с точки зрения аддиктивности.

**Девиантное, отклоняющееся от нормы, поведение у подростков в некой степени является нормой для весьма сложного периода их жизни – взросления, переходного возраста.** И, наверное, только в крайних случаях, особо выделяющихся, следует говорить о девиантности поведения подростка как об отклонениях, серьезных нарушениях. Более того, особый интерес к слабовыраженным девианностям, ситуативным проявлениям со стороны родителей, педагогов и психологов-специалистов может существенно загубить проблему. Это и подобное должно еще раз напомнить нам о хрупкости и нежности психики подростка, об особой осторожности и внимательности, с которой следует к ней относиться.

**Возвращаясь к аддиктивности, следует еще раз сказать, что под аддиктивностью у подростков следует понимать изначальный смысл аддиктивности, а аддиктивное поведение рассматривать только как деструктивное, разрушительное для личности и психики подростка.** Следует также отметить, что ярко выраженная манифестация аддиктивности у подростков, в силу естественных причин явление крайне редкое и требует всякий раз отдельного рассмотрения. Рассматривая, например, такие явления как наркома-

нии, токсимании, алкоголизм, следует отметить, что не всякий случай подобных заболеваний обусловлен аддиктивными первопричинами, приведшими к злоупотреблению. Ситуативное, например, употребление сильнодействующих наркотиков, основанное на естественном любопытстве, приведшее к наркозависимости впоследствии, нельзя рассматривать с точки зрения аддиктивности – в аддиктивных проявлениях всегда присутствует ярко выраженная картина аддиктивной предрасположенности и аддиктивное звено. Общеизвестным является пример почти повального и систематического употребления подростками и в западном мире, да и у нас уже и алкоголя, и легких, растительных наркотиков, и табакокурение, но, однако, к счастью, лишь относительно небольшой процент из них приводит впоследствии к наркоманиям, токсиманиям, алкоголизму у молодых людей. Более того, как отмечалось ранее, **в большинстве случаев подростковой наркомании, алкоголизации, и т.п. следует подозревать именно токсикологические причины заболеваемости, а не какие-либо другие.** И, напротив, в случаях связанных с таким заболеванием как булимия, или иными, основанными на пищевом факторе, скорее всего, следует искать аддиктивные корни. Подростки, страдающие булимией, не редкость, не редкость и случаи феноменального излечения в клинической практике, но всегда следует обращать внимание на подобный эпизод, учитывая свойства аддиктивной личности к трансформациям и замещением аддиктивных реализаций. Иными словами, **обнаружив в анамнезе факт «чудесного исцеления» от булимии или гастрономической психоастении, всегда следует предполагать, что при неблагоприятных стечениях обстоятельств субъект изыщет иные или прежние формы аддиктивных реализаций в попытке купировать неудовлетворительное психиче-**

ское состояние. Вполне может впоследствии пристраститься к алкоголю, наркотикам или чему-либо еще.

Отсюда видно, что аддиктивный эпизод, аддиктивность развивается по своим, особым закономерностям у подростков, но всегда требуется время для разворачивания аддиктивной картины во всей полноте. У взрослых людей могут пройти многие годы на формирование той или иной формы аддиктивности – у подростка форма аддиктивности может исчезнуть, прекратить развитие и полностью купироваться в период окончательного созревания и проявиться только в более зрелом возрасте, при стечении неблагоприятных обстоятельств или не проявиться вообще. Можно привести пример о так называемых «сухих алкоголиках», когда алкоголизм проявляется внезапно, под воздействием психотравмирующих обстоятельств, например, в зрелом или престарелом возрасте у людей, прежде критически относившихся к алкоголю, имевших богатый опыт его употребления в подростковом и юношеском возрасте.

Действительно, когда подросток находит адекватную реализацию своим несостоятельствам, проблема аддиктивного поведения пропадает сама собой, как правило, но может проявиться впоследствии, порой, спустя много лет, под воздействием неблагоприятных обстоятельств. И, напротив, у взрослого человека с уже сформировавшейся психикой обнаруженное аддиктивное поведение не исчезает само собой ни при каких обстоятельствах, а только развивается, стремясь к своей трагической завершенности. **Как невозможно полностью вылечить кого-либо от истерии, так, наверное, невозможно полностью купировать и аддиктивность.** Всегда в этих случаях есть реальная угроза срыва при возникновении неблагоприятных об-

стоятельств. Раз сформировавшаяся картина истеричности или аддиктивности не исчезает уже никогда. Общим и в том и в другом случае является гедонизм, гедонистические установки и мотивации. И аддикт, и истерик получают удовольствие от специфических реализаций и очень быстро формирует порочные связи в бессознательном, и не желает реально избавляться от них, приносящих ему удовлетворение. И для истерика, и для аддикта жизнь без специфических, однажды вкушенных реализаций уже представляется пресной, бесцветной, лишенной всяческого смысла и приятностей. Но в случае с аддиктом всегда можно найти замещение, комплекс замещений его аддиктивной реализации, и при формировании рационального отношения к проблематике, всегда можно надеяться на успешную адаптацию аддикта и долговременный успех.

Как в случае с «сухим алкоголиком», так и в проблематике аддиктивности можно говорить о некоем «сухом аддикте», об изначальной аддиктивной предрасположенности, и, выявляя своевременно ее у подростков, основываясь на относительно легких возможностях купирования в этом возрасте, изыскивая достойные, адекватные, конструктивные методы самореализаций подростка, всегда можно рассчитывать на долговременный эффект. При проведении целенаправленных, разъяснительных, психокорректирующих и воспитательных мероприятий есть все основания надеяться на то, что латентная, конституционно обусловленная аддиктивность никогда не проявит себя в последующей, взрослой жизни подростка.

Резюмируем:

- аддиктивные реализации у подростков категорически ничем не отличаются от таковых у взрослых лю-

дей. В настоящее время представляется возможным выделить следующие основные виды аддиктивных реализаций (по представлению различных авторов):

- 1) употребление алкоголя, никотина;
- 2) употребление веществ, изменяющих психическое состояние, включая наркотики, лекарства, различные яды;
- 3) участие в азартных играх, включая компьютерные;
- 4) сексуальное аддиктивное поведение;
- 5) переедание или голодание;
- 6) «работоголизм»;
- 7) телевизор, длительные прослушивания музыки, главным образом основанной на низкочастотных ритмах;
- 8) политика, религия, сектанство, большой спорт;
- 9) манипулирование со своей психикой;
- 10) нездоровое увлечение литературой в стиле «фэнтэзи», «дамские романы», эзотерической литературой и т.п.

Этот список, конечно, не полный и, естественно, он будет расширяться со временем и с появлением новых видов реализаций. Совсем еще недавно, например, компьютерные игры не рассматривались в этой связи, но с резким прогрессом, с широкой доступностью и высокой технологичностью теперь многими авторами увлечение компьютерными играми выделяется в отдельную область аддиктивных реализаций.

**Совершенно естественно, что не все виды аддиктивного поведения равнозначны по своему значению и последствиям для человека и общества. Этого иногда не понимают, приравнивая, например, увлеченность рок-музыкой или игроманию к наркомании. Здесь имеется общее аддиктивное звено, однако это совершенно разные по**

своему содержанию, развитию и последствиям явления. Наркомания сопровождается интоксикациями, развитием при многих формах физической зависимости, связанной с нарушением обмена, поражением органов и систем. Прослушивание рок-музыки – все-таки процесс психологический и зависимость психологическая, причем значительно более мягкая, чем при наркоманиях.

Здесь же стоит заметить, раз уж мы коснулись возникшей путаницы, что при некоторой внешней схожести проявлений, не стоит также путать девиантные формы поведения с аддиктивным, смешивать их. Например, сильное увлечение подростка компьютером, компьютерными играми совсем нельзя назвать девиантным, это не отклонение, а, скорее, норма для нашего времени. Не нужно заблуждаться, говоря, что всякое сильное увлечение чем-либо «компьютерным» является аддиктивным. Это, конечно, не так, и здесь следует весьма тонко разграничить одно от другого, при всей кажущейся схожести. Конечно, социальные фрустрации, трудности подростков в адаптации в своей, подростковой среде, могут привести и обычного, и аддиктивного подростка к повышенному увлечению компьютером, но, однако, последующее их поведение будет различным. Полученные повышенные знания в результате интенсивного занятия с компьютером обычный подросток станет использовать в интересах укрепления своего положения в возрастной среде. Как это важно для подростка – уважение сверстников – знают все: должное место в своей возрастной среде, порой, важнее для подростка, чем даже взаимоотношения с родными. Компьютерную осведомленность здесь ценят весьма высоко, и достигший высокого уровня подросток обязательно использует это для повышения и укрепления своего социального статуса. Для *подростка-*



*изгой* вместе с увлечением компьютером расширяется и диапазон общения, появляются возможности найти себе товарищей по интересам, укрепить свое положение в их среде. В дальнейшем у такого подростка увлечение вполне может перерасти в серьезный профессиональный выбор, поможет сделать карьеру, еще более социально укрепиться теперь уже во взрослой среде. У аддикта все происходит иначе, для него компьютерные увлечения – это бегство в ирреальный мир, он не использует полученные навыки для укрепления и изменения своего социального статуса, но, найдя отдушину, устанавливает с компьютером аддитивные связи. Если аддикт и общается с кем-либо по интересам, то только затем, чтоб получить информацию, социальная отстраненность становится еще больше, еще глубже. У аддикта нет острой потребности делиться с кем-либо своими достижениями в игровом мире, искать соучастника – компьютер заменяет ему весь окружающий мир.

К аддиктам следует также причислять и так называемых *слеффов* или *сталкеров* – людей, замещающих реальное общение общением виртуальным, по интернету.

В заключение стоит отметить, что аддитивность в подростковой психиатрии \ психологии получила новый импульс к развитию исследовательского и научного базиса. Это неудивительно, если понимать важность проблематики подросткового периода развития индивида. Многими авторами понимается вся серьезность проявляющихся у подростков девиантных, деструктивных, *авитальных*<sup>46</sup> и тому подобных форм поведения. Многими исследователями высказывается озабоченность и настороженность количественным ростом в последнее время в подростковой среде подобных, аномальных, анормальных форм поведения. Хочется надеяться, что аддитивность в подростковой психиатрии \ психологии все-таки вернется в свои изначальные кате-

горизонтальные рамки, так как практическая важность разработки этой проблематики в подростковой несомненна. Весьма интересным представляется обращение в проблематике аддикции со стороны практической психиатрии. **Многими отмечается зависимость в выборе тех или иных форм реализации от конституционального психотипа индивида.** Но, несомненно, всегда требуется отличать участие тех или иных аддитивных проявлений в психопатологических дебютах, как дополнительные, провоцирующие факторы.

***Следует запомнить: социальная дезадаптация, конституциональный психотип, авивитальная активность, слееры, сталкеры, Е.П.Ильин, Я.А.Обухов, катамнез, ремиссия, контриндикация, ятрогенный, экстернальность, К.Граве, декомпенсация.***


### **Вопросы и задания по Главе V**

1. В чем заключается суть отличия подростковых аддикций от взрослых?
2. Как следует рассматривать склонность подростков к аддикциям?
3. Назовите основные причины возникновения у несовершеннолетних потребности в употреблении психотропных веществ.
4. Почему у подростков практически невозможно разграничить ситуационные нарушения поведения и проявления начинающейся аддикции?
5. Какова роль семьи в возникновении нарушений у подростка социальной дезадаптации, аддикции?
6. Подготовьте сообщения о методах эффективной борьбы и профилактики подростковых аддикций и девиантного поведения.

7. Можно ли игроманию и увлечение музыкой приравнять к аддикциям?
8. Подготовьте сообщения о причинах проявления аддикций у подростков.

## Глава VI

### Феномен нехимических аддикций. Патологическая страсть к азартным играм



В последнее десятилетие активно изучается феномен нехимических (**поведенческих**) аддикций. К настоящему времени создано множество **классификаций** видов аддикций, в основу которых положены самые разные объекты зависимости. Например, следующая классификация поведенческих аддикций: **гэмблинг, эротические аддикции, «социально приемлемые» аддикции (трудоголизм, спортивные аддикции или аддикции упражнений, аддикции отношений, траты денег, религиозная аддикция или фанатизм), технологические аддикции (интернет-, гаджет-аддикции и т.п.), пищевые аддикции.** Особый интерес в данной классификации представляет выделение группы *«социально приемлемых»* поведенческих аддикций, возникающих в определенных культурных, исторических, социальных условиях.

Классификации пополняются все новыми видами аддиктивного поведения, что позволяет предположить, что **объектом поведенческой зависимости при определенных условиях может стать практически любая деятельность человека.** Выходит, что нехимические зависимости покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни, жизнедеятельности.

Определения аддикций, хотя и различаются терминологически в зависимости от научной ориентации исследователей, описывают общую психологическую реальность. Так, можно определить аддикцию **как**

компульсивно побуждаемую активность, характеризующуюся интенсивностью и неослабевающим упорством, относительной потерей автономии Эго (включая способность реагировать на факторы реальности и функции заботы о себе).

Ряд ученых понимают под аддикцией любое сверхценное увлечение, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим вектором поведения человека, оттесняющим или блокирующим другие деятельности.

Как мы говорили выше, ученые рассматривают фанатизм во всех его проявлениях (религиозный, политический, спортивный, национальный) как одну из форм аддиктивного поведения. Некоторые исследователи включают в число нехимических аддикций **клептоманию**<sup>47</sup> и **трихотилломанию**<sup>48</sup>, которые, возможно, все же являются расстройствами влечений, а не болезнями аддикции.

Зарубежными исследователями предложены следующие *критерии для диагностики* поведенческих (нехимических) зависимостей:

1. Побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (= тяга).
2. Нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена.
3. Завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение.
4. Повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (= симптомы абстиненции).
5. Внешние проявления уникальны для данного синдрома аддикции.
6. Последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска).
7. Гедонистичекый оттенок на ранних стадиях аддикции.

Нехимические аддикции часто сочетаются с другой психической патологией: аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами<sup>49</sup>, расстройствами личности, неврозами и химическими зависимостями.



*Что наша жизнь? Игра...*

Коморбидность невротических расстройств и нехимических аддикций, скорее всего, определяется тремя основными вариантами: невроз, манифестировавший на фоне ранее сформировавшейся аддиктивной зависимости (при наличии дополнительных патогенетических моментов, каким, например, является психотравма); длительное невротическое состояние, обусловившее своеобразный механизм психологической защиты в виде формирования аддиктивного поведения; невротические и аддиктивные расстройства, развиваю-

**щиеся и протекающие параллельно, относительно изолированно друг от друга, но имеющие общие черты и признаки.**

Рассмотрим различные варианты нехимических аддикций.

### **Азартные игры (гэмблинг, лудомания)**

В связи с распространенностью, социальными и медицинскими последствиями большое внимание привлекает к себе патологическое влечение к азартным играм (патологический гэмблинг – от англ. слова Gamble – рискованное предприятие, азартная игра). Вместе с тем ему принадлежит одно из видных мест в изучаемой концепции болезней зависимого поведения.

Значимость этой проблемы подтверждается следующим:

- поражение лиц молодого возраста;
- быстрая десоциализация этих людей, влекущая значительный прямой и косвенный экономический ущерб для каждого из них, их семей и общества в целом;
- высокая общественная опасность этого расстройства – криминализация и виктимизация<sup>50</sup> больных;
- наличие большого отряда коморбидных расстройств и коморбидных лиц;
- отсутствие единого понимания природы, психопатологии, клинической динамики, подходов к терапии и профилактике данного расстройства.

Азартные игры возникли, скорее всего, на заре человечества. В самых различных формах они существовали во многих обществах и культурах. Присущее человеку желание испытать сильные ощущения, эмоциональный всплеск, а также ставка на «вероятность» делает азартные игры актуальными и успешными всегда и везде. Их связь с макро- и микросоциальными

процессами, особенностями социально-психологической, экономической и медицинской ситуации в России привлекают особое внимание к проблеме в нашей стране. Длительный кризис, приведший к резкой экономической поляризации населения, в том числе молодого, подчеркнутость нажитых часто криминальным путем богатств, привели к потере установки на познавательные, интеллектуальные, этические, эстетические и прочие высшие мотивации и к возникновению культа силы, власти и денег, причем последнее в сознании многих может и должно достигаться легким способом...

В условиях беспрецедентно агрессивного внедрения в повседневный быт игровых технологий, включая казино (что еще когда-то было экзотикой для России) и салоны игровых автоматов, особенно популярных в среде подростков, в XXI веке произошел резкий скачок числа лиц с неконтролируемым влечением к азартным играм.

**Обнаружено, что число людей, обращающихся к врачу с такими жалобами, значительно меньше их реального количества, что связано с недостаточной информированностью населения о существовании этого расстройства, фактическим отсутствием медицинских учреждений и специалистов, занимающихся изучением и лечением патологического гэмблинга.**

Гэмблинг (патологическая склонность к азартным играм) заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этой сфере.

В последнее время, как мы уже сказали, проблема азартных игр приобрела исключительно важное значе-



ние в связи с повсеместным распространением денежных игровых автоматов, открытием множества казино (несмотря на запрещения, переносы и прочие запретительные меры...). Все они красиво оформлены, что способствует усилению суггестивного эффекта возможности легкого выигрыша за короткое время. Игровые автоматы давно распространены во всем мире («однорукие бандиты»).

Еще в 1970-х годах XX столетия в Англии возникла проблема низкой посещаемости кинотеатров, вплоть до необходимости их закрытия – причина – возрастающая популярность залов игровых автоматов.

В США количество «проблемных гэмблеров» – аддиктивных игроков, настолько зависимых от игровых автоматов, что их жизнь оказывается полностью подчиненной этой страсти – достигает 5% населения.

Данные других исследований свидетельствуют о том, что только за начало 2000-х годов число проблемных гэмблеров выросло в Канаде более чем на 75%.

В связи с этим многие зарубежные исследователи считают азартные игры серьезной **социальной проблемой**, представляющей угрозу для части населения. И это усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем, и игра рассматривается как приятное времяпрепровождение. На основе этого механизма постепенно наступает втягивание и развивается зависимость. Вместе с тем, в литературе до сих пор не утихают споры: является ли гэмблинг аддикцией или, в большей степени, одной из форм обсессивно-компульсивного расстройства.

Российские ученые выделяют ряд признаков, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного поведения. К ним относятся:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание и воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции<sup>51</sup> у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.

5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление к все более высокому риску.

6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.

7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) гэмблинг возобновляется.

*В американской классификации психических расстройств – DSM-IV диагноз патологического гэмблинга ставится при наличии пяти и более пунктов из раздела А и пункта раздела Б.*

## **А.**

1. Поглощен гэмблингом, например, постоянно возвращается в мыслях к прошлому опыту гэмблинга, намеренно отказывается от гэмблинга или, наоборот, предвкушает и готовится к реализации очередной возможности гэмблинга, или обдумывает способ достать денежные средства для этого.

2. Продолжает игру при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.

3. Предпринимал неоднократные, но безуспешные попытки контролировать свое пристрастие к гэмблингу, играть меньше или совсем прекратить.

4. Проявляет беспокойство и раздражительность при попытке играть меньше или совсем отказаться от гэмблинга.

5. Ищет, чтобы уйти от проблем или снять дисфорию (в частности, чувство беспомощности, вины, тревогу, депрессию).

6. Возвращается к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).

7. Лжет семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гэмблинг.

8. Совершал криминальные действия – такие, как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гэмблинга.

9. Ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.

10. В ситуации отсутствия денег из-за гэмблинга перекладывает решение проблем на других людей.

## **Б.**

- Первое поведение не связано с маниакальным эпизодом.

Говоря о психологических особенностях проблемных гэмблеров, большинство исследователей указывает на потерю контроля за собственным поведением,

причем это касается всех вариантов гэмблинга – от игры на тотализаторе до игровых автоматов.

Австралийские исследователи А. Бласцински и Л. Науэр (Blaszczyński, Nower), подчеркивая неоднородность аддиктов, выделяют три подгруппы проблемных гэмблеров:

1. с нарушением поведения;
2. эмоционально неустойчивые;
3. антисоциальные гэмблеры, склонные к импульсивным поступкам.

Хотя болезненная страсть к азартным играм чаще наблюдается у мужчин, у женщин эта аддикция принимает более тяжелые формы. Женщины втягиваются в опасное увлечение в три раза быстрее и тяжелее поддаются психотерапии. В отличие от мужчин, женщины поддаются под зависимость от азартных игр в более зрелом возрасте и по другим причинам. Наиболее распространенная из них – личные проблемы, от которых они пытаются уйти в игру. Наиболее часто это происходит в возрасте от 21 до 55 лет, и в 1–4 % случаев страсть принимает такие формы, при которых необходима помощь психиатра. Каждый третий патологический игрок – это женщина. Так, в недавнем сравнительном исследовании 70 проблемных гэмблеров-мужчин и 70 гэмблеров-женщин показало более прогрессивное развитие<sup>52</sup> аддикции у женщин по стадиям: социальный гэмблинг; интенсивный гэмблинг; проблемный гэмблинг. **Половые различия между мужчинами и женщинами заключались также в том, что гэмблингу у женщин чаще сопутствовало депрессивное расстройство, а у мужчин – алкоголизм.**

Следует отметить, что лица, участвующие в игре, сравнительно часто злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами, то есть **включают**

**ся в комбинированные формы аддиктивного поведения.** Для «игроков» типичны трудности межличностных отношений, частые разводы, нарушение трудовой дисциплины, частая смена работы.

Существуют факторы, предрасполагающие к гэмблингу:

- неправильное воспитание в семье;
- участие в играх родителей, знакомых;
- стремление к игре с детства (домино, карты, монополия и т. д.);
- вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях;
- зависть к более богатым родственникам и знакомым;
- убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег. Американский исследователь А.Пастернак (Pasternak) в качестве факторов риска выделяет **принадлежность к национальному меньшинству, отсутствие семейного статуса, депрессию, а также различные варианты химической аддикции.**

*В случаях участия в азартных играх бывает довольно трудно определить начало становления аддиктивного процесса, так как аддикция развивается постепенно, исподволь и к ней полностью отсутствует критическое отношение.*

*В настоящее время можно выделить некоторые предрасполагающие факторы, создающие повышенный риск развития этой формы аддиктивного поведения. К ним относятся неправильное воспитание в семье, включая его различные варианты: недостаточную опеку, непостоянство и не прогнозируемость отношений, чрезмерную требовательность, сочетаемую с жестокостью, установки на престижность. Большое значение имеют участие в играх родителей, знакомых, частые игры в домашней обстановке на глазах у ребенка или подростка. Имеются данные о*

том, что благоприятную почву для развития игровой аддикции создает вещизм, переоценка значения материальных благ, фиксирование внимания в семье на финансовых возможностях и затруднениях, зависть к более богатым родственникам или знакомым, убеждение в том, что все проблемы в жизни связаны только с отсутствием денег.

Венгерский психоаналитик Ш.Ференци выдвинул другое объяснение, которое получило название **«гипотеза инфантильного всемогущества»**. Ференци считал, что совсем маленький ребенок не догадывается о своей беспомощности. Лежа в кроватке, он управляет поведением взрослых, повелевая кормить, переодевать и развлекать маленького тирана. Со временем, когда ребенок учится ходить, падает и ушибается, иллюзия всемогущества начинает рассеиваться. Большинство из нас теряет чувство всемогущества к детсадовскому возрасту. Но время от времени оно вновь оживает – например, во время игры, когда игрок впадает в иллюзию, будто он может угадать номера, которые должны выпасть. Каждому, кто когда-нибудь играл в казино или на бирже, знакомо это чувство абсолютной уверенности в успехе, которое является отголоском инфантильного всемогущества.

Помимо этого, явно психоаналитического, существуют и другие объяснения поведения игроков. **Страсть к игре связывают, например, со склонностью к риску или потребностью в острых ощущениях. Социологические исследования показывают, что в азартные игры чаще всего играют люди двух типов. Большая их часть имеет очень спокойные и даже скучные профессии (бухгалтер, библиотекарь, ветеринар), а остальные заняты профессиональной деятельностью, связанной с высоким риском (полицейские, биржевые маклеры, хирурги). Первые делают это из-за нехватки острых ощущений в повседневной жизни, а у вторых склонность к риску является, по-видимому, устойчивой чертой характера.**

Ряд психологов и психиатров выделяют три стадии развития гэмблинга: **стадию выигрышей, стадию проигрышей и стадию разочарования.**

**Стадия выигрышей** представлена следующими признаками: случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, более частые случаи игры, увеличение размера ставок, фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

Для **стадии проигрышей** характерны: игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности – раздражительность, утомляемость, необщительность, тяжелая эмоциональная обстановка дома, одалживание денег на игру, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть.

Признаками **стадии разочарования** являются: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставок, удаление от семьи и друзей, угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, незаконные действия, безнадежность, суицидальные мысли и попытки, арест, развод, злоупотребление алкоголем, эмоциональные нарушения, уход в себя.

Российские ученые описали развитие фаз и поведение пациентов, составляющих так называемый **игровой цикл**, понимание которого важно для формирования психотерапевтических задач при работе с проблемными гэмблерами:

- **фаза воздержания** – характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, давления микро-социального окружения, подавленности, вызванной очередной игровой неудачей;

- **фаза «автоматических фантазий»** – учащаются спонтанные фантазии об игре. Гэмблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов;

- **фаза нарастания эмоционального напряжения** – в зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное настроение, либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками;

- **фаза принятия решения играть** – решение приходит двумя путями. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гэмблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант – решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания;

- **фаза вытеснения принятого решения** – интенсивность осознаваемого больным желания играть уменьшается, и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гэмблера. Сочетание



этих условий приводит к тому, что пациент без осознанного риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т. д.);

- **фаза реализации принятого решения** – для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гэмблеры описывают это состояние как «транс», «становишься как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отменяются иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Особое внимание сегодня уделяется так называемым «ошибкам мышления», которые формируют иррациональные установки гэмблеров. Ошибки мышления бывают **стратегическими, обуславливающими общее положительное отношение к своей зависимости, и тактическими, которые запускают и поддерживают механизм «игрового транса».**

К **стратегическим ошибкам мышления** относятся следующие внутренние убеждения:

- *Деньги решают все, в том числе проблемы эмоций и отношений с людьми.*
- *Неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой.*
- *Замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.*

К **тактическим ошибкам мышления** относятся:

- *Вера в выигрышный – фартовый день.*

- *Установка на то, что обязательно должен наступить переломный момент в игре.*
- *Представление о том, что возможно вернуть долги только с помощью игры, то есть отыграть.*
- *Эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче себе самому слова никогда не играть.*
- *Убеждение о том, что удастся играть только на часть денег.*
- *Восприятие денег во время игры как фишек или цифр на дисплее.*
- *Представление о ставках как о сделках.*

В связи с повсеместным распространением игровых автоматов и отсутствием контроля, в частности, возрастного, в игровых залах России среди населения практически во всех возрастных группах шла своеобразная гэмблинг-эпидемия. Подростки не оказались в стороне от нее,

Исследование особенностей гэмблинга среди подростковой популяции в 10000 человек в возрасте от 12 до 13 лет из 114 школ в Англии и Уэльсе (2000 г.) показало, что подростки играют практически в те же игры, что и взрослые. Вместе с тем подростки предпочитают игровые автоматы (fruit machines, которые стояли и, к сожалению, еще стоят в игорных залах России), а также билеты различных лотерей. По данным австралийских исследователей, более 5% подростков могут быть отнесены к проблемным гэмблерам.

В результате исследований стало возможным установить и критерии диагноза, звучащего как «Патологическое влечение к азартным играм». К этим критериям относятся:

- **повторные эпизоды азартных игр в течение одного года;**
- **возобновление этих эпизодов, несмотря на отсутствие материальной выгоды, нарушения социальной и профессиональной адаптации;**

- невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием;
- постоянная фиксация мыслей на азартной игре и все, что с ней связано.

Во всех случаях болезнь начинается в молодом возрасте (до 20 лет), по типу «оперантного научения», часто имеет место сочетание с элементами **реактивного импринтинга**<sup>53</sup>. На доклиническом этапе, по мере повторных игр, как бы накапливался опыт игрового поведения и формируется определенная предпочтительность игр. Все обследованные пациенты, говоря об **азарте**, определяют его как сочетание чувства риска, опасности и желанья выигрыша (денег на халяву), не прилагая к этому старания. **При реализации желаемого возникает иллюзорно-компенсаторное восприятие действительности, что делает ее привлекательной, приводит к увеличению частоты и продолжительности игровых эксцессов.** Длительность этой стадии составила от 2 до 5 лет. На клиническом этапе клиника достигла своей структурной завершенности и приобрела сходство с «**большим наркоманическим синдромом**».

С этого момента влечение к азартным играм становится непреодолимым, появляются первые признаки дезадаптации личности. **Синдром зависимости** представлен вначале обсессивным, затем обсессивно-компульсивным влечением. Выявляется психический комфорт в ситуации игры и психический дискомфорт вне нее. Гэмблер комфортно чувствует себя, в отличие от здоровых людей, только в ситуации игры. При этом процесс игры приобретает психотропный эффект и способствует изменению актуального психического состояния со знака минус на знак плюс. Одновременное прекращение игры в силу непреодолимого препятствия вводит пациента в состояние психического дискомфорта. Именно это в совокупности с обсессивным влечением формирует психическую зависимость от азартных игр и делает потребность в игре непреодолимой, а поведение принудительным.

Дополнительными провоцирующими ситуационными факторами являются посещения мест реализации аномального влечения (казино, салоны игровых автоматов, ночные клубы и т.д., в т.ч. и обилие соответствующей рекламы в общественных местах), встреча с лицами, участвовавшими ранее в игровых эпизодах, разговоры на тему игр, возможности легкого выигрыша.

Второй составляющей **синдрома психофизической зависимости** является синдром физической зависимости. Физическое влечение приходит на смену obsessивному и проявляется непреодолимым стремлением к процессу игры, причем по степени выраженности оно достигает уровня витальных влечений и даже подавляет их, т.е. блокируется потребность в пище, сне, нормативной сексуальности. При этом исчезает борьба мотивов, происходит полное поглощение сознания пациента игровой ситуацией. Во всех изученных случаях имело место внутриэксцессное компульсивное влечение к игре, которое по силе своей выраженности превышало внеэпизодное компульсивное влечение. Все пациенты отмечают, что остановиться в случае проигрыша гораздо труднее, чем в случае выигрыша. **Вне патологической ситуации при сохранении компульсивного влечения возникало состояние общего соматического неблагополучия, тягостное психоэмоциональное состояние. Об абстиненции можно говорить в случае непредвиденного вынужденного прекращения игры. Об этом свидетельствует более выраженный соматический дискомфорт – сердцебиение, боли в области сердца, колебания артериального давления, головная боль, отсутствие аппетита, бессонница. Психическое состояние становится еще более тягостным, появляется мрачность, чувство вины, опустошенность, досада, снижение настроения, раздражительность. Физический комфорт в состоянии реализации влечения возвращает нормальное соматическое состояние, восстанавливается чувство**

*бодрости, активности, достаточная игровая работоспособность. Состояние после реализации обсессивно-компульсивного влечения в случае проигрыша либо выигрыша разнится полюсом аффективной окраски, не отличаясь кардинально в описании физического самочувствия.*

*Синдром измененной реактивности проявляется ростом толерантности – увеличением продолжительности и кратности игровых эксцессов, изменением форм исполнения – переход от случайных эпизодов к периодическим или систематическим, окончательное формирование предпочтительности игр. По аналогии с изменением форм опьянения можно говорить о выходе на первый план релаксирующего, стабилизирующего и тонизирующего компонента психотропного эффекта.*

*На более поздних этапах происходит заострение и деформация личностных черт, вплоть до их оскудения, нарастание психосоциальной дезадаптации, которая проявляется финансовой несостоятельностью, криминальными действиями, снижением профессиональной продуктивности, конфликтами в семье, ее распадом. Сужается круг интересов, прекращается рост личности, кругозор ограничивается играми и всем, что с ними связано.*

Рассматривая социальные детерминанты, способствующие возникновению подросткового гэмблинга, практики указывают на факт гэмблинга среди родителей, а также положительное отношение к игре в семье. Говоря о факторах, препятствующих подростковому гэмблингу, исследователи отмечают воспитание в семье таких качеств, как умение сохранять свои деньги, составлять и поддерживать бюджет.


**Следует запомнить:** *«социально приемлемые» поведенческие аддикции, kleптомания, трихотиломания, гедонистичекий оттенок, синдром измененной реактивности, обсессивно-компульсивное влечение, синдром психофизической зависимости, реактивный импринтинг, стратегические ошибки мышления, тактические ошибки мышления, стадия выигрышей, стадия проигрышей, стадия разочарования, прогредиентное развитие, виктимизация, десоциализация, «гипотеза инфантильного всемогущества», абстиненция, коморбидность.*

### Вопросы и задания по Главе VI

1. Расскажите о классификациях нехимических (поведенческих) аддикций.
2. Что такое социально приемлемые аддикции?
3. Расскажите о критериях для диагностики поведенческих (нехимических) зависимостей.
4. Как определяется коморбидность невротических расстройств и нехимических аддикций?
5. Расскажите о признаках, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного поведения.
6. Когда (при каких условиях) ставится *диагноз патологического гэмблинга в США?*
7. Подготовьте сообщения о гендерных и возрастных проблемах гэмблинга.
8. Дайте общее представление о стадиях развития и фазах гэмблинга.
9. Что такое стратегические и тактические ошибки мышления?
10. Расскажите о ходе и симптоматике протекания заболевания, диагностируемого как «патологическое влечение к азартным играм».

## Глава VII

### Любовные (эротические) аддикции и аддикции избегания



Существуют три вида аддикций отношений – любовные, сексуальные и избегания, которые соприкасаются друг с другом. У них общие предпосылки возникновения: проблемы с самооценкой, неспособность любить себя, трудности в установлении функциональных границ между собой и другими. Поскольку такие лица не могут установить границы своего Я, то у них отсутствует способность к реальной оценке окружающих. Для этих людей существуют и проблемы контроля – они позволяют контролировать себя или пытаются контролировать других.

Кроме того, характерны навязчивость в поведении, в эмоциях, тревожность, неуверенность в себе, импульсивность действий и поступков, проблемы с духовностью, трудность в выражении интимных чувств.

Аддикты отношений могут создавать группы «по интересам». Нередко это однополая компания, члены которой часто ходят друг к другу в гости, подолгу разговаривают по телефону – «не могут жить друг без друга». Такие же группы создаются в рабочих коллективах, и тогда на работу ходят ради такого рода общения, часто собирают застолья по различным поводам с постепенным развитием алкогольной зависимости.

**Любовная аддикция** – это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Такие отношения, как правило, возникают между двумя аддиктами; они даже получили название *соаддиктивных*, или *совзисимых*.

**Наиболее характерные соаддиктивные отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. При таких отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность, как в положительном, так и в отрицательном отношении. В принципе, созависимые отношения могут возникнуть между родителем и ребенком, мужем и женой, друзьями, профессионалом и клиентом и т.д.**



### *Любовная аддикция?*

Идея о том, что любовные отношения могут носить аддиктивный характер, была высказана в 80-е годы XX века. **Термин «любовная аддикция» может быть применим к лицам, которые навязчиво добиваются восстановления прежнего, доставляющего удовольствия уровня отношений с бывшим объектом любви.** Дисфункциональные эмоциональные состояния, такие как недоверие, чувство отклонения, потеря себя, укоренившийся гнев, чувства неудачи, потери и



масса других отрицательных эмоций и саморазрушающих моделей поведения возникают в эмоционально раненом любовном аддикте.

Признаки **любовных аддикций**, описанные российскими учеными, заключаются в следующем:

1. **Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция.** Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться.

2. **Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.**

3. **Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений.** Это распространяется и на отношение к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в центре которых стоит страх, который он старается подавить. Страх часто находится на уровне подсознания. Страх, который присутствует на уровне сознания, – это страх быть покинутым. Своим поведением аддикт стремится избежать покинутости. Но на подсознательном уровне представлен страх интимности. Из-за этого аддикт не в состоянии перенести «здоровую» близость. Он боится оказаться в ситуации, где придется быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание ведет аддикта в ловушку, в которой он подсознательно выбирает себе партнера, который не может быть интимным. По-видимому, это связано с тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

**Итак, любовная зависимость** – это аддикция, сформированная на базе межличностных отношений. Термин аддикция, конечно, на первый взгляд, более применим к алкоголю, наркотикам, азартным играм, однако **любовная аддикция принадлежит к тем же универсальным процессам развития зависимостей, и является в итоге саморазрушающим поведением, а в отличие от алкоголя и наркотиков, еще и поведением, разрушающим партнера, в случае же взаимной зависимости – обоюдно разрушающим поведением.** В этом случае, то, что зависимый человек называет *любовь* – бесплодные, застывшие и зависимые отношения с другим человеком, выполняющего роль объекта обеспечения потребности в обретении уверенности и спокойствия, а иллюзия любви – вторична. Здесь **любовь – это всегда удовлетворение неизбежного желания самоутвердиться. То есть любовь, главным образом, посвящена самому любящему, а не предмету любви, что бы он при этом ни декларировал.** Человек идеализирует свою личность, сливаясь с другим человеком, пытаясь найти свое второе «я», так как собственное «я» слишком слабое и травмированное.

Крайняя недостаточность интереса любовников друг к другу опровергает романтическое представление об аддиктивной любви как о некоей сильной страсти. **Интенсивность чувства исходит из отчаяния, а не из желания лучше узнать друг друга. Два человека срastaются до такой степени, что ни один из них не чувствует себя целым человеком, будучи один.** Они не могут расстаться, даже если контакт перерастает в конфликт. Любовный партнер должен быть здесь, чтобы удовлетворять глубокую, болезненную потребность в нем, иначе аддикт начинает чувствовать боль отнятия. Его эмоциональная безопасность на-

столько зависит от другого, вокруг которого он организовал всю свою жизнь, что быть лишенным партнера – невыносимый удар для системы его существования. Аддиктивная природа подобных отношений становится очевидной, когда они заканчиваются внезапным и полным разрывом. Поскольку отношения были для человека единственным существенным контактом с жизнью, их удаление неизбежно ввергает его в состояние **мучительной дезориентации**. Из-за тотальности предшествующего влечения, его окончание должно быть весьма бурным. Таким образом, для двух людей, которые были самыми близкими в жизни, становится возможным вдруг переключиться и возненавидеть друг друга. Эксплуатация, пропитывающая все их отношения, просто становится более открытой, когда происходит разрыв. В этом случае двое бывших любовников меняют свое эмоциональное отношение настолько, что, возможно, будут стараться повредить друг другу.

Другой характерной особенностью любовной зависимости является **ненасытность потребности в любви**. Основными формами ее выражения являются **ревность и требование абсолютной, безусловной любви**. Невротическая ревность, в отличие от ревности здорового человека, которая может быть адекватной реакцией на опасность потери чьей-то любви, совершенно несоизмерима опасности. Она диктуется постоянным страхом утратить обладание этим человеком – вследствие этого любой другой интерес, который может быть у данного человека, представляет потенциальную опасность.

*Несоизмеренная по поводу ревность часто рассматривается как результат детских приступов ревности, когда имело место соперничество между детьми или особое расположение к сиблингу<sup>54</sup> одного или обоих родителей. Другой вариацией может быть ощущение ребенка себя третьим лишним, исключенным из ро-*

*дательской пары. Также велик фактор наличия в детстве отстраненного или незмоционального отца (матери) в противовес слишком близкого другого родителя. Такой печальный опыт также бессознательно воспроизводится во взрослых отношениях.*

Еще одна вариация любовной зависимости заключается в следующем: Так как любовь другого человека – жизненно важный фактор, то отсюда следует, что зависимый человек будет платить за нее любую цену, большей частью не осознавая этого. Наиболее частой платой за любовь является **позиция покорности и эмоциональной зависимости**. Покорность может выражаться в том, что человек не будет осмеливаться высказывать несогласие с взглядами и действиями другого человека или критиковать его, демонстрируя только полнейшую преданность, восхищение и послушание. **Подчинение может доходить до того, что человек будет вытеснять не только агрессивные побуждения, но также все тенденции к самоутверждению, будет позволять издеваться над собой и приносить любую жертву, какой бы пагубной она ни была.** Например, его самоотречение может проявляться в желании заболеть сахарным диабетом, потому что тот человек, чьей любви он жаждет, занят исследованиями в этой области. Таким образом, обладая данной болезнью, он, возможно, мог бы завоевать интерес этого человека. **Родственна этой позиции подчинения и неразрывно переплетена с ней та эмоциональная зависимость, которая возникает в результате невротической потребности человека уцепиться за кого-то, дающего надежду на защиту. Такая зависимость не только может причинять бесконечные страдания, но даже быть исключительно пагубной.** Например, встречаются отношения, в которых человек становится беспомощно зависимым от

другого, несмотря на то, что он полностью осознает, что данное отношение является несостоятельным. У него такое чувство, словно весь мир разлетится на куски, если он не получит доброго слова или улыбки. Его может охватить тревога во время ожидания телефонного звонка или чувство покинутости, если человек, в котором он так нуждается, не может увидеться с ним. Но он не в состоянии порвать эту зависимость...

**Любовная зависимость тормозит личностный рост, а зачастую заставляет деградировать и самого зависимого, и партнера.**

Установив, что же является аддикцией в любовных отношениях, можно очертить противоположный идеал в любви.

Любовные отношения утверждаются на основе психологической целостности и чувстве безопасности вступающих в них людей. Партнеров может страстно влечь друг к другу, но они понимают, что существуют аспекты, когда попытки оказать давление или чрезмерная интенсивность вредят тому, чего они желают, принимая потребность другого в уединении, разность точек зрения и вкусов. Они понимают, что принуждение к определенным решениям или декларациям неразумно и крайне саморазрушительно.

Побуждение к исследованию – жизненный инстинкт таких людей: они были «растущими существами» до своей встречи и приступают к объединению в качестве позитивного выбора продолжения роста вместе с другим (но не исключительно) человеком. Любovníки подходят к самым отношениям как к возможности для роста. Каждый из партнеров хочет и сам стать лучшим человеком, и чтобы другой стал лучше. Это чувство уверенности в себе и в своих отношениях трудно достижимо и может встретиться в очень редких случаях, и **легче, как это ни грустно,**

найти примеры аддикции, чем самоосуществления в любви.

А теперь признаки *аддикции избегания*:

1. **Уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком (любовным аддиктом).** Аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Он стремится придать отношениям с любовным аддиктом «тлеющий» характер. Налицо амбивалентность отношений с любовным аддиктом – они важны, но он их избегает, не раскрывает себя в этих отношениях.

2. **Стремление к избеганию интимного контакта с использованием техник психологического дистанцирования.** На уровне сознания у аддикта избегания находится страх интимности. Аддикт избегания боится, что при вступлении в интимные отношения он потеряет свободу, окажется под контролем. На подсознательном уровне – это страх покинутости. Он приводит к желанию восстановить отношения, но держать их на дистантном уровне.

Процесс аддикции позволяет выделить в нем несколько этапов:

1. **Период, при котором интенсивные эмоциональные переживания будут иметь положительный знак.** Этап знакомства аддиктов: аддикт избегания производит впечатление на любовного аддикта.

2. **Развитие фантазирования.** Происходит связь ранее имевшихся фантазий с реальным объектом, что несет радость и чувство освобождения от неприятных ощущений жизни как неинтересной и серой. Любовный аддикт на пике фантазирования проявляет все большую требовательность к партнеру, что способствует уходу аддикта избегания от этих отношений.

**3. Развитие осознания того, что в отношениях не все в порядке. На каком-то этапе любовному аддикту приходится признать, что его покидают. Появляются явления отнятия, для которых характерны депрессия, дистимия и безразличие. Начинается анализ произошедшего с целью вернуть все назад. Отношения разрушаются, но в будущем могут быть восстановлены либо с прежним, либо с другим партнером.**

В отношениях аддиктов отсутствуют здоровые разграничения, без которых невозможны интимность между партнерами, признание права на собственную жизнь. Это приводит к тому, что они обвиняют друг друга в нечестности, используют сарказм, преувеличения и оскорбления.

**Вместе с тем любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу вследствие «знакомых» психологических черт.** Несмотря на то, что черты, привлекающие у другого, могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, они привычны с детства и напоминают ситуацию переживаний детства. Возникает влечение к знакомому. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются неаддиктами. Они кажутся им скучными, непривлекательными – они не знают, как себя с ними вести.

Существуют **факторы, способствующие влечению любовных аддиктов к аддиктам избегания:**

- привлекательность того, что знакомо;
- привлекательность ситуации, содержащей в себе надежду на то, что «раны детства» могут быть излечены на новом уровне;
- привлекательность возможности реализации фантазий, созданных в детстве.

Если говорить о **сексуальных аддикциях**, то они относятся к **скрытым, замаскированным аддикциям.**

Это связано с социальными табу на обсуждение данной тематики. **Чем больше закрыта, табуирована эта тематика, тем меньше выявляется аддикций.** Таким образом, сексуальные аддикции всегда должны рассматриваться в транскультуральном плане. Американские ученые еще в 90-х годах прошлого века сообщили, что сексуальной аддикции подвержены от 3 до 6% населения США. В более поздних исследованиях приводится цифра в 20 миллионов человек (2002).

Сибирские психологи подразделяют сексуальные аддикции на **ранние**, которые начинают формироваться очень в юном возрасте на фоне общего аддиктивного процесса, и **поздние**, пришедшие на смену другой формы аддиктивного поведения.

Признаками сексуальной аддикции являются:

1. **повторяющаяся потеря контроля над своим сексуальным поведением;**
2. **продолжение такого сексуального поведения, несмотря на вредные последствия.**

Теоретическая модель сексуальной аддикции включает в себя три компонента:

- **нарушение регуляции аффекта;**
- **нарушение тормозного контроля за сексуальным поведением;**
- **нарушение функционирования мотивационной системы награды.**

В генезе сексуальных аддикций большое значение имеет ранняя сексуальная травматизация в детстве: от прямого инцеста до закладки у ребенка убеждений, что он представляет интерес только как сексуальный объект. В такой ситуации формируется комплекс неполноценности, изоляция, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и сверхценное отношение к сексу.



**Большое значение имеет формирование системы верований и убеждений.** Согласно этой системе любой аддикт относится к себе изначально плохо. Он не верит, что окружающие могут хорошо к нему относиться. У него появляется убежденность, что секс – это единственная сфера, в которой он может проявить свою самостоятельность. Секс – единственное средство, которое может сделать изоляцию аддикта переносимой.

**Как показали исследования, у сексуальных аддиктов выше уровень тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивных проявлений, а также интерперсональной сенситивности. У сексуальных аддиктов встречается достаточно высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, такими как злоупотребление психоактивными веществами, тревожные и аффективные расстройства.** Часто сексуальная аддикция у женщин сочетается с ранним алкоголизмом, когда мотивом и алкоголизации, и промискуитета<sup>55</sup> был поиск новых ощущений. Сексуальная аддикция сосуществует и с различными формами наркоманий и может являться причиной рецидива химической зависимости. Установлено, что 70% кокаиновых наркоманов, проходивших амбулаторное лечение, одновременно являлись и сексуальными аддиктами. Не так давно американскими исследователями было показано, что 3/4 мужчин с амфетаминовой наркоманией и больше половины мужчин-кокаинистов отмечают, что под действием наркотиков их сексуальная активность становится «извращенной» или «ненормальной», а их сексуальные фантазии являются своеобразным триггером для употребления наркотиков. Сравнивая компульсивную сексуальную активность при приеме различных ПАВ, специалисты обнаружили, что стимуляторы и алкоголь в большей степени, чем опиаты, способствуют прояв-

лениям сексуальной аддикции. Причем кокаин обуславливает неконтролируемое сексуальное поведение преимущественно у мужчин, а амфетамины – у женщин.

Традиционная точка зрения, согласно которой депрессия всегда сопровождается снижением либидо, опровергается современными исследованиями, проводившимися в Институте Кинси (Блумингтон, США), которые показали, что у 15% гетеросексуалов и 25% гомосексуалов депрессия вызывает усиление сексуального влечения. Сниженное настроение усиливает сексуальное влечение больше у мужчин, чем у женщин. Кроме того, сексуальная аддикция часто проявляется или сочетается с парафилиями<sup>56</sup> (педофилией, эксгибиционизмом<sup>57</sup>, вуайеризмом<sup>58</sup> и компульсивной мастурбацией<sup>59</sup>). Компульсивная мастурбация в большей степени связана с высоким уровнем тревоги, нежели с депрессией, которая больше коррелирует с неконтролируемым сексуальным поведением по отношению к партнеру.

Сексуальные аддикты часто отрицают наличие у себя каких-либо проблем. Они используют механизм проекции, осуждая других и стараясь преуменьшить то, что может их дискредитировать. Другим часто встречающимся механизмом защиты является рационализация: «Если я не буду заниматься сексом, то не вынесу напряжения, которое во мне накапливается» или «Это мое дело, это никому не вредит, это мой способ расслабления».

**У сексуальных аддиктов при воздержании отмечаются симптомы, напоминающие проявления синдрома отмены при химических зависимостях: дисфория<sup>60</sup>, тревога, трудности концентрации внимания. Многие сексуальные аддикты отмечают также рост толерантности. При реализации зависимости посредством виртуального секса через Интернет**

они начинают проводить в сети все больше часов. При не виртуальном способе реализации у них появляется все больше сексуальных партнеров; контакты становятся все более эксцентричными и рискованными.



*Цезарь Петрович Короленко (род. 1933)*

Периодически сексуальные аддикты дают себе зарок измениться, приурочивают начало зарок к какому-то конкретному дню, искренне веря, что они это сделают. Тем не менее, «помимо воли» происходит срыв. Сексуальное влечение приобретает компульсивный характер. В связи с компульсивным характером влечения и потребностью вступать в интимные отношения со значительным числом партнеров, сексуальные аддикты имеют намного больше шансов заразиться ВИЧ, поскольку пренебрегают безопасным сексом.

Ц.П.Короленко и Н.В. Дмитриева (2000 г.) описали фазы формирования сексуальной аддикции:

1. ***Сверхзанятость мыслями на сексуальную тематику, носящая обсессивный характер.*** Секс становится любимой темой размышлений. Фантазирование на сексуальные темы меняет восприятие многих

вещей. В окружающих видятся лишь сексуальные объекты. Другие занятия рассматриваются как необходимые, но неприятные.

2. **Фаза ритуализации поведения** с разработкой схем, приводящих к сексуальному поведению. Аддикция начинает включать сексуальные реализации и становится повседневным ритуалом, для которого резервируется специальное время. Окружающие, как правило, этого не замечают, так как аддикт стремится к сохранению имиджа нормальности, демонстрируя свое ложное Я.

3. **Фаза компульсивного сексуального поведения** с явлениями потери контроля, свойственной другим аддикциям. На этой фазе аддикт рискует раскрыть себя или нанести себе психологическое и физическое повреждение. Контроль над различными видами сексуальной активности теряется. После реализации компульсивного характера появляются нереализуемые обещания остановиться. Комплекс неполноценности усиливается.

4. **Фаза катастрофы или отчаяния** наступает после неприятностей, обусловленных определенными событиями (наказанием, заболеванием и т. д.). Нарастают отрицательные чувства к себе, могут появиться мысли о самоубийстве.

**После некоторого периода затишья наступает повторение цикла, который разворачивается сразу с фазы компульсивного сексуального поведения.**

Выявить наличие сексуальной зависимости может, конечно, только специалист, однако существуют определенные вопросы, утвердительные ответы на которые позволяют найти признаки наличия данной проблемы:

- вступаете ли вы в интимные отношения с людьми, с которыми, по вашему мнению, не стоило бы?

- не считаете ли вы, что вам следует сократить количество секса?
- нужны ли вам сексуальные отношения, чтобы сделать жизнь ярче?
- испытываете ли вы тревогу и раздражение, когда вашего партнера нет рядом с вами?
- вступаете ли вы в интимные отношения, которые приносят дискомфорт и боль?
- будет ли ваша жизнь полноценна без секса?
- как вы считаете, не думаете ли вы о сексе слишком много?
- много ли у вас сексуальных партнеров?

В семье аддикция длительно скрывается. Отношения постепенно формализуются. Аддикт ведет двойную жизнь, он перестает интересоваться другими вещами, не заботится о своем здоровье, ему становится трудно преодолевать житейские трудности. Более важным для него представляется все время навязчиво доказывать свою состоятельность в сексуальном плане. Неуспех сексуального характера очень травматичен и может вызвать аутодеструктивные и агрессивные действия. Поражения могут сочетаться со злоупотреблением алкоголя и других ПАВ, призванным избавиться от неприятных чувств. С другой стороны, прием алкоголя может использоваться как запуск сексуальной реализации.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сексуальная активность улучшает сексуальное здоровье и общее самочувствие человека. В сексуальной, как и в других сферах жизни, встречается множество различных проблем. В США в конце 1970-х годов в обществе Анонимных Алкоголиков подняли вопрос о прямой сексуальной зависимости.

Сексуальные желания и способы их удовлетворения у каждого человека индивидуальны. В связи с этим,

трудно вообще обозначить границы сексуальной активности, за которыми начинается патологическая сексуальная зависимость или сексуальная аддикция. Все мы в какой-то мере зависимы, в хорошем смысле слова, от удовольствия и ласк во время интимной близости.

Сексуальной аддикцией уже являются навязчивые мысли и действия, связанные с сексом. Часто они выражаются в непотребных действиях или приставаниях, которые человек пытается скрывать от своих коллег и друзей. Эти навязчивые сексуальные желания повторяются и, наконец, становятся ежедневными и проявляются, например, в регулярном самоудовлетворении. Они могут выражаться и в иных навязчивых действиях, таких как непрерывные поиски новых партнеров или зависимость от определенных неприемлемых форм любовных отношений.

*Заметим, большинство сексуальных маньяков – мужчины, а сексуальная аддикция у них нередко проявляется в необычных формах секса (например, в парафилиях), беспорядочных половых связях, компульсивном мастурбировании, гомосексуальности, стремлении к насилию и кровосмешению, а также необыкновенно высокой потребности в обычных половых контактах.*

*У женщин сексуальная аддикция чаще всего выражается в частых опасных половых контактах с незнакомыми людьми. Стремясь к самоутверждению или спасаясь от горя и одиночества, они снова и снова вступают в сексуальную связь, чтобы ощутить уверенность в себе и достигнуть кратковременной эйфории.*

*Гиперсексуальные женщины оказываются втянутыми в некий порочный круг. Сексуальные победы необходимы им, чтобы ощутить свою власть, но при этом неудовлетворенной оказывается потребность в нежности и общении. Под их аддикцией скрывается жгучее желание избежать ощущения собственной никчемности. Этим женщинам необходимо соблазнять, пресле-*

довать, чувствовать, что они одержали победу). Они жаждут близости и душевного тепла, но не знают, как этого добиться.

Независимо от конкретного типа полового поведения оно превращается в аддикцию, когда в нем появляются элементы компульсивности и полного пренебрежения к возможным последствиям. По этой причине важно понимать, что, например, не всех вуайеристов или трансвеститов следует считать аддиктами, хотя некоторые из них (те, кого неудержимо тянет к подглядыванию или к ношению одежды противоположного пола) относятся к таковым.

Вот наиболее распространенные представления сексуальных аддиктов-мужчин о самих себе:

- 1) я по своей сути плохой никчемный человек;
- 2) никто не будет меня любить так, как я сам;
- 3) мои потребности никогда не будут удовлетворены, если мне придется полагаться на других;
- 4) сексуальное удовлетворение – моя самая главная потребность.

А вот сходные убеждения сексуальных аддиктов женского пола:

- 1) я бессильна;
- 2) я всегда буду одна или буду чувствовать себя одинокой;
- 3) меня всегда будут бросать;
- 4) мое тело бесстыдно (порочно), отвратительно.

Эти глубинные убеждения ведут к поведенческим установкам, определяющим действия сексуальных аддиктов. Например, убеждение, что «Никто не будет любить меня так, как я сам», ведет к ошибочной концепции, приравнивающей секс к любви: «Меня можно полюбить, если испытывать ко мне половое влечение» или «Если кто-то занимается со мной сексом, это доказывает, что меня можно полюбить». А глубинное убеждение женщины в том, что она всегда окажется брошенной, порождает установку: «Меня не бросят, если я научусь оболыцать».

Признаками сексуальной аддикции сегодня считаются приведенные ниже 12 видов сексуального поведения. О проблемной или патологической зависимости можно говорить тогда, когда какое-либо из этих явлений играет заметную роль в жизни человека или его партнера, носит навязчивый или пагубный характер, либо человек страдает одновременно от нескольких навязчивых идей. Необходимо помнить, что соответствующее поведение может проявляться сознательно или в более слабой форме при ведении нормальной половой жизни.

1. Навязчивое самоудовлетворение, которое может повторяться несколько раз в день. Зачастую с помощью оргазма пытаются смягчить симптомы различных психологических проблем: подавленности, депрессии или стресса.

2. Навязчивый поиск эротических и порнографических журналов, видео- и интернет-материалов и их постоянное использование в качестве источника сексуального возбуждения.

3. Чрезмерное, неконтролируемое пользование виртуальными секс-услугами с целью самовозбуждения. Сюда относятся, например, секс по телефону и сексуальные услуги в Интернете.

4. Частая смена сексуальных партнеров и поиск новых. Связь продолжается недолго и имеет целью получение исключительно сексуального самоудовлетворения, а не развитие подлинных любовных отношений.

5. Неконтролируемый, часто повторяющийся секс с проститутками.

6. Частый анонимный секс с незнакомыми партнерами в необычных местах, например, в общественном туалете или на парковках.



7. Увлечение запретным сексом. Например, человек, состоящий в браке, долгое время изменяет супругу и испытывает возбуждение от возможного выявления этого факта.

8. Регулярное посещение секс-баров, ресторанов и клубов или пользование услугами эротического массажа.

9. Навязчивое стремление к подглядыванию за занятием сексом с целью возбуждения, зачастую также сопровождаемое мастурбацией.

10. Частое обнажение с целью самовозбуждения. Оно может быть откровенным, когда обнажаются отдельные части тела, или предполагать слишком развратные наряды, неприемлемые в определенной ситуации.

11. Недозволенные прикосновения к знакомым или незнакомым людям с целью возбуждения. При этом прикосновения выдаются за случайные.

12. Периодическое сексуальное насилие в виде домогательств или изнасилований.

Помимо этого, о патологической сексуальной зависимости свидетельствуют следующие дополнительные признаки:

1. Вам или вашим близким кажется, что ваше сексуальное желание слишком часто или даже навязчиво овладевает вашим разумом.

2. Явное навязчивое желание начать половое сношение, когда вы находитесь в состоянии стресса, подавленности, напряжения или депрессии.

3. После занятия сексом чувство расслабления и удовлетворенности быстро проходит и появляется потребность в новом половом акте.

4. Ваша половая жизнь вызывает серьезные проблемы в реальности (угроза разрыва отношений, раз-

вод, венерические болезни, другие проблемы со здоровьем или сексуальное насилие).

Основной формой помощи сексуальным аддиктам является психотерапия (кстати, и в рамках посещения групп Анонимных Сексоголиков и Анонимных Сексуальных Аддиктов, работающих на тех же принципах, что и Анонимные Алкоголики, то есть по программе 12 шагов). Имеются также отдельные программы для одновременно сексуальных и любовных аддиктов, для созависимых родственников сексуальных аддиктов и т.д.

Имеются данные, что, помимо психотерапии, проявления сексуальной аддикции сглаживаются при терапии антидепрессантами, ингибиторами обратного захвата серотонина.

*Следует запомнить: соаддиктивные отношения, мучительная дезориентация, сиблинги, позиция покорности и эмоциональной зависимости, техники психологического дистанцирования, нарушение регуляции аффекта, нарушение тормозного контроля, нарушение функционирования мотивационной системы награды, ранняя сексуальная травматизация в детстве, обсессивно-компульсивные проявления, интерперсональная сенситивность, промискуитет, парафилии, группы Анонимных Сексоголиков и Анонимных Сексуальных Аддиктов, серотонин.*


## Вопросы и задания по Главе VII

1. Какие аддикции следует относить к аддикциям отношений?
2. Расскажите о предпосылках возникновения аддикций отношений.

3. Дайте представление о признаках любовных аддикций.
4. Расскажите о характерных особенностях любовной зависимости.
5. Подготовьте сообщения об аддикции избегания.
6. Что такое сексуальная аддикция? В чем ее сходство и отличие от любовной аддикции?
7. Расскажите о фазах сексуальной аддикции по Короленко и Дмитриевой.
8. В чем особенности поведения сексуального аддикта в семье?
9. Дайте представление о видах сексуального поведения и признаках патологической сексуальной зависимости.
10. Есть ли гендерные различия в поведении сексуальных аддиктов?

## Глава VIII

### Работоголизм (трудоголизм) как бегство от реальности?



Термин «**работоголизм**» был предложен в начале 70-х годов XX века Оутсом (Oates W.E., «The Religious care of the Psychiatric patient») – священником и профессором психологии религии.

Еще первые работы, посвященные работоголизму, выявили его сходство с другими видами химической зависимости. **Как и всякая аддикция, работоголизм является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое в данном случае достигается фиксацией на работе. Причем работа не представляет собой того, чем она является в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа не является и одной из составных частей его жизни – она просто и конкретно заменяет собой привязанности, любовь, развлечения, другие виды активности.**

Одна из важных особенностей работоголизма – компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. Аддикт испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвиненным в некомпетентности, лени, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано доминирование в его психологическом состоянии чувства тревоги, которое не покидает работоголика ни во время работы, ни в минуты непродолжительного отдыха, и не бывающего полноценным из-за постоянной фиксации мыслей на работе. **Работоголик настолько фиксирован на работе, что постоянно**

**отчуждается от семьи, друзей, все более замыкаясь в системе собственных переживаний.**

Сегодня ученые выделяют такие свойства работоголика (характерные, впрочем, и для любого аддикта), как **ригидное мышление, уход от действительности, прогрессирующая вовлеченность и отсутствие критики.**



*... лошадка, везущая хвосту воз...*

Работоголизм, как и любая аддикция, сопровождается характерными личностными изменениями, которые затрагивают, прежде всего, эмоционально-волевую сферу. **Развитие процесса сочетается с прогрессивным<sup>61</sup> нарастанием эмоциональной опустошенности, нарушается способность к эмпатии.** Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие большой энергетической затраты. Работоголик уже на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, в которых требуется активное участие, уклоняется от обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, которые не получают от него обратного эмоционального тепла. **Он предпочитает общаться с**

**неодушевленными предметами (реже с животными), чем с людьми, так как это не требует решения насущных межличностных проблем.**

Вместе с тем аддикт убеждает себя и окружающих в том, что он работает ради денег или другой абстрактной цели. Такая защита принимается обществом. Человек не понимает, что такой способ «траты» себя является тупиковым, не реализует потенциальные возможности. Вне работы (болезнь, увольнение и т. д.) работогольная аддикция легко сменяется другой, чаще химической аддикцией.



*Наталья Витальевна Дмитриева*

**Работоголизм связан с аддиктивными свойствами организаций, в которых работают работоголики. Такая организация представляет собой закрытую систему, ограничивающую способность к самостоятельному мышлению и восприятию многих явлений, выходящих за рамки концепции этой системы. В советские времена это выражалось сверхценным отношением к количественным показателям работы, в бесконечных выполнениях и перевыпол-**

нениях плана, «встречных планах», в фиксации внимания на формальной стороне работы – разного вида отчетов, рапортов, показателей, иными словами, стремлением произвести благоприятное внешнее впечатление. **Аддиктивной системе присущи признаки отдельного человека-аддикта** (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, 2000).

**Развитию работоголизма способствует и система мелочного контроля, постоянных проверок эффективности, качества и т. д. Такого рода подходы основаны на недоверии к человеку, неуважении его личности и способствуют формированию работогольного мышления со сниженными возможностями истинной самореализации.**

Работоголик оказывает влияние на других членов семьи, не получающих от него эмоциональной поддержки. Члены семьи либо видят в нем пример, либо не принимают и идут по пути более деструктивных аддикций. Дети работоголиков часто злоупотребляют психоактивными веществами.

Между тем, следует учитывать, что работоголизм может явиться **«спасительной» аддикцией** для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации.

Итак, развитие аддиктивного процесса при аддикции этого вида влечет за собой личностные изменения: эмоциональную опустошенность, нарушение процессов эмпатии и симпатии, предпочтение общения с неодушевленными предметами. Уход от реальности прячется за успешной деятельностью, преуспеванием в карьерных устремлениях. Постепенно работоголик перестает получать удовольствие от всего, что не связано с работой. Могут проявляться нарцисстические черты, манипулятивные стратегии взаимодействия с окружающими. **При полной идентификации с работой**

**из зоны внимания выпадают личностные качества и гуманистические ценности.**

Симптомы работоголизма распространились в последние десятилетия среди руководящих работников многих стран подобно лесному пожару. Людей, пораженных этим, легко выявить. Это те, кто постоянно поглядывает на часы, кто чувствует себя несчастным, когда вынужден отрываться от работы, кто не способен отдохнуть и во время отпуска, и для кого актуален девиз известного антрополога Маргарет Мид: «Умереть я могу, но отдохнуть – никогда!» Работоголизм действительно схож с опьянением, действует как любой иной способ наркотического отключения от многогранной жизни.



*Маргарет Мид (1901-1978)*

Опасность для руководителя наступает в тот момент, когда в шкале его жизненных ценностей (усердие, упорство, амбиции, потребности и уважение со сторо-



ны окружающих) начинают происходить изменения. Следствием этого становится потеря самоконтроля, пренебрежение прочими жизненными обязанностями и даже возникновение некоторых психических заболеваний.

Об этом говорят, например, результаты исследований, проведенных под руководством психиатра Г. Метцеля. Г. Метцель и его группа изучали людей, пораженных так называемой **манией усердия**. Диагностирование этой мании оказалось куда более сложным, чем выявление таких стандартных маний, как алкоголизм, наркомания, привычка к обжорству или, напротив, стремление любой ценой похудеть. Никому и в голову не приходит подозревать работоголиков в болезни, ведь они, как правило, занимают видное положение в обществе и подавляют окружающих своим властным характером. Мания усердия – их характерная черта, но она не портит их карьеру, а воспринимается наподобие шрамов от боевых ранений, которыми можно гордиться.

Особенно важно учесть эту болезнь в рамках деловой карьеры. Ведь стремление к достижению успеха, не жалея для этого ни личного времени, ни сил, – едва ли не прямой путь к работоголизму (если не обнаружить симптомы этой болезни вовремя).

В психологическом портрете работоголиков, по мнению исследователей, преобладает **добросовестный тип**, а ему свойственны следующие черты:

- тщательность в работе; любовь к чистоте, порядку; большое старание, терпение и усердие, но в итоге – достижение средних результатов;
- стремление к безупречности во всем – в моральных и этических нормах, требование этого от других людей;

- затруднения в выборе; тщательное взвешивание «за» и «против» в поступках, в мыслях и в стратегиях, стремление быть «правильным»;
- застревание в подробностях, деталях, моментах; чрезмерная обстоятельность;
- упорство, перерастающее в упрямство, целеустремленность, прямолинейность в достижении цели;
- системность в мышлении, организованность, приращение чрезмерного значения второстепенному;
- предусмотрительность, страх перед ошибками;
- накопление стрессов, напряжений, обид (неумение расслабиться, отдохнуть, простить, открыто выразить свои эмоции).

Существует классификацию трудоголиков и **в плане дальнейшего прогноза и коррекции их аддикции**, которая, несмотря на свой очевидный научно-популярный стиль, в какой-то степени отражает различия среди них:

«Трудоголик для других» – тот, кто очень много работает и очень доволен этим. Мать и друзья, а затем жена и дети (если он их сумеет завести) могут быть очень недовольны, но поделать с этим ничего не могут. Помочь «трудоголику для других» невозможно. Это все равно, что лечить наркомана, который не хочет лечиться.

«Трудоголик для себя» – тот, кто очень много работает, но испытывает по этому поводу противоречивые чувства. «Трудоголик для себя» не безнадёжен. Не всякий, кто очень много работает – трудоголик. Если другие области жизни такого работника – семья, досуг, друзья – не страдают, это значит, что он любит не только работу, но и все остальное.

«Успешный трудоголик» – тот, кто благодаря своей работе добивается больших профессиональных/карьерных успехов.

«Трудоголик-неудачник» – тот, кто рьяно занимается бесполезной деятельностью, которая никому не нужна. Он имитирует работу, заполняя пустоту в своей жизни.

«Скрытый трудоголик» – тот, кто на людях сетует, как он не любит работать, а на самом деле все свои силы и любовь отдает работе. Одна «нога» трудоголика «растет» из страха перед близкими и глубиной (неструктурированной работой) эмоциональных отношений с людьми, страха внутренней пустоты, которую надо заполнить. Другая «нога растет» из стремления к превосходству над всеми и совершенству (в детстве от трудоголика всегда что-то требовали и никогда не любили его таким, каким он был).

Ряд американских ученых выделяет три группы работоголиков: **аддиктов работы** (Work Addicts), **энтузиастов работы** (Work Enthusiasts) и **увлеченных аддиктов** (Enthusiastic Addicts). Самые низкие показатели самооценки оказались у аддиктов работы.

Трудоголизм – это, действительно, **саморазрушение с помощью работы «на износ»**. Удовольствие трудоголик получает от ощущения, что он нужен, полезен, незаменим для окружающих его людей, а также от ощущения власти, которое обеспечивают ему его профессиональные навыки, должность или заработанные деньги. Главным здесь является все же не количество денег и не мера власти, а именно ощущение нужности людям (от одного человека до всего человечества). Однако повторимся: не каждый, кто много и упорно работает, является трудоголиком.

Трудоголика характеризуют следующие особенности.

**1. Работа наносит прямой вред его душевному или физическому здоровью.** Трудоголик обычно работает с утра до ночи. Работа – его излюбленный способ заполнения времени. Работе посвящается и часть

времени, отведенного на еду и сон. Трудоголики годами не бывают в отпуске; в редкие выходные дни загружают себя чем-нибудь полезным для семьи. Если близкие почти насильно отправляют такого человека в дом отдыха, он без устали ходит на все врачебные процедуры или вылавливает всех карасей из ближайшего пруда, не в силах остановиться. Словом, отдохнуть трудоголик просто не умеет. Его хобби: охота, рыбалка, возделывание сада-огорода – также отражают его роль добытчика, кормильца, опоры семьи.

Кажется, порой, что трудоголик не ведает усталости, но это не так. Он просто не позволяет себе жаловаться на усталость. Нередко трудоголики вообще не склонны к словесному выражению чувств: они отражают чувства в поступках (например, в заботе о близких), либо переживают их на уровне тела, внутри себя. Склонность переживать неприятные чувства преимущественно на уровне тела нередко приводит к развитию заболеваний, называемых психосоматическими расстройствами, или психосоматозами.

В сочетании с пренебрежительным отношением к собственному здоровью (игнорирование собственных потребностей вообще свойственно трудоголикам) это приводит к тому, что болезнь выявляется лишь тогда, когда она уже изрядно запущена и требует серьезного и систематического лечения. А это означает необходимость вносить коррективы в привычный образ жизни. Как минимум – принимать лекарства и избегать психотравмирующих ситуаций. Последнее, как правило, оказывается невыполнимым, ибо для трудоголика важны не личные достоинства и особенности, а исключительно его социальная значимость. Она, и только она кажется трудоголику оправданием его существования, поэтому такие люди либо работают до последнего своего дня, умирая после выполнения своих профессио-

нальных обязанностей (многие трудоголики считают особой удачей умереть на работе), либо быстро уходят из жизни тем или иным способом, оказавшись на пенсии, либо, попав однажды в критическую для жизни ситуацию, производят переоценку ценностей, начинают заботиться о себе, о собственном здоровье – и перестают быть трудоголиками.

**2. Трудоголик не умеет пользоваться результатами своего труда.** Звучит несколько неожиданно, не правда ли? И возникает вопрос: а зачем же он, бедняга, трудится так тяжело, так много? Ответ: во имя других людей. Трудоголик – это все же, в основном, «человек для людей». Этот способ саморазрушения социально одобряем и зачастую очень удобен для окружающих. Ведь трудоголики, как правило, – надежные мужья, заботливые отцы, гуманные начальники и исполнительные сотрудники (хотя не обязательно все эти качества воплощены в одном человеке). Хуже всего они относятся к самим себе, а также к беспечным людям, склонным проводить жизнь в сладкой лени. Подсознательное отношение трудоголика к самому себе можно выразить фразой: «Ты хороший, пока работаешь». Закономерное следствие из этого: «Работай не останавливаясь». Именно поэтому трудоголик подобен машине с прекрасным мотором, но без тормозов: он останавливается, только врезавшись в стену или полностью израсходовав горючее.

Собственные потребности и особенности, как было сказано выше, имеют для трудоголика мало значения. Можно услышать такую фразу: «Мои личные потребности ограничиваются чистой рубашкой и пачкой сигарет». И это не поза. Многие трудоголики склонны к аскетизму в одежде и еде. Конечно, они многое имеют, но пользуются этим для себя несоразмерно мало. Даже если трудоголик говорит о своей готовности наслаж-

даться жизнью, ему, как правило, не хватает на это времени: работа пожирает все.

Следует отметить, что трудоголик не обязательно является бизнесменом-руководителем. Примером трудоголизма могут служить поведение врача, проводящего в клинике все выходные и праздничные дни, ежедневно оперирующего по многу часов кряду, или жизнь домохозяйки, проходящая в непрерывных заботах о домашнем уюте и удобстве близких с игнорированием собственных потребностей.

### **3. Трудоголики, как правило, склонны к спасительству.**

Спаситель – человек, играющий в отношениях с другими людьми преимущественно родительские роли (отца или матери, наставника, целителя и др.) и оказывающий им избыточную или ненужную помощь. В глубине души спаситель полагает, что знает или умеет нечто лучше всех, поэтому дело окружающих – с благодарностью принимать его драгоценную помощь и поменьше выступать с собственными инициативами, и что без этой помощи люди просто пропадут, как малые дети в темном лесу. Тем самым спаситель отрицает способность окружающих людей принимать самостоятельные решения и вести себя по-взрослому.

Спаситель рассчитывает на благодарность и очень удивляется и огорчается, получая вместо нее либо беспечность и инфантилизм, когда помощь воспринимается как нечто само собой разумеющееся, либо конфликт, когда объект заботы отказывается от нее. Руководитель, выполняющий большую часть работы за подчиненных и упрекающий их в лени и безответственности; отец-труженик, содержащий великовозрастного сына и ругающий его за нежелание обременять себя заботами о хлебе насущном; мать, самовластно вмешивающаяся в жизнь молодой пары с намерением

«научить уму-разуму» – вот классические примеры спасительства. На словах спаситель может провозглашать, что устал обо всех заботиться, что «вас много, а я один» и что надеется на повзросление и поумнение окружающих. Однако при первых попытках окружающих делать самостоятельные шаги спаситель бросается к ним с криком: «Ты не умеешь, я лучше знаю, как надо».

Почему спаситель так себя ведет? Потому что спасительство:

- а) позволяет ему чувствовать себя незаменимым;
- б) заполняет время;
- в) утомляет, помогая жить в ладу с самим собой («Ты хороший, пока ты работаешь»);
- г) позволяет безнаказанно попрекать окружающих, выражая скрытую агрессивность.

Как вести себя со спасителем? В зависимости от ситуации возможны различные варианты. Если вы сочтете, что принять его помощь проще, чем отказаться от нее, следует выразить глубокую благодарность и восхищение его мудростью и добротой. Если вы все же решили отказаться от помощи, сумейте сделать это, не оскорбив спасителя. Для спасителя слова: «Мне не нужна твоя помощь» звучат как «Ты мне не нужен». Поэтому, отказываясь, не забудьте опять-таки выразить благодарность (за желание помогать), а также готовность при необходимости обратиться за помощью именно к этому человеку (при наличии внутреннего сродства трудоголизма и спасительства не следует, однако, их отождествлять. Спасительство – более широкое понятие).

Финалом жизненного пути трудоголика обычно является относительно ранняя (35–60 лет) внезапная смерть и пышные похороны с множеством искренне скорбящих людей. Скорбят они не только по усопше-

му, но и, часто, по самим себе: никто уже не позаботится о них так хорошо, как он...

Что же делать человеку, ясно осознавшему, что он – самый настоящий трудоголик? Наверное, полюбить себя...

*Да, трудоголизм – такой же вид зависимости, как и пьянство. Как и алкоголики, трудоголики входят в разные группы риска. И одна из них имеет отношение к стрессу. Из-за вечной занятости трудоголики находятся в состоянии постоянного напряжения, без релаксации, и стресс в таком случае неизбежен. Ведь ресурсы человека – как физические, так и эмоциональные – хоть и восполнимы до поры до времени, но ограничены. Опасность в том, что трудоголик (особенно – ярко выраженный) стресс свой не замечает, а если и замечает, то очень поздно.*

*Примером сказанному может служить так называемый «сэлфмэйд мэ́н» (selfmade man), то есть «человек, сделавший себя сам». Так американцы называют человека, который посвятил свою жизнь, прежде всего, делу, жил без развлечений, отдыха, пренебрегая семьей и дружбой. И нередко годам к пятидесяти он вдруг обнаруживает, что дела идут уже как бы своим ходом и нет необходимости держать их под постоянным контролем. И тогда сэлфмэйд мэ́н впадает в крайне тяжелое состояние, которое те же американцы обозначают термином «брейкдаун» (breakdown), понимая под этим нечто вроде состояния человека, внезапно споткнувшегося и рухнувшего в канаву. Именно такие эмоции овладевают человеком, когда он вдруг осознает, что в погоне за успехом израсходовал большую часть жизни, не получив от нее особой радости.*

*Чаще всего трудоголизмом в тяжелой форме страдают мужчины. Они всегда считались добытчиками, и в современных условиях это служит веским оправданием перед самим собой.*

*Легче заболеть трудоголизмом человеку умственного труда, потому что труд физический не может длиться долго. Пример современных трудоголиков – большинство компьютерщиков.*

*Трудоголизм излечим, если человек вовремя поймет, что он трудоголик, что в его жизни есть серьезные проблемы, от которых он убегает в работу, не решая, а только усугубляя их.*

*Лица, страдающие этой особой формой зависимости, обладают особым складом психики. По мнению большинства терапевтов, это люди, вечно охваченные тревогой. Неспособные перепоручать работу кому-либо еще, они питают иллюзию, что могут держать под контролем все, даже время.*  
**Трудоголик – огнюдь не гипертрудолюбивый человек, с детства познавший радость труда. Это личность с определенны-**



*ми психологическими проблемами. Трудоголиком может стать и лентяй, дни и ночи отсиживающийся на работе во время домашних неурядиц. Источником психологического дискомфорта, психологической травмы чаще всего бывает реально пережитый или мнимый страх: боязнь неудачи, страх перед одиночеством или, напротив, боязнь общения. Очень часто трудоголизм – страх перед постоянным напряжением в личной жизни, результат несложившихся (или утраченных) отношений с детьми, разочарование в близком человеке, развод. Работа становится своего рода психологической защитой, щитом, отражающим отрицательные эмоции.*

*Руководитель, имея дело с трудоголиком, несколько расслабляется, уделяет контролю над ним меньше внимания. Подразумевается, что трудоголик – лошадь, которая сама знает, куда ей следует идти, и в погуканиях не нуждается. Но лошадь знает только привычную дорогу.*

Да, трудоголиками не рождаются. Но большинству офисных сотрудников сегодня можно смело поставить диагноз «трудоголик». Симптомы – самые разнообразные, любителей сверхурочной работы –несколько видов. Чем оборачивается трудоголизм для человека, впавшего в «**офисную кому**», и для компании, его содержажщей, знают многие и не понаслышке.

«Стоит сделать перерыв на обед – и тебя самого съедят» – популярная поговорка трудоголиков Силиконовой долины. Добровольное увеличение рабочего дня без оплаты переработок, казалось бы, должно экономить бюджет предприятия, радовать руководство и служить сотрудникам образцом лояльности к компании. Однако в последние годы ученые все чаще бьют тревогу: маниакальное нежелание покидать рабочее место «сжигает» кадры, вредно влияя на психику и здоровье, что неминуемо снижает производительность и приносит в бизнес новые виды рисков. В крайних случаях переутомление приводит к гибели сотрудника, оборачивающейся для компаний потерей ценных знаний, навыков и связей, потому что традиционно

перфекционисты не оставляют после себя работоспособных замен.

**История подтверждает – всплески трудоголизма учащаются в кризисные времена (!), когда сотрудники всеми силами стремятся продемонстрировать работодателю свою лояльность, чтобы избежать или хотя бы снизить риск увольнения. Задачей опытного управленца становится создание такой системы работы с подчиненными, которая позволила бы использовать все положительные стороны перфекционистов с минимизацией возможных негативных последствий.** Проблемы трудоголизма и перфекционизма пришли к нам вместе с капиталистической экономикой и ее амбициозностью, карьеризмом и уважением к людям, добившимся всего собственным трудом. Разумеется, социализм тоже имел своих стахановцев, но массовым перфекционизм стал только тогда, когда каждый стал хозяином своих успехов.

*В психологии **перфекционизм** – убеждение, что наилучшего результата можно (и нужно) достичь. В патологической форме – убеждение, что несовершенный результат работы неприемлем. Может быть как «нормальной» характеристикой личности, так и невротическим психическим отклонением.*

*Можно выделить следующие аспекты перфекционизма:*

- *адресованный к себе перфекционизм: постоянное самоцензурирование и стремление к совершенству;*
- *адресованный к другим людям перфекционизм: завышенные требования к окружающим;*
- *адресованный к миру в целом перфекционизм: убежденность в том, что все в мире должно быть правильно;*
- *социально предписываемый перфекционизм: потребность соответствовать стандартам и ожиданиям других людей.*

*Перфекционизм может проявляться в*

- *стремлении довести любое действие до идеала;*
- *скрупулезности, повышенном внимании к мелочам;*
- *гонке за наилучшим результатом.*

*Перфекционизм включает в себя:*

- чрезмерно высокие стандарты (приводит к сильному снижению удовлетворения результатами своей деятельности);
- концентрацию на ошибках;
- сомнения в качестве выполнения деятельности;
- восприимчивость к завышенным ожиданиям;
- восприимчивость к критике;
- дисбаланс в оценке себя и других.

*Страдающие данным расстройством рассматривают собственную ценность в терминах достижений и продуктивности, их девизом можно назвать «все или ничего».*



### *Можно ли это считать перфекционизмом?*

*Карен Хорни<sup>62</sup> утверждала, что перфекционизм является неотъемлемой частью «Идеализированного образа». Пытаясь компенсировать свое чувство неполноценности и по многим другим причинам, невротик подменяет реальное представление о себе на составленный им идеал.*

*Имея представления о себе как о собственном идеале, невротик начинает жестоко критиковать себя, когда находит что-то, что противоречит этому. Например, если, согласно его представлению о себе, он очень талантлив, но вдруг не может написать стихи, когда ему вздумается, (или не может написать очень эмоциональные, идеальные стихи), он обрушивает на себя критику в смеси с презрением к себе.*

*Считая, что он идеален, он думает, что окружающие и вообще сам мир должен относиться к нему соответственно.*

*Невротик становится сверхчувствительным к критике и начинает бояться и стараться избегать всего, что способно показать ему, что он не соответствует своему идеалу, разрушив его иллюзию о себе.*

За рубежом подобные проблемы особенно обострены в Японии, где даже появились новые специальные термины – «*кароси*» (внезапная смерть на рабочем месте из-за усталости и переутомления) и «*яройисатсу*» (самоубийство на почве стресса на работе). Свойственный японскому менталитету корпоративный патриотизм становится причиной сотен кароси и яройисатсу ежегодно. Трудоголизм начальника может сыграть с японскими подчиненными злую шутку: по принятому обычаю они не могут позволить себе уйти домой раньше босса (вспомните Сталина и его приближенных). Подобное поведение носит характер национальной эпидемии: большинство японцев не используют и половины отпуска, а взятые дни толком использовать не умеет.

Не лучше дела обстоят и в Европе, где многие сотрудники тоже не используют целиком свой ежегодный отпуск. По данным исследований, около 7% европейцев страдает от «выгорания» на работе, 5–7% подвержено депрессии, 28% испытывает хронический стресс, а 33% мучается от хронических болей в позвоночнике из-за работы. Общее число трудоголиков в Германии – более 200 тыс., в Швейцарии – около 115 тыс. человек (2007–2009 г.г.).

Борьба с трудоголизмом разворачивается и в других азиатских странах. Так, в Южной Корее сотрудников министерств принудительно отправляют домой после конца рабочего дня, чтобы привести в норму возросшее количество разводов и катастрофическое сниже-

ние рождаемости детей в семьях государственных жащих.

Вместе с деловой культурой и карьерными амбициями новое явление массово входит и в отечественные офисы. Но сегодня трудоголиками перестали слыть только сотрудники IT-отделов. Уйти вовремя с работы не могут финансовые специалисты, укрепляя уверенность в том, что выполнить их работу не сможет никто, а сделать ее надо, и обязательно сегодня. Постепенно, подгоняемые трудовым рвением, они смещают баланс между офисной и личной жизнью, впадая в работозависимость. К сожалению, все чаще мотивом для такого поведения становится не любовь к труду, а боязнь лишиться работы, не понравившись своему работодателю.



*Шандор Ференци*

Впервые трудоголизм был назван болезнью Шандором Ференци<sup>63</sup>, лечившим в начале прошлого века от этого недуга пациентов, заболевавших под конец рабочей недели и неожиданно выздоравливающих к утру понедельника. Поначалу болезнь была названа *воскресным недугом*, но позже за ней закрепился уже известный нам термин. **Сегодня психологи относят трудоголиков-перфекционистов к людям с повышенным или даже болезненным чувством ответственности и перекосом внутренней стимулирующей установки: вместо «работаю столько, сколько надо для выполнения работы», у них «работаю, пока хватает сил».**

Современный типичный трудоголик-перфекционист – это мужчина 27–40 лет, с высшим образованием, не имеющий семьи и легко выделяющийся из стройных рядов сотрудников добросовестностью, упорством, переходящим в упрямство, страхом перед ошибками и, как результат, накопленным стрессом, неумением расслабиться и неспособностью адекватно выражать свои эмоции. В основе его поведения лежит патологическая склонность к недооценке компетенции коллег и желание сделать всегда все на «отлично», непременно добившись похвалы начальства.

*Преобразование из исполнительного работника в трудоголика происходит постепенно.*

На первой, **начальной, стадии трудоголизма** сотрудник лишь изредка задерживается на работе, но часто думает о ней в свободное время, отодвигая личную жизнь на второй план.

На второй, **критической стадии** работа становится уже настоящей страстью и полностью подчиняет себе все личное время. Накапливается усталость, нарушается сон.

На третьей, **хронической стадии** трудоголик становится перфекционистом, добровольно берущим на себя новые обязанности, хотя уже не успевает с ними справляться. Нарушаются процессы отработки стресса и механизмы отдыха.

На последней, **четвертой стадии**, сотрудник становится больным и физически, и психологически. Работоспособность катастрофически снижается, проявляется хроническая усталость и апатия, склонность к избыточному весу и злоупотреблению никотином и алкоголем.

В какой-то момент сотрудник может не выдержать, происходит срыв, нередко – инсульт, иногда заканчивающийся и летальным исходом.

А вот и еще одна классификация трудоголиков:

**Идеальный трудоголик** – это эффективный перфекционист, успевающий поработать без доплаты «за себя и за того парня» (которого вы уволили на предыдущей неделе). Но далеко не каждый задержавшийся допоздна на деле являются таковым. Попробуем разобраться в их видах.

**Истинный трудоголик.** Искренне верит, что работа – прежде всего. Часто она совпадает с любимым занятием или хобби, поэтому такой работоман олицетворяет себя, прежде всего, с должностью и функциональными обязанностями. Может быть счастливым и от процесса работы, и от достигнутых результатов, от пропаганды компании и ее ценностей. Он перфекционист до мозга костей, настроенный на порядок и оценку «отлично» во всем. Но именно эта заикленность на мелочах может его по-настоящему измотать, заставляя в процессе работы с деталями забыть о проблеме в целом, не соотнести полученный результат с приложенными усилиями. В финансовых подразделениях это могут быть налоговые аудиторы, ревизоры и другие должности, чью работу «нельзя закончить, можно только приостановить».

**Ординарный трудоголик.** *Отрицательный* вид истинного трудоголизма. Его главный страх – выговор от начальства или увольнение. Иногда работа кажется такому трудоголику рутинной и тяжелой ношей, но он не может найти в себе силы вырваться из замкнутого круга. Живя только работой и находясь всегда в напряже-

нии, такие специалисты, хотя поначалу и показывают небывалые результаты, могут быстро «перегореть», став, в конечном счете, источником негативных эмоций для остальных сотрудников. В эту категорию часто попадают бухгалтеры и экономисты с большим стажем работы и с рутинными обязанностями.

**Временный трудоголик.** *Положительный* вид трудоголизма. Такой специалист уходит в работу с головой только потому, что этого в конкретный момент требуют его интересы или интересы его компании. В течение некоторого времени он может сидеть в офисе допоздна, работать в выходные и в праздники, работая не покладая рук и забывая про семью. Но как только задача решится, сотрудник непременно возвращается к нормальному режиму работы. Ярким примером такого трудоголизма являются периоды сдачи отчетности, верстки бюджетов и т.п. В конце концов, студенты во время сессий, защиты дипломов.

**Трудоголик-авральщик.** *Отрицательный* вид трудоголизма. Такой специалист изначально работает неравномерно, не умея организовать свое время. В результате рабочий день тратится на маловажные звонки, обсуждения и другие незначимые действия, а настоящая работа начинается после ухода коллег из офиса. В лучшем случае такой сотрудник получает скрытое удовольствие от работы в сжатые сроки, его подстегивает ситуация дедлайна<sup>64</sup>, а монотонное расписание утомляет. В худшем случае такой специалист попросту неорганизован, несамостоятелен и наименее эффективен. Рано или поздно, не перейдя в другую категорию, такие специалисты могут стать подлинной угрозой проектов, с различной регулярностью срывая сроки и выдавая продукты не всегда убедительного качества. К ним могут быть причислены различные сотрудники с небольшим опытом работы.



**Вынужденный трудоголик.** *Нейтральный* вид трудоголизма. У таких специалистов может быть множество причин задерживаться на работе по вечерам и приходить в офис на выходные. Это могут быть проблемы в семье, от которых такой трудоголик «убегает» в офис, потому что решать их сложнее, чем профессиональные. Это может быть неустроенность личной жизни, при которой сотрудник искренне считает, что единственное, что он умеет, – работать, и поэтому с удовольствием берется за дополнительный функционал. Также такие трудоголики могут задерживаться, регулярно используя в личных целях ресурсы компании – ксероксы, интернет, телефоны и т.п. Кроме нерационально построенной работы и нецелевого расходования ресурсов, именно такие трудоголики чаще всего заводят служебные романы, еще более сокращая свою эффективность. К этой категории обычно могут быть отнесены молодые сотрудники, а также опытные специалисты с неустоявшейся личной жизнью.

**Все упомянутые виды трудоголизма опасны тем, что сотрудники в процессе напряженной работы не замечают накапливающейся усталости, вследствие чего со временем могут начать серьезно ошибаться даже в несложных ситуациях.**

**Скрытый трудоголик.** *Нейтральный* вид трудоголизма. Такие специалисты самостоятельно или под давлением близких отказываются от злоупотребления пребыванием в офисе, стараются работать строго с девяти до шести и никогда не остаются на выходные. Однако домашний быт не приносит такому сотруднику счастья, и он с удовольствием возвращается из дома на работу, иногда, при необходимости, с радостью превращаясь во временного трудоголика, реально живя только на работе и только работой. Такое поведение может быть характерно для руководителей и карьеристов.

стов (реальных и мнимых), но потенциальной угрозы практически не несет.

**Ложный трудоголик.** *Отрицательный* вид трудоголизма. Такие псевдопатриоты пытаются развить бурную деятельность по делу и без дела, желая прослыть незаменимыми специалистами и важными для компании работниками. Такие сотрудники мотивированы личными (прежде всего, карьерными) амбициями, а не пользой дела. Часто при отсутствии руководства желание работать сверхурочно у ложного трудоголика исчезает. Из потенциальных угроз бизнес получает только неэффективное расходование бюджета на персонал и негативную реакцию других сотрудников на некоторую навязчивость поведения трудоголика. Обычно в эту категорию попадают молодые неопытные сотрудники на испытательном сроке и «профессиональные лодыри», умеющие мастерски скрывать свою неэффективность.

**Мнимый трудоголик.** *Отрицательный* вид трудоголизма, похожий на предыдущий. Но в данном случае сотрудник избыточным рвением к работе пытается прикрыть свою неспособность выполнить поставленные задачи. Такие виды трудоголизма могут встречаться в подразделениях, где зона ответственности отдельно взятого сотрудника четко не зафиксирована, а сотрудников много. Как и в предыдущем случае, сюда часто попадают молодые специалисты, но этот вид «трудоголизма» наиболее характерен для должностей низших уровней. Представители конкретного вида нечасто мигрируют в другую группу. Поэтому строгий контроль за «качеством трудоголизма» может улучшить атмосферу, исключив из коллектива всех работоманов, кроме истинных и временных.

Даже если человек – трудоголик, рано или поздно он оказывается ограничен своими физическими спо-

способностями. Для бизнеса хорошо, когда проект может быть превосходно выполнен одним человеком за 24 часа, полагающимся только на себя. Но гораздо лучше, когда такой проект сотрудник выполнит за считанные часы, эффективно распределив обязанности среди подчиненных. Менеджеры-трудоголики стараются большинство задач замыкать непосредственно на себе, будучи неспособными к такому распределению.



*Правило (закон) Парето*

Результат – не только перегрузка руководителя с одновременной недогрузкой линейного персонала. Трудоголик в такой ситуации рано или поздно становится все более незаменимым, и в случае любого чрезвычайного происшествия с ним – отпуска, командировки или простого нервного перенапряжения – ущерб для компании может быть весьма значительным. Согласно правилу Парето<sup>65</sup>, 80% результата достигается 20% усилий. К сожалению, иногда 100% результата требуют 101% усилий и более. В этом смысле перфекционизм оказывает негативное влияние на эффективность процессов, будучи связанным с неумением расставить приоритеты, остановиться, сделать выбор

или принять решение. И хотя защитники перфекционизма утверждают, что они не только настойчивы, скрупулезны и хорошо организованны, но и стремятся достичь высоких целей, трудоголизм и перфекционизм часто необоснованно изматывают персонал, что негативно отражается на качестве работы. Слишком много внимания на не всегда действительно важные детали не только снижает ритм работы, но и увеличивает себестоимость, которая при доведении продукта до совершенства достигает таких уровней, что его становится невозможно продать с требуемой рентабельностью.

Выходом может быть обучение перфекционистов умению расставлять приоритеты, перераспределять обязанности и делегировать полномочия, а также подготовка замены трудоголикам заранее. Следует отметить, что нередко сотрудники лишь ловко имитируют чрезмерное усердие и трудолюбие, что вполне свойственно отечественному менталитету. Впрочем, перфекционисты имеют и свою «нишу». Например, они могут оказаться полезны на этапе завершения проекта, когда существуют строго определенные критерии его успешности, но энтузиазм и работоспособность остальных участников упали до критических значений. Именно здесь возникает потребность в трудоголике, который по своей природе не допустит, чтобы проект остался с какими-то недоработками.

**Что может нести большую угрозу – значительное количество трудоголиков или их полное отсутствие – вопрос риторический. Но опытный специалист должен быть готов минимизировать риски во всех случаях.**

**Следует запомнить: компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению, ригидное**

*мышление, прогрессирующая вовлеченность, перфекционизм, прогрессивное нарастание эмоциональной опустошенности, мания усердия, Г.Метцель, принцип Парето, аддикты работы (Work Addicts), энтузиасты работы (Work Enthusiasts), увлеченные аддикты (Enthusiastic Addicts), саморазрушение, «офисная кома», каро-си, яройсатсу, К.Хорни, дедлайн, Ш.Ференци.*

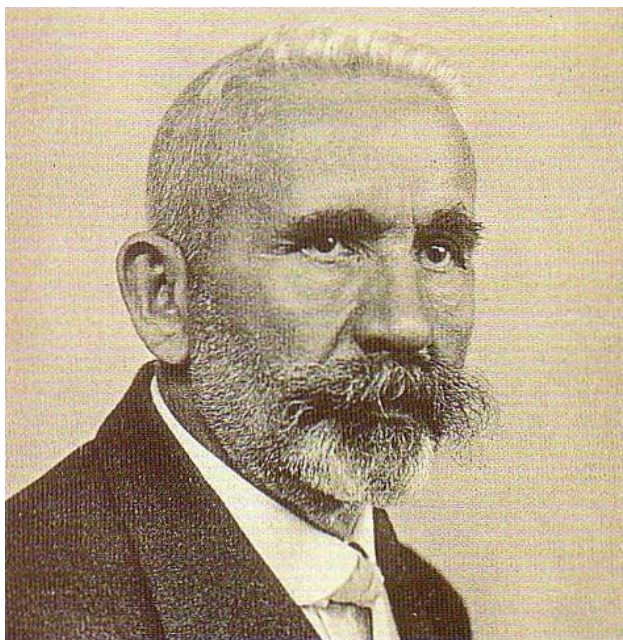
### **Вопросы и задания по Главе VIII**

1. Когда появился термин «трудоголизм»?
2. В чем заключается его сходство с другими видами химической зависимости?
3. Расскажите о свойствах работоголика.
4. В чем связь работоголизма с аддитивными свойствами организаций?
5. Какие личностные изменения претерпевает работоголик?
6. Каким образом симптомы работоголизма влияют на изменение личности руководящих работников?
7. Расскажите об основных чертах добросовестного типа работоголиков.
8. Расскажите о «научно-популярной» классификации работоголиков.
9. Дайте представление об особенностях работоголиков.
10. Подготовьте сообщения на тему «Трудоголизм и стресс».
11. Почему всплески трудоголизма учащаются в кризисные времена?
12. Что такое перфекционизм и в чем его связь с трудоголизмом?
13. Дайте общее представление о научных классификациях работоголиков.

## Глава IX

### Проблемы шопоголизма: ониомания на марше

**Ониомания** (от греческих слов *onios* – для продажи, *mania* – безумие) – непреодолимое желание что-либо покупать, не обращая внимания на необходимость и последствия. Покупки становятся и отдыхом, и развлечением, и самостоятельным смыслом. В просторечии эту манию часто называют *шопинголизм* или *шопоголизм*.



*Эмиль Крепелин*

Слово *ониомания* в качестве медицинского термина предложено немецким психиатром Эмилем Крепелином<sup>66</sup>.

В свое время Американская Психиатрическая Ассоциация не признала это как нарушение здоровья. Однако имеются основания для пересмотра этой позиции, так как сегодня налицо уже все признаки маниакального поведения. Крепелин совместно со швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером идентифицировали первые признаки ониомании с конца XIX века. Эмиль Золя в романе «Дамское счастье» (1883 г.) описал, как героиня разоряет своего мужа походами по женским магазинам. Сегодня существует целая серия современных романов Софи Кинселла, посвященных этой *мании*.



*Обложка одного из русских переводов книги С.Кинселла*

В последнее время тема шопоголизма привлекает усиленное внимание средств массовой информации. Например, в исследовании Технической больничной

кассы (ТКК) Нижней Саксонии (Германия), опубликованных в июле 2008 года, констатируется, что более 800 тысяч немцев страдают от шоппинговой зависимости.

Каковы же выделяемые симптомы?

- поход в магазин без четкого желания найти что-то конкретное;
- осмотр большинства выставленного на продажу товара;
- увлечение модными журналами;
- желание купить продукт без объективной причины;
- постоянное обсуждение купленного товара;
- апатия без регулярного посещения торговых заведений.

По мнению врачей из вышеназванной медицинской страховой компании, **чаще всего ониомания развивается у женщин на почве недостатка внимания, чувства одиночества и внутренней пустоты, потребности в признании и любви, а также в период депрессии из-за потери партнера.** Но встречаются и другие причины:

- **жажда адреналина.** Организм быстро привыкает к адреналину и начинает нуждаться во все больших его дозах. Такие люди занимаются экстремальными видами спорта. В магазине можно тоже получить дозу адреналина – принятие решения о покупке и возможное разочарование являются микро-стрессами;

- **иллюзия власти.** Покупаются не столько вещи для личного потребления, сколько некие атрибуты власти, в том числе в форме отношения продавцов к покупателю: уважение, услужливое обращение, льстивые похвалы, фирменные пакеты для покупок;

- **иллюзия свободы и контроля над своей жизнью.** Шоппинг снимает у шоппоголика депрессию и



тревогу, повышает самоуважение и уверенность в себе – он может себе позволить купить то, что сейчас захотелось, а не то, что рекомендовали или что просто необходимо. И человек получает ощущение свободы от покупок, даже если вещи ему не нужны.

Как правило, одним из важнейших последствий шопоголизма является трата денег, пускание их «на ветер», впоследствии шопоголик жалеет о покупке, но вскоре все равно возвращается к приобретению ненужных вещей.

Хотя неконтролируемое влечение совершать покупки, как мы сказали выше, упоминалось еще в работах Крепелина и Блейера, на современном этапе научный интерес к этой проблеме возник относительно недавно. Американские психиатры Фабер и О’Гуин (1992 г.) предложили шкалу из семи пунктов для выявления данной аддикции. Аддикция к трате денег была описана и типизирована также в соответствии с диагностическими критериями для обсессивно-компульсивного и аддиктивного расстройств в 1990-х годах. Авторы предложили четыре критерия, причем для диагностики достаточно наличие одного из них:

- часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные;

- регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось;

- озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особенности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом, неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной

сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (напр., долги или банкротство);

- чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

**Аддикция к трате денег проявляется повторным, непреодолимым желанием совершать множество покупок. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое может быть ослаблено очередной покупкой, после чего обычно возникает чувство вины. В целом, характерен широкий спектр негативных эмоций, свойственных аддиктам, положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки. У этой категории аддиктов растут долги, возникают проблемы во взаимоотношениях с семьей, могут быть проблемы с законом.**

Аддикция к трате денег начинается обычно в возрасте 30 лет, ею страдают преимущественно женщины (92% из всех аддиктов). Сегодня аддикция к покупкам начинается в более молодом возрасте – средний возраст обследованных женщин составляет 17,5 лет.

Аддикция к трате денег часто сочетается с аффективными расстройствами (50%), химической зависимостью (45,8%), в том числе алкоголизмом (20%) и пищевыми аддикциями (20,8%). **Высказывается предположение, что аддикция к трате денег может быть включена в семейный и, возможно, генетический «клинический спектр» расстройств, куда относятся аддиктивные и аффективные расстройства.** Подтверждением могут служить данные о том, что, в свою очередь, 8% больных депрессией сообщили об эпизодах неконтролируемой траты денег для совершения покупок, причем все эти больные оказались женщинами.

Есть множество случаев, когда «шопингомания» приводила к разрушению семей, их финансового благополучия из-за непомерной задолженности больного члена семьи, утратившего чувство меры.

**В случае невозможности удовлетворить эту самую «манию» у «шопингомана» развивается синдром абстиненции, выражающийся в психологических расстройствах, агрессии или депрессии, болезнях сердечно-сосудистой системы, головных болях.**

Итак, что собой представляет шопоголизм, или шопомания, понять не сложно – достаточно вспомнить, что по-английски shop (шоп) – это магазин. А, стало быть, **шопоголизм является психологической зависимостью человека от посещения магазинов.**

Очевидно, что без посещения магазинов в современном мире выжить просто-напросто невозможно. Должны же мы где-то брать продукты, лекарства, одежду и средства гигиены. Можно, конечно, заказать все необходимое в Интернете, но это все равно будет поход в магазин, пусть и виртуальный.

**Под шопоголизмом, как и под любым другим «измом», понимают непреодолимую тягу человека к совершению определенных действий, в данном случае к походам в магазин. Важно отметить, что больные шопоголизмом люди, как правило, приобретают вещи, в которых они не нуждаются.**

**Причины развития шопоголизма точно такие же, как и причины развития любой другой навязчивости – невозможность для человека существования в данной жизненной ситуации и потребность эту ситуацию изменить, сбежать от действительности.**

Как трудоголики на работу, шопоголики бегут в магазин, спасаясь от рутины. Магазин предстает для них

некой новой деталью жизни, неким аттракционом, возможностью забыть о повседневных заботах и окунуться в новый сказочный мир.

Очень часто **люди, страдающие шопоголизмом, ищут в магазинах спасение от одиночества.** При этом не имеет никакого значения, одиноки ли они на самом деле или имеют полноценную семью и работу. Все дело в том, как сам человек воспринимает свою жизнь. Одни люди устают от общения с окружающими даже в том случае, если вынуждены общаться всего час-два в день, другим мало и десятичасового общения, им подавай общение в режиме «нон-стоп».

Еще одна черта характера, свойственная не только шопоголикам, но и трудоголикам и алкоголикам, – это **низкая самооценка, требующая постоянного утверждения собственной значимости.** Магазин же в этом случае как нельзя лучше подходит для того, чтобы поднять самого себя в собственных глазах, ведь в процессе шопинга человек принимает активные решения, получает угодливые улыбки и похвалы продавцов относительно выбранной им вещи, короче говоря, **«стремительно растет».**

Любопытно, что шопомания является, пожалуй, единственным навязчивым состоянием, которое «рекламируется» психиатрами. Да-да, именно рекламируется. Ведь одной из самых частых рекомендаций, которую получает человек, пришедший на прием к психотерапевту с жалобами на депрессию, является рекомендация посетить магазин.

С одной стороны, такой совет вполне обоснован, так как шопинг позволяет человеку отвлечься от действительности и почувствовать себе независимым и успешным. Однако стоит взглянуть на проблему немного под другим углом, и совет психотерапевтов становится, мягко говоря, странным.

Мало того, что шопинг требует изрядного количества денежных средств и потому далеко не всем по карману. Рекомендация обратить свое внимание на шопинг, то есть на занятие, пристрастие к которому формируется у людей достаточно быстро, данная человеку психически не совсем здоровому, а, следовательно, склонному к развитию навязчивостей, является уж совсем чем-то неожиданным. Особенно если принять во внимание тот факт, что шопоголизм – это отнюдь не самая безобидная навязчивость. В трудоголизме тоже хорошего мало, однако он все-таки не приводит людей к полнейшему жизненному краху и даже иногда способствует тому, что люди сколачивают неплохое состояние. **Шопоголизм же больше похож на алкоголизм или игроманию, ибо человек, страдающий этой навязчивостью в тяжелой форме, может полностью терять контроль над собой и тратить на свою манию все денежные средства семьи, оставляя близких в буквальном смысле слова без средств к существованию.**

Многие люди ошибочно полагают, что шопоголизм – это чисто женский недуг. Ничего подобного. Конечно, женщины подвержены шопомании несколько сильнее, чем мужчины, но и представители сильного пола точно так же склонны попадать в болезненную зависимость от посещения магазинов.

К сожалению, нередко люди, уже попавшие в сети шопоголизма, этого не замечают...

В США сегодня психиатры намереваются внести в справочники по психиатрии новое заболевание – **навязчивый и всепоглощающий шопинг**. Предположительно это навязчивое состояние присуще 10 млн. американцев. Навязчивая идея заниматься шопингом принимает такие формы, когда человек становится не в состоянии справиться с возникающей тягой к покупкам.

Большинство этих людей попросту становится банкротами, поскольку не могут контролировать денежные траты.

В Британии эту болезнь называют **компульсивным шопингом** и относят к нервным расстройствам, которыми, по мнению британских психотерапевтов, страдает от 2 до 8% населения.



*Фрагмент фильма «Шопоголик» (по роману С.Кинселла, 2009, режиссер П.Хоган)*

Нередко навязчивое состояние делать покупки часто окружающими просто высмеивается. Между тем, известны случаи, когда эта страсть приводила к самоубийствам, поэтому окружающим людям не следует относиться к этой серьезной проблеме подобным образом. Тем более, что **сами шопоголики отрицают свою зависимость и одновременно стыдятся ее намного сильнее, чем алкоголики или наркозависимые.**

В Европе вообще к проблеме шопоголизма относятся с большим пониманием. Так, например, скандинавские психологи, занимающиеся лечением

различных зависимостей, советуют людям, не контролирующим себя при совершении покупок, срочно заняться *самотерапией*, а если она не поможет, лечь в клинику. Проблема заключается лишь в том, что страдающие шопинговой зависимостью люди не всегда понимают, что с ними на самом деле происходит и насколько это серьезно. Непонимание и бессилие перед совершением нежелательных поступков приводят человека к депрессии. Психологи, к которым они обращаются, часто пытаются лечить человека именно от депрессии, которая является лишь сопутствующим состоянием. Глубинные причины шопоголизма зачастую так и остаются нераскрытыми.

*Что греха таить — все мы любим покупать. Сверкающие витрины, приятная атмосфера, вежливый персонал — все это само по себе поднимает настроение. В крупных городах появились гигантские торговые комплексы, там можно провести целый день — кроме множества магазинов, есть рестораны, кинотеатры, игровые зоны для детей и даже катки. Понятно, что все это великолепие не бескорыстно, но ощущение праздника и удовольствие от самого процесса покупок привлекает нас сюда снова и снова.*

**Для многих шопинг — это способ на время забыть о проблемах, своеобразная анестезия, релаксация.** В принципе, в том, чтобы купить нужную вещь и при этом еще и получить удовольствие, нет ничего плохого. Траты можно контролировать с помощью нехитрых приемов: составить список покупок и придерживаться его, брать с собой ограниченную сумму денег. В супермаркет полезно ходить с калькулятором (он есть в любом мобильном телефоне). Набирая товары в тележку, суммируйте их стоимость — это поможет сохранять трезвость среди множества соблазнов. Укротите свое желание бегать по распродажам, иначе вы потратите много денег, а у вас в доме появится масса ненужных вещей.

К сожалению, эти советы помогут только тем, кто не стал жертвой шопингомании — **невротической зависимости**. А таких становится все больше. Настораживает то, что люди все чаще выбирают торговый центр как основное место досуга. Потребление становится образом жизни. Громадная индустрия рекламы, все более изоцифренной, заставляет людей видеть цель жизни в том, чтобы покупать. Если ты приобретаешь все более дорогие товары, новые модели, значит, ты идешь вперед, поднимаешься по

общественной лестнице, твоя жизнь удалась. Ограничение возможности покупать (например, после увольнения) кого-то приводит к тяжёлым стрессам.

Стремлению приобрести что-то новое в какой-то степени подвержены почти все. Но у **психологически устойчивых людей это не становится проблемой, требующей специального лечения.** А вот когда человек, приходя в магазин, тратит в 2–3 раза больше своего недельного бюджета, причем, на случайные вещи, когда у него отсутствует критика по поводу объема своих покупок – это уже отклонение от нормы. Конечно, рано или поздно такая неадекватность вызывает недовольство в семье, но это не останавливает шопоголика. Значит, ему нужна помощь.

Как считают психологи, бывают разные типы шопоголиков.

Основной тип – **жертвы моды**, которые гоняются за товарами «нового поколения».

Другой тип – **люди, для которых шопинг сродни собирательству, накопительству**, они приобретают все подряд. Это дает им иллюзию безопасности, защищенности.

Иногда **шопингомания компенсирует одиночество человека**, помогая ему ощутить себя принадлежащим к определенному кругу.

Есть еще и **интернет-шопингомания**, приводящая к весьма серьезным последствиям, так как покупки совершаются в виртуальном мире, а отдавать приходится реальные и зачастую немалые деньги.

В тяжёлых случаях **шопингомания может развиться в тяжёлое депрессивное расстройство**, тогда придется обращаться к психиатру.

Однако в большинстве случаев страсть к приобретательству поддается психотерапии. Грамотный специалист разберется в подсознательных причинах этого нарушения, и совместная работа врача и пациента приведет к полному излечению.

Шопингомания сейчас уже не просто термин, а разрастающееся социальное явление, которое разбито по категориям и усиленно изучается. Названия видов этой болезни большинству все скажет само за себя:

- **сеизмомания** (непреодолимая тяга совершать большей частью ненужные покупки на всевозможных распродажах) выделяется из основного ряда тем, что может привести не только к самоубийству, но и к убийству;

- **джанк-фуд-аддикция** характерна маниакальным желанием во что бы то не стало зайти в первый попавшийся на глаза пункт фастфуда;

- **постшопинговая депрессия** – состояние, когда человек приходит в себя после совершения покупок и осознает всю пагубность своей болезни.

II видов этих больше, чем перечислено выше. Хорошо, когда человек может позволить себе подобную болезнь. Материальные блага в мире распределены очень неравномерно: состоятельный шопоголик, купив дорогой дом в Черногории, не станет при наступлении постшопинговой депрессии корить



себя так, как домохозяйка, которая приобрела кожаный диван со скидкой в 60 процентов.

Как правило, корни этой болезни уходят в одиночество. Человек чувствует себя всеми покинутым, никому не нужным, ему скучно, все вокруг серо и безрадостно... Вот они и радуют себя, тратя деньги, которых порой и без того не хватает.

Шопоманы, в большинстве своем, делятся на две категории: назовем их **демонстративные и практичные**.

**Демонстративные** – это, как правило, единственные дети в семье или просто любимцы родителей, которых просто заваливали подарками. Они привыкли быть в центре внимания, не заботясь о том, чего это стоит. Поэтому демонстративные шопоманы привлекают внимание окружающих своими дорогостоящими бесполезными покупками.

**Практичные шопоманы** – наоборот, дети материально неблагополучных семей, которые хотят реабилитироваться, дополучить те подарки и то внимание, которых им так не хватало в детстве, и стараются совершать дорогие покупки, такие как упомянутые дома в Черногории или дорогие автомобили. Покупки этой группы шопоманов гораздо более продуманы, последовательны, полезны и практичны, но вовремя остановиться и перестать тратить деньги они, к сожалению, тоже не могут.

Говоря о зависимостях, нельзя не сказать о том, что они свойственны человеческой природе. Страсти придают жизни соль, полноту, а их абсолютное отсутствие делает жизнь, возможно, более безопасной, но зато бедной эмоционально и творчески несостоятельной. **В аддикции есть и созидающий аспект, исходящий от влечения к жизни. Важно, чтобы все эти «игрушки» не заслоняли главного в жизни.** Под определение аддикта попадают и донжуан Пушкин, и неудержимый гурман Крылов, и игрок Достоевский, и трудоголик Королев, и заядлый курильщик Бродский, и алкоголик Венедикт Ерофеев... Но, как говорится, любим мы их не за это. **Может быть, смысл жизни в том, чтобы избежать пагубных, разрушительных пристрастий или превозмочь их, не потеряв аддикции к самой жизни – любви, вдохновения, ув-**

леченности своим делом, интереса к  
му вокруг...


**Следует запомнить:** *шопинг, шопомания, шопинголизм, ониомания, Э.Крепелин, сеилзомания, джанк-фуд-аддикция, компульсивный шопинг, Фабер, О'Туин, интернет-шопингомания, самотерапия.*

### **Вопросы и задания по Главе IX**

1. Кто первым обратил внимание на шопоголизм, ониоманию? Почему, как вы думаете?
2. Расскажите о симптомах шопоголизма?
3. В чем заключаются причины шопоголизма?
4. Можно ли установить, как развивается шопоголизм?
5. Почему считается, что этой аддикции чаще предрасположены молодые люди и женщины?
6. В чем, собственно, заключается отрицательное значение шопоголизма и есть ли в нем элементы положительного?
7. Расскажите о типах шопоголиков.

## Глава X

### Технологические аддикции: гаджеты, Интернет, компьютер, телевизор, мобильный телефон



В рамках современной аддиктологии большое значение в глазах специалистов приобрели особенности личности больных. Основой аддиктивной личности может быть не только нормативный тип характера или крайний его вариант, но и совершенно определенный личностный дефицит. Представление о расстройстве личности больного в смысле ее дефекта, который личность пытается смягчить каким-то добавлением, дополнением, превращает аддиктологию в своего рода дефектологию, которой предназначено направлять личность в рациональную сторону при решении личностных проблем.

Дефект или дефицит по определению подразумевают некую компенсацию, необходимость внешнего дополнения в той области, в которой и наблюдается недостаток.

В последние годы произошло внесение в рамки аддиктологии азартных игр и др. действий, вызывающих психофизическую зависимость, хотя, например, сами азартные игры до сих пор включены в другую рубрику.

Как уже говорилось выше, слово аддикт, кроме основного, имеет сопутствующий смысл: добавление, обязательное присоединение, без чего не может жить человек. Аддиктом преследуется цель достижения определенного психофизического состояния, введения себя в определенное духовное состояние. При этом наблюдается избыточное использование окружающих объектов, лиц или

**привычных действий.** Исследователи исходят из возможности развития зависимости (аддикции) не только от вводимых в организм веществ, но и от производимых субъектом действий и сопровождающих их эмоций. Можно встретить и термин *болезнь зависимого поведения*.

Общий признак аддиктивных нарушений в том, что они связаны с двойными состояниями: сначала сопряжены с удовольствием, а потом – с негативными переживаниями в случае лишения. Лишение какого-нибудь из этих занятий вызывает психофизический дискомфорт или абстиненцию. Подобное двуединство подразумевается самим аддиктом, одинаково привлекает аддикта, что получило название **дистрессомания**.

В настоящее время нельзя с полной определенностью очертить круг расстройств поведения, в котором могут проявляться аддикции. Список объектов зависимости достаточно большой: различные ПАВ, компьютерные игры, источники информации (всемирная сеть Интернет), различного рода эстетические наслаждения, работа, культы, высокие технологии и т.д. Некоторые зависимости одобряются обществом, другие с течением времени начинают представлять личностную проблему для индивида, при этом, не являясь социально опасными, третьи имеют статус социально опасных.

Личности с аддиктивными наклонностями часто заполняли время различными светскими развлечениями (визиты, «тусовки»), особенно в период, предшествовавший появлению электронных вариантов зависимости.

Сегодня избыточное пользование компьютером состоит в проведении большей части досугового времени, в том числе и ночного, за компьютером, использование цифровых накопителей и МРЗ накопителей, карманных компьютеров для развлечений в пути

следования по городу, в метро и т.д. Время тратится на пользование компьютером и просмотр DVD и телепередач в ущерб учебной, производственной деятельности и состоянию здоровья, из-за чего эти лица, в основном молодого возраста, подвергаются постоянной проверке со стороны родителей в отношении времени, проведенного за компьютером.

И сами компьютерные игры являются одним из способов аддиктивной реализации, т.е. ухода от реальности. **Аддикты – это люди, предпочитающие скрываться от реальных проблем в виртуальном мире. Погружаясь в виртуальную реальность и достигая в ней определенных успехов, человек реализует виртуально имеющиеся потребности.** Вместо решения проблем здесь и сейчас человек с головой уходит в компьютерный мир.

Тех, кто в качестве такого способа ухода от реальных проблем выбирает интернет, называют интернет-зависимыми, компьютерные игры – кибераддиктами и так далее.

В игре кибераддикт чувствует себя комфортно: он сильный, смелый, вооруженный и успешный. Время, проведенное за игрой, не делает его сильнее и успешнее в реальной жизни. Потому, возвращаясь из виртуального мира в реальный, человек испытывает дискомфорт, ощущает себя маленьким, слабым и незащищенным в агрессивной среде. И желает как можно скорее вернуться туда, где он победитель. По статистике, процент людей, приобретающих зависимость от классических азартных игр, близок к таковому для интернет-зависимости и составляет 1–5%. **Основной критерий, отделяющий обычное увлечение компьютерными играми от зависимости – отсутствие/наличие вреда физическому и психическому здоровью, социальной жизни.**

В настоящее время интенсивно обсуждается феномен (или заболевание, или синдром) наркозависимости от Интернета, или Интернет-аддикции (Internet Addiction Disorder, или IAD). **Если для формирования традиционных видов зависимостей требуются годы, то для интернет-зависимости этот срок резко сокращается.**



*Попробуй, оттащи!*

В связи с возрастающей компьютеризацией и интернетизацией общества, как в профессиональной, так и обыденной жизни, для миллионов людей стала актуальной проблема неправильного использования Интернета. Через Интернет происходит общение, поиск информации, делаются покупки, реализуются личные пристрастия во всех сферах жизнедеятельности и многое другое.

Одной из основных причин, вносящих деструктивные изменения в структуру и динамику формирования и развития личности, вплоть до состояний диагностированных заболеваний (например, инфомании), явля-

ются технологические аддикции и, в частности, Интернет – аддикция. В числе основных симптомов синдрома Internet Addiction Disorder выделяют следующие поведенческие характеристики:

- активное, и часто агрессивное нежелание отвлечься от работы в Интернете даже на короткое время;

- досада и раздражение при внешних отвлечениях от Интернета;

- неспособность спланировать время окончания работы в Интернете;

- постоянное увеличение расходов денежных средств для обеспечения работы в Интернете, в том числе, «влезание в долги»;

- хроническая склонность ко лжи – публичное преуменьшение длительности и частоты работы в Интернете;

- игнорирование домашних дел, учебы, служебных обязанностей, важных личных и деловых встреч в период работы в Интернете;

- неприятие критики такого своего образа жизни;

- готовность мириться с разрушением семьи, потерей круга общения из-за поглощенности Интернетом;

- пренебрежение собственным здоровьем, сокращение длительности сна из-за работы в Интернете в ночное время;

- избегание физической активности под предлогом срочной работы, связанной с Интернетом;

- пренебрежение личной гигиеной;

- готовность удовлетворяться случайной, однообразной и некачественной пищей;

- нерегулярность питания и сокращение времени на еду – «проглатывание» еды без отрыва от компьютера;

- злоупотребление кофе и другими стимулирующими средствами;

- значительное снижение и полное избавление от ранее возникших состояний тревоги, чувств вины и беспомощности;

- ощущение эмоционального подъема во время работы в Интернете;

- подбор, просматривание, изучение литературы преимущественно о новинках Интернета и обсуждение их с окружающими.

Психологу, особенно работающему с подростками невозможно оставить без внимания проблему технологических аддикций, и в частности, Интернет – аддикцию, которая тесно связана с возрастными кризисами подросткового возраста, характеризующегося как переломный, переходный, критический возраст полового созревания и являющегося особенно трудным, как для родителей и педагогов, так и для самих подростков.

В основании такой оценки лежит многообразие критических, психологических и физиологических состояний, как объективно возникающих в процессе развития, которые иногда именуется «критическими периодами детства», так и формирующихся на фоне технологических (нехимических) аддикций – активизирующий уровень личной и ситуативной тревожности и повышенный уровень агрессии. Однако, несмотря на большой научный интерес к проблеме Интернет – аддикции, общепринятое теоретическое представление о психофизиологической природе технологической (нехимической) аддикции до сих пор не выработано.

Ряд специалистов, исследуя проблему технологических (нехимических) аддикций, делают вывод, что на



данный момент считать зависимость от Интернета заболеванием было бы преждевременным, но выявлять феномен технологических аддикций и оказывать психологическую помощь подверженным технологической аддикции людям весьма актуально и значимо.

*Сегодня описаны случаи пребывания в сети по 18 и более часов в сутки, по 100 и более часов в неделю, однако, по мнению ученых, степень аддикции определяется не количеством проведенного в Интернете времени, а суммой потерь в существенных сторонах бытия: смерть из-за хронического недосыпания, убийства, самоубийство; осуждение родителей за неадекватный уход за детьми; побег подростков из дома; бракоразводные процессы; эмоциональные расстройства, депрессии и стрессы, вызванные потерей доступа к Интернету и содержанием полученных сообщений; увеличение вероятности оказаться жертвой манипулятора и мошенника, использующих Интернет в преступных целях; систематическое расходование рабочего времени на непроизводительную активность в Интернете, необходимость привлекать специалистов для диагностики «избыточного применения Интернета» и консультирования «групп риска».*

Известный американский клинический психолог Кимберли Янг (Young) охарактеризовала пять основных типов интернет-зависимости:

- **обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности);**
- **компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных;**
- **патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам;**
- **зависимость от социальных применений Интернета, то есть от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными;**

**- зависимость от «киберсекса», то есть от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».**

*В 1994 году психиатр Кимберли Янг разработала и опубликовала тест-опросник, направленный на выявление интернет-зависимости и получила около 500 ответов. Большинство ответивших были признаны согласно выбранному критерию интернет-зависимыми. Оказалось, что распространенность этого расстройства сходна с распространенностью патологической азартности и составляет от 1 до 5 % пользователей Интернета. К.Янг – профессор психологии Питтсбургского университета в Брэтфорде (США), автор известной книги «Пойманные в Сеть» (англ. «Caught in the Net»), переведенной на многие языки. Она также является основателем Центра помощи людям, страдающим интернет-зависимостью (Center for On-Line Addiction). Центр, созданный в 1995 году, консультирует психиатрические клиники, образовательные заведения и корпорации, которые сталкиваются со злоупотреблением интернетом. Центр свободно распространяет информацию и методики по освобождению от интернет-зависимости.*



*Кимберли Янг*

В то же время продолжается широкая дискуссия по поводу данного расстройства. Диагностические крите-

рии интернет-зависимости, сформулированные К. Янг почти 20 лет назад подвергнуты серьезной критике.

В частности, американский специалист Дж. Грохол (Grohol), отмечает, что количественный подход Янг (количество часов, которые нужно провести в онлайн) явно недостаточен, чтобы быть признанным «зависимым». Указывается, что количественные данные о «норме» или ее превышении, относящиеся к 1998 или 1999 году, совершенно не показательны для среднего пользователя Интернета в 2009–2 010 годах. Кроме того, специалистам редко удастся отфильтровать (или учесть каким-то иным образом) тех, кто применяет Интернет на постоянной основе для выполнения работы или для учебы, и, тем самым, результаты неизбежно остаются смещенными в сторону завышения количества часов в онлайн.

По мнению психиатра М.Гриффитс (Griffiths), технологические зависимости могут рассматриваться как разновидность поведенческих зависимостей: они включают такие ключевые компоненты всякой зависимости, как «сверхценность» (salience), модификация настроения (mood modification), конфликт с окружающими и с самим собой (conflict) и рецидив (relapse).

Большая часть тех, кто избыточно применяет Интернет, не являются зависимыми непосредственно от Интернета, для них Интернет – это своего рода питательная среда для поддержания других зависимостей. Следует проводить различие между зависимостью непосредственно от Интернета и зависимостями, связанными с применениями Интернета. Для многих аддиктов Интернет – это не более чем место, в котором они осуществляют излюбленное ими (аддиктивное) поведение.

В то же время в ряде кейс-исследований (связанных с анализом индивидуальных случаев) выявляется, по всей видимости, зависимость непосредственно от Интернета. **Большая часть таких индивидуумов пользуются теми функциями Интернета, которые отсутствуют вне этой среды – к примеру, сервисами чатов или разнообразных ролевых игр.** По мнению М. Гриффитса, если зависимость от Интернета и существует на самом деле, то она затронула не более чем относительно небольшой процент пользователей Интернета. При этом остается неясным, каковы конкретные свойства Интернета, которые способствуют возникновению и развитию зависимостей. Очевидно лишь, что требуется дальнейшая исследовательская работа в этой области.

Психиатр Д. Морэйхан-Мартин (Morahan-Martin) отмечает, что излишнее применение Интернета (Internet Abuse) – тема противоречивая. Некоторые люди задаются вопросом о том, насколько вообще реален данный феномен. При том, что собрано немало ценных свидетельств излишнего применения Интернета, все же осталось немало вопросов и нерешенных проблем. Для изучения излишнего применения Интернета специалистами разработаны несовпадающие между собой критерии, используется разная терминология. Из большого числа предложенных измерительных шкал ни одна не может считаться универсальной и лишь немногие психометрически валидизированы<sup>67</sup>. Если бы критерии были стандартизованы, это способствовало бы сравнению результатов проведенных разными группами специалистов исследований. За различиями в применяемых критериях и в терминологии стоят значительно более фундаментальные разногласия: следует ли рассматривать излишнее применение Интернета как клиническое заболевание,

подходит ли для него объяснительная модель развития аддикции?

В ряде исследований выявлена прямая зависимость между уровнем социальной тревоги и количеством времени, проводимом за компьютерными играми. Отмечается, что высокий уровень личностной и социальной тревожности в сочетании с чувством проницаемости собственных границ и неумением строить межличностные контакты, подкрепляемые амбивалентной позицией матери по отношению к сепарации и взрослению подростка, приводят к замещению реальной жизни виртуальным пространством. «Уход» в компьютерную игру позволяет снизить уровень тревоги за счет иной структуры деятельности. Отмечается, что существенное значение имеет возможное наличие коморбидной патологии, в частности, депрессивных расстройств; в то же время неясна распространенность данных психопатологических нарушений. По предварительным данным, коморбидность с аффективными расстройствами может составлять не менее 25% у обращающихся за помощью.

В настоящее время необходимо получить ответ на следующие вопросы:

является ли Интернет-зависимость во всех ее разнообразных проявлениях болезненным пристрастием (аддитивным поведением), способом адаптации дезадаптивной (аномальной) личности, отдельной нозологической единицей (болезнью) с присущими ей клиническими проявлениями и течением или синдром (проявление) другой болезни?

Пока не описаны психопатологические феномены, особенности течения болезни, ее исход – вряд ли можно говорить о такой болезни, как Интернет-зависимость. Однако это не мешает рассмотреть Интернет-

## **зависимость как одну из форм аддиктивного поведения в понимании его как доболезненного расстройства в рамках девиантного поведения.**

Проведенные исследования позволили выявить некоторые особенности личностных свойств интернет-зависимых, с помощью тестов был составлен психологический портрет подростка, склонного к развитию подобной аддикции:

*Статистически значимые отличия ( $p < 0,05$ ,  $p = 0,009$ ) наблюдаются по фактору поиска новых ощущений. Показатели у групп, склонных к развитию зависимости, существенно выше, чем у представителей контрольных групп. Как и при любых других формах химических и нехимических аддикций, данный фактор является одним из первичных, лежащих в основе формирования зависимости. Подобный результат позволяет предположить определенную схожесть механизмов формирования Интернет-аддикции с другими видами аддиктивного поведения. Существенные отличия ( $p < 0,05$ ) между двумя группами наблюдаются по показателям уровня коммуникативной компетентности и качества сформированности основных коммуникативных навыков и умений. Так, подростки контрольных групп в сравнении с группами зависимых демонстрируют более компетентный стиль общения ( $p < 0,05$ ,  $p = 0,032$ ), характеризующийся адекватным реагированием в ситуациях межличностного взаимодействия, удачным сочетанием допустимой агрессии и эмпатии, понимания другого человека. В группах склонных к Интернет-зависимости преобладает агрессивный стиль ( $p < 0,05$ ,  $p = 0,021$ ), характеризующийся повышенной тревожностью, уязвимостью и, как следствие, оборонительно-нападающей позицией, часто исключаящей близость в общении. Для групп склонных к Интернет-зависимости характерна асоциальная стратегия преодолевающего поведения, включающая асоциальные и агрессивные действия ( $p < 0,05$ ,  $p = 0,005$ ). Данный стиль копинг-стратегии характеризуется импульсивностью и резкостью поведения, демонстрацией собственного превосходства над другими людьми, часто заниженной самооценкой. Такие люди боятся сокращать дистанцию с окружающими: человеческая близость, как им кажется, несёт в себе угрозу. С этой точки зрения общение, опосредованное Интернетом, представляется безопасным, т.к. участник беседы может в любой момент решить, продолжать ли ему общение или прекратить его. **Для подростков, склонных к Интернет-зависимости, характерны следующие показатели (по данным опросника Кеттелла): эмоциональная отчужденность; неустойчивость эмоциональных проявлений, снижение способ-***

*ности управлять эмоциями и настроениями, находить им адекватное объяснение; конформность поведения; зависимость от группы; робость в межличностном общении, низкая стрессоустойчивость; повышенная степень озабоченности; склонность к чувству вины.* Таким образом, предварительно обобщая полученные результаты, можно со статистической достоверностью говорить о различиях, касающихся эмоционально-волевой сферы испытуемых, стилях межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков, способах совладания со стрессовыми ситуациями. Полученные данные могут быть использованы при построении профилактической работы с подростками с целью предотвращения возможных негативных последствий, связанных с использованием Интернета.

**Телевизионная и кино-зависимость проявляется в неоправданно длительном просмотре телевизионных передач с постоянным переключением с одного канала на другой в стремлении успеть просмотреть все передачи одновременно. Переключая канал за каналом, аддикт не в состоянии выключить телевизор, уподобляясь подопытной мыши, надавливающей на рычаг для включения электрической стимуляции зон удовольствия и погибающей от истощения из-за отказа от иной деятельности.**

Живые существа, стремясь удовлетворить свои настоящие потребности, зачастую подвергают свою жизнь смертельной опасности. В этом и состоит парадокс борьбы за выживание! Рыба заглатывает наживку и в следующее мгновение болтается на крючке. Мышь, влекомая запахом сыра, попадает в мышеловку. Но это обусловлено физиологической необходимостью. И только поведению человека нет разумного оправдания. Вовсе не для борьбы за выживание человек готов предаваться разрушительным соблазнам и порокам. Его не останавливает даже прямая угроза здоровью и жизни. К примеру, спиртное – ведь никто не заставляет его пить! Искушение, порой, сильнее доводов разума. Понять

это и вовремя остановиться – вот одна из важнейших проблем существования вида *homo sapiens*.

Чрезмерное стремление к чему-либо не всегда физиологически оправдано. Азартные игры могут превратить человека в заядлого игрока, секс – стать навязчивой идеей... Но среди разных аспектов человеческой деятельности самое популярное времяпрепровождение – сидение у телевизора. Многие люди определяют свое отношение к ТВ как «любовь – ненависть», а сам телевизор зовут «ящиком для болванов». Но при этом удобнее устраиваются в своих креслах и на диванах и не выпускают из рук пульт дистанционного управления. Родители раздраженно ворчат на детей, которых не оторвать от экрана, но сами умалчивают о своих телепристрастиях. Даже исследователи ТВ зачастую смотрят все программы без разбору.



*Наши дети становятся чужими*



Десятилетиями ученые исследуют воздействие телевидения на человека. Особенно внимательно изучают связь между демонстрацией сцен жестокости на экране с насилием в реальной жизни. Пытаются понять, почему потребители информации предпочитают телевидение газетам и журналам.

Термин **«телезависимость»** не очень точен и не дотягивает до смыслового, но все же он отражает суть реального феномена. Психологи и психиатры формально определяют патологическую зависимость от чего-либо или кого-либо как расстройство, отклонение от нормы, которому соответствуют характерные признаки неадекватной реакции на раздражитель: огромное количество времени, уделяемого объекту зависимости; использование его чаще, чем обычно принято; стремление (либо многократные и безуспешные попытки) сократить общение с ним; отказ ради него от исполнения социальных, семейных и профессиональных обязанностей; жалобы на замкнутость и уход в себя при отказе от контактов с данным объектом зависимости. И все эти критерии можно применить к любителям подолгу сидеть у телеэкрана.

Это не значит, что смотреть телевизор плохо или вредно. Телевидение обучает, расширяет кругозор, развлекает, расслабляет, уводит от гнетущей действительности, позволяет наслаждаться прекрасным. Однако человек, понимающий, что надо бы поменьше времени проводить у экрана, зачастую ничего не может с собой поделаться. А для того, чтобы иметь шансы на победу в схватке с телеманией, надо понять, как воздействует на нас телевидение.

Количество времени, которое мы проводим у телеэкрана, ужасает. В среднем жители развитых промышленных городов каждый день тратят на это по три часа. А это – ровно половина всего свободного времени,

если не считать сна и мелких домашних дел. Следовательно, к 75 годам 9 лет человек уже отдал телевидению. Кто-то объясняет это огромной любовью к ТВ. Но почему тогда множество зрителей обеспокоено подобной страстью? Опросы Института Гэллага конца 90-х годов прошлого века показали: по собственной оценке, слишком много сидят у телеэкрана двое из пяти взрослых и семеро из десяти подростков. И другие исследования подтверждают, что телеманами считает себя приблизительно 10% взрослого населения. Неудивительно, что реакции организма на ТВ стали предметом сугубо научного изучения. С помощью электроэнцефалографов проводились мониторинги волн головного мозга. Исследователи зафиксировали перемены электрической сопротивляемости кожи, изменение частоты сердцебиения во время, до и после просмотра телепередач. Опыты ставили не только в стенах лабораторий, но и в естественной среде обитания, применив метод экспериментального моделирования. Телеман не только лежал дома на любимом диване перед телевизором, но и ел, пил, спал, работал. А при нем постоянно был бипер (устройство, принимающее звуковые сигналы), на который в течение недели 6–8 раз в сутки поступали сигналы. Тут подопытный телезритель и должен был на специальной карточке записать, что он в данный момент делает и как себя при этом чувствует.

Тот, кто смотрел телевизор, когда поступал сигнал, чувствовал себя расслабленно и пассивно. Энцефалограмма также демонстрировала ослабление ментальной стимуляции во время просмотра телепередач (чего никогда не наблюдалось при чтении!). Но самое удивительное: когда телевизор выключали, чувство релаксации пропадало, а ощущение пассивности оставалось. Исследуемые зрители подтверждали, что ТВ

каким-то образом поглощает их энергию, оставляя их опустошенными (опять-таки, в отличие от обычного чтения). А настроение после просмотра остается прежним или незначительно ухудшается.

Зрители говорят, что, едва загорается телеэкран, они моментально расслабляются. Поэтому люди и связывают ТВ с отдыхом и снятием напряжения. Причем, ощущение релаксации сохраняется на протяжении всего просмотра. Но стоит выключить «ящик» – и тут же происходит «принудительное» возвращение в реальность со всеми ее проблемами. Схожим образом действуют наркотики. Транквилизатор, покидающий организм слишком быстро, вызывает больше зависимости, чем тот, который выводится медленно. Точно так же зритель не выключает идущую программу – подсознательно он понимает, что ощущение релаксации ослабнет, если экран погаснет. Чем чаще и дольше смотришь, тем больше хочется смотреть.

Парадокс в том, что люди смотрят телевизор гораздо больше, чем планируют, хотя длительный просмотр менее продуктивен. Результаты телеопытов с применением метода экспериментального моделирования в естественной среде обитания показывают: чем дольше люди сидят у экрана, тем меньше радости они от этого получают. Телезависимые участники исследования – те, кто смотрит передачи более четырех часов в сутки – получают от этого меньше удовлетворения, чем те, кто уделяет просмотру телепрограмм менее двух часов. В ряде случаев удовольствие от передач телеманам портят приступы беспокойства и вины из-за непродуктивно потраченного времени. Ученые Японии, Великобритании и Соединенных Штатов обнаружили, что такое чувство вины гораздо чаще одолевает представителей среднего класса, чем более высокие слои населения.

Почему же телевидение так привлекает нас? Частично это происходит из-за нашей биологической ориентировочной реакции. Впервые это понятие было описано Иваном Петровичем Павловым в 1927 году. **Ориентировочная реакция** – это наша инстинктивная визуальная или слуховая реакция на внезапный или же неизвестный ранее раздражитель. Это врожденная восприимчивость к потенциальной угрозе. Типичные проявления такой реакции – поворот глаз в сторону источника раздражения, расширение кровеносных сосудов мозга, замедление сердечной деятельности и сокращение кровеносных сосудов в основных группах мышц. Альфа-волны на несколько секунд блокируются, затем снова возвращаются к нормальному ритму, что определяется общим уровнем ментального раздражения. Мозг фокусируется на восприятии большей информации, а тело находится в состоянии покоя.

В 1986 году Байрон Ривз (Byron Reeves) из Стэнфордского университета, Эстер Торсон (Esther Thorson) из Миссурийского университета и их коллеги начали изучать влияние обычных телевизионных приемов на активацию ориентировочной реакции. Повышают ли зрительский интерес быстрая смена кадров, оригинальный монтаж, внезапные шумы? Наблюдая за деятельностью мозга зрителей, исследователи выяснили, что эти приемы могут подстегивать непроизвольные реакции и повышать зрительский интерес. Уникально не содержание, а форма подачи материала. Отчасти ориентировочная реакция объясняет следующие замечания зрителей: «если телевизор работает, я не могу оторвать глаз от экрана», «мне не хотелось бы смотреть телепрограммы по столько часов кряду, но я ничего не могу с собой поделать», «телевизор меня просто гипнотизирует». После того как Ривз и Торсон

опубликовали результаты своих изысканий, ученые пошли еще дальше. Исследовательская группа Энни Лэнг (Annie Lang) из Индианского университета показала, что после воздействия внезапного раздражителя сердечная деятельность замедляется на 4–6 секунд. Перегруженность рекламных и музыкальных роликов стилистическими приемами оказывает сильное и постоянное действие на ориентировочную реакцию. Номинальная частота подачи этих приемов равна одной единице в секунду. Влияют ли аудиовизуальные образы на память? То есть, помнят ли люди, что они смотрели? Эту проблему также исследовала группа Энни Лэнг. Участники одного из экспериментов смотрели программу, а потом заполняли анкету. Особенности съемки (одновременно несколькими камерами с разных точек) и монтажа положительно влияли на информационную память, приковывая внимание к экрану. В определенном смысле, схожий эффект производит частая смена кадров. Но если показатель частоты выше 10 единиц в 2 минуты, эффект узнавания резко ослабевает.

Режиссеры образовательных программ для детей обнаружили, что телевизионные приемы помогают при обучении. Однако слишком быстрая смена кадров перегружает мозг. Основная цель музыкальных клипов и рекламных роликов, в которых используется резкая смена не связанных между собой сцен – удержание внимания зрителя. Люди могут запомнить название продукции или музыкальной группы, а детали рекламы как таковой пропустить мимо ушей. Ориентировочная реакция ослабевает. Зрители по-прежнему прикованы к экрану, но ощущают усталость, не получая взамен никакого психологического удовлетворения. Применение экспериментального моделирования в исследованиях дает те же результаты. Иногда и название продукции

трудноуловимо. Сегодня многие ролики упоминают рекламируемый продукт косвенно, как бы вскользь. Часто за интересным сюжетом трудно уловить суть. Впоследствии невозможно вспомнить, о какой продукции шла речь. И все же рекламодатели уверены – если им удалось завладеть вниманием зрителя, то, придя в магазин, он непременно выберет их товар. Это, говоря образно, подсознание напомнит оглохшему от информационного шума телезрителю, что где-то он уже слышал это название, отчего-то он его знает. Исследователи не говорят о том, что телевизор вообще смотреть нельзя. Но предостерегают от возможных проблем телеманьяков, не способных оторваться от экрана.

Метод экспериментального моделирования позволяет исследовать практически все сферы деятельности повседневной жизни человека – работу, еду, чтение, общение, занятия спортом и т. д. Вот и выясняют, относятся ли телеаддикты к жизни так же, как и обычные люди. Не возникают ли у них затруднения при общении с окружающими? Не чувствуют ли они безразличие к своей работе? Результаты оказались поразительными. Телеаддикты, вне зависимости от возраста, ощущали беспокойство, тревогу, чувствовали себя более несчастными, чем обычные зрители, когда им нечего было делать и уж тем более, когда приходилось оставаться один на один с собой.

Впоследствии Роберт Д.Макилрайт (Robert D. McIlwraith) из университета в Манитобе занимался углубленным изучением *телевизионных наркоманов*. Он обнаружил, что они чаще других впадают в тоску, бывают рассеянны, раздражены, им труднее концентрировать внимание. Пристрастие к ТВ они объясняют желанием отвлечься от неприятных мыслей и чем-то заполнить свободное время.

Другие исследования показали, что теленаркоманы реже участвуют в общественных мероприятиях или в спортивных соревнованиях, зато чаще страдают ожирением, чем те, кто смотрит телевизор умеренно.

Возникает вопрос – какова взаимосвязь между двумя явлениями? Обращаются ли люди к ТВ от тоски и одиночества или же длительный просмотр телепередач приводит их к этому? Большинство исследователей считает, что второе утверждение ближе к истине. Чрезмерное увлечение телепередачами мешает человеку концентрироваться, а также снижает самоконтроль и повышает нетерпимость к обычным жизненным проволочкам. У взрослых и детей понижается творческий подход к решению житейских проблем, ослабевает стремление достичь намеченной цели.

Некоторые ученые видят четкую параллель между ТВ и наркотиками: **заядлые телеманы, оторванные от любимого экрана, также испытывают нечто вроде симптомов абстиненции.** Вот воспоминания людей, у которых сломался телевизор: *«Вся семья ходила потерянная, как обезглавленные курицы». – «Это было ужасно. Мы ничего не делали – ни я, ни мой муж. Только разговаривали». – «Я все время плакала. Дети меня раздражали, мои нервы были на пределе. Я пыталась заинтересовать их играми, но не смогла».*

Проводились эксперименты с семьями, которым предлагали на время (неделю, месяц) отказаться от телевизора. Многие согласившиеся в итоге не выдерживали положенный срок и выходили из эксперимента. Кое-кто даже бунтовал – на словах или на деле. Это не значит, что все требовали вернуть свои «телеящички», хотя были, конечно, и такие. Естественно, что вернуть людей, которые привыкли проводить большую часть своего свободного времени у телеэкрана, к нормальной жизни довольно сложно. В конце исследования ученые

из Нью-Йоркского городского университета пришли к такому заключению: *«Самыми трудными для большинства испытуемых были первые три-четыре дня, даже для тех семей, где телевизор смотрели минимально и где люди занимались и другими делами. Более чем в половине случаев в эти дни привычный семейный уклад нарушался, у домохозяек возникали трудности со свободным временем, наблюдались проявления беспокойства и агрессивности... Несемейные люди ощущали раздражение. Как правило, к началу второй недели у большинства проявлялась тенденция к адаптации».*

Новые телезрители склонны к фоновому, клиповому потреблению телеинформации, так называемому **«заппингу»** (от английского слова *zap* – клац-клац). В условиях многоканальности телевидения телезритель щелкает пультом дистанционного управления, бегом просматривая программы на различных каналах. Эта привычка переключения каналов приобретает формы неукротимой навязчивости, которая поглощает все свободное время человека. Телезрители, склонные к заппингу, уже не способны к просмотру спокойных передач. Клиповой формой телепотребления поражены от 32 до 60 % телезрителей, причем, в основном, возраста до 40 лет. Массовость заппингового телеконтингента нашла отражение специалистами в новом термине – *«Homo Zapien»* вместо *«Homo Sapiens»*. Раньше всех с заппингом столкнулись американцы в 90-х годах XX столетия, когда многие обзавелись пультами дистанционного управления.

**Заппинг трактуется как навязчивое состояние щелканья пультом по каналам. Вначале заппинг может развиваться, как невинная попытка уйти от рекламы.** Но затем телезритель доходит до таких форм заппинга, когда в параллель одновременно смотрит несколько каналов. При этом цельного представления о программе и интеллектуального обогащения



такой телезритель не получает, но постепенно отрешается от мира и тупеет. Вредоносность зашпинга усиливается тем, что одновременно с бездумным щелканьем по каналам, телезритель курит, употребляет пиво. **Для некоторых зашпинг может быть подсознательной попыткой получить разрядку, успокоиться. А страдают от этого не только те, кто переключает каналы, но и остальные члены семьи. В подобных семьях война за овладение пультом управления телевизором становится нешуточным явлением.**

Систематической статистики подобных случаев нет. **Но несмотря на то, что у многих зрителей ТВ действительно наблюдается зависимость от длительного просмотра передач, не все ученые готовы идти так далеко, чтобы называть эту привычку пагубной.**

Существует ли формально диагноз «телезависимость» или нет, миллионы людей во всем мире не перестают чувствовать, что не могут без труда контролировать количество времени, проведенное ими у телеэкрана.

К компьютерным и видеоиграм можно применить те же принципы, хотя исследований в этой области проводилось значительно меньше. Игры развлекают и отвлекают от неприятной действительности. Игроки быстро усваивают, что, проводя время у компьютера, они начинают лучше себя чувствовать (так они и попадают в зависимость). **Существенным отличием компьютерного изображения от телевизионного видеоряда в данном случае является интерактивность.**

Многие видео- и компьютерные игры рассчитаны на постепенное повышение сложности – соответственно, растет и уровень игрока. Теннисисту или шахматисту иногда приходится месяцами подыскивать равного

себе партнера, тогда как программные игры могут мгновенно предоставить достойного виртуального противника для оттачивания мастерства. **Они доставляют психическое удовольствие – то, что называют «приливом».** Этот «прилив» сопутствует совершенствованию мастерства в любой сфере деятельности. С другой стороны, длительная активация ориентировочной реакции может сильно истощить нервную систему. Дети начинают жаловаться на усталость, головокружение и тошноту, если играли слишком долго.



*Можно ли сегодня обойтись без этого?*

В 1997 году был зарегистрирован самый экстремальный случай – в Японии были госпитализированы семьсот ребятишек. Почти всем им поставили диагноз **«оптически стимулированный эпилептический удар».** Стимулирован он был показом по японскому ТВ видеоигры о «покемонах». Подобные удары настолько серьезны для здоровья, что сегодня компании-

производители видео- и компьютерной продукции обязаны в своих инструкциях предостеречь потребителей о возможной опасности. Опрошенные родители отмечали, что быстрое мелькание на экране вызывает у детей затруднения при движении, даже если они поиграли не более пятнадцати минут. Однако многие ребята, не имеющие достаточного опыта и не обладающие самоконтролем (а часто и просто оставленные без присмотра), продолжают играть, даже несмотря на эти симптомы...

И еще: зачем вам *мобильный телефон*? Как часто вы меняете свои аппараты? Сколько сейчас у вас телефонов, и, если их больше двух, оправданно ли это? Если у вас есть iPod<sup>68</sup>, то зачем вам еще и музыкальный телефон? Можете ли вы пожертвовать покупкой чего-либо в дом или для себя ради апгрейда своих электронных штучек?

Термин «гаджет-аддикция» появился не так давно. Сегодня пронеслась волна разного рода заметок, статей и другой информации об этом виде зависимости, и буквальный перевод означает: «*острое желание штучек*» – гаджетами называют всякую электронную мелочевку вроде мобильных телефонов, плееров, диктофонов, КПК и т.д., некоторые малогабаритные ноутбуки тоже вполне попадают под это понятие. Не хотелось бы пересказывать то, что уже давно обсуждено и забыто, цель наша порассуждать на тему зависимости людей от техники, которая их окружает. Ведь, в конечном счете, ради покупки сотового телефона мы тратим деньги, а деньги многие зарабатывают не один месяц, тратя свое время и силы. Взамен же сил и времени мы получаем небольшую вещицу, которая, помимо своей основной задачи (а это все-таки разговорные функции, а не что-то иное), умеет еще много чего, но адекватен ли обмен? Мечтам об идеальном телефоне частенько посвящают-

ся темы на форумах в Интернете, люди спорят, каким он должен быть, каков может быть его форм-фактор<sup>69</sup>, какова функциональность. Порой собеседники утомляются перечислять все свои желания и говорят так: «А вообще, мой телефон самый лучший, и ничего мне больше не надо». **Идеальный телефон никому не нужен и никогда не будет создан. Потому что покупка чего-либо идеального – это окончание пути надежд, достижение определенной цели, ну а что дальше?** Допустим, вы купили идеальный телефон, который не имеет никаких недостатков: он красивый, очень функциональный, просто лучший на данный момент времени. Большинство больных гаджет-аддикцией наиграются им недели за три, а потом, отчаявшись, готовы будут любой аппарат, лишь бы на него можно было потратить свое время, прошивая, устанавливая новое ПО, обсуждая на форумах недостатки, покупая аксессуары и т.д. и т.п.

Наиболее гаджет-аддиктивными считаются как раз молодые люди, объясняется это довольно просто – они наиболее восприимчивы к рекламе, тому, что кто-то может владеть еще более «крутой» моделью, в молодежной среде модель и марка телефона могут говорить об определенной состоятельности ее обладателя. В общем, телефон является своеобразным знаком, по которому другие судят о человеке.

Итак, **признаки зависимости от мобильного телефона:**

- если пользоваться мобильным телефоном нет возможности, возникает чувство дискомфорта;
- резко возрастает время пользования мобильным телефоном;
- существует постоянная потребность говорить по мобильному телефону;

- счета за разговоры по мобильному телефону вызывают дистресс;
- из-за постоянного использования мобильного телефона возникают проблемы в школе, институте или на работе;
- из-за постоянного использования мобильного телефона возникают межличностные проблемы;
- из-за постоянного использования мобильного телефона в неподходящее время (например, во время вождения автомобиля) появляется угроза здоровью.

**Важно отметить: мобильный телефон выступает не только объектом, но и средством реализации других форм зависимого поведения. С помощью передачи СМС могут реализовываться зависимость от влюбленности и зависимость от отношений.**

*В 2000-х годах Италии психологи провели интересный эксперимент: 300 человек на 15 дней оставили без мобильной связи. Спокойно это пережили лишь 30% испытуемых, 70% ощущали нехватку телефона. Из них 25% чувствовали себя отвергательно. А 48% отметили, что без мобильного телефона у них появилась апатия. Как утверждают ученые, сознание людей, страдающих без мобильника, находится в постоянной готовности отреагировать на новую информацию – смс (Short Message Service – sms) или электронные послания. В результате человек теряет способность концентрироваться и не может посвятить себя выполнению текущих задач. Эта зависимость получила название «**инфомания**».*

*Сегодня сервис коротких сообщений по сотовому телефону, изобретенный в 1992 году, переживает настоящий бум. В одной Великобритании отправляется более 50 миллионов смс-сообщений в день. Исследования психологов Лондонского университета показали, что 62% людей, пользующихся мобильной связью, не могут отделаться от привычки постоянно проверять сообщения.*

*Специалисты бьют тревогу. Установлено, что чрезмерное увлечение смс сказывается на интеллектуальном уровне человека: постоянный обмен сообщениями временно снижает коэффициент интеллекта на 10 пунктов. У офисных работников, вынужденных по долгу службы писать смс и электронные письма, отмечается снижение внимания и умственной деятельности...*

Существуют и попытки определить возможности избавления или хотя бы своеобразной борьбы с гаджет-аддикциями:

- ограничение времени занятия с прибором одним часом в день;
- ограничение покупкой нового гаджета или аксессуара к старому раз в три месяца;
- если возникло желание заняться гаджетом, позвонить приятелю или сходить прогуляться;
- чаще приглашать в гости знакомых;
- убеждение себя подождать день-другой до покупки нового гаджета;
- внимательное чтение инструкций по эксплуатации имеющихся гаджетов, чтобы убедиться, что из них выжато все возможное.

**Следует запомнить: *Internet Addiction Disorder, или IAD, дистрессомания, инфомания, «прилив», заппинг, телезависимость, «сверхценность» (salience), модификация настроения (mood modification), конфликт с окружающими и с самим собой (conflict), рецидив (relapse), К.Янг, кибераддикт.***

### **Вопросы и задания по Главе X**

1. Что такое интернет-зависимость?
2. Почему для формирования интернет-зависимости срок резко сокращается?
3. Расскажите о поведенческих характеристиках интернет-зависимых.
4. Перечислите пять основных типов интернет-зависимости по К.Янг.
5. В чем заключается прямая зависимость между уровнем социальной тревоги и количеством времени, проводимом за компьютерными играми?
6. Как проявляется телевизионная зависимость?

7. В чем причины привлекательности телевидения?
8. Что такое зашпинг?
9. Расскажите о зависимости от мобильного телефона.
10. Наблюдаете ли вы у себя хоть малейшие признаки гаджет-зависимости?
11. Каким образом можно попытаться бороться с рассматриваемыми в главе зависимостями?

## Глава XI

### Спортивные аддикции (зависимость от упражнений)

В современной науке о спорте принято различать спорт для здоровья (то, что раньше называлось физической культурой) и спорт высших достижений (профессиональный). Кроме того, сегодня выделяют и так называемые экстремальные виды спорта, которые в наши дни завоевывают все большую популярность, особенно среди молодых и так называемых, богатых.

Именно спорт высших достижений и экстремальный спорт несут в себе наибольший аддиктивный потенциал.

В последние десятилетия в западной литературе появляются публикации, посвященные спортивной *аддикции* или *аддикции упражнений*. Аддикция упражнений, как известно и упомянуто многими, впервые была упомянута П.Бэкеландом (Baekeland, 1970), когда он исследовал эффект депривации физической нагрузки на паттерны сна. В дальнейшем концепция аддикции упражнений была популяризирована и разрабатывалась М. Сакс и Д. Паргман (Sachs, Pargman, 1984), которые предложили термин «**аддикция бега**» (running addiction). Авторы описали своеобразный синдром отмены, который развивается при депривации бега: тревога, напряжение, раздражительность, мышечные подергивания и т. д.

Ряд ученых, объясняя возникновение аддикции упражнений, выдвигают следующие психофизиологические объяснения, объединяющиеся в термогеническую, катехоламиновую и эндорфиновую гипотезы.



Термогеническая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и снижает соматическую тревогу.

Катехоламиновая и эндорфиновая гипотезы находятся в русле современных воззрений на нейрофизиологическую и нейрофармакологическую природу возникновения всех химических зависимостей.



*Аддикция упражнений... или радость?*

Говоря об особенностях аддикции упражнений, иногда выделяют две ее формы: первичную и вторичную – возникающую на основе пищевой аддикции (eating disorder). При первичной аддикции упражнений сама физическая активность является объектом зависимости. Напротив, при вторичной аддикции упражнений неодолимая мотивация к физической активности связана с необходимостью уменьшить вес или изменить собственную фигуру.

Американским ученым удалось выделить два критерия, которые они определили как **нарушение функционирования и симптомы отмены**, которые проявляются либо в виде враждебной реакции на прекращение тренировок, либо в неспособности контролировать объем нагрузок. **Критерий нарушения функционирования может проявляться в четырех сферах: (а) психической, (б) социальной или профессиональной, (в) физической и (г) поведенческой.**

Характерной особенностью жизни людей, страдающих аддикцией упражнений, становится искажение нормального распорядка и уклада. Вся их деятельность замыкается на постоянных тренировках, им не хватает сил и энергии на общение с близкими и другие дела (социальная сфера), они продолжают тренироваться, несмотря на травмы и запреты врача (физическая сфера). Кроме того, их тренировки отличаются жесткой стереотипностью и должны повторяться в строго запланированном порядке и объеме (поведенческая сфера). Нарушенное функционирование в психической сфере проявляется в неспособности сконцентрироваться на какой-либо деятельности из-за постоянных мыслей о тренировках.

Кроме бега, в современной литературе имеются описания клинических случаев возникновения спортивной аддикции при занятиях разными видами спорта, особенно: восточные единоборства, тяжелая и легкая атлетика, бодибилдинг и др. Аддикция выявлена и у лиц, занимающихся спортом для здоровья. У женщин существует прямая зависимость между количеством часов в неделю, уделяемых спорту, и риском развития зависимости. Тем не менее, чаще всего исследованию на предмет возникновения спортивной ад-

дикции подвергались бег (50%), общая физическая нагрузка (27,7%) и тяжелая атлетика (7,8%). Остальные виды спорта в большинстве случаев игнорировались.

Из психологических особенностей спортивных аддиктов обращает на себя внимание эмоциональная холодность, черствость, склонность к перфекционизму. Отмечаются такие показатели как повышенный нейротизм, психотизм, гипомания и импульсивность, а также низкий уровень экстраверсии.

Суммируя поведенческие и личностные особенности спортивного аддикта:

<i>Поведенческие особенности:</i>	<i>Личностные особенности:</i>
<p>Становится злым или тревожным или испытывает чувство вины, если пропустил тренировку Продолжает тренировки несмотря на травмы или болезнь</p> <p>На сокращает тренировок после совета врача Сфокусирован на снижении веса и формы тела</p> <p>Увеличивает объем упражнений после пропущенной тренировки</p> <p>Ведет подробные записи</p> <p>Придерживается жесткой диеты</p> <p>Придерживается строгого порядка в тренировках с минимумом вариаций</p> <p>Структурирует социальную активность в соответствии с порядком тренировок</p>	<p>Ориентирован на успех</p> <p>Аддиктивен</p> <p>Компульсивен</p> <p>Независим</p> <p>Нарциссичен</p> <p>Невротичен</p> <p>Обсессивен</p> <p>Перфекционист</p> <p>Настойчив</p>

Исследователи давно отметили, что **интенсивные занятия спортом представляли собой спортивную аддикцию, которая впоследствии перешла в заместительную аддикцию (*l'addiction de remplacement*) в виде потребления ПАВ. Этому предшествует неиз-**

бежная в конце карьеры потеря статуса, которую атлет не в состоянии принять, сниженная самооценка, депрессия. Причем, чем выше был уровень спортсмена, тем он более раним и имеет больше шансов стать химическим аддиктом. Прекращение спортивной карьеры – это синоним тотальной потери себя, за которой наступает мучительное расставание и возможное попадание в социальный вакуум и аддикцию.

Между тем, ряд специалистов ставят под сомнение существование аддикции упражнений в качестве первичного и самостоятельного вида зависимости. Они указывают на **частое совместное проявление тяги к чрезмерным тренировкам и различных аддикций к еде. На основании этого делается предположение о том, что аддикция упражнений во многом может являться лишь выражением лежащей в его основе пищевой аддикции.**

Американские и французские психиатры и психологи исследовали женщин-спортсменок. Они отметили, что те спортсменки, которые, предположительно, проявляли признаки первичной аддикции упражнений, по большей части не имели существенных отличий от спортсменок по психическим отклонениям и личностному профилю. Напротив, испытуемые с пищевыми девиациями, независимо от наличия у них аддикции упражнений, проявляли относительно высокий уровень психических нарушений, нейротизма, зависимости и импульсивности, пониженную самооценку, большую озабоченность своим телом и весом, а также искаженные представления о последствиях отказа от тренировок. При отсутствии пищевых девиаций женщины, считавшиеся зависимыми от тренировок, практически не проявляли признаков патологии.

Однако некоторые исследователи полагают, что **обычные и даже особо интенсивные тренировки не должны рассматриваться в терминах запоя и аддикции, даже если они подходят под клинические критерии других аддикций.** Очевидно, что **компульсивная спортивная активность выступает как регулятор настроения.**

Вместе с тем, нельзя не подчеркнуть роль спорта, в том числе и экстремального, в профилактике и реабилитации химической зависимости. В качестве видов спорта как альтернативы аддиктивного поведения предлагаются и уже названные выше восточные единоборства, которые обладают комплексным рядом качеств, необходимых ребенку для самореализации, самоутверждения, приобретения собственных взглядов. Другие исследователи предлагают комплексы упражнений, разработанные на основе хатха-йоги, включающие как физические, так и дыхательные упражнения.

Чешский исследователь К.Неспор подчеркивает, что физические упражнения и йога могут быть полезными компонентами программ превенции<sup>70</sup> и лечения аддиктов. Преимущество занятий йогой видится в интеграции физических упражнений и техник релаксации. Но, с другой стороны, известно, что профессиональный спорт часто повышает риск аддиктивного поведения.

Что касается занятий популярными ныне экстремальными видами спорта, то, безусловно, следует признать, что это возможный путь создания социально приемлемой формы зависимости при проведении профилактической и реабилитационной работы и особенно у детей и подростков с аддиктивным поведением. Кроме чисто нейрохимических механизмов (активация эндогенной опиоидной системы, выброс катехоламинов, воздействующих на систему награды), с

психологической точки зрения, занятия «экстримом» у молодых людей приводят к формированию ощущения собственной элитарности, связанной как с технической трудностью формирования двигательного навыка, так и с реальным или иллюзорным риском для здоровья и жизни спортсмена.

**Вместе с тем, следует помнить, что спортивная аддикция, как и любая другая зависимость, легко может менять форму и переходить в другую, в том числе, и химическую. Именно с этим связан высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов. Поэтому экстремальный спорт может быть признан альтернативой химической зависимости, но альтернативой, таящей в себе определенную опасность.**

Вообще, конечно, спортивная зависимость (зависимость от упражнений) является социально-поощряемой зависимостью и определяют ее как многомерный малоадаптивный паттерн поведения спортсмена, приводящий к клинически значимому ухудшению или недомоганию, проявляющемуся в виде трех и более из нижеперечисленных признаков:

- **толерантность намерения – потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта от прежнего объема тренировок;**
- **симптомы отмены (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки;**
- **эффекты намерения – повышение физической нагрузки относительно запланированной;**
- **потеря контроля – настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль;**

- время – увеличение количества времени на деятельность, необходимую для получения физической нагрузки;

- конфликт – сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок;

- продолжительность – продолжение тренировок, несмотря на информированность о физических или психологических проблемах, которые были вызваны или усугублены ими.

Нередко приходится наблюдать за тем, как люди в попытках сбросить лишний вес и приобрести красивые формы начинают переходить границы разумного, замыкая все свое существование на диетах и регулярных занятиях спортом. Как распознать проблему и решить ее?

Итак, определяем конкретные признаки: для людей, одержимых спортом, страх пропустить тренировку так велик, что ради сохранения привычного распорядка они готовы придумать любую причину, чтобы отказаться от других видов деятельности или развлечений, вплоть до того, что могут не явиться на празднование собственного дня рождения. Классический признак зависимости – синдром отмены при невозможности тренироваться в течение более чем 36 часов. Появляется беспокойство, напряжение, дискомфорт, чувство вины, бессонница, апатия, медлительность, головные боли и даже потеря аппетита.

Почему же возникает аддикция упражнений?

Как и любая другая зависимость, спортивная тоже основывается на физиологических и психологических причинах. **С психологической точки зрения это, как правило, удовлетворение собственного эго**, и особенно ярко это проявляется у людей, страдающих от чувства неполноценности, у тех, кто пережил в дет-

стве психологические травмы. Усовершенствование своих физических возможностей и новые физические достижения помогают им достичь ощущения превосходства.

**Физиологическая же сторона зависимости связана с тем, что во время физических нагрузок в организме вырабатывается целый комплекс гормонов, например, эндорфина – гормона счастья, именно потому после тренировок настроение обычно приподнятое, человек испытывает психическое возбуждение.** Но тренировки сопровождаются и выбросом адреналина, серотонина и тестостерона, концентрация которых в организме во время физических нагрузок увеличивается в несколько раз. Именно эти гормоны вызывают в нас целую бурю эмоций, и чтобы испытывать это приподнятое настроение, человек готов на все, ведь некоторые из этих гормонов, например, эндоморфиновая группа, обладают ярко выраженным наркотическим действием и вызывают привыкание.

Отметим, на спорт «подсаживаются» люди с определенным складом психики, склонные к любым другим видам зависимости: наркотической, сексуальной, алкогольной, химической и др. Если человек, одержимый спортом, по каким-либо причинам перестает ходить в тренажерный зал, у него включаются пристрастия к азартным играм, наркотикам или сигаретам, а в отдельных случаях могут развиваться и такие заболевания, как нервная анорексия, булимия и депрессия. Спортивная зависимость, как и любая другая, может человека погубить в прямом смысле этого слова.

Аддикция упражнений чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста – среди спортсменов, людей, ведущих активный образ жизни. Как показали исследования по выявлению аддикции упражнений среди студентов американских колледжей, где принято



заниматься спортом, она была обнаружена у 21,8% студентов, тренировавшихся 360 мин. и более в неделю. Вместе с тем, у лиц, занимающихся спортом непрофессионально, выявлено лишь 3% спортивных аддиктов.

Итак, по данным исследователей, повышенные спортивные нагрузки стимулируют выработку в мозгу так называемых гормонов удовольствия – эндорфинов и дофамина, то есть **в мозге происходят биохимические изменения, аналогичные тем, что наблюдаются при употреблении опиатных наркотиков, таких, как морфин или героин.**

Обычно мужчины начинают заниматься спортом, чтобы стать сильными и ловкими, суметь постоять за себя, а женщины – в надежде похудеть или сохранить хорошую фигуру. Но даже когда цель достигнута и результат закреплен, любители физкультуры продолжают качаться, тренироваться, бегать... С одной стороны, в этом нет ничего удивительного: бросишь упражняться – потеряешь форму, растолстеешь. Но, с другой, есть и еще более веская причина продолжать тренировки. И ее мы не всегда осознаем. Некоторые спортсмены, как профессионалы, так и любители, признаются, что, занимаясь спортом, испытывают физическое удовольствие сродни экстазу. Если испытывающий подобное человек прерывает занятия, он может плохо себя почувствовать. У него появляется ощущение физического дискомфорта, депрессия, наконец – иногда он даже заболевает. Многие связывают это с тем, что просто не имеют возможности поддерживать себя в форме, как привыкли. На самом деле, заядлым спортсменам не хватает привычной «дозы»! Особенно предрасположены к такой зависимости те, для кого физические упражнения – часть программы похудения. Занятия спортом они обычно сочетают с

диетой. Специалисты называют это состояние «атлетической анорексией». При этом спортивные нагрузки, которые первоначально используются как средство для снижения веса, становятся неудержимой потребностью. Человек очень быстро доводит себя до стадии истощения, а остановиться уже не может...

Многим из нас с раннего детства втолковывали простую истину: чтобы не испытывать проблем со здоровьем, необходимо не только вести здоровый образ жизни (то есть отказаться от вредных привычек), но и регулярно заниматься спортом или хотя бы начинать каждый день с утренней зарядки. Сейчас же большинство людей гонятся скорее не за здоровьем, а за красотой своего тела, поэтому неудивительно, что, помимо конкретного вида спорта, так называемый фитнес привлекает все больше и больше людей по всей планете, став самым настоящим веянием моды.

Как правило, начиная с малого – то есть с обычных пробежек или элементарных упражнений, многие любители спорта резонно увеличивают нагрузки. И вот уже вчерашний бегунок ворочает многокилограммовые диски в тренажерном зале, пытаясь нарастить себе мышечную массу или сбросить лишние килограммы и стараясь добиться желаемого результата как можно быстрее. Однако такой фанатизм в отношении спорта может обернуться серьезной физической и психологической зависимостью от ежедневных тренировок. Другими словами, любители того же фитнеса через некоторое время становятся спортивными наркоманами, коих, например, в Италии насчитывается около 500 тыс. человек, причем эта цифра неуклонно растет.

Так чем же объясняется и в чем выражается пресловутая зависимость от спорта? Все очень просто: по данным исследований, если, к примеру, любитель фитнеса вдруг перестает ходить в спортзал, у него тут

же «включаются» отделы головного мозга, отвечающие за пристрастие к алкоголю, сигаретам, азартным и компьютерным играм, но и стремление к использованию стероидов и анаболиков, что, естественно, никоим образом не добавляет им здоровья.

Физические упражнения и активные занятия спортом действительно являются источником уверенности в себе и эмоциональной стабильности, но, к сожалению, подобно любой другой зависимости, зависимость от спорта коррелирует с рядом умственных патологий, как тяжелых, так и не очень.

*Где же та критическая точка, за которой занятия фитнесом и спортом не только не способствуют развитию и тренировке организма, но оказывают на него негативное влияние? Для каждого человека эта точка наступает в разное время. К примеру, большинство людей может только мечтать о выносливости спортсменов, занимающихся олимпийским триатлоном. Что и говорить, не каждому по силам сначала проплыть 1,5 км, затем 40 км проехать на велосипеде и еще 10 км пробежать. И без перерыва на отдых!*

*А для кого-то предел физических возможностей организма — это всего лишь дополнительный «блин» на штанге или поход в фитнес-центр «сверх программы».*

*Многие люди так стремятся быть в хорошей форме, что порой им сложно умерить пыл и сделать перерыв в программе тренировок. Однако если после занятий спортом вместо прилива энергии человек постоянно чувствует усталость, физическое переутомление, то это повод насторожиться. Возможно, он перетренировался, став жертвой физических перегрузок.*

*Чтобы перетренированность не стала патологической, ее нужно вовремя распознать. Вот основные признаки:*

- снижение активности, быстрая утомляемость;
- расстройство координации;
- требуется больше времени на восстановление сил;
- учащенное сердцебиение по утрам;
- повышенное давление в состоянии покоя;
- головная боль;
- потеря аппетита;
- боль в мышцах;
- желудочно-кишечные расстройства;
- ослабление иммунной системы;

- увеличение числа травм костно-мышечной системы;
- нарушения сна, бессонница.

Часть признаков носит физиологический характер, но не только. Обычно занятия физкультурой и спортом снимают стресс и улучшают наше самочувствие. Однако чрезмерно интенсивные занятия и тренировки имеют обратный эффект и могут вызывать раздражительность, агрессию, апатию и пониженную самооценку.

Еще один важный момент. Бывает, что переутомление вызвано не физиологическими, а скорее, психологическими причинами. Когда человек часами изнуряет себя в тренажерном зале, тренируется с повышенными физическими нагрузками, то едва ли можно говорить о его стремлении «улучшить свою форму». Скорее, это **самая настоящая зависимость**. Тренировки на грани изнеможения, с риском получить травму, а также смещение ценностей от шкалы «здоровье, самочувствие» в сторону «спорта» – все это признаки настоящей зависимости. Неслучайно, зависимость от спорта и фитнеса признана такой же реальной проблемой, как и пищевые расстройства. Только распознать спортивную зависимость гораздо сложнее. Регулярные перезрузки способны привести к серьезным проблемам с психическим и физическим здоровьем. Запирая себя в тренажерном зале, люди часто рискуют своим здоровьем...

**Следует запомнить: П.Бэкланд, аддикция бега (running addiction), термогеническая, катехоламиновая, эндорфиновая гипотезы, заместительная аддикция (laddiction de remplacement), компульсивная спортивная активность, превенция, эндорфин, атлетическая анорексия.**

## Вопросы и задания по Главе XI

1. Что такое спорт для здоровья и спорт высших достижений?
2. Когда впервые появились работы, посвященные спортивной аддикции?
3. Что такое аддикция бега и в чем заключаются ее симптомы?
4. Что представляют собой термогеническая, катехоламиновая и эндорфиновая гипотезы?

5. В чем проявляются особенности страдающих аддикцией упражнений?
6. Расскажите о психологических особенностях спортивных аддиктов.
7. Каковы поведенческие и личностные особенности спортивных аддиктов?
8. Что такое заместительная аддикция?
9. В качестве чего иногда выступает компульсивная спортивная активность?
10. Могут ли помочь экстремальные виды спорта при лечении зависимости от ПАВ?
11. Почему возникает аддикция упражнений?
12. Расскажите об основных признаках перетренированности и их отношении к спортивной аддикции.

## Глава XII

### Пищевая зависимость: голодание и переедание

Каждый из нас с юности знает об алкоголизме, игромании, наркомании и других видах зависимости от чего-либо. Общество осуждает людей, страдающих этими заболеваниями, но находятся и такие, кто жалеет, понимая, что справиться с зависимостью очень тяжело, особенно самостоятельно. При этом многие не знают о том, что **зависимость от еды уже давно стала считаться болезнью, преодолеть которую не так легко, как может показаться.**



*К сожалению, это булимия*

Еда может быть охарактеризована как амброзия и эликсир жизни. Для некоторых еда – биологическая необходимость, для других – страсть, которая становится манией. Специалисты описывают пищевую зави-

симось как заболевание, когда больной погружается в мысли о еде, о доступности еды и удовольствия от еды.

Существует три типа зависимости:

1. **Переедание**, когда больной теряет контроль над количеством приемов пищи, которое он осуществляет. Человек не думает о том, что может быть ожирение или о том, сколько порций или какое количество еды человек должен съедать обычно. Будучи пере-eдающим, он будет закрывать глаза на неконтролируемые приступы обжорства. Имеющие ожирение, эти люди будут страдать от гипертонии, артрита, диабета, болезней сердца и рака.

2. **Будимия** (*Bulimisa Nervosa*) – это пищевая зависимость, когда больной переедает, но пытается поддерживать вес рвотой, использованием слабительных, избыточными физическими упражнениями и голоданием. Этот тип больных может страдать от проблем с зубами, такими как истончение эмали, чрезмерное количество полостей, опухание слюнных желез, нарушения в электролитном балансе. Также могут наблюдаться мозоли или шрамы.

3. **Анорексия** (*Anorexia Nervosa*) – вид пищевой зависимости, когда больной опасается роста веса тела, из-за чего начинает самостоятельно голодать. Овладеваемый страхом об увеличении веса или ухудшении фигуры, больные впадают в навязчивое состояние в сохранении прежних показателей веса или объемов фигуры. У них могут развиваться такие проблемы, как нарушения менструального цикла, выпадение волос, нездоровая бледность кожи.

Общие признаки того, что вы зависимы от еды:

- Нерегулируемая тяга к определенной еде. Некоторые люди зависимы от сладкого, другие от слабоалкогольных напитков, третьи – от кофе.
- Постоянные или повторяющиеся приемы пищи. Отсутствие строго определенных часов для

завтрака, обеда или ужина. Зависимые едят в течение всего дня.



*Анорексия убила эту женщину...*

- Повышенное чувство голода при употреблении определенных продуктов.
- Приступы беспокойства, чувство нервозности, низкий уровень сахара в крови, головная боль, боль в животе или урчание в желудке.
- Синдром отмены («ломка»).
- Усталость.
- Чрезмерная раздражительность.
- Нетерпимость к пище.
- Чувство вины, вызванное едой.

**Человек, который зависим от еды, не только обладает избыточным весом, он имеет проблемы со**



**здоровьем и, зачастую, не очень счастливую жизнь.** Таким людям очень тяжело сбросить лишние килограммы, так как они не представляют своего существования без любимой еды. Причина переедания, а, следовательно, и **пищевой зависимости**, кроется в отсутствии у человека достаточного количества положительных эмоций. Он пытается компенсировать этот недостаток, заменив настоящие эмоции искусственными, которые и находит в еде.

К сожалению, зависимые от еды люди зачастую видят в еде единственную отдушину и радость в жизни. Они поглощают пищу, не задумываясь о качестве и количестве съеденного. Еда становится своего рода спасением во время любых стрессовых ситуаций. Испортилось настроение? Кто-то расстроил? Отругал начальник? Наступили на ногу в транспорте? Чтобы избавиться от переживаний даже, казалось бы, в таких мелочах, человек, имеющий пищевую зависимость, автоматически тянется к холодильнику, чтобы «заесть» горе. Во время принятия пищи стресс «уходит», на душе становится легче. Но через какое-то время вновь наступает разочарование, и человек вновь пытается справиться с ним при помощи любимой еды...

Исследователи выявили причину пищевой зависимости. Во время принятия пищи люди испытывают чувство удовлетворения и наслаждения. Это связано с первобытными инстинктами, когда возможность добыть пропитание приравнивалась к наличию удачи, успешности и конкурентоспособности. Первобытный человек, сумевший найти еду для своей семьи, чувствовал себя победителем. Сейчас уже не нужно тратить долгие часы на то, чтобы добыть пищу, но люди продолжают испытывать удовлетворение во время трапезы.

**Очень тяжело уловить момент, когда человек переступает грань между простым получением**

**удовольствия и пищевой зависимостью. Это трудно сделать из-за того, что большинство людей не признают того, что у них есть определенные проблемы.** Даже если человек понимает, что ест слишком много, он думает, что может остановиться в любое время и похудеть в кратчайшие сроки. Но это всего лишь иллюзия. На самом деле, избавиться от пищевой зависимости самостоятельно очень сложно, для этого нужно иметь буквально «железный» характер. В действительности жизнь зависимого от еды может превратиться просто в ожидание очередного приема пищи. С каждым днем время между перерывами от одной трапезы к другой будет сокращаться, и единственной радостью может стать любимая еда. Не слишком радужная перспектива, но такое может произойти, если вовремя не остановиться.

Очень тяжело сделать самый первый шаг на пути к исцелению. Но нужно понять, что еда – это не единственный источник удовольствия. Скольких дополнительных положительных эмоций лишает себя человек, зависимый от еды. Он не может полноценно общаться с друзьями и близкими, испытывая при этом весь спектр чувств, видеть красоту мира, окружающего его, радоваться восхитительной музыке, интересной книге и т.д. Не нужно бояться обратиться за помощью. Одному справиться с бедой гораздо тяжелее, чем с кем-либо.

**Итак, пищевая зависимость – это состояние, при котором человек использует пищу не для утоления голода, а чтобы справиться с тревогой и волнением, развлечь себя и получить приятные эмоции. Еда, таким образом, становится способом решения самых разных проблем – на работе, в личной жизни, в финансовой сфере.**

Как это выглядит на практике? Вместо свидания, которое отменено по неизвестной вам причине, вы поку-

паете набор пирожных, как компенсацию за несостоявшееся повышение на работе радуете себя огромной коробкой мороженого, ссору с сестрой «заедаете» плиткой шоколада. **Успокоившись, человек часто пребывает в недоумении, искренне не понимая, зачем он столько всего съел.** Но так повторяется снова и снова...



### *Пищевая зависимость!*

Пищевая зависимость – это серьезная проблема еще и потому, что возможность «заесть» сложности и неприятности – действительно реально. В тот момент, когда человек фиксирует внимание на приятных вкусовых ощущениях, действительно вытесняются негативные эмоции. Человек успокаивается, забывая про мирскую «несправедливость», неуспех, неблагодарное отношение окружающих его людей, чужую злость, зависть и недоброжелательность. Еда, таким образом, действует как доступный антидепрессант. Только вот после еды проблема никуда не девается, и решать ее все

равно придется – доказывать на работе, что ты достоин повышения и т.д.

Нередко пищевая зависимость возникает не от наличия проблем, а... от их отсутствия. Когда жизнь скучна, в ней отсутствуют яркие впечатления и интересное общение, человека то и дело тянет к холодильнику.

Еще одна сложность заключается в том, что **передание стимулирует чувство голода. У зависимого от пищи человека меняется обмен веществ. Сразу после принятия пищи падает уровень глюкозы.** Чтобы поддерживать его, человек начинает есть часто и много. Как правило, это происходит между любыми видами деятельности, а по вечерам – вплоть до самого сна. Это неминуемо приводит к таким проблемам, как ожирение, нарушение обмена веществ, потеря самоконтроля.

У пищевой, как и других форм зависимости, можно выделить признаки:

- постоянные мысли о еде – чем бы сегодня перекусить, что купить в магазине, что вкусное приготовить;
- сложность в контроле себя, когда дело доходит до еды – например, невозможность довольствоваться 1–2 конфетами, а желание есть, пока не станет тяжело дышать;
- импульсивное желание пищи, например, несмотря на недавний обед, человек видит в витрине магазина конфеты и срывается: покупает полкилограмма и съедает за один присест;
- когда случается неприятность, у человека возникает желание купить себе что-нибудь в качестве «компенсации» этой неприятности;
- регулярные обещания поощрить себя чем-нибудь вкусным после того, как человек сделает что-то нужное, но неприятное. Например, «я буду готовиться к

экзамену до обеда, а потом куплю себя в награду шоколадку»;

- отсутствие любимой пищи приводит к физическим страданиям (похоже на «ломку» у наркомана).

Зависимость от еды можно проверить следующими утверждениями:

- ✓ Вы не можете остановиться, пока не доедите любимую еду (например, целиком всю шоколадку, пачку печенья и т.д.).

- ✓ Вы часто переедаете – об этом дает знать тяжесть в желудке.

- ✓ Вы любите наслаждаться едой в одиночестве.

- ✓ Вы признаетесь себе, что есть нужно меньше, и начать питаться по-другому.

- ✓ Вы испытываете чувство вины после еды.

- ✓ Вы не любите делиться любимой пищей.

- ✓ Вы нетерпимо относитесь, когда кто-то критикует ваши пищевые привычки.

- ✓ Вы часто едите по ночам.

Сегодня уже существует целый ряд способов и приемов борьбы с пищевой зависимостью:

- **Арт-терапия** – лечение в ходе игр. На специальных занятиях человек учится выражать свои чувства и избавляться от стресса при помощи игровых ситуаций, а также творчества – рисования, лепки, конструирования.

- **Гештальт-терапия** – работа с зоной фантазии человека. Именно так это направление рассматривает неврозы, страхи, депрессии и внутренние конфликты человека. Специалист помогает человеку осознать свои проблемы и научиться бороться с ними.

- **Телесноориентированная терапия** – проявление эмоций через движение. Нередко случается, что человек, больной булимией, не может почувствовать и расслабить желудок – его орган зажат.

Пациентам предлагаются комплексы упражнений и йоги, чтобы решить проблему.

- **Групповая терапия** – широко используется при лечении различных зависимостей, эффективна и в данном случае. Люди с похожими проблемами собираются вместе и обсуждают ситуации друг друга. На примере других пациенты учатся справляться со своей зависимостью.

- **Семейная терапия.** Пищевые расстройства нередко возникают как протест. Например, муж не обращает внимания на супругу, возможно, изменяет ей. Как результат, она постоянно «на нервах» и пытается «заесть» свою семейную драму. Возможны и другие ситуации. Например, супруга предъявляет непомерные финансовые требования к мужу – упрекает его, что он мало зарабатывает. Муж начинает заедать беспокойство гамбургерами и запивать тем, что «погорячее». Семейный терапевт помогает супругам выговориться и прийти к компромиссу.

**Пищевая зависимость** относится к эмоциональному кругу и отличается от любой другой только одним – мы можем всю жизнь прожить без табака-наркотиков-алкоголя-азартных игр... Даже без близких отношений можно попробовать, чтобы избежать любовной зависимости... Но без еды – вряд ли... Максимум дней сорок протянем.

Начинается все в раннем детстве. Если ребенок находится в тесном телесном и эмоциональном контакте с матерью помимо тех моментов, когда она его кормит – т.е. его баюкают, берут на руки, воркуют с ним, и в череду этих поглаживаний еще и кормят по его потребности, – пища остается одним из элементов контакта с любящим, защищающим миром, центром которого (как минимум до двухлетнего возраста) является мать.

Если у матери послеродовая депрессия, другие обстоятельства, отчуждающие ее от младенца, у него может возникнуть бессознательная связь: получить эмоциональное внимание и любовь можно только через пищу – ведь любая мать своего ребенка кормит, и кормление становится центральной частью их общения. Появляется ощущение, что только прием пищи гарантирует телесную и эмоциональную близость с любимым объектом.

В самом начале жизни, с точки зрения ребенка, на свете нет ничего, кроме него самого, и поэтому вначале мать – тоже часть ребенка. **Первичная поддержка матери – важный фактор психического развития и становления отношений в раннем детстве.** Она поддерживает равновесие окружающего младенца пространства, заботясь, чтобы мир «не обрушился» на него слишком рано или слишком сильно. Неуверенные в себе, тревожные или депрессивные матери не способны обеспечить такую поддержку, и ребенок может пронести свое раннее ощущение «шаткости» окружающего мира и отношений с близкими через всю дальнейшую жизнь.

Если мать недостаточно хороша и на первом году сформировалась цепочка: только прием пищи – гарантия телесной и эмоциональной близости с любимым объектом, **пища может стать и здесь основным утешением. Но теперь уже в ситуации отделения от матери.** К этому есть много предпосылок: еда всегда связана с удовольствием, причем, получение этого удовольствия – в отличие от многих других – по мере взросления все больше возможно в автономном, независимом от других, формате.

Таким образом, пищевая зависимость получает еще одно подкрепление. Если значимые другие могут отказываться выполнять желания ребенка, то, по мере

взросления, он все больше получает доступ к самоудовлетворению через еду.

Таким образом, в раннем детстве завязываются основные корни пищевой зависимости:

1. Восполнение едой дефицитов любви, признания, внимания к себе.
2. Восполнение едой своей устойчивости перед атаками негативных эмоций и страхов.
3. Приобретение через еду стрессоустойчивости.
4. Получение через еду утешения и поддержки.
5. Укоренение веры в то, что еда – основной и самый безопасный источник удовольствия.

*Итак, обыденное сознание еще мирится с болезненной зависимостью от наркотиков, алкоголя, табака, но от пищи?*

*Пищевое пристрастие заключается в потребности частого приема пищи, своеобразной прожорливости. Переедание может быть постоянным либо приступообразным, обостряясь в неблагоприятных жизненных ситуациях. Оно может сопровождаться ожирением, но не обязательно. Пищевая зависимость – наиболее социально приемлемая форма пристрастий, хотя избавление от нее – довольно долгий и сложный процесс.*

*Но, вероятно, у любого человека на протяжении жизни был эпизод переедания – обжорства. В чем его причина?*

*Нередко потребность в пище усиливается в ситуации стресса либо, наоборот, его отсутствия, в атмосфере скуки. Вспомним, человек рождается, и первое, что он делает – интенсивно прижимается к груди матери, откуда получает пищу. Со временем сосательный рефлекс угасает (но не у всех, считают западные психологи, которые склонны усматривать первопричину злоупотребления алкоголем в стремлении поглотить вожаделенную алкогольную «соску»).*

*С появлением зубов человек приобретает возможность жевать, вгрызаться в пищу. Этот механический акт приносит удовлетворение, запоминается, нередко становясь автоматическим. В ситуации избытка или недостатка внешней стимуляции, то есть при стрессе или скуке, этот акт оживляется, в результате чего люди постоянно что-то грызут.*

***Имеются ли аналогии переедания?***



Полных аналогов нет, так как здесь кроме сосательно-жевательных рефлексов задействован и более глубокий – **пищевой инстинкт**. **Отдельные же элементы гашения «тревоги губ» путем загрузки их работой существуют. Это грызение ногтей, кожной лунки вокруг них, кончика карандаша, семечек, жевательных резинок, слизистой внутренней поверхности губ.**

Да, тревога имеет множество внешних проявлений. Это и напряженная поза, и скованность мышц лица, плечевого пояса, и резкие повороты головы, и произвольные движения пальцев, подрагивание ног, покачивание тела и т. д. Более выраженная тревога может проявляться в потребности передвигаться, поглощать пищу.

**Симптомы «тревожных ног» и «тревожных губ» схожи, так как при этом наблюдается инверсия пассивной тревоги в активное движение. Но существует мнение, что поглощение пищи нередко является проявлением депрессии. При тревожной депрессии, так как при более глубокой – апатической депрессии возникает снижение влечения к пище, а тяжелый депрессивный ступор может сопровождаться полным отказом от нее.** Повышенная потребность в пище при неглубокой тревожной депрессии является признаком борьбы организма с понижением эмоционального уровня. И действительно, поглощение большого количества пищи на некоторое время повышает настроение. Не исключено, что при этом вырабатываются эндорфины – гормоны счастья, так же, как при употреблении алкоголя, наркотиков.

Со временем происходит привыкание к пище, повышается пищевая толерантность – организм не удовлетворяется прежним количеством съеденного и требует большего. Этому способствует физиологический фактор – увеличение объема желудка, а, следовательно, и площади всасывания. Словом, формируется порочный круг.

### **Как же избавиться от потребности постоянно жевать?**

Растормозившиеся рефлексы остановить довольно сложно, а при переодании возникает возбуждение пищевого центра, пищевого инстинкта. Те средства для похудения, которые предлагаются в изобилии, не учитывают одно обстоятельство – пациентам важно не столько удовлетворить голод, сколько что-то постоянно подкладывать в рот. Здравый смысл подсказывает, если потребность в жевании сильна и это приносит психологический комфорт, улучшает настроение, то целесообразно есть низкокалорийные продукты, дробными малыми порциями (например, ягоды черной смородины, фрукты, кусочки рыбы с овощами). Кстати, худые французы едят часто и пьют тоже немало, но разовые дозы, небольшие, продукты низкокалорийные, а вина низкоградусные.

**Какие профилактические меры можно предпринять, чтобы любовь к еде не перешла в зависимость от нее?**

Вы заметили, что любители поесть почти не забывают о регулярности питания, иногда же забывчивость просто необходима. Далее, хорошее и обильное питание приводит к скорому одряхлению организма — увеличивается объем желудка, требуется много ферментов для переработки пищи, организм работает в экстремальном режиме. При этом однократные большие объемы пищи способствуют растормаживанию и закреплению пищевого влечения, так как процесс жевания длится долго. Необходимо создавать конкурирующее влечение. **Известно, что у влюбленных нет аппетита, так же, как и у творческих людей в период работы — тяга к пище перебивается любовной и творческой доминантой! При усилении потребности в пище в состоянии тревожной депрессии следует разобраться в причинах эмоциональных сдвигов. Соблюдение всех этих условий может помочь избежать пищевой зависимости.**

В русском языке, кстати, широко отражена связь между любовью и питанием: «Любимый — значит сладкий»; «Желать кого-то — значит испытывать любовный голод»; «Завоевать чье-то сердце — значит завоевать чей-то желудок». Данная связь берет начало, как мы выяснили, в младенческих переживаниях, когда сытость и комфорт сливались воедино, а теплое тело матери при кормлении давало ощущение любви.

Фрустрация витальных потребностей в раннем возрасте с большой вероятностью приводит к проблемам в развитии ребенка. Исследователи действительно видят причину пищевых аддикций в нарушенных ранних взаимоотношениях между младенцем и матерью. В частности, мать может заботиться о младенце в соответствии с ее собственными потребностями, а не с потребностями ребенка. Когда сигналы ребенка не получают отклика, ребенок не может вырабатывать здоровое ощущение самости. Вместо этого ребенок переживает себя просто как продолжение матери, а не как полноценное автономное существо.

Не менее важно эмоциональное состояние матери во время кормления младенца. Результаты исследований убедительно подтверждают тот факт, что регулярное, но безэмоциональное кормление не отвечает потребностям младенца. Если младенцы детского дома оставались более 5 месяцев в таком режиме, четверть из них умирала от нарушений пищеварения, остальные демонстрировали тяжелые душевные и физические нарушения. Если же количество сиделок увеличивалось настолько, что каждый ребенок при кормлении брался на руки, и кормление сопровождалось улыбкой, то нарушения не возникали или исчезали. Таким образом, **кормление младенца является коммуникативным процессом.**

Нарушенное пищевое поведение может быть связано с нарушенными ранними отношениями со значимыми объектами, с переживанием дефицита защищенности и любви. Личность как бы изначально утрачивает способность ощущать сытость и удовлетворенность. **Пища подобно наркотикам бессознательно выбирается для защиты от инфантильных аффектов, например, депрессии и страха. Вследствие этого затрудняется контроль над употреблением пищи. Человек может неконтролируемо поглощать пищу или, напротив, тратить все силы на то, чтобы контролировать свой аппетит.**

Данное поведение также связано с тем, что современные средства массовой информации буквально навязывают в качестве идеала образ худощавой красавицы. Кроме того, во многих культурах еда действительно изобильна, что также способствует неадекватному пищевому поведению.

**По мере повышения уровня жизни увеличивается и частота нарушений пищевого поведения.**

В целом пищевые аддикций не представляют серьезной опасности для личности или общества. В то же время, такие крайние варианты пищевой зависимости, как **невротическая анорексия** (с греч. «отсутствие желания есть») и **невротическая булимия** (с греч. «волчий голод») представляют чрезвычайно серьезные и труднопреодолимые проблемы.

Название «невротическая анорексия» может вводить в заблуждение, поскольку оно наталкивает на мысль, что центральной проблемой в данном случае является потеря аппетита (все-таки гораздо чаще у девушек). Фактически, **проблема связана с фанатическим стремлением к стройности и подавляющим страхом стать толстой (толстым). Поведение при нервной анорексии может выглядеть как отказ от еды или резкие ограничения в питании.** Например, дневной рацион может состоять из половинки яблока, половинки йогурта и двух кусочков печенья. Это также может сопровождаться вызыванием рвоты, приемом слабительного, чрезмерной физической активностью, употреблением средств, ослабляющих аппетит, или слабительных препаратов. При этом неуклонно наблюдается выраженная потеря веса. **Характерна одержимость специфической сверхценной идеей – иметь астеническое сложение.** Расстройство, как правило, начинается перед пубертатным периодом, приводит к нарушениям полового развития, замедлению роста тела, которое при ремиссии часто бывает обратимым. **На стадии резко выраженной кахексии (истощения) наступают нейрофизиологические нарушения: неспособность к концентрации внимания, быстрая психическая истощаемость.**

У большинства пищевых аддиктов отмечаются:  
- утрата контроля;

- расстройство схемы тела (касается чаще всего наиболее чувствительных областей – таких, как живот, ягодицы и верхняя часть бедер);

- с течением времени утрачивается восприятие голода и насыщения;

- почти всегда имеет место исключительно низкая самооценка;

- в ходе заболевания и нарастающей кахексии круг интересов сужается, исчезают социальные связи и нарастает депрессивный сдвиг настроения;

- наблюдаются также выраженные ритуалы приема пищи и навязчивые мысли, касающиеся в основном еды и калорий;

- проявляется незначительный интерес к сексу и чрезмерное стремление к успехам.

Психопатологические феномены частично зависят от веса тела и исчезают при его восстановлении.

Нарушение пищевого поведения связано с биологическими, культуральными, семейными и интрапсихическими факторами. Выделяют следующие факторы риска:

- пубертатный возраст;

- женский пол (в 90 -95 % случаев);

- сильное влияние идеала худобы (например, у фотомоделей или профессиональных спортсменов);

- стресс в связи с высокими требованиями к себе (например, у студенток, изучающих медицину);

- недостаточная способность воспринимать собственные ощущения;

- семейные конфликты и слишком тесные взаимоотношения;

- очень раннее наступление пубертата;

- близнецовый фактор;

- инсулинозависимый диабет.

Данное расстройство считается особенно тесно связанным с проблематикой подросткового возраста. Распространена следующая интерпретация: **анорексия является способом решения проблем путем снижения веса. Согласно этой теории, с помощью голодания физические признаки полового созревания сводятся на «нет», что позволяет девушке «оставаться ребенком» и уклоняться от свойственных возрасту психосексуальных требований. Возрастные проблемы самоидентичности и автономии (отделения от родителей) переводятся на «поле битвы в области питания», благодаря чему длительно сохраняются симбиотические отношения с семьей.**

Большинство девушек с невротической анорексией имеют устойчивое убеждение, что они «плохие, безобразные, неуспешны. В действительности, данное нарушение чаще встречается именно у «хороших девочек». **Нервную анорексию иногда называют болезнью отличниц.** Эти девочки всю жизнь старались соответствовать ожиданиям своих родителей, но неожиданно стали упрямыми, негативистскими в подростковом возрасте.

**Похоже, что невротическая анорексия развивается как попытка «самолечения» через дисциплину тела выработать ощущение самости и межличностной эффективности.**

Семья аноректической личности внешне может выглядеть как гармоничная. В то же время, для семейной атмосферы характерны: чрезмерная ориентация на социальный успех, напряженность, вязкость, чрезмерная заботливость и гиперопека, уход от решения конфликтов. Нарушенное поведение может представлять протест против чрезмерного контроля в семье.

Личности с другой пищевой аддикцией – невротической булимией – обычно отличаются относительно нормальным весом. Булимия – это не болезнь и не просто привычка. Это поведенческий паттерн, который является следствием ряда причин, и коренится в культуре, где булимия, похоже, распространяется все шире. Например, люди могут иметь нарушенное пищевое поведение по одной из схем:

- приступообразное поглощение огромного количества еды (аппетит появляется внезапно);
- постоянное питание (человек ест не переставая);
- отсутствие сытости (человек съедает огромное количество пищи, не ощущая сытости);
- ночное питание (приступ голода случается ночью).

Кроме частых приступов переедания булимия характеризуется активным контролем веса с помощью частых рвот или использования слабительных.

**В то время как анорексическая личность характеризуется большей силой Эго и большим контролем супер-Эго, булимическая может страдать от общей неспособности задерживать разрядку импульса, базирующуюся на ослабленном Эго и ненадежном супер-Эго. Чрезмерная еда и очистка желудка не являются единственными проблемами, нередко они сосуществуют с импульсивными саморазрушительными сексуальными отношениями или употреблением наркотиков.**

Булимические личности обычно используют межличностные отношения как способ самонаказания. Источником потребности в наказании может быть бессознательная агрессия, направленная против родителей. Эта ярость смещается на пищу, которая поглощается и разрушается. Люди с пищевой зависимостью,

в целом, не могут регулировать удовлетворительным образом свои отношения, так что они смещают конфликты во взаимоотношениях в пищу. **Если анорексические личности удерживают контроль над своими агрессивными чувствами по отношению к людям отказом, то булимические – символически разрушают людей путем рыдания до тошноты и рвоты.**

Булимическая семейная система включает в себя потребность каждого ее члена воспринимать себя как полностью хорошего. Неприемлемые качества в родителях часто проецируются на булимического ребенка, который становится накопителем всего «плохого». Бессознательно идентифицируясь с этими проекциями, ребенок является носителем семейной жадности или импульсивности. В результате фокус внимания смещается с конфликтов между родителями на «проблемного» ребенка. **Исследования подтверждают, что передание действительно является защитой против бессознательного страха потерять контроль и быть покинутым.**

Рассмотренные пищевые аддикции плохо поддаются коррекции. Это может объясняться тем, что **пища является слишком привычным и доступным объектом, что в происхождении данного нарушения активно участвует семья, что в обществе доминирует идеал стройности, наконец, что нарушенное пищевое поведение в ряде случаев носит характер системного функционального расстройства.** При оказании помощи личности с пищевой зависимостью важно помочь ей понять психологическое значение нарушенного поведения. Коррекция также предполагает активное вовлечение семьи (прежде всего, в форме семейной терапии). В тяжелых случаях рекомендуется отрыв аддикта от



**семьи, медицинское вмешательство и строгий контроль пищевого поведения и веса в условиях медицинского учреждения в сочетании с интенсивной психотерапией.**

Да, аддиктивное поведение представляет собой многоуровневое (биопсихосоциальное) расстройство, фиксированное на использовании какого-либо объекта. При определении ведущих причин конкретного случая аддиктивного поведения, а также для планирования психолого-социальной помощи требуется сочетание комплексного и индивидуального подходов. Связь изучаемых проблем с ранними переживаниями и травмами (предположительно на первом году жизни – для пищевых нарушений) отчасти объясняет особую стойкость зависимого поведения. В то же время, представляется крайне опасным взгляд о фатальности и неизлечимости зависимостей. Опасное для жизни зависимое поведение можно и нужно остановить. «Вылечить» зависимого человека сложно, тем более помимо его желания, но сам человек вполне может справиться с зависимым поведением при условии признания зависимости, осознания личной ответственности за позитивные изменения и получения необходимой помощи.

*В течение последних лет, наблюдая бум операций по снижению веса, ученые заметили необычный феномен: некоторые уже не передают, но приобретают другие зависимости – алкоголизм, страсть к азартным играм или покупкам. Осознание проблемы только начинается. Некоторые центры хирургического лечения ожирения говорят, что начинают оказывать психологическую помощь пациентам по этому вопросу. Центры злоупотребления химическими веществами, включая Центр Бетти Форд в Калифорнии, говорят, что некоторые пациенты, перенесшие такую операцию, обращаются к ним по поводу новых зависимостей.*

*Некоторые психологи называют это «переносом зависимости», результатом лечения от злоупотребления химическими веществами, когда пациент меняет одну навязчивую привычку на другую. В Центре Бетти Форд*

примерно 25% вылечившихся алкоголиков перешли на новый препарат, например, опиаты.

**Такое поведение обычно объясняют как психологический феномен, когда пациент ищет новые стратегии, чтобы заполнить внутренний вакуум. Но эксперты по злоупотреблению химическими веществами научились расшифровывать мозговые пути зависимости, и некоторые исследователи пришли к мысли, что замена одних пристрастий другими может иметь неврологическую основу.**



Центр Бетти Форд

**Новая волна исследований наводит на мысль, что биохимические причины пищевой зависимости очень похожи на те, что лежат в основе саморазрушительных зависимостей — алкогольной и кокаиновой. Алкоголь вызывает особое беспокойство в случае с пациентами, сбросившими вес хирургическим путем, потому что некоторые варианты операции могут изменить у пациентов процессы метаболизма алкоголя, которые начинают протекать гораздо сильнее.**

Изучение сходства между пищевой зависимостью и другими зависимостями все больше привлекает Национальный институт проблем наркомании (США), который тратит на исследования проблем ожирения примерно 1,4 млн. долларов ежегодно. Ученые Института надеются переложить на фармацевтическую отрасль масштабное исследование ожирения в попытке найти новые составы, которыми можно одновременно лечить различные типы расстройств импульсного контроля.

Десятки клинических исследований методов лечения зависимости ведутся в Национальном институте здравоохранения. Препарат от эпилепсии,

который компания Ortho-McNeil Neurologics продает под названием Торатах, в настоящее время испытывают для лечения обжорства, алкогольной и кокаиновой зависимости, страсти к азартным играм.

Антидепрессант Wellbutrin и препарат Zyban для бросающих курить компании GlaxoSmithKline в настоящее время исследуются для лечения страсти к азартным играм, ожирения, никотиновой зависимости и алкоголизма. Управление по контролю за качеством продовольствия и медикаментов изучает действие препарата Rimopabant компании Sanofi-Aventis при лечении ожирения и сопутствующих заболеваний, но также и при лечении алкоголизма.

Оценки, касающиеся распространенности новых зависимостей после операций по снижению веса, различны. Считается, что лишь у 5% пациентов после операции возникают новые зависимости: алкоголизм, страсть к покупкам и курение. Он добавляет, что связь новых зависимостей с операциями не доказана.

В центре хирургии ожирения U.S. Bariatric во Флориде терапевты полагают, что новые зависимости возникают у 20% пациентов. Психолог Мелоди Мурхед, выступавшая на конгрессе Американского общества хирургии ожирения (2010), привела предварительные данные, свидетельствующие о том, что примерно у 30% пациентов после операции возникают новые зависимости. Но она считает, что вопрос требует дальнейшего изучения.

Одной из вероятных причин различия оценок, возможно, является то, что алкоголизм проявляется через несколько лет, когда хирурги уже не наблюдают за пациентом пристально. И некоторые пациенты могут не видеть связи между своим пьянством и операцией либо не сообщить о проблеме хирургу.

Некоторые врачи называют это обычным совпадением. Операции производят в человеке глубокие изменения, физические и психические. Даже если это изменения к лучшему, они могут породить у человека проблемы с активным злоупотреблением химическими веществами.

Операция по шунтированию желудка, на долю которой приходится 75% всех американских операций по поводу ожирения, включает в себя выделение части желудка в карман, который обходит верхнюю часть тонкого кишечника. В результате алкоголь быстро попадает в кишечник и в кровоток.

Это стало болезненной проблемой для хирургов, занимающихся лечением ожирения, после того, как некоторые исследования поставили вопрос о долгосрочной пользе процедуры для здоровья. Обширное исследование 60 тыс. пациентов, перенесших шунтирование, результаты которого были опубликованы в журнале Journal of the American Medical Association, показало, что 40,4% пациентов попадали в больницы как минимум один раз в течение трех лет после операции, то есть вдвое чаще, чем в течение трех лет перед операцией. Кое-кто надеется, что опасения, связанные со злоупотреблением

химическими веществами, усилят интерес к психологической помощи пациентам.

Некоторые исследования наводят на мысль, что ожирение может защищать от других видов зависимости. В исследовании 9125 взрослых, результаты которого опубликованы в журнале *Archives of General Psychiatry*, было обнаружено, что у людей с ожирением вероятность злоупотребления химическими веществами на 25% ниже. В 2009 г. ученые из Университета Флориды опубликовали результаты обследования 298 женщин, показав, что среди женщин с ожирением уровень потребления спиртного ниже, чем в среднем по стране. Некоторые люди удовлетворяют свои навязчивые потребности пищей, другие – алкоголем.

Томографические исследования наводят на мысль, что у людей с ожирением и у тех, кто злоупотребляет химическими веществами, в мозгу повышен уровень дофамина, отвечающего за страстные желания.

**Следует запомнить: булимия, анорексия, ситуации отделения от матери, симбиотические отношения с семьей, болезнь отличниц, культуральные, семейные и интрапсихические факторы, кахексия (истощение), доступный антидепрессант.**


## Вопросы и задания по Главе XII

1. Дайте общее представление о трех типах пищевой зависимости.
2. Расскажите об общих признаках пищевой зависимости.
3. В чем заключаются основные причины появления зависимости от еды?
4. Каким образом еда становится способом решения самых разных проблем?
5. Расскажите о критериях и способах проверки наличия пищевой зависимости.
6. Дайте представление о способах и приемах борьбы с пищевой зависимостью.
7. Расскажите о «детских корнях» пищевой зависимости.
8. Какие факторы ведут к нарушению пищевого поведения?

9. Расскажите подробно о невротической булимии и невротической анорексии.
10. Что такое «перенос зависимости»?

## Глава XIII

### Религиозный фанатизм или религиозная аддикция?



В последние годы, в связи с расширением деятельности самых разнообразных религиозных структур, в том числе и тоталитарных религиозных сект, широкое распространение получила проблема зависимости от них.

Хотя религиозная аддикция может развиваться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потенциалом, безусловно, обладают секты, причем, повторимся, секты тоталитарные, применяющие разнообразные психотехники при вербовке неофитов и во время проведения религиозных ритуалов.

Большая часть людей (но не все!) попадает в секты в состоянии психологического кризиса, отчаянья, вызванного неудачами, болезням и тому подобными причинами. Секты используют именно это состояние, чтобы «помочь» человеку реализовать потребность в заполнении душевной пустоты, снизить тревогу, обещая быстрое и окончательное решение вопросов.

Как правило, секты стремятся к контролю. Здесь посредником между Богом (богами) и членами общины выступает некий учитель, гуру, нередко наделенный практически неограниченной властью. Религиозную зависимость и отличает устойчивая потребность переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника, учителя или старца, который должен установить регламент взаимоотношений с Богом: что читать, что есть,

**сколько спать и т.д.** Иногда религиозная зависимость может скрываться за вполне притягательными для определенного типа людей формулировками: «отсечь свою волю»; «принести свою свободу в жертву Богу в лице наставника». Вряд ли человек без воли и без уверенности в собственной ценности способен на какой-либо значимый поступок. Но, попав в кризисную ситуацию, бывает, что он непрестанно ищет, кто бы ему «дал совет», кто бы решил за него его проблемы. По мнению Ц.П. Короленко и Т.В.Дмитриевой (2001), *«сравнение изменений, происходящих в психике человека в результате его участия в секте, с изменениями, возникающими при аддикции, может проводиться и с количественной стороны, выражаясь в том и другом случае в стремлении человека получить все больше переживаний».*



*Это счастье?*

*В последние годы отмечено сильное влияние сект, включающее в себя восточную медитацию, попытки исцеления, тантрические ритуалы, мистическую терапию, карты Таро, канализирование<sup>71</sup>. Погружение человека в*

мир достаточно далеких представлений, способствует стимуляции глубинных сфер его подсознания. Такое состояние непривычно, представляет угрозу для целостности психики. Угроза заключается в возможности прорыва и инфляции сознания материалами коллективного подсознания. Принятые в восточных культурах подходы интерпретируются и применяются сектами в соответствии с разработанными в них практиками индоктринации<sup>72</sup>.

Специалисты, изучающие эти явления, обращают внимание на то, что участие в сектантских группах приводит к появлению эмоциональной регрессии, в процессе которой изменяется точка зрения человека на происходящие в мире события в мире незаметным, постепенно углубляющимся разрывом с реальностью. Предлагаемое сектами бегство в призрачный мир приводит к самоизоляции и отчуждению. Существует угроза расщепления сознания, что клинически проявляется в появлении психических нарушений. Известно, что у человека, подвергнутого сенсорной депривации в течение длительного времени, даже без специального индоктринирования, возникает значительное оживление функционирования так называемого архайического мозга со стимулированием воображения, фантазий, с появлением снов наяву (специальные методы индоктринации усиливают этот процесс и придают ему определенное содержание).

Специалисты по деструктивным культам обращают внимание на то, что приблизительно половина членов различных групп проявляют психотические шизофреноподобные изменения, нарушения восприятия. Все это приводит к невозможности справляться с задачами повседневной жизни. По мере потери человеком этой способности у него нарастает отчуждение, снижается толерантность к трудностям. Возникает опасность возникновения аддикций.

В процессе деятельности сект происходит совершенствование используемых ими техник и ритуалов.

Большая часть людей попадают в секты в кризисных ситуациях. Интеграция в группу, осознание и впитывание в себя идей спасения и излечения приводит к ощущению того, что сбывается какая-то мечта с возникновением убеждения в исполнении духовных надежд.

Секты реализовывают стремление человека заполнить имеющийся у него психологический дефицит и преодолеть тревогу. Экзистенциальный страх, появляющийся у человека, делает его идеальной жертвой различных тоталитарных групп, в которых он освобождается от беспокоящих его мыслей. После пребывания в секте процесс возврата в реальность труден, так как путем аутоусугестии<sup>73</sup> человек убеждает себя в том, что он получает в группе именно то, чего он хочет. Секты обещают окончательное решение



вопросов по принципу «fast food» (быстрого питания). Соблазнительность сект заключается в обещании немедленного исполнения желаний. **Пребывание в секте сопровождается попаданием человека в глубокую психологическую деструктивную зависимость от нее.** Некоторые авторы называют эти психические изменения **руинизацией психики**, при которой человеку становится все труднее использовать свои потенциальные интеллектуальные и волевые возможности.

Секты стремятся к контролю, к власти ограниченного круга лиц. Это стремление, естественно, не рекламируется. Различные учения, способы спасения, групповые ритуалы предлагаются для того, чтобы за их занавесом скрыть реальные цели, преследуемые сектами. Реальность оказывается противоположной тому, что секты обещают. Например, **вместо обещанных сектой свободы, просветления, разрешения проблем, человек получает контроль над своим сознанием, отчуждение и деперсонализацию.** Руководители сект делают членов своими добровольными последователями, проявляющими слепое послушание. Надежда на спасение души в секте способствует потере своего Я и формированию готовности делать все, что требуют. На это рассчитывают руководители сект, индоктринирующие членов и делаящих их послушными инструментами реализации своих идей.

Индоктринация является массивным психологическим средством влияния на индивидуума или группу с целью внедрения мнения, идеи, системы взглядов, отношения к происходящим событиям и др. Наибольшее значение имеет внедрение стереотипа мышления в рамках определенной парадигмы, появляющееся под воздействием массивного психологического давления. **В результате индоктринации члены секты попадают в многостороннюю зависимость от группы.** Опасность динамики, имеющей место в секте, заключается в том, что психологическая манипуляция происходит незаметно и членами секты не распознается. Поэтому члены группы лишены возможности развить стратегии психологической защиты. У вновь прибывших в секту складывается впечатление о спонтанности своих эмоций, добровольности поведения. Они убеждены в том, что предлагаемые им убеждения соответствуют их собственным идеалам, неоформленным и нереализованным до момента попадания в секту. Остальные члены секты воспринимаются вновь прибывшими как приятные, всегда готовые прийти на помощь люди. Происходит бомбардировка новичков любовью членов секты со старшем. Интересно отметить, что родители не являются сколь-нибудь серьезным препятствием, мешающим вступлению в секту, в силу того, что их влияние менее сильно, чем влияние членов секты.

В работах по изучению техники аудитинга, применяемого в сектах, отмечается, что **применяемые суггестивные процедуры делают человека подверженным манипуляциям аудитора (терапевта).**

*Суггестивные процедуры ослабляют контроль над реальностью, человек начинает верить в то, что он может вспомнить события, происшедшие с ним до рождения. По мере роста зависимости человек начинает чувствовать свою избранность, в связи с развитием у него способности к преодолению какого-то барьера, например, появления возможности выхода за пределы собственной жизни, воспоминаний себя в другом времени. Все это интерпретируется как признаки духовного выздоровления. Возможна реализация тенденции изоляции пациента от родителей, от семьи путем привития ему чувства вины в том, что существующие ранее отношения с родителями были несовершенны. Родители, сопротивляющиеся влиянию сект, попадают в категорию подавляющих лиц, являющихся потенциальным источником неприятностей. Способ воздействия является безличностным, выходящим за пределы личности, аудитор никогда не вникает в личные проблемы пациента, безучастно сидит, а, возможно и насвистывает какую-то мелодию, несмотря на переживаемое пациентом во время терапии кризисное состояние. Такое поведение заимствуется в какой-то степени из психоанализа, но вызывает у лабильных, неуверенных в себе людей тревогу, депрессию, психотические расстройства, что делает человека еще более внушаемым.*

*Для многих сект характерна тоталитарная структура с тенденцией к групповому принуждению и полному подчинению членов вплоть до совершения массового самоубийства, (например, массовое самоубийство, включающее убийство почти 300 детей в Джонстауне в 1978 году, трагедия секты Давида в 1993 году и др.).*

*Выделены следующие фазы в индоктринации членов сект:*

*1. Фаза вербовки осуществляется людьми, интуитивно чувствующими потенциального члена секты. На этой фазе происходит эмоциональное destabilизирование человека и запутывание в противоречиях. Вербующий член секты старается вызвать доверие на длительное время, демонстрирует желание оказать помощь нуждающемуся, направив его на верный путь. Человек, осуществляющий вербовку, выглядит воодушевленным, радостным, проявляет себя членом сообщества, которое всех делает счастливым.*

*2. Введение в учение заключается в изложении основных положений предлагаемой доктрины. Основной задачей этого этапа является психологическая привязка вербуемого человека с вовлечением его в провозглашаемую идеологию, в смысл таинства. Форма вовлечений может быть разнообразной: курсы, семинары, лекции, божеслужения, изучение книг, просмотр видеокассет, во время которых учения, излагаемые основателями секты, выдаются порционно. Наблюдается тенденция связывать людей новыми обязанностями, не оставляя им времени для самостоятельного критического осмысления происходящего. Активно используются комплименты и похвалы. Таким образом, человек получает приятную для него эмоциональную*

поддержку. Процесс ввода в учение направлен на усиление контроля над мыслями и чувствами. Активно используется аутоусугестия, при которой человек начинает считать, что он получает в секте именно то, к чему стремился. **Создается своеобразная картина иллюзорного мира, обладающая аддиктивной привлекательностью.** Вербовщики пытаются убедить человека в том, что пребывание в секте сделает его приближенным к элите, открывшей для себя особую правду. Постепенно у вербовемого исчезает критическое отношение, которое могло присутствовать ранее. Параллельно прививается стремление к достижению значимой цели.

**Индоктринация приводит к появлению у людей новой идентичности, новой, личности, думающей, чувствующей в иных категориях, используется другая система ценностей. Формируется новая, аддиктивная личность.**

Наличие новой идентичности приводит к расщеплению личности с возникновением в подсознании ощущения опасности и несоответствия. Существует точка зрения, свидетельствующая о том, что сформированная у человека аддиктивная личность конфронтирует с прежней личностью. Ощущение развоенности может провоцировать эмоциональное напряжение. **Подсознательные импульсы при наличии двойной идентичности не контролируются в достаточной степени. Возможность прорыва энергетического потенциала из глубины подсознания возрастает в этих состояниях. Имеет значение не только явление расщепления (наличие двух личностей – аддиктивной и условно нормальной), но и содержание переживаний аддиктивной личности.**

Спецификой формирования аддиктивной личности в рамках секты является более выраженная опасность возникновения психического заболевания, что подтверждается практикой. Анализ показывает, что психические нарушения шизофреноформного характера у патологических азартных игроков, у лиц с переяданием, встречаются реже, чем у членов тоталитарных сект. Аддикция к секте в этом плане представляет значительно большую опасность.

Со временем у члена секты критическое осознание угнетается, прежняя личность вытесняется;

Увеличивающаяся связь с группой проявляется в разрыве человека с прежними корнями. Жизнь течет в лоне группы. Происходит прерывание контактов с теми, кто отлекает от постоянной связи с группой;

**Альсенация (отчуждение)** от окружающего мира и изоляция, происходят параллельно с все большим вхождением в жизнь секты.

Укрепляется приверженность к учению секты, характеризующаяся усилением зависимости, контроля над сознанием и чувства идентичности с сектой.

Таким образом, религиозная зависимость, как и любая другая, становится одним из способов бегства от тревоги, ответственности, необходимости решать свои личностные и духовные проблемы. И эта аддикция представляет большую опасность, чем пищевая или игровая зависимости, поскольку чаще вызывает психические нарушения психотипического характера.



*Ват Тхамкрабок*

Вместе с тем, нельзя отрицать, что религиозные сообщества могут оказать существенную помощь при проведении реабилитационных программ, например, с наркозависимыми (специальные школы, лечебницы при монастырях как в России, так и в мире). Как показывают зарубежные исследования, введение в реабилитационные программы алкоголиков и наркоманов тренингов, связанных с развитием духовности и воспитания религиозного чувства, положительно оценивает-

ся и самими пациентами, и специалистами. Опыт духовной реабилитации наркозависимых успешно меняется и в нехристианских странах. Так, в Таиланде в буддийском монастыре Ват Тхамкрабок с 1957 г. проводится успешная программа реабилитации наркозависимых, где, помимо общеукрепляющих процедур, используются медитативные техники, а по окончании пациенты дают святой обет никогда не принимать наркотики в будущем. Эффективность реабилитации у прошедших программу составляет до 70%.

*В буддийском монастыре Ват Тхамкрабок, расположенном в Таиланде (140 км к северу от Бангкока) уже более пятидесяти лет проводится программа по реабилитации наркоманов и алкоголиков. В монастыре лечатся не только тайцы. Сюда постоянно приезжают и иностранцы. Пройти реабилитационную программу может любой – лечение здесь совершенно бесплатное. За время существования центра реабилитационный курс тут прошли более ста тысяч человек со всего мира. Наркозависимые очищают организм травяным чаем и травяными таблетками. Кроме того, в монастыре используется трудотерапия: проходящие лечение наркоманы работают по 14–16 часов в день.*

*Часто монахи предлагают навсегда остаться в монастыре, где нет мирских соблазнов.*

Однако следует различать реабилитационные программы, проводимые традиционными религиями и тоталитарными сектами. Нужно признать, что эффективность в плане отказа от употребления ПАВ в ряде сект даже выше, чем в традиционных христианских реабилитационных центрах. Возможно, это связано с тем, что, помимо аддикции общения и религиозной аддикции, формирующейся во всех религиозных реабилитационных центрах, в сектах, использующих различные психотехники, **во время проведения богослужений у последователей возникает измененное состояние сознания.** Химические

аддикты, особенно наркоманы, в прошлом принимали наркотики именно с целью изменения сознания, поэтому подобные «богослужения» вызывают у них мощное подкрепляющее действие, подобно наркотику. Все это повышает аддикцию к секте, проводящей подобное «лечение». Так, активно действующая в России тоталитарная секта «Сайентология», созданная Р. Хаббардом, имеет свою антинаркотическую программу «Нарко-нон», которая способствует устойчивому вовлечению в активные члены наркоманов, разочаровавшихся в традиционных методах лечения и реабилитации.

А вот каковы механизмы формирования аддиктивной зависимости организацией, известной всему миру под названием «Свидетели Иеговы».

*Для того, чтобы сформировать у человека аддиктивную зависимость от какой-либо деятельности, необходимо:*

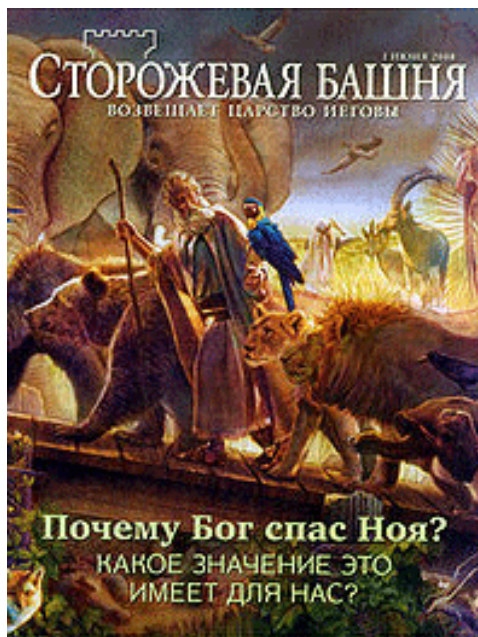
*- Найти человека, испытывающего психологический дискомфорт, который может быть нарушен по разным причинам, как внутренним, так и внешним.*

*Именно на эти поиски как на основное дело жизни, и настраивают своих членов руководители организации. Провозглашаемая цель – спасти мир и человека и вывести их на верную дорогу – убеждает верующих в правильности и праведности его действий. Названия статей, изучаемых на собраниях, говорят сами за себя: «Делай свой успех очевидным» (для окружающих), «Жните усердно», «Жните с радостью» (под жатвой понимается привлечение новичков) и др. Следуя призывам старейшин, этого нужно добиваться немедленно, повсеместно и всеми силами.*

*Большинство фотографий в журналах и буклетах иеговистов демонстрируют, как хорошо одетые, улыбающиеся люди распространяют идеи Библии, привлекая новых членов организации. Попадая в непривычную для себя ситуацию, когда ему нужно будет навязывать себя незнакомым людям, приглашая их на собрания, свидетель Иеговы сможет найти опору именно в этих иллюстрациях, невольно идентифицируясь с изображенными на них привлекательными персонажами.*

*- Затем предложить ему способ решения его проблем, пусть даже иллюзорный, путем этой деятельности, что обеспечит временное снятие напряжения. Цитата из журнала: «Даже в этом беспокойном мире можно достичь счастья благодаря библейскому познанию о Боге, его царстве и его*

замечательном намерении относительно человечества. Если вы желаете получить больше информации или хотели бы, чтобы с вами проводилось бесплатное изучение Библии на дому, пожалуйста, пишите Свидетелям Иеговы по одному из адресов, указанных на странице 2 («Сторожевая Башня» от 15 июля 2001 г.). Вот вам и решение всех ваших проблем!



*На территории России нет разрешения на распространение этого журнала*

*Подчеркнутая респектабельность, уверенность в себе, преуспевающий вид старейшин как образцов для подражания рассеивает закрадывающиеся сомнения. Играет роль и их молодость — если они так скоро смогли достичь успеха и счастья, то почему бы и мне не попробовать.*

*- Позаботиться о том, чтобы это происходило в сопровождении ярких положительных эмоций.*

*Созданию атмосферы дружественной поддержки, радушия, общности придается большое значение. Человека, пришедшего на собрание, заставляют почувствовать себя частью группы, которую он разделяет. Этому способствует также и хоровое пение, и выделенный час между собраниями групп, в*

течение которого старейшина предлагает членам организации пообщаться между собой и пригласить друг друга в гости. Ведущие собрания, безусловно, представляют собой образец искренности, участия, жизнеспособности при безусловном принятии идей культа. В подражание им так же активно-участливо ведут себя и другие члены собрания. Мощными социальными подкреплениями выступают демонстрируемые улыбки, постоянно высказываемые одобрения пришедшим, видимая любовь, что не соответствует в повседневной жизни нашему менталитету, и, поэтому, вызывает особенно сильное действие — «нигде меня так не любят, как здесь»

- Кроме этого, нужно лишить его возможности, хотя бы временно, снимать психическое напряжение каким-либо другим способом.

Возможность релаксации каким-либо другим образом пресекается строго, хотя это и не провозглашается впрямую. Фактически членам организации запрещается и не одобряется, объявляется греховным многое. Например, праздновать какие-то праздники. Близко общаться, дружить с людьми, не состоящими в организации, подбирать себе партнера по браку вне круга лиц, посещающих собрания достаточно долго. Употреблять спиртные напитки, какие бы то ни было и в любом количестве. Просто разговаривать с не посещающими встречи на темь, не относящиеся к миссионерству. А также смотреть телевизор, слушать музыку, читать прессу и вообще книги кроме Библии и рекомендуемых в организации. Жизнь верующих организована таким образом, что на любые другие занятия у них просто не остается времени. Ведь кроме посещений собраний они обязаны регулярно распространять журналы, приглашать на собрания новичков, проповедуя им на улицах и по домам. Кроме этого, нужно ходить к новым членам организации в гости, изучать с ними в индивидуальном порядке, якобы, Библию, а на самом деле предложенную руководителями книгу, где она в директивном порядке трактуется в виде ответов на там же заданные вопросы. Причем деятельность на благо организации контролируется самими же ее членами — они должны заниматься всеми этими делами в парах, состав которых постоянно меняется.

**Через некоторое время возникшая зависимость сама требует возобновления данной деятельности, уже безотносительно наличия реальной проблемы. Нарушение психического комфорта теперь будет происходить только в результате ограничения возможности участвовать в этой деятельности. Чем, естественно, можно воспользоваться. А для каких целей — это уже совсем другая история...**

Вообще, религиозная аддикция включена в категорию «социально-приемлемых». Существует следующее



определение религиозной аддикции: **как и при любой аддикции, религиозная практика становится доминирующей по отношению к другим аспектам жизни. Любые отношения устанавливаются через религию, а зависимость от религиозной практики и ее адептов отодвигает личную потребность в Боге. Религия и те, кто ее олицетворяют, получают всю полноту власти над аддиктом, который сам больше не связан с Богом.**

На сегодня определен и перечень симптомов религиозной аддикции, который можно свести к следующим:

- неспособность и невозможность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации;
- черно-белое мышление;
- основанная на стыде вера;
- магическая убежденность, что Бог все сделает для тебя без твоего серьезного участия;
- ригидное навязчивое следование правилам и предписаниям;
- бескомпромиссные суждения: готовность всюду (особенно за пределами данной религиозной формации) находить недостатки и зло;
- компульсивные или навязчивые стремления к религиозным ритуалам;
- нереалистические финансовые пожертвования;
- конфликт и споры с наукой, медициной и образованием;
- прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений;
- манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога;

- трансподобное состояние, счастливое (или супероухотворенное) выражение лица;
- ощущение правоты и превосходство над всем остальным человечеством;
- разочарование, сомнения, психический, физический и эмоциональный кризис, боязнь призвать на помощь (из страха быть разоблаченным в «недуховности»).

Религиозная зависимость, как и любая другая, становится одним из способов бегства от тревоги, ответственности, необходимости решать свои личностные и духовные проблемы.

Сопоставление представленных в литературе классификаций форм общения в различных группах людей позволяет увидеть, что, несмотря на различные названия, все авторы выделяют вертикаль, на которой располагаются эти виды общения: от низшего к высшему. **Такие уровни, как примитивный, манипулятивный, стандартизированный; монологический, конформный, псевдиdialogический, манипулятивный; авторитарный, манипулятивный, индифферентный, конформный; конфликтный, авторитарно-монологический, рефлексивно-манипулятивный, пассивно-индифферентный относятся к низшему уровню общения.**

**Можно обозначить этот уровень общения как монологический.**

Второй, **высший уровень**, оптимальность которого подчеркивают все авторы, обозначим как **диалогический**. Сюда относим: **доверительно-диалогический, диалогический, духовный уровни.**

Выведены и критерии двух типов сообщества людей:

1. Сообщество, которое обеспечивает формирование устойчивости к аддиктивному поведению

и личностный рост (взаимозависимое общество). В такой группе преобладает диалогический стиль общения, поэтому назовем данное сообщество диалогичным. **Что касается религиозной аддикции, то она не возникает в диалогичном религиозно-направленном обществе (церкви), в данном случае наблюдается укрепление в вере и личностный и духовный рост членов сообщества.**

**2. Сообщество, которое располагает к развитию аддиктивности (созависимое общество).** В данной группе превалирует монологический стиль общения, поэтому назовем данное сообщество монологичным. **В монологическом религиозно-направленном обществе (секте) происходит манипулирование и обезличивание членов данного сообщества, что приводит к религиозной аддикции.**

Многолетний опыт показывает, что успех в лечении и реабилитации химической аддикции достигается в тех случаях, когда больному удастся реально «переключиться» на деятельность, которая обладает всеми признаками нехимической зависимости, но социально приемлема (секс, работа, любовь, спорт, религия). **Клинический опыт показывает, что одна аддикция может достаточно легко переходить в другую.** Если удалось заменить химическую зависимость на социально-приемлемую, то это рассматривается как несомненный успех. **Но важно понимать, что неконтролируемое поведение в любом случае имеет деструктивное воздействие на личность человека.** Более 40 лет назад впервые была выдвинута идея «**позитивной аддикции**» – поведение и деятельность человека, являющиеся созидательными. Данное состояние называют «**выздоровлением**» – паттерны поведения, практикуя которые, человек растет и личностно, и духовно, укрепляясь в вере и

**возвращаясь от религиозной аддикции к личным отношениям с Богом.** Отмечаются условия выздоровления от аддикции, в том числе, и религиозной:

– **открытость.** Отсутствие лицемерия, страха быть самим собой, умение признавать свои ошибки, прощать и просить прощения;

- **верность себе.** Когда человек учится жертвовать сиюминутным желанием или потребностью ради поставленной перед собой цели. Аддиктивный же человек ради удовлетворения сиюминутной потребности может пожертвовать своей мечтой и жизненной целью;

- **верность людям.** Только при условии сопереживания, чуткости и «разморозке» собственных чувств, когда человек не просто игнорирует свой страх быть уязвимым, но стремится к максимальной уязвимости – возможны позитивные коммуникации, формирующие близкие личностные привязанности. Только в условиях формирования этих новых синапсов становится проще проявлять самодисциплину, подключая лобные доли, не допускать реакций мозга (уход, оцепенение, агрессия);

- **подотчетность.** В одиночку невозможно выстоять, точно так же, как выздороветь. Стойкость на пути выздоровления невозможна без взаимной подотчетности в своих поступках, словах и мотивах;

- **значимое участие в жизни общества.** Человека, который находится под воздействием аддиктивных факторов, следует вывести за рамки их собственной Я-концепции, чтобы побудить участвовать в позитивном влиянии на жизнь и Я-концепцию окружающих людей.

**Для того чтобы вышеперечисленные условия оказывали эффективное воздействие на выздоровление и профилактику религиозной зависимости, необходимо подключить психологический меха-**

## **низ диалогизации взаимоотношений данного сообщества.**

Механизмом диалогизации психолого-педагогического процесса выздоровления является последовательное достижение лидерами и членами сообщества языкового, предметно-содержательного, мотивационно-целевого, ценностного, личностного, духовно-нравственного единства.

**Языковое единство** включает в себя достижение такого коммуникативного уровня, когда обе стороны диалога (и лидер, и все сообщество) способны ощущать личностную безопасность, выходя на уровень обмена мнениями и даже эмоциями. Когда вербальные и невербальные средства диалога становятся взаимоприемлемыми, взаимопонятными и служащими одной цели – взаимный личностный рост.

**Предметно-содержательное единство** включает в себя общую деятельность, которая служит единой цели, поставленной совместно, так же, как совместно вырабатывается стратегия и определяется содержание работы по личностному росту, построению отношений и формированию устойчивости к аддикции.

**Общность мотивов и целей** определяется максимальной сбалансированностью двух сторон: как направленностью на результат, так и направленностью на совершенствование личности. Важно помнить, что программа создана для людей, а не люди – для программы.

**Ценностно-ориентационное единство** включает в себя активное диалогичное отношение обеих сторон друг ко другу, безусловное принятие личностей друг друга и безоценочное отношение друг ко другу.

**Духовное единство** включает в себя единство в понимании этики и духовно-нравственных законов. Фактор духовности является основополагающим, то

есть способность к диалогу в представленном его понимании зависит, прежде всего, от уровня духовности обеих сторон в психолого-педагогическом процессе. Основными измерениями духовности являются свобода, ответственность, трансцендентность, осознание смысла жизни.

**С точки зрения, например, социальной психологии религиозность связана такими общественными и антропологическими факторами, как образование, субъективная оценка собственного благополучия, общий культурный уровень, терпимость к другим мнениям и пр.**

Сегодня выявлено два типа личностной религиозности – внешне ориентированная религиозность и внутренне ориентированная религиозность. Между собой они отличаются ценностной ориентацией и детерминированы психологическими различиями верующих. В основе каждого из них лежат базовые человеческие эмоции и психические процессы. Если рассматривать их отвлеченно от социокультурных предпочтений личности, ничего специфически религиозного («потустороннего», духовно-мистического) в них нет. В них задействованы стандартные анатомические структуры головного мозга (лимбическая система, лобные доли и др.). **Свойства нервной системы обуславливают свойства психических процессов, в ней протекающих. Определение типа религиозности у индивида не составляет сложной задачи, так как эти типы имеют явную корреляцию с интроверсией-экстраверсией личности.**

Индивиды с внешне ориентированной религиозностью характеризуются инструментальным подходом к религии. Религиозность используется ими в качестве метода для получения личностно-значимых выгод как

форма социального поведения. Для этих верующих религия является не более чем внешним атрибутом. Внутренняя психическая сторона их не интересует. «Духовная» ценность религии ставится на последнее место и не играет особой, практической роли. **Фактически эта религиозность ограничивается только сферой социально-нормативного поведения индивида и не затрагивает его эмоционально-волевых качеств. Приход к религии у таких личностей происходит благодаря влиянию окружения как способ адаптации к нему.** Этот тип религиозности формируется в качестве особенности социально-нормативного поведения и усваивается индивидом либо с детства под влиянием верующих родителей, сверстников, учителей, либо уже в сознательном возрасте, когда чаще всего индивид становится членом различных религиозных организаций и принимает в них активное участие. Проповедники и наиболее активные члены организаций встречаются именно среди этого типа верующих. Для них в целом характерна высокая социальная активность, зависимость от общественного мнения. Жизнь ощущается ими только среди людей и при условии общественной деятельности. **Их психика ориентирована на конкретный социум и всецело разделяет его морально-нравственные установки и нормы.** Решения и поведение индивидов, принадлежащих этому типу, обусловлены объективными обстоятельствами. Если общество будет требовать от них религиозности, то они без особого труда начнут проявлять религиозное поведение в рамках определенной, как правило, господствующей, религии. Для них важны социальные направленности и тенденции.

Кроме того, если догматизм религиозных учений понимается буквально, и в случае, если индивид попадает в тоталитарную секту, он может представлять

опасность для общества. **Таких индивидов определяют как латентных или пассивных социопатов,** которые большую часть времени ведут себя вполне прилично, принимая руководство какого-нибудь внешнего авторитета, например, религии или закона, или привязываясь временами к какой-нибудь более сильной личности, рассматриваемой как идеал. Они не используют религию или закон для направления совести, они используют доктрины вместо совести. Эти люди руководствуются не обычными соображениями приличия и человечности, а всего лишь повинуются принятому ими истолкованию того, что написано в «Книге». Наиболее часто латентные социопаты реализуются именно в сектантских течениях, в чем могут выражаться их протестные настроения.

Таким образом, первый тип дифференцируется на две категории в зависимости от принятой индивидом социальной стратегии – **протестной или конформистской.**

Второй тип религиозности – **внутренне ориентированная религиозность. Индивиды, принадлежащие ему, используют религию в качестве средства для обретения чувства уверенности, безопасности, борьбы с ощущением беспомощности и бессмысленностью существования и для реализаций высших «духовных» потребностей в любви, сострадании и пр.**

Причины прихода в религию для этого типа различны. Многие индивиды этого типа обращаются к религии в тяжелых жизненных ситуациях. В данном случае с помощью религии они «уходят» от проблем физического мира, избегают их. Перед нами **вариант социального эскапизма**<sup>74</sup>. Неспособность к принятию решений заставляет их обращаться к представителям веры. Желание избежать ответствен-



ности успешно реализуется с помощью заповедей, канонов и пр. **Религиозность становится основной мотивацией для личности. Личность становится эмоционально зависимой от религиозных авторитетов.** Идея о единении с чем-то сверхъестественным, таинственным и великим является важным фактором для них. **По сути, это невротическая идея, которая служит для повышения уровня самоуверенности личности на бессознательном уровне.** Причастность к «сильному» является важным условием для объяснения феномена массовых движений. Индивид с внутренне ориентированной религиозностью способен к ярким и сильным религиозным переживаниям. Религиозность сильно влияет на его эмоционально-волевую сферу и морально-этические установки. **С помощью религиозных ритуалов и молитв он избавляется от тревожности, страха и беспокойства. В большинстве своем этот эффект обусловлен самовнушением.** Также для индивидов, принадлежащих к этому типу, характерно увлечение различными «духовными» практиками, которые являются для них еще одним способом избегания реальности. Большинство верующих этого типа в момент прихода к вере находилось в состоянии «экзистенциального вакуума» и нуждалось в религии для обретения смысла жизни.

Индивидуальные различия внутри этого типа довольно широки, и не представляется возможным описать все психологические факторы, влияющие на появление религиозности. Но общим для всех является внутренняя ценность религии, «божественной» вертикали. Негативным моментом является эмоциональная зависимость от религии, от религиозных авторитетов и догм, которая ограничивает свободу личности и препятствует ее развитию.

Итак, резюмируем все известное и вышеизложенное:

- обращение к древним религиозным культам характерно для кризисных моментов истории стран, особенно развивающихся. Например, на Кубе во время кризиса 1992–1993-х годов повсеместное распространение получили древний культ и черная магия африканского народа йоруба, и тогда руководители страны стали появляться в белых одеяниях и совершать обряды религиозного омовения и очищения от всяких грехов. Тоталитарное общество, как известно из истории, приписывает вождям магические свойства, чтобы уповать на них. Гитлер был убежден в наличии у себя таких качеств и постоянно демонстрировал их. Культ личности Сталина – отца народов, бога советских атеистов – не требовал от него подобных заявлений. Но убежденность в своих магических возможностях гипнотизировала даже мировых лидеров, которые непроизвольно вставали при его появлении;

- членами религиозных фанатических групп становятся зависимые личности, неспособные брать на себя ответственность за свою жизнь и чувствующие себя уверенно лишь в группе, ведомой сильным лидером. Чем больше они теряют свою индивидуальность, тем сильнее нуждаются в идентификации с лидером и группой, чтобы получить ощущение всемогущества. Такие личности легко могут стать жертвой психологического лидера, проводящего массовые тренинги – нам известны Рон Хаббард и другие сайентологи и проповедники, «выдающиеся» экстрасенсы, подобные А.Кашшировскому, А.Чумаку и пр., собирающим многомиллионную армию телезрителей... Еще более масштабное воздействие оказывают финансовые пирамиды типа МММ, организованная преступность, тоталитарные государственные режимы, международные

мафиозные кланы и религиозно-террористические объединения типа «Талибан»;

– в религиозные секты легче всего вовлекаются лица, занятые интенсивным духовным поиском, стремящиеся к некоей, по возможности, абсолютной истине, часто понимаемой как простые и однозначные ответы на сложные вопросы;



*Рон Хаббард (1911-1986)*

- для экстремистских религиозных культов характерно следующее: а) харизматические лидеры, считающие себя мессиями или обладателями особой силы (дара); б) тоталитарная (догматическая, абсолютистская) философия; в) тоталитарная система управления; г) требование беспрекословного подчинения уставу общины; д) сильный акцент на накапливании богатства для общины; е) почти

**полное отсутствие заботы об индивидуальном благополучии членов культа;**

- от новообращенных обычно скрывают истинное положение дел, но как только они глубоко вовлекаются в культ, их подвергают процедуре «промывания мозгов». **Полное изменение личности неопфита занимает обычно от нескольких дней до нескольких недель, и после 4–7 лет жизни в культовой группе эти изменения часто становятся необратимыми;**

- контроль за сознанием членов групп включает следующие пункты:

- **средовой контроль и контроль жизненной среды и общения в пределах этой среды.** Сюда входит не только общение людей друг с другом, но и проникновение в сознание человека групповых представлений, которые постепенно становятся определяющим фактором при принятии решений;

- **мистическое манипулирование.** Специальная технология планирования «случайностей» и «сверхъестественных» событий. Все манипулируют всеми «ради более высокой цели»;



*Анатолий Кашпировский (род.1939)*

- требование чистоты. Установление невыполнимых стандартов поведения, что способствует созданию атмосферы вины и стыда. Независимо от того, какие усилия прикладывает человек, он всегда терпит неудачу, чувствует себя плохим и работает еще усерднее;

- культ исповеди. Разрушение границ личности, предписывающее признаваться в любой мысли, чувстве или действии, которые можно заподозрить в несоответствии групповым правилам. Полученная при этом информация не прощается и не забывается, а используется в целях контроля;

- священная наука. Вера в абсолютную научную и нравственную истинность групповой догмы, что не оставляет места для каких бы то ни было вопросов или альтернативных точек зрения;

- внутригрупповой язык. Использование фраз и слов-клише с целью ограничить мышление членов группы абсолютными, черно-белыми формулами, понятными только посвященным и устраняющими самостоятельное критическое мышление;

- доктрина выше личности. Навязывание верований группы в противовес опыту, сознанию и целостности личности;

- разделение существования. Вера в то, что члены группы имеют право на существование, а всяческие критики, диссиденты и иноверцы не имеют. Для достижения целей группы оправданы любые средства.

**Под влиянием подобного воздействия докультурная личность больного вытесняется аддиктивной личностью, полностью подчиненной интересам группы:**

**- адепт культа отказывается от своих прежних целей, разрывает важные отношения, отдает группе все свое время и средства, работает на нее за**

гроши. Он плохо питается, мало спит, игнорирует признаки болезни, отказывается от медицинской и психологической помощи, пренебрегает советами врача. Изменяется его одежда, прическа, вес, диета; у него появляется безжизненный пристальный взгляд наркомана, меняется построение речи, мимики и манеры, снижается чувство юмора. Из экстраверта он может превратиться в интроверта и наоборот. Аналитическое мышление подменяется магическим. Ленивый превращается в трудоголика, безответственный в ответственного, неряшливый в опрятного, несобранный в пунктуального. Прежние интересы и хобби исчезают, изменяются представления о честности. Поведение становится скрытным, уклончивым или оборонительным, а отношение к членам семьи – осуждающим. Он фанатично стремится обратить других в свою веру, использует жаргон «для посвященных», механически монотонно повторяет заученные постулаты. Семья и друзья становятся объектами проповеди, как будто нуждаются в спасении. Он оказывает давление с целью получить деньги для личных нужд и для группы. Утрачиваются связи с семьей и друзьями, он уклоняется от объятий и поцелуев, изолируется, не участвует в семейных событиях, большую часть времени проводит с группой, переселяется жить к другим членам группы. Меняются политические и религиозные убеждения, студенты переходят на вечернюю форму обучения, меняют специализацию или прекращают учебу;

- многие сатанинские секты практикуют садистические ритуалы, в которые входит питье крови в смеси с мочой и вином, употребление наркотиков, истязание или убийство животных и людей. Жертвы этих

**ритуалов, оставшиеся в живых, обнаруживают посттравматическое стрессовое расстройство;**

- дети часто подвергаются инцестуозному и групповому сексуальному насилию в особо извращенной форме и получают тяжкие телесные повреждения. Их запугивают тем, что теперь они прокляты, находятся во власти Сатаны, и он всегда будет знать, где они находятся и что они делают. **Дети редко рассказывают о случившемся по нескольким причинам. Перед ритуалом их подвергают действию наркотиков и гипноза с внушением забыть произошедшее, а если эпизод вспомнится – покончить с собой. Кроме того, сам эпизод настолько мучителен, что вытесняется из сознания в силу диссоциации.** Чтобы ребенка можно было использовать в ритуальных целях и в дальнейшем, эта диссоциация усиливается искусственно. Для этого ребенка жестокими пытками доводят до состояния разъединения чувств и мыслей, в это время в расщепленное сознание внедряется культовая программа, эффективно закрывающая образовавшееся окно. Теперь она будет функционировать постоянно, оставаясь неосознанной для жертвы. Программа включает: а) самостоятельное возобновление контакта с сектой или позволение его члену секты; б) сообщение секте нужной информации устами измененной части личности; в) автоматическое нанесение себе телесных повреждений или самоубийство в случае невыполнения предписаний секты; г) саботирование лечения, направленного на освобождение от влияния секты;

- у взрослых, переживших в детстве сатанинское ритуальное насилие, обнаруживается диссоциативное расстройство, обычно в форме множественной личности. У них выявляются следующие типы пережитого насилия: принудительный прием наркотиков, сексуальные действия, наблюдение

мучений и смерти животных, причинение физической боли и пытки с предварительным наблюдением за аналогичными издевательствами над другими, наблюдение и принудительное участие в принесении в жертву взрослых и детей, сожжение заживо в гробу, принудительный каннибализм, угрозы убийства. Девушек и молодых женщин принуждают к заключению ритуального брака с Сатаной, принесению в жертву собственного ребенка; они подвергаются насильственному лишению девственности, принудительному кровосмесительному оплодотворению и т. п.;

- во главе фанатиков обычно встают харизматические личности, отличающиеся паранойяльными и нарциссическими чертами, иногда это эпилептики;

- сегодня уже известна и вполне очевидна связь сексуальности, агрессии и религиозного чувства. Воодушевление и экстаз религиозного фанатика во время молитвенного ритуала так же, как и во время политического митинга, рок-концерта или спортивного матча, вызывают внутреннего наркотика – эндорфина – со всеми вытекающими последствиями;

- мода на медитирование также в большой степени обусловлена выделением эндорфина в этом состоянии. Фанатики стремятся к уходу от своего Я в «мы», растворяясь в группе единомышленников, где чувствуют себя в безопасности. Мир для них делится на «наших» и «врагов», правоверных и неверных.

Сегодняшняя психология, психиатрия имеют достаточно возможностей для освобождения от влияния религиозной секты, о которых мы скажем, однако, безусловно, следует иметь в виду, и это главное, личное желание человека «освободиться», а также степень и меру вовлеченности...

В качестве одного из методов лечения религиозной аддикции используется **депрограммирование, которое состоит в развитии у пациента критиче-**



**ского, гибкого, творческого и независимого мышления и коррекции ложных представлений относительно культовой жизни.** Член культа исследует соответствующую идеологию в свете логики и известных ему фактов. С помощью наводящих вопросов его нацеливают на систематический анализ вскрытых противоречий. Новичков информируют о том, что им придется посвятить свою жизнь этой группе, что их будущий супруг(а) и время вступления в брак будут выданы за них лидером культа. Особенно полезно описать и объяснить процесс идеологической обработки, которой они были подвергнуты. В процессе депрограммирования желание аддикта понять, что с ним происходит, нарастает до тех пор, пока не будет достигнуто состояние «ломки». Перед этим аддикт внезапно прекращает обсуждение, становится тихим и задумчивым или обнаруживает признаки шока. Затем у него могут наступить нервная дрожь, рыдания и паническая растерянность, рождается решение порвать с культом. Далее следует фаза неустойчивости, когда случайная встреча или телефонный звонок могут привести к рецидиву.

Окончательно от влияния секты можно освободиться только с помощью специально созданной команды близких и друзей аддикта, которые общими усилиями могут вернуть его к прежней жизни. Ядро команды составляют родные больного и его близкие друзья. Сюда включаются также люди, с которыми адепт культа был связан до своего вступления в секту, другие семьи с аналогичными проблемами, бывшие члены секты. Кстати, многих потенциальных членов команды обычно приходится убеждать в наличии проблемы. Людей, использующих защиту отрицанием, необходимо спрашивать: «Какие вам нужны доказательства, чтобы убедиться в существовании проблемы?» и предоставлять соответствующую информацию. Час-

то члены команды нуждаются в опровержении ошибочных представлений, мешающих эффективной работе команды.

В свое время на Западе перечислялись 10 подобных заблуждений: *«Никакого контроля сознания не существует», «Любое влияние есть попытка контроля над сознанием», «Ведь он по-своему счастлив!», «Нельзя вмешиваться в жизнь взрослого человека», «Он имеет право верить, во что хочет», «Он достаточно умен и разберется сам», «Он так слаб, что ищет руководство», «Уж лучше секта, чем его прежняя жизнь», «Он увидит сам, когда будет готов», «Мы потеряли надежду».*

В ходе лечения приходится преодолевать и ряд когнитивных стереотипов членов команды:

- абсолютизация прошлого опыта: он никогда не слушал моих советов, не послушает и сейчас;
- сверхобобщение: в прошлый раз мы поссорились, он всегда ненавидел меня;
- наклеивание ярлыков: да ты просто зомби!
- самообвинение: это моя вина, что он вступил в секту;
- отрицание: никто его не контролирует, просто сейчас он в растерянности;
- рационализация: если бы не секта, она была бы сейчас среди своих наркоманов;
- негативная фильтрация: мы чудесно провели вчерашний день, но он все равно вернулся в секту, это полный провал;
- поляризация: он так усердно трудится в своей секте, хотя все равно ничего не добьется;
- персонализация (предположение, что все происходящее имеет отношение ко мне): я оставил для него три сообщения, а он все равно не позвонил; должно быть, он знает, что я обратилась к консультанту;

- чтение мыслей: конечно, ты расстроился, что я не предупредил тебя, прежде чем что-то делать;
- ошибки контроля: я выбью из него эту дурь! (или наоборот: мои попытки безрезультатны);
- эмоциональная аргументация: я так чувствую, что любой, кто верит в эту чушь, просто слабак.

Члены семьи адепта нередко и сами страдают какими-либо аддикциями, и бывает полезно привлечь адепта для того, чтобы помочь им избавиться от этих зависимостей. Впоследствии роли меняются, и успешное выздоровление родственника служит положительным примером для адепта. Во избежание рецидива следует учесть, что после выхода из секты бывшего адепта могут мучить чувства стыда и вины. Вместо того, чтобы искупить свою вину перед близкими, он может направить свои усилия на то, чтобы попытаться спасти друзей, оставшихся в секте, и это может затянуть его назад. Следует успокоить адепта, объяснив ему, что хотя его вина и велика, но не стоит преувеличивать ее. И лучшее, что он сможет сделать для оставшихся в секте друзей – это показать им пример творческой самостоятельной жизни.

*Терапия выживших жертв ритуального насилия включает следующие этапы: а) установление терапевтического альянса; б) обследование и оценку; в) уточнение диссоциативной системы; г) вскрытие вытесненной информации и устранение диссоциативных барьеров; д) реконструкцию памяти и коррекцию представлений; е) противодействие внушенным представлениям; ж) десенсибилизацию запрограммированных сигналов; з) интеграцию прошлого, нахождение нового смысла жизни.*

*Используются такие методы терапии, как катарсис, гипноз, самовыражение (ведение дневника, рисование, игра в песочном ящике), лекарственная терапия и стационарное лечение. Дополнительную помощь оказывает участие в группе взаимопомощи, работающей по принципу «Анонимных алкоголиков». В процессе терапии*

*необходимо быть готовым к развитию суицидоопасной депрессии. Это может быть результатом запрограммированности на суицид и/или неспособности интегрировать ужасающие компоненты воспоминаний. Крайне важно помочь больным осознать, что они не несут ответственности за случившееся, будучи жертвами запугивания, насилия и искусных манипуляций.*

**Следует запомнить: религиозные ритуалы, точная медитация, попытки исцеления, тантрические ритуалы, мистическая терапия, карты Таро, канализирование, стимуляция глубинных сфер, индоктринация, эмоциональная регрессия, деперсонализация, руинизация психики, аутосуггестия, альбенация, монастырь Ват Тхамкрабок, сайентология, «Свидетели Иеговы», внешне ориентированная религиозность, внутренне ориентированная религиозность, латентные или пассивные социопаты, социальный эскапизм, депрограммирование.**


### **Вопросы и задания по Главе XIII**

1. Почему, по вашему мнению, наибольшим аддитивным потенциалом обладают секты?
2. Попробуйте выделить факторы и причины попадания людей в секты.
3. Что происходит с человеком, попадающим в секты?
4. Что такое канализирование и индоктринация?
5. Могут ли религиозные сообщества нести какую-либо положительную нагрузку?
6. Расскажите о симптомах религиозной аддикции.
7. Дайте представление о формах общения в религиозных сообществах.
8. Что такое «позитивная аддикция»?
9. Что является механизмом диалогизации психолого-педагогического процесса выздоровления?

10. Расскажите о типах личностной религиозности.
11. Что такое социальный эскапизм?
12. Расскажите о депрограммировании.

## Глава XIV

### Ургентная аддикция



По мнению Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой (2000 г.), **ургентная аддикция проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени.** Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства дискомфорта и отчаяния.

Сам термин «ургентные аддикции» введен А.Тасси (1993 г.). Автор не дает точной дефиниции термина, подразумевая под ургентной аддикцией, главным образом, зависимость от состояния постоянной нехватки времени. **Состояние обусловлено сверхзанятостью, необходимостью принимать участие во многих видах деятельности, ускорением темпа жизни, общей гиперстимуляцией.**

Ургентная аддикция относится к категории негативных аддикций. Психологические механизмы, лежащие в основе этого типа зависимости, трудно объяснимы, однако они становятся более понятными при сравнении состояния недостатка времени с противоположным, при котором этот фактор отсутствует. **В последнем случае развивается чувство нарастающего психологического дискомфорта: человек испытывает тревогу, страх того, что он не делает чего-то очень важного для карьеры, семьи, сохранения социального статуса.** Отрицательные эмоции при этом более интенсивны, и состояние нехватки времени воспринимается как избавление от худшего.

В современной цивилизации ургентная аддикция формируется у большого количества лиц самых разнообразных профессий: бизнесменов, сотрудников раз-

личных фирм, студентов, преподавателей, ученых и др. Все они испытывают давление времени, оказываются во временной ловушке, не осознавая полностью серьезности ситуации и ее неизбежных последствий.

Ургентная аддикция связана с поклонением скорости и акселерации. Общество руководствуется формулой: «чем скорее, тем лучше». Людям навязывается модель успеха, основанного на выполнении все большего количества задач во все более короткие временные интервалы.

Ургентная аддикция развивается скрытно, незаметно. Время же в определенном смысле «невидимо». Человек подвергается комплексному влиянию внутренних и внешних факторов. В случае благоприятного стечения обстоятельств возникает ощущение возможности справиться с увеличивающимся количеством задач и обязанностей. Он чувствует себя полным сил и энтузиазма – все выглядит подконтрольно и привлекательно: перспективы увеличения зарплаты, успешной карьеры, больших возможностей выбора. Со временем ситуация постепенно меняется: обязанностей становится больше, свободное время сжимается как шагреновая кожа, времени на выполнение поставленных задач начинает не хватать. Все чаще возникает в сознании или вербализуется фраза: «у меня нет времени». Это относится, прежде всего, не к работе, а к сфере межличностных, особенно внутрисемейных отношений. Отсутствие времени ограничивает возможности продуктивных неформальных контактов с близкими людьми.

**Появление критического отношения к ургентной зависимости затруднено, что, во многом, связано с автоматическим включением психологической защитной реакции, основывающейся на проекции ситуации на других людей – «эта проблема касается всех». В то же время, даже появление**

критики часто не приводит к попыткам противостоять процессу, так как ситуация выглядит безысходной: *«С этим ничего нельзя поделать. Такова жизнь. Если я попытаюсь что-то изменить, ограничить свою занятость, замедлить темп, я окажусь неконкурентоспособным и кто-то другой заменит меня».*

Автор термина «ургентная аддикция» выделяет шесть основных характеристик, присущих ургентной аддикции:

1) **жесткий мониторинг времени.** Чем бы ни занимались ургентные аддикты, они постоянно следят за временем. Их жизнь протекает по схеме, функционирование разделено на сравнительно короткие, вплоть до десятиминутных, временные интервалы;

2) **функционирование на слишком большой скорости,** выходящей за пределы зоны комфорта ургентного аддикта;

3) **постоянное принятие всех требований, касающихся работы.** Ургентный аддикт соглашается выполнять разнообразную дополнительную работу в любое, даже праздничное, время;

4) **отказ от личного времени.** Ургентный аддикт в своем стремлении выиграть гонку со временем в выполнении различных профессиональных обязанностей лишается, практически, всего времени, предназначенного для удовлетворения потребностей, связанных с семьей, детьми, домашними и хозяйственными делами;

5) **потеря способности радоваться текущему моменту.** Ургентный аддикт постоянно сосредоточен на бесконечных проблемах и выполнении задач, которые ему предстоит решать в будущем, размышлениях о неудачах и разочарованиях недавнего прошлого и на том, каким образом можно компенсировать эти «проколы». Такое распределение внимания не позволяет ощущать радость жизни в настоящем времени;



б) **эмоционально отрицательная будущностная проекция.** Ургентный аддикт откладывает на будущее (обычно неопределенное) реализацию своих целей и желаний. В то же время, он чувствует, что будущее ускользает, что он становится все более зависимым от внешних факторов и социальных требований. Таким образом, будущее в большей степени ассоциируется с необходимостью выполнения обязанностей, чем с мыслями о получении желаемых удовольствий.



*Время ургентного аддикта...*

Ургентный аддикт часто убеждает себя в том, что он способен контролировать время и справиться с еще большим ускорением, если лучше самоорганизуется, «возьмет себя в руки», не будет отвлекаться по мелочам и.т.д.

**Человек с ургентной зависимостью переживает время по-другому, по сравнению с обычным человеком, который специально не фиксирован на нем (за исключением нарушений восприятия времени в форме ускорения или замедления его течения при некоторых психических расстройствах).**

**Для ургентного аддикта время становится тираном, распоряжающимся его жизнью и контролирующим ее.**

В результате постепенно утрачивается способность ощущать красоту природы, вообще воспринимать окружающий мир, получать удовольствие от чтения, посещения театра, прослушивания музыки. Большинство произведений искусства не производят на такого человека сколько-нибудь серьезного впечатления. Довольно типично восприятие многих книг, спектаклей, кинофильмов, симфонических или музыкальных композиций как затянутых, «слишком длинных», требующих чересчур длительной концентрации внимания. Отсюда предпочтение дайджестов, комиксов, коротких динамичных произведений.

Ургентный аддикт игнорирует свое прошлое, не извлекает из него опыта, он не способен вспоминать, например, детство, даже если в нем были яркие, приятные переживания. Вспоминаются скорее прошлые разочарования, печальные или грустные события, которые сразу подвергаются вытеснению в бессознательное.

**Ургентная зависимость постепенно поглощает весь внутренний мир человека и до такой степени, что он перестает быть самим собой. Развивается глубокое нарушение идентичности, потеря прежнего Я.** Аддикт живет в мире ценностей, «оторванных» от его качественного мира. Характерна эмоциональная изоляция, отсутствие отношений, основанных на любви, дружбе, взаимопонимании. Эмоции растрачиваются на переживания недостатка времени для выполнения все увеличивающихся и усложняющихся задач, на то, чтобы справиться с ними быстрее...

Ургентные аддикты и сами обнаруживают, что теряют способность помечтать, представить себе что-то приятное. У них возникают проблемы со сном: затруд-

нения при засыпании, прерывистый сон, не приносящий достаточного отдыха. Теряется способность отдыхать, получать удовольствие от спокойного созерцания происходящих вокруг событий. Во многом блокируется связь с бессознательным, что проявляется в ослаблении творческих реализаций, потери целей.

Следует обратить внимание, что речь идет о том времени, которое для аддикта измеряется часами. Но кроме часового, хронометрируемого времени, существует понятие «живого времени». Живое время принадлежит человеку так же, как сама жизнь. Никто не может решать за другого, как он должен проводить каждую бесценную минуту своего времени. **Аддикт же ургентно фиксирован на часах, он теряет дифференциацию между часовым и живым временем.** Часы – это механический прибор, необходимый современному человеку. Но они не должны поработать человека, как это происходит при ургентной зависимости. Время бесценно, но ургентный аддикт этого не понимает и живет так, как будто его живое личное время принадлежит не ему, а кому-то другому. Число этих «других» чересчур велико. Оно включает в себя администрацию, коллег, родственников, ряд людей, пытающихся решить за счет аддикта свои проблемы и др.

У аддикта подобного типа нередко выявляется отчетливая тенденция к **субмиссивному** (подчиняемому), уступчивому поведению. Эта тенденция формируется, как правило, задолго до развития ургентной аддикции и создает для нее благоприятную почву.

**В механизме повышенного риска развития ургентной аддикции у субмиссивных лиц имеют значение иррациональные убеждения и страхи, содержанием которых являются образы отрицательных и нежелательных последствий, которые произойдут в случае неподчинения навязываемым**

**действиям.** Возникают мысли о том, что проявления *ассертивности*<sup>75</sup> вызовут у окружающих реакцию гнева, обиды, окончательно и непоправимо испортят отношения с ними. Многие субмиссивные лица боятся, что ассертивность поставит их в смешное положение, что они будут выглядеть в глазах других людей некомпетентными и глупыми.

**Особенности ургентной аддикции становятся наиболее очевидными при сравнении аддиктов с людьми, свободными от давления времени.** Речь идет не о мало заметных, имеющих много свободного времени лицах, а о работающих и достигающих успеха. Некоторые из них довольны жизнью, умеют радоваться и продуктивно проводить свое свободное время. Несмотря на очень большое разнообразие психологических характеристик, у них обнаруживаются общие системы ценностей и поведение, отличное от ургентных аддиктов.

Для четкого разграничения отметим черты, свойственные **интегрированным во времени лицам:**

- **никогда не спешат, им не присуща торопливость.** Они не привязаны к часам, к мониторингу времени. У каждого есть свой внутренний «путеводитель», своя скорость, ритм, которым они следуют, не принимая во внимание ожиданий или требований со стороны. У них присутствует четкое чувство настоящего, прошлого и будущего;

- **умеют в полном объеме переживать то, что происходит в настоящий момент,** проявляя способность фиксироваться на том, что происходит «здесь и сейчас». Это относится как к контактам с людьми, так и к работе и к развлечениям. Они могут полностью предаваться радостным чувствам, отдыхать, отключаясь от работы, профессиональных и других обязанностей. Что касается переживаний, то для этих людей важно не

столько их количество, сколько качество. Они обладают способностью «растягивать», «смаковать» время, как бы останавливать приятные для них мгновения (вспомните Гетевского Фауста: «Остановись мгновенье – ты прекрасно!»);

– **интегрированным во времени свойственна высокая самооценка.** Они проявляют ответственность по отношению к себе и другим; заботятся о своём психическом и соматическом здоровье; избегают ситуаций, когда приходится функционировать на грани своих возможностей; не позволяют другим прямо или косвенно менять ритм жизни и распорядок дня.

– **умеют эффективно распоряжаться своим временем.** Эти люди умеют коррелировать конкретные задачи с количеством времени, действительно необходимым для их решения, не отвлекаясь на другие, хронофагические (съедающие время) активности. В нужное время они способны собраться с мыслями, сконцентрировать усилия, направленные на преодоление внезапно возникших трудностей;

– **доверяют планируемому будущему.** Люди, интегрированные во времени, не боятся будущего, понимая, что жизнь – это процесс, который всегда интересен. При этом присутствует понимание, что нельзя терять настоящее, нужно получать удовольствие от своей активности, общения, достижений, мотиваций – жизни как таковой, относиться к будущему с надеждой, не настраиваться на плохие события. Они рассматривают будущее как союзника;

– **умеют извлекать пользу из своего прошлого.** Люди, интегрированные во времени, успешно используют достижения прожитых лет, прошлый опыт, способны обучаться на совершенных ими ошибках. Характерно отношение к прошлому как к потенциальному союзнику. Прошлое хранит в себе не только

плохое, но и хорошее. Они не относятся к прошлому как к «мусорному ведру», в котором нет ничего, достойного внимания. Им присуще понимание, что в прошлом нередко удастся найти ответы на вопросы, которые ставит перед человеком настоящее;

– **умеют использовать время в значимых отношениях.** Стремление проводить больше времени с действительно значимыми людьми, входящими в содержание их качественного мира. Ограничение таких контактов исключают обоюдные, содержательные, приводящие к духовному росту и нравственному богатству отношения.

Общая проблема ургентной аддикции заключается в том, что человек «прилипаёт» к навязываемому ему ритму и отвлекается от своих внутренних часов. **Нарушенная синхронизация с природным ритмом сопровождается психоэмоциональным напряжением, которое становится хроническим и привычным.** По сути дела речь идет об аддикции к хроническому стрессовому состоянию, последствиями которого являются не только психологические, но и психосоматические проблемы. Конечно, это требует специального изучения, в частности, внимания к последствиям нарушения естественного цикла сна и бодрствования, характерным для многих ургентных аддиктов.

Ученые говорят о том, что каждая функция, каждый орган человека *таймирован* (буквально **овременен**, связан с временем). **Тело человека «аналогично симфонии ритмов», и изменение этого процесса всегда чревато разносторонними, многоуровневыми последствиями.**

Возвращение к внутреннему живому времени – это возвращение к себе, к своей природной идентичности.

Процесс выхода из ургентности включает необходимость прислушаться к своему организму, к восприятию окружающего мира, к функционированию внутренних биологических часов. Имеют значение восстановление связи с природой, близкими, прежними друзьями, приобретение потерянной на каком-то этапе жизни способности чувствовать и переживать настоящее. Важно умение находить время для себя, когда можно заниматься тем, что действительно нравится и доставляет удовольствие. Следует избавиться от страха перед неструктурированным, незаполненным стереотипной привычной деятельностью временем, уметь использовать его для отдыха, творчества или получения удовольствия от ничего-неделания, не испытывая при этом никакого чувства вины...

Но было бы ошибочно полагать, что избавление от ургентной аддикции является легким, не вызывающим сопротивления процессом. В реальности ургентная аддикция чрезвычайно труднообратима. Феномен «**прилипания**» к стрессовому состоянию включает участие в нем многих систем. В частности, здесь проявляется вовлеченность в процесс различных химических соединений, таких, как адреналин, норадреналин, серотонин, эндорфины, энцефалины и др. Все эти соединения действуют как нейротрансмиттеры (нейромедиаторы).

***Нейромедиаторы** (нейротрансмиттеры, посредники) – биологически активные химические вещества, посредством которых осуществляется передача электрического импульса с нервной клетки через синаптическое пространство между нейронами. Нервный импульс вызывает освобождение в синаптическую щель медиатора. Молекулы медиаторов реагируют со специфическими рецепторными белками клеточной мембраны, инициируя цепь биохимических реакций, вызывающих изменение трансмембранного тока*

ионов, что приводит к деполяризации мембраны и возникновению потенциала действия.

Традиционно нейромедиаторы относят к 3 группам: аминокислоты, пептиды, моноамины (в том числе катехоламины)  
Список некоторых известных веществ-нейромедиаторов:

**АМИНОКИСЛОТЫ:**

- ГАМК
- Глицин
- Глутаминовая кислота

**Катехоламины:**

- Адреналин
- Норадреналин
- Дофамин

**Другие моноамины:**

- Серотонин
- Гистамин

**А также:**

- Ацетилхолин
- Анандамид
- Аспарат
- АТФ
- Вазоактивный интестинальный пептид
- Глутамат
- Окситоцин
- Таурин
- Триптамин
- Эндоканнабиноиды
- N-ацетиласпартил-L-глутамат

**Недостаток какого-либо из нейромедиаторов может вызывать разнообразные нарушения, например, различные виды депрессии.**

В естественных условиях организм адаптирован к определенному уровню циркулирующих в крови нейромедиаторов. В период стрессовых реакций происходит увеличение (выброс) дополнительного количества этих соединений. **В жизни каждого человека не однажды возникают стрессовые ситуации, но они, как правило, сравнительно кратковременны, поэтому рецепторы головного мозга не успевают**



привыкнуть к измененному химическому состоянию. Длительная стрессовая ситуация приводит к тому, что функционирование в ней становится привычным, практически нормальным. Снижение уровня стресса при выходе из аддиктивной зоны сопровождается уменьшением количества участвующих в стрессе химических соединений, что приводит к возникновению ситуаций отнятия. Нервная система, адаптированная к стрессовой ситуации реагирует на снижение стресса как на необходимость снова приспособиться к более низкому количеству стрессовых нейромедиаторов. Таким образом, если ургентный аддикт предпримет попытку релаксироваться и возвратиться в систему прежнего биологического времени, этот переход будет сопровождаться уменьшением образования химических ингредиентов ургентного стресса. В результате ожидаемая им релаксация не наступает, так как нейроны, адаптированные к высокому уровню химических составляющих стресса, реагируют на их уменьшение как на сигнал, что что-то не в порядке. Нервные клетки посылают сигналы об этом всему организму, что на клиническом уровне вызывает тревогу и общее беспокойство. **Человек не находит себе места и воспринимает выход из ургентности как еще более неприятное состояние, от которого хочется немедленно избавиться, уходя привычным путем в аддиктивную фиксацию.**

Таким образом, адаптированные к нейротрансмиттерам нейроны «переживают» период отнятия и способны реагировать на новую ситуацию, как на отсутствие стимуляции. Клинически это может выражаться в чувстве чрезвычайной усталости, сонливости. **Подобные состояния являются серьезным препят-**

ствием претворения в жизнь решения избавиться от ургентной аддикции.



Выбор аддикта ограничен. Он может пытаться погружаться в сон, стараясь ни о чем не думать, ни о чем не переживать и полностью забыться. Но это достаточно трудно сделать в связи с тревогой и возбуждением. Хотя аддикт может вернуться в ставшее для него привычным стрессовое состояние... Обе ситуации **проигрышны**, так как:

а) **попытки «заспать» стресс неэффективны.** Надежда на отдых не оправдывается, поскольку после него возникает ощущение ещё большей усталости и раздражения;

б) **возвращение в аддиктивную зону эквивалентно поражению**, которое сопровождается снижением самооценки и мотивации, направленной на следующую попытку.

Анализ конкретных фактов, отражающих попытки ургентных аддиктов самостоятельно справиться с проблемой, показывает, что аддикт нуждается в дополнительном времени для ее преодоления. **Многое здесь**

**зависит от длительности и выраженности аддикции.** Тем не менее, всегда присутствует переходный период длящийся, порой, до нескольких недель, когда развиваются явления отнятия. **В тяжелых случаях помогают физические нагрузки:** спортивная ходьба, гимнастические упражнения, спортивные игры, физическая работа. Эти виды активности способны смягчить симптомы отнятия на фоне отсутствия свойственного ургентной аддикции давления времени.

Следует иметь в виду, что освобождение от ургентности создает благоприятные условия для проявления религиозного чувства и эта особенность в значительной степени облегчает выход из аддикции.

**Ургентная зависимость исключает открытость аддикта для самоанализа и переживаний спиритуального характера.** В случаях развития личности в этих двух направлениях возникает разительный контраст с ургентным состоянием, способный сформировать очень сильную антиаддиктивную мотивацию.

Таким образом, ургентная аддикция – вид зависимости, который выражается в субъективном ощущении постоянной нехватки времени и страхе «не успеть» (что-либо сделать, куда-либо пойти и т.д.).

Человеку с такой зависимостью присущи следующие личностные характеристики:

- **желание контролировать время и осознание невозможности подчинить себе ход событий;**
- **выполнение профессиональных обязанностей в ущерб удовлетворению потребностей в отдыхе и межличностных отношениях;**
- **принятие абсолютно всех требований, касающихся профессиональной деятельности;**

- потеря способности радоваться жизни в настоящем, «зацикленность» на задачах будущего или неудачах прошлого;

- игнорирование прошлого, вытеснение в бессознательное эмоционально насыщенных переживаний;

- страх будущего; стремление откладывать на будущее, обычно неопределенное, реализацию своих целей и желаний в сочетании с чувством того, что время уходит.

Одной из составляющих ургентной аддикции является работоголизм, характерными чертами которого являются состояние постоянного осмысления производственных проблем; раздражительность, вызываемая деятельностью, не связанной с работой; неспособность ждать и требование пунктуальности, дисциплинированности от других.

Как показывают исследования, ургентная аддикция чаще всего наблюдается у мужчин периода поздней взрослости (41–55 лет) и у женщин периода средней взрослости (26–40 лет).

Согласно результатам исследования отечественных ученых, в зависимости от **особенностей саморегуляции и особенностей проявления** данной зависимости можно выделить три типа ургентных аддиктов:

- **планирующий аддикт** – он инициативен в постановке целей, однако ему трудно определить, насколько принятая цель соответствует реальным условиям её достижения. Такой человек осознает несогласование между поставленными задачами, ходом деятельности и ее результатами, но при этом не принимает решения об исправлении ошибок, не анализирует их причины. Ему гораздо легче отказаться от поставленной цели и выдвинуть новую, чем анализировать причины, из-за которых результат не достигнут.

Планирующий ургентный аддикт постоянно занят – в основном, планированием своей деятельности;

- **немоделлирующий ургентный аддикт** – активно выдвигает цели и даже пытается их реализовать, но не учитывает при этом внутренних условий и внешних обстоятельств деятельности. Поглощенный добросовестным выполнением своих обязанностей, он может не обратить внимания на изменившуюся ситуацию и будет руководствоваться изначально поставленной целью, действовать по ранее разработанной программе;

- **негибкий ургентный аддикт** – отличается высокой степенью самоорганизации. Он легко включается в процесс поставленных перед ними или сформулированных самостоятельно задач, проявляет инициативу, внимание к деталям. Вместе с тем, такой человек испытывает трудности в разработке программы действий в соответствии с конкретной целью деятельности. Он более склонен искать подобную ситуацию с уже известной программой действий в предыдущем опыте, чем экспериментировать в новых обстоятельствах. В реализации своей деятельности уделяет большое внимание контролю, проявляет настойчивость в достижении цели при возникновении помех.

**Для того чтобы освободиться от ургентной аддикции, нужно избавиться от страха перед неструктурированным, не заполненным деятельностью временем.**

Вероятно, следует заполнять свой день не только работой, но и отдыхом, общением с близкими. **А если одолевает страсть к планированию времени, то стоит запланировать поездку на природу, поход в гости, чтение художественной книги – любое занятие, которое было так давно отложено из-за «необходимости» уделять время работе.**

**Следует запомнить:** гиперстимуляция, А.Тасси жесткий мониторинг времени, субмиссивное поведение, ассертивность, нейротрансмиттеры, таймирование, планирующий аддикт, негибкий ургентный аддикт, немоделирующий ургентный аддикт, феномен «прилипания», релаксация, многоуровневые последствия, эмоциональная изоляция, эмоционально отрицательная будущностная проекция.

### Вопросы и задания по Главе XIV

1. Кем и когда был введен термин «ургентные аддикции»?
2. Попробуйте обосновать психологические механизмы, лежащие в основе этого типа зависимости.
3. Расскажите об основной категории лиц, у которых формируется ургентная зависимость.
4. Каким образом происходит развитие ургентной аддикции?
5. Расскажите об основных характеристиках, присущих ургентной аддикции.
6. Как «переживает», ощущает время ургентный аддикт?
7. Что такое ассертивность?
8. Какие черты, свойственны лицам, интегрированным во времени?
9. В чем сущность феномена «прилипания» к стрессовому состоянию?
10. Дайте представление о личностных характеристиках человека с ургентной зависимостью.
11. Расскажите о типах ургентных аддиктов.

## Глава XV

### Химические зависимости: алкоголизм

Как известно, многие люди достаточно широко используют/употребляют химические вещества, такие, как алкоголь, кофе, табак и разного рода транквилизаторы. Большинству из нас удастся сохранять контроль над их употреблением на протяжении всей жизни, и только некоторые становятся настоящими рабами зависимости.

В широком смысле, под химической зависимостью (другие названия – лекарственная, наркотическая) понимают зависимость от употребления любых психоактивных веществ (ПАВ), которые подразделяются на легальные (табак, алкоголь, лекарства) и нелегальные наркотики (кокаин, производные конопли, опиаты и др.).

**Специфической особенностью химической зависимости является наличие тесной связи между двумя ее аспектами – клиническим и психосоциальным.** Это означает, что поведение, связанное с употреблением алкоголя, следует одновременно рассматривать и как комплекс социально-психологических проблем, и как следствие прогрессирующих физико-химических изменений в организме. На определенном этапе формирования аддикции (этапе физической зависимости) химические процессы в организме начинают играть ведущую роль в поддержании аддиктивного поведения. Данная особенность побуждает специалистов иметь некоторые знания в области клинических проявлений алкогольной зависимости.

А что же такое алкоголь?

Обратимся к справочникам:

- Арабское, al-kohl – тонкий сурьмяный порошок; позднее – нечто тончайшее, неосязаемое; синтетические спирты одноатомные.

- Алкоголи – производные предельных и непредельных углеводов, содержащие в молекуле одну гидроксильную группу; алкоголь широко применяют в медицине, главным образом, в качестве растворителей и дезинфицирующих средств.

- Алкоголь (лат. alcohol, от араб. **الكحول** (al-kuhl) – «спирт») имеет следующие значения:

- то же, что и спирт (любой – метиловый, этиловый, изопропиловый и пр.),
- этиловый спирт (этанол),
- то же, что алкогольные напитки, т. е. напитки, содержащие этиловый спирт в существенных концентрациях.

Как мы знаем из предыдущих глав, для синдрома физической зависимости вообще характерны следующие клинические признаки:

- **непреодолимое желание употреблять психоактивные вещества;**
- **сниженный контроль за началом, окончанием или общей дозировкой их приема;**
- **употребление с целью смягчить синдром отмены (абстинентный синдром);**
- **повышение толерантности (потребность в более высоких дозах);**
- **снижение ситуационного контроля (употребление в непривычных обстоятельствах);**
- **игнорирование других удовольствий ради приема вещества;**
- **психические расстройства или серьезные социальные проблемы вследствие употребления.**

Существует мнение, что не все вещества вызывают физическую зависимость. Для точной оценки вида и



степени зависимости требуется вмешательство специалистов (как правило, наркологов). На стадии физической зависимости **психосоциальная помощь** должна сопровождаться лечением болезненных симптомов.

Несмотря на некоторые различия в клинических проявлениях отдельных форм химической зависимости, последние имеют общие социально-психологические признаки. **В основе данной аддикции лежит потребность продолжать прием алкоголя с целью достижения чувства комфорта или устранения неприятных ощущений (например, абстинентного синдрома). Влечение к алкоголю носит чрезвычайно сильный характер.** Подобно раковой опухоли оно быстро разрушает личность и жизнь больного. **Одним из указаний на злоупотребление алкоголем является социальная деградация, проявляющаяся, прежде всего, в быстро нарастающей социальной дезадаптации.** При этом наблюдается у учащихся снижение успеваемости, отказ от учебы или профессиональной деятельности, конфликты с социальным окружением, проблемы с законом, отход от семьи и друзей, сужение общения до узкого круга (собутельников), изоляция.

Параллельно с социальной деградацией происходит выраженное изменение характера. На фоне озабоченности алкоголем нарастает общая необязательность, формируется **амотивационный синдром** (утрата прежних интересов). Отрицание становится стилем поведения. Зависимый отрицает буквально все: факты употребления, правила, свои поступки, свою ответственность, наличие проблем, наконец, зависимость и необходимость ее лечения. Попытки окружающих помочь или обесцениваются, или вызывают агрессию. Реальность полностью заменяется фантазиями в форме бесплодных мечтаний, невыполняемых обещаний, лжи, иллюзий.

Вообще довольно сложно определить и частотную стадию употребления алкоголя, когда у человека формируется алкогольная зависимость. **Ее проявление зависит от многих факторов: основным становится потеря контроля чувства количества и ситуации при приеме алкогольных напитков, что приводит к нарушению функционирования головного мозга, а именно высших психических функций.**

**Синдром алкогольной зависимости** характеризуется наличием следующих компонентов:

- **идеаторный** (так называемое опьяненное мышление);
- **поведенческий**, эмоциональный (импульсивность поведения, смена психических настроений, лабильность эмоций);
- **сенсорика** (неприятные ощущения сжатости, сдавленности органно-системной направленности);
- **вегетативность** (нарушение природного баланса функционирования симпатической и парасимпатической систем).

При развитии острой алкогольной зависимости принято разграничивать два типа патологической тяги к алкоголю – **первичную и вторичную**:

- в основе первичной тяги лежит **психологическая зависимость**.
- вторичная тяга формируется под воздействием **абстинентного синдрома**.

Выделяют четыре основные формы психопатологических симптомов: **парциальная, тотальная, сенсорная, пароксизмальная**.

Как правило, первоначально аддиктивная личность старается уйти от решения проблем, и постепенно вообще теряет способность к действиям. **Депрессия, изоляция, беспомощность, нелады с законом – вот что чаще всего приводит к осознанию серьезности проблемы.**

Одним из наиболее важных является вопрос о мотивации зависимого поведения. Среди мотивов первичного употребления можно выделить:

- **аттрактивная мотивация.** Содержание аттрактивной мотивации заключается в стремлении к приему алкоголя с целью смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения;

- **субмиссивная мотивация.** Содержанием мотивации является неспособность отказаться от предлагаемого кем-нибудь приема алкоголя. При этом выдвигаются различные оправдательные причины, как, например, «неудобно», «не хочу обидеть хороших людей» и др. Мотивация отражает выраженную тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих;

- **гедонистическая мотивация.** Алкоголь употребляется для повышения настроения, получения удовольствия в широком смысле этого слова;

- **мотивация с гиперактивацией поведения.** Алкоголь употребляется для того, чтобы вызвать состояние возбуждения, активизировать себя. Притягательным свойством алкоголя является возникновение субъективного состояния повышенного тонуса, сочетающегося с повышенной самооценкой;

- **псевдокультурная мотивация.** В случаях псевдокультурной мотивации большое значение придается атрибутивным свойствам алкоголя. Характерны стремление к демонстративности, желание показать «зысканный вкус», произвести впечатление на окружающих редкими и дорогостоящими алкогольными напитками. Эта мотивация обычно сочетается с другими аддиктивными мотивациями и связана со стремлением компенсировать комплекс неполноценности.

- **познавательно-исследовательская** — любопытство, стремление к новым впечатлениям.



*Хороший плакат прошлого века!*

**Содержание аддиктивных мотиваций** может определять развитие разных форм алкоголизма.

Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных аддиктивных агентов. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психическое состояние: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества. Искусственному изменению настроения способствует также и вовлеченность в какие-то виды активности: азартные игры, компьютер, секс, переедание или голодание, работа, длительное прослушивание ритмичной музыки.

Виды аддиктивного поведения имеют свои специфические особенности и проявления, они не равнозначны и по своим последствиям. **У аддиктов, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и др. веществами, развивается интоксикация, наряду с психологической зависимостью появляются разные формы физической и химической зависимости, что связано в свою очередь с нарушением обмена веществ, поражением органов и систем организма, наблюдаются психопатологические явления и личностная деградация. При вовлеченности в какую-то деятельность развивается психологическая зависимость, более мягкая по своему характеру.** Но все эти виды объединяют общие аддиктивные механизмы.

По данным Всемирной организации здравоохранения, алкогольная проблема, рассматриваемая только в медицинском аспекте, занимает третье место после сердечнососудистых и опухолевых заболеваний. Роль злоупотребления алкоголем в современном обществе особенно возрастает с учетом связанных с этим явлением психологических и социально – экономических последствий.

**Началом развития алкогольной аддикции может стать первая встреча с алкоголем, когда**

**опьянение сопровождают интенсивные эмоциональные переживания.** Они фиксируются в памяти и провоцируют повторное употребление алкоголя. Символический характер приема спиртного утрачивается, и человек начинает ощущать необходимость приема алкоголя с целью достичь определенного желаемого состояния. На каком-то этапе, благодаря действию алкоголя, происходит подъем активности, повышается творческий потенциал, улучшается настроение, работоспособность, но эти ощущения, как правило, кратковременны; они могут смениться понижением настроения, апатией и психологическим дискомфортом. **Появление такого состояния является одним из вариантов развития алкогольного аддиктивного поведения, так как человек начинает стремиться к его «воспроизведению», для чего усиленно прибегает к алкоголю.** Особенно опасно возникновение механизмов аддиктивного поведения, связанное с **допинг-эффектом** в случаях, если последний выражается в возникновении психического состояния, субъективно облегчающего творческий процесс у лиц, занимающихся живописью, писателей, поэтов, музыкантов и др. **Нередко аддикты навязывают свой стиль поведения друзьям и близким, что происходит без всякого опасения перед возможностью возникновения стойкой алкогольной зависимости.**

Традиционная антиалкогольная пропаганда неэффективна, т. к. она может только закрепить уверенность аддикта в безопасности выбранного средства аддиктивной реализации, потому что собственный опыт приема алкоголя противоречит содержанию пропагандистских деклараций. **В последнее время растет сеть учреждений, призывающих избавиться от алкогольной или никотиновой зависимости с помощью кодирования или других методов, не имеющих в своей**

основе серьезной психологической работы с причинными механизмами аддикции, адекватной личностной коррекции и поддержки. Рекламирование таких служб довольно интенсивное, но, во-первых, носит навязчивый характер, чем может спровоцировать реакцию неприятия, а, во-вторых, способствует упрочению иллюзии, что избавиться от губительной зависимости можно в любое время и без особых усилий.

Мы уже отметили, что длительный прием алкоголя ведет за собой физическую зависимость.

Ее характеризуют следующие признаки: явления алкогольной абстиненции («похмельный синдром»), потеря ситуационного и количественного контроля, повышение толерантности к алкоголю в 8–10 раз по сравнению с изначальной (потребность в большей дозе для достижения прежнего эффекта). Постепенно нарушаются мнестические<sup>76</sup> процессы, снижается круг интересов, наблюдаются частые перепады настроения, ригидность (то есть отсутствие гибкости) мышления, сексуальная расторможенность. Снижаются критика к своему поведению, чувство такта, проявляется склонность винить в своих бедах неудачный брак, работу, ситуацию в стране и т.д. Происходит социальная деградация (распад семьи, потеря работы, асоциальное поведение). По мере прогрессирования алкогольной аддикции у людей с таким стилем поведения наблюдаются сходства в мотивах деятельности, интересах, привычках, во всем образе жизни.

Психодинамические исследования раскрывают глубокие бессознательные мотивы употребления алкоголя. Ведущим побудительным мотивом к систематическому употреблению может являться стремление избежать

напряжения и боли. В этом случае, любое напряжение воспринимается как предвестник явной угрозы существованию, аналогично недифференцированному младенческому ощущению голода. Следовательно, алкоголь, прежде всего, используются как самолечение! Большинство исследователей отмечают связь между личностным депрессивным расстройством и развитием алкогольной зависимости.

Все люди по своей природе аддиктивны. **Человеческая психика состоит из аддиктов – автоматизированных действий, привычек, дающих удовольствие и удовлетворение.** Однако аддикты бывают двух видов: **конструктивные и деструктивные.** Самый конструктивный из человеческих аддиктов – любовь. Человек стремится к такой зависимости, ищет ее порой всю жизнь.

**Алкогольная болезнь – пример деструктивной аддикции.** И говорить о лечении этой болезни некорректно без оценки степени ее запущенности. Необходимо оценить исходный уровень алкогольных ферментов, гормонов и нейромедиаторов и т.д.

К сожалению, признаки физической зависимости могут быть незаметными для человека, у которого они формируются. **Например, невозможность воздержаться в сочетании с признаками отнятия. В каких-то случаях явления физической зависимости частично осознаются, а частично игнорируются, например, один из вариантов потери контроля и неудержимое влечение.** Характер признаков физической зависимости определяет дальнейшее течение и подходы к коррекции аддиктивного процесса:

1. **Потеря контроля** – характеризуется тем, что с человеком происходит нечто, делающее невозможным «обычное», прежнее употребление алкоголя. Если раньше, до потери контроля, существовала ориентация



на определенный алкогольный эффект и возможность прогнозировать на время употребления развитие приятных для человека переживаний, то при потере контроля возникают отрицательные последствия, к которым приводит прием любой начальной дозы алкоголя. Иными словами, после первой дозы возникает неудержимое влечение к приему следующих доз, и этот процесс продолжается до развития тяжелого опьянения с нарушением сознания. При потере контроля происходит изменение обмена алкоголя в организме, сопровождающееся быстрым нарастанием содержания алкоголя в крови, с последующим быстрым его снижением. Алкогольное «плато» не устанавливается. Очевидно, во время быстрого снижения алкоголя возникает комплекс неприятных признаков, провоцирующих употребление следующей дозы.

**2. Неудержимое влечение – внезапно без всякой связи с приемом алкоголя** – может появиться через большое количество времени после последнего приема алкоголя, например, через год. Желание настолько представлено, что человек пойдет на все, чтобы выпить. Последствия такого приема аналогичны последствиям, характерным для потери контроля, поскольку этот признак при этом присутствует.

**3. Признаки отнятия (абстинентный синдром)** – возникают при снижении содержания алкоголя в крови через несколько часов после выпивки. Возникает общее плохое состояние, сопровождающееся болями в различных частях тела, головной болью, тошнотой, отвращением к еде, усиленной жаждой, повышенной возбудимостью, нарушением координации тонких движений, тремором пальцев рук. Возможно ощущение физической слабости, ускоренное сердцебиение, потливость. Эти симптомы сочетаются с желанием снять это состояние алкоголем, что удается сделать при

условии отсутствия признаков потери контроля. С появлением потери контроля снять это состояние невозможно, так как прием даже малой дозы провоцирует алкогольный эксцесс.



*Мы пытаемся над этим смеяться*

**4. Признак невозможности воздержаться от приема** – характеризуется тем, что употребляя сравнительно небольшие дозы, не вызывающие выраженных явлений опьянения, человек поддерживает постоянно повышенную концентрацию алкоголя в организме, употребляя его несколько раз в день. Как правило, наибольшая доза употребляется вечером. Если такая ситуация продолжается, развиваются явления отнятия, которые могут быть долго незаметны, поскольку человек продолжает употреблять алкоголь.

**Физическая зависимость развивается на фоне ранее сформированной психологической зависимости. Проявления психологической зависимости продолжают присутствовать при возникновении физической зависимости, во многом определяя мотивации повторного употребление алкоголя, при**

**которых в промежутках между выпивками человек стремится выпить снова, несмотря на опыт отрицательных переживаний, связанных с физической зависимостью.**

*По данным Всемирной организации здравоохранения (2008–2010), потребление алкоголя в год в России достигает 10,6 л на душу населения. Это один из самых высоких показателей в мире.*

*По данным Росстата, в месяц на спиртное из семейного бюджета тратится в среднем почти столько же денег, сколько на молочные продукты и хлеб!*

*А пьянство в сочетании с вождением автомобиля — одна из главных причин смерти и увечий на дороге. Любой человек — потенциальная жертва таких водителей. В половине всех дорожно-транспортных происшествий от чужого пьянства страдают невинные люди...*

*В древние времена на Руси основным сырьем для производства алкоголя являлся мед, поэтому традиционные хмельные напитки (медовуха, пиво, брага) были слабоградусные. Прием спиртного, как правило, сопровождался обильной трапезой, что в совокупности сводило к минимуму ущерб здоровью от употребления алкоголя.*

*Алкогольные традиции на Руси определялись ритуальным употреблением спиртных напитков по случаю знаменательных событий, православных праздников, свадеб, завершения сбора урожая и т. п.*

*Первое упоминание о водке в летописи Древней Руси встречается в XV веке. Тогда крепкий алкогольный напиток назывался «винным хлебом». Чтобы придать напитку необычный вкус, наши предки настаивали на толченых жемчугах, на целебных травах и хмеле. Позднее для этой же цели стали использовать фрукты, ягоды и пряности.*

*Древнеславянское общественное питейное заведение называлось корчма. В этом месте народ сходил для бесед и выпивки с песнями и музыкой. В середине XVI века появились первые кабаки, распространение которых на Руси пошло очень быстро. При Борисе Годунове практически все корчмы были уничтожены, а в 1598 году частным лицам было запрещено торговать водкой. В 1648 году в Москве и многих других городах возникли «кабацкие бунты». Они начались в связи с неспособностью городской черни платить по кабацким долгам (приобретение спиртного в кредит), резким снижением качества водки, разорительными последствиями пьянства для народа. С целью борьбы с алкоголизмом был издан указ, ограничивающий число питейных заведений. Запрещалась продажа водки в кредит, и отпускалась она только по одной чарке (143,5 г) на человека.*

Введенные ограничения привели к падению алкогольных сборов в казну, поэтому соблюдение ограничений продержалось недолго — всего семь лет. Во времена правления Петра I выросло потребление алкоголя, поскольку это было выгодно государству. Ведь петровские преобразования требовали немалых средств, а большая доля доходов в казну шла именно от питейного дела.

После введения «спиртной монополии» огромные прибыли стали концентрироваться в руках частных лиц, что не очень устраивало правительство. В 1863 году была введена новая система продажи, получившая название акцизной. Массовое промышленное производство водки в условиях свободной конкуренции и отмены монополии привело к снижению ее цены, росту продаж и доходов казны от акцизных сборов. Только за один 1864 год потребление водки возросло почти в два раза, а соблазн к пьянству развился до крайней степени.

Таким образом, за три столетия водка прочно укоренилась в России. Если в конце XVII века в каждом городе было по одному, так называемому, кружечному двору, то после 1863 года число кабаков по всей России уже исчислялось сотнями тысяч. Фактором, сдерживающим распространение алкоголизма, являлось занятие людей сельским трудом, поскольку многодневный запой грозил крестьянину разорением. По потреблению алкоголя на каждого человека дореволюционная Россия стояла на одиннадцатом месте в мире.

Хотя и говорят, что Россия самая пьющая страна, на самом деле это спорный вопрос. По данным мировой статистики, больше всего алкоголь употребляют французы, за ними идут итальянцы, испанцы, американцы и только после них россияне. Правда, данных о том, какая страна употребляет самый крепкий алкоголь, нет. В европейских странах алкогольная продукция — это, в основном, вина, а в России — водка.

Выдающийся врач Владимир Михайлович Бехтерев писал: «Русский народ имел несчастную привилегию потреблять сорокаградусную водку, находясь в гораздо менее благоприятных условиях, чем народы Запада, которые главным образом потребляют виноградное вино и пиво. Дело в том, что крепкие растворы алкоголя... действуют особенно разрушительно, а при слабых растворах алкоголь не имеет такого вредного действия. ...Сплошь и рядом у нас практикуется питье водки целым стаканом, часто без закусывания и даже на голодный желудок. А в этом случае алкоголь действует много более вредно, нежели при потреблении такого же количества при других условиях»...

Вернемся к истории.

Алкоголизм как заболевание впервые подробно описал в середине XIX века шведский врач Магнус Гус (Magnus Huss), но сам алкоголь известен еще с древности.

В 1952 году Всемирная организация здравоохранения утвердила понятие алкоголизма как болезни.

Однако неопределенность термина привела к тому, что в 1979 году согласно «Международной классификации болезней» Всемирная организация здравоохранения предпочла более узкую формулировку алкоголизма и обозначила его, как состояние (физическое и психическое), возникающее в результате постоянного потребления алкоголя – произошла замена термином «синдром алкогольной зависимости». В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-го пересмотра – используется всеми врачами для кодирования медицинских диагнозов с 1999 года по настоящее время), **все алкогольные расстройства классифицируются как *«психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ»***. Таким образом, мы постепенно начинаем понимать, что **алкоголизм – собирательный термин для обозначения расстройств поведения, возникающих вследствие злоупотребления алкоголем.**

Алкоголиком в полном смысле слова считается человек, для которого алкоголь стал столь же необходимым компонентом жизнедеятельности, как вода и пища. Медицина утверждает, что к чрезмерному потреблению алкоголя склонны люди с недостаточно организованной психикой, не способные справиться с тревогой или напряжением. Предрасполагают к употреблению алкоголя и такие черты характера, как легкая внушаемость, ранимость, неприспособленность к жизни, инфантильность, желание уйти от действительности, неустойчивость перед жизненными невзгодами, неспособность их переносить.

Распространению алкоголизма также способствуют и различные социальные влияния: культурные и

религиозные традиции и ритуалы, общественно-экономические условия, особенности труда, быта, воспитания, характера семьи и ближайшего окружения.

Однако надо помнить: алкоголь и алкоголизм понятия разные. Алкоголь – это общее название напитков, в содержание которых входит этиловый спирт. Алкоголизм включает в себя собирательный образ: психологический, социальный и медицинский.

По мнению специалистов, **предпосылками для развития алкогольной зависимости считаются: неадекватная самооценка (заниженная или завышенная), закомплексованность в общении, неумение обуздывать свои чувства, постоянное внутреннее напряжение, сопровождаемое стрессами. Принимая дозу алкоголя, человек на время получает освобождение от каких-либо внутренних конфликтов и комплексов, иллюзорно удовлетворяет ту или иную потребность.**

Итак, алкогольная зависимость возникает вследствие регулярного употребления спиртных напитков, однако, полностью сформировавшись, может продолжать развиваться и при воздержании от алкоголя. Характеризуется четырьмя синдромами, последовательное развитие которых определяет стадии болезни:

- **синдром измененной реактивности:** изменение переносимости спиртных напитков, исчезновение защитных реакций при передозировке алкоголя, способность к систематическому употреблению спиртного и извращение его действия, амнезии на период опьянения;

- **синдром психической зависимости:** влечение к опьянению – так называемое психическое обсессивное (навязчивое), психический дискомфорт в трезвом состоянии и улучшение психических функций в состоянии опьянения;

- **синдром физической зависимости:** физическая (неудержимая) потребность в опьянении, потеря контроля за количеством выпитого спиртного, проявления абстиненции, улучшение физических функций в состоянии опьянения;

- **синдром последствий хронической интоксикации в психической, неврологической, соматической сферах и в социальной деятельности.**

Исследуя химические и нехимические зависимости, в своем труде «Психосоциальная аддиктология» (2001 г.), доктор медицинских наук, профессор и основатель современной аддиктологии Цезарь Петрович Короленко пишет: *«Аддиктивное поведение (зависимость от кого-либо или чего-либо) является одной из форм отклоняющегося поведения. Аддиктивное поведение выражается в уходе от реальности посредством изменения психического состояния. Говоря об алкогольной аддикции, мы имеем тот факт, что, выпивая дозу алкоголя, человек «уходит» от реальности, которая его не устраивает».*

Развитие аддиктивного поведения начинается с фиксации, которая происходит при встрече с воздействием того, что произвело на человека сильное впечатление. Среди химических аддикций лучше всего изучена алкогольная.

По степени пристрастия к алкоголю медики подразделяют людей на несколько типов:

**1. Абстиненты.** Это лица, воздерживающиеся по тем или иным причинам от приема алкоголя либо употребляющие его не чаще 2–4 раз в год в очень небольших дозах (до 100 мл. пива, вина или водки).

**2. Редко употребляющие спиртные напитки.** Характеризуются поздним началом употребления алкоголя, низкой толерантностью, редкими (1 раз в 2–3 месяца) и в небольших объемах (до 150 мл. водки или 500 мл. пива) алкоголизациями, обычно в ситуациях,

когда уклониться от этого трудно и отказ может быть неодобрительно истолкован окружающими.

**3. Часто употребляющие спиртные напитки.** Данная группа включает лиц, употребляющих алкоголь 1–4 раза в месяц в дозах от 100 до 400 мл. водки или нескольких бутылок пива. Алкоголизации определяются соответствующей ситуацией; у таких лиц формируется определенная потребность в спиртных напитках, но она легко компенсируется другими интересами и не играет существенной роли в жизни.

**4. Систематически употребляющие спиртные напитки (систематическое пьянство).** Характерно употребление спиртных напитков в дозах от 200 до 500 граммов водки по несколько раз в неделю, расширение поводов для алкоголизации, формирование психических защитных механизмов в форме «алкогольных алиби», т. е. доказательств, призванных оправдать пьянство в глазах окружающих. Потребление спиртных напитков у них включается в стереотип поведения, формируется соответствующий стиль жизни. Имеется тенденция (в отличие от предыдущих групп) к приему максимально переносимых доз алкоголя.

**5. Привычное пьянство.** Достаточно длительное систематическое пьянство приводит к тому, что у части лиц появляются либо отдельные симптомы хронического алкоголизма, либо их стертые формы, но совокупности клинических проявлений, позволяющих поставить диагноз хронического алкоголизма, нет. Для лиц данной группы характерны попытки ограничить потребление алкоголя (по минованию состояния опьянения возникают мысли, что надо меньше пить), а мотивировка может быть различной – эстетическая, физическая, меркантильная.

**Психологическая зависимость от алкоголя строится на фиксации ощущения, что алкоголь**



**вызывает желаемый эффект. Психологическая зависимость начинается тогда, когда употребление алкоголя во многом теряет символический характер.** Во многих культурах употребление алкоголя носит именно символический характер. Символический прием алкоголя может не приводить к развитию психологической зависимости. Важно, что человек думает об алкоголе как о средстве, с помощью которого он контролирует свое состояние.

Во всем мире установлены «безопасные» дозы алкоголя. В США и Англии мужчине разрешено 24 г. чистого спирта в сутки, а женщине – 16 г. Это эквивалентно двойной дозе виски (примерно четверть стакана). **Доза, установленная Всемирной организацией здравоохранения, – от 20 до 30 г спирта в сутки.**

**Предельно допустимая доза для взрослого человека не должна превышать 40–60 г чистого спирта (это примерно 100–150 г водки). Все, что выше – очень опасно, так как грозит быстрым привыканием.**

Давно известно, что небольшое количество алкоголя улучшает сердечную деятельность человека. Медики доказали, что умеренно потребляемый алкоголь растворяет тромбы в кровеносных сосудах. При употреблении 20 г чистого алкоголя в организме человека не происходит никаких негативных изменений. В больших дозах алкоголь вызывает сильное раздражение и воспаление желудка. Подавляющая часть введенного в организм алкоголя (90–95%) сгорает и только незначительная часть (5–10%) выделяется легкими и почками в неизменном виде. Сгорание алкоголя в организме происходит довольно медленно. Даже после незначительной дозы приема внутрь, содержание его в крови остается постоянным в течение почти двух часов. За

один час организм в состоянии нейтрализовать не более 7–10 г или 0,1–0,2 промилле содержания алкоголя в крови. Поэтому **главным мерилom для каждого человека, есть и будет культура потребления алкоголя. Разные дозы алкоголя действуют на разные области мозга. Так, малые дозы алкоголя воздействуют в основном на отделы, регулирующие моторную деятельность, а большие дозы влияют на области, ответственные за работу памяти и принятие решений.**

Во все времена в разных странах велась борьба с алкоголизмом на государственном уровне. В Древней Греции, когда люди начинали пить вино, не разбавленное водой (как было принято), вырубались виноградники. А в древней Индии существовал куда более жесткий метод – людям, злоупотребляющим алкоголем, заливали в рот расплавленный свинец. В некоторых странах, таких как США, Финляндия, Россия, принимался так называемый «сухой» закон (особенно в годы войн). Причем в России эта мера вводилась неоднократно – в начале XX века и в период перестройки.

Заметим обязательно, что примерно две трети населения земли ведут трезвый образ жизни. Около 600 народностей на планете не пьют, не курят, не употребляют наркотики в силу своих традиций, культурных и религиозных ценностей. Вот страны, где употребление алкоголя запрещено или ограничено: Албания, Алжир, Бангладеш, Бахрейн, Бенин, Бруней, Гамбия, Гана, Гвинея, Египет, Замбия, Зимбабве, Индия, Индонезия, Иордания, Ирак, Исландия, Камбоджа, Камерун, Кения, Китай, Мавритания, Сирия, Судан, Таиланд, Турция, Финляндия, Швеция, Эфиопия.

Но когда мы говорим об алкогольной зависимости, никогда не стоит забывать, что **проблема эта настолько «помолодела», что борьба с ней стала действи-**

**тельно занимать очень большое место в решении и общемировых, и только российских педагогических, психологических, медицинских и юридических проблем.**

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) и подростковой аддиктивности актуальна для России как за счет большого количества вовлеченных в нее подростков, так и вследствие появления и трансформации новых форм использования и наркотических, и токсических веществ и алкоголя. Отмечается объективный и очевидный рост употребления легких алкогольных напитков, в частности пива и алкогольных коктейлей до состояния выраженного опьянения, поведенческих нарушений, что, в целом, характерно и для других стран.

Так, по данным эпидемиологических исследований, 35–50% девочек и мальчиков Дании, Кипра, Ирландии, Чехии употребляют пиво более 3 раз в месяц. Наиболее высокие показатели использования седативных средств без назначения врача в сочетании с алкоголем регистрируются в Великобритании, Швеции, Польше, причем девочки употребляют данные ПАВ чаще, чем мальчики (25% и 14%, соответственно, прибегали к этому хотя бы раз в жизни). Согласно исследованиям по проекту ESPAD (Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам) в 2010 году вождение автомобиля в нетрезвом виде знакомо более, чем половине подростков США и Канады.

Наиболее употребляемым алкогольным напитком среди 60% мальчиков и девочек, участвовавших в исследованиях, было пиво – трижды или чаще в течение последнего месяца его употребляли 38% мальчиков и 29% девочек. В ответах на данный вопрос заключается заметное противоречие: мальчиков, употреблявших в последний месяц пиво, значительно больше, чем не

употреблявших алкоголя вообще, поскольку не все подростки считают пиво алкогольным напитком.

*Ошелмляющий успех Общества Анонимных Алкоголиков (ОАА) подтверждает распространенную точку зрения: алкоголизм — это болезнь. **Больной диабетом не несет ответственности за свою болезнь, но всецело ответственен за заботу о себе самом. Алкоголик не несет ответственности за свой алкоголизм, но полностью отвечает за свои действия.** В рамках этой модели алкоголики обладают врожденной предрасположенностью к алкоголизму; психологические факторы играют здесь небольшую роль. Такой взгляд на алкоголизм как на болезнь, возникший, вероятно, как реакция на давление моралистов и негуманное, «отчески-принудительное» лечение алкоголиков, в последнее время подтверждается результатами генетических исследований. Говоря об ОАА, важно понимать следующее: хотя Анонимные Алкоголики считают алкоголизм болезнью, их методы на самом деле соответствуют реальным психологическим потребностям членов общества и способствуют личностным изменениям. Воздержание достигается в контексте заботливого и внимательного отношения к больному со стороны братьев по несчастью. Опыт отношения члена группы ОАА к заботящимся о нем фигурам может быть интернализирован; подобным же образом забота о себе, самоконтроль и самоуважение могут быть интернализированы пациентом при общении с психотерапевтом. Это один из способов, которым терапевт может помочь алкоголику управлять своими аффектами и контролировать свою импульсивность. **Психодинамический подход фокусирует или расширяет терапевтический процесс, облегчая пациенту понимание и концептуализацию изменений, вызванных методом Общества Анонимных Алкоголиков. Большинство экспертов по алкоголизму согласились бы с тем, что алкоголизм представляет собой гетерогенное расстройство с мультифакторной этиологией. То, что помогает одному пациенту, может не подойти другому, и поэтому любой метод лечения является предметом непрекращающихся дискуссий.***



*Общество анонимных алкоголиков*

*Не существует жесткой программы лечения; всех пациентов следует рассматривать индивидуально. К несчастью, модель «алкоголизм — болезнь» привела к некоторой депсихологизации алкоголизма. Те, кто подчеркивает важность психологических факторов, отмечают, что алкоголиков характеризуют не только сложности управления аффектами и контроля своих импульсов; у них нарушены и другие функции Эго, например, способность поддерживать самооценку и заботиться о себе. Алкоголизм далеко не так прост. Не существует единого типажа «алкоголика — человека, предрасположенного к алкоголизму». Игнорирование личностных различий и индивидуальных психологических проблем затрудняет попытки понять, какие факторы становятся причиной рецидивов, возникающих в течение болезни. Алкогольная зависимость, как и прочие аддикции, возникает у конкретного человека, у личности. Алкоголизм или иные зависимости могут развиться как результат длительных невротических конфликтов, структурного дефицита, генетической предрасположенности, семейных и культурных условий, а также влияния окружения.*

Рассмотрим несколько житейских мифов и заблуждений, созданных с целью оправдать полезность употребления спиртных напитков:

- **с помощью алкоголя можно быстро согреться.** Алкогольные напитки часто называют горячительными. Почему? Люди уверены в том, что спирт обладает согревающим эффектом. И для замерзшего человека глоток чего-нибудь крепкого – самое лучшее лекарство. В подобном утверждении содержится лишь маленькая доля истины. Дело в том, что при охлаждении помогают примерно 50 граммов водки или коньяка. Они расширяют сосуды и нормализуют кровоснабжение внутренних органов. Последующие же дозы алкоголя усиливают кровоток в коже. Она краснеет, появляется приятное чувство тепла. Но оно очень обманчиво – ведь в этом случае усиливается теплоотдача, и организм начинает остывать еще больше. Причем, у человека сохраняется субъективное ощущение полного благополучия. Так что согревающий эффект спиртных напитков очень преувеличен;

- **алкоголь усиливает аппетит.** Спиртное действительно возбуждает аппетит. Но появление легкого чувства голода провоцируют только крепкие напитки, да и то лишь малые их количества. Речь идет о 20–25 граммах водки. Она воздействует на центр насыщения и активизирует его. Весь этот процесс занимает минут 15–20, не меньше. Поэтому пить «для аппетита» прямо перед едой в корне неверно. Ведь за считанные секунды голод не появится: на это требуется более длительное время. К тому же алкоголь перед едой – тоже не выход их положения. Спиртное будет агрессивно вести себя по отношению к слизистой голодного желудка. Он будет страдать и от соляной кислоты, выработка которой тоже будет усиливаться. В результате

возможно развитие гастрита. Не слишком ли высокая цена за то, чтобы с аппетитом покушать?

- **алкоголь снимает стресс.** Часто уставшие люди пытаются поднять себе настроение с помощью алкоголя. Но в большинстве случаев это делается неправильно. Ведь выпивать надо совсем немного – 20–30 мл. водки или коньяка или 40 мл. вина. Такие небольшие дозы снимают внутреннее напряжение и помогают расслабиться. Что, в общем-то, соответствует понятию «снять стресс». К сожалению, чаще всего, для этой цели используются гораздо более весомые объемы спиртного. **И здесь сценарий может развиваться по двум путям. Первый – усугубляется усталость, снижается настроение, появляется своеобразная депрессия, которая только усиливает чувство внутреннего утомления. Второй – это алкогольная эйфория, которая тоже неизбежно заканчивается депрессией. Ни в том, ни в другом случае об освобождении от стресса говорить не приходится.** Так что если уж избавляться от этой напасти с помощью алкоголя, то делать это надо с умом;

- **алкоголь повышает работоспособность.** Многие уверены, что под воздействием алкоголя работаетя легче, чем обычно. Речь идет не о средней и, тем более, не о тяжелой степени опьянения, когда притупляются все реакции и чувства. Имеется в виду легкая степень, при которой активизируются мыслительные процессы. Но такое ощущение абсолютно субъективно, и это было недавно доказано учеными: с помощью опытов они пришли к интереснейшим выводам. Оказывается, у слегка опьяненных людей скорость мыслительных и двигательных реакций действительно может возрастать. Но реакции эти часто бывают ошибочными. К тому же, даже небольшие дозы алкоголя вызывают снижение

концентрации внимания и ухудшение качества умозаключений. Таким образом, трудиться «под градусом» себе дороже. Может быть, работа и будет выполнена быстрее, но в ней непременно появятся различного рода ошибки;

**- алкоголь понижает артериальное давление.**

Многие гипертоники думают, что понизить давление можно с помощью алкоголя. Он, мол, расширяет сосуды... В этом утверждении есть доля истины – небольшие дозы спиртных напитков действительно ослабляют тонус сосудистой стенки. Но, наряду с этим, они усиливают частоту сердцебиения. А артериальное давление напрямую зависит от объема крови, «выталкиваемой» в кровяное русло. Чем этот объем больше, тем давление выше. Поэтому алкоголь ни в коем случае нельзя считать лекарством от гипертонии. Ситуация усугубляется еще и тем, что многие спиртные напитки содержат биологически активные вещества. Эти соединения сами по себе могут оказывать влияние на артериальное давление, причем, в большинстве случаев неблагоприятное;

**- качественный алкоголь вреда не наносит.**

Любой алкоголь оказывает на организм токсическое действие. Это обусловлено тем, что один из продуктов распада этилового спирта – уксусный альдегид. Он-то и творит в организме различные бесчинства. Но некачественное спиртное влияет на организм еще хуже. Ведь дешевые горячительные напитки не проходят должного очищения, они содержат сивушные масла, которые во много раз усиливают токсическое действие алкоголя. То же самое можно сказать и о напитках домашнего производства. И вроде бы вода хорошая использовалась, и экологически чистые фрукты или ягоды, а все равно напиток получается намного более вредным, чем аналогичный покупной. А все потому,



что в домашних условиях спирт очистить очень трудно. Конечно же, предпочтение следует отдавать известным и дорогим маркам, но не надо думать, что они не скажутся на здоровье;

- **алкоголь – лекарство от простуды.** Многие лечатся от простуды водкой – с яблоками, с медом, с чем-нибудь еще. Считается, что такое снадобье и температуру снижает, и насморк останавливает, и боль в горле уменьшает. Откуда взялось такое поверье – никто не знает. Однако многие почему-то уверены, что это старинный русский рецепт и что все наши предки лечились подобным образом. Вполне возможно, что они боролись с простудой с помощью водки. Важно другое – современная медицина такого способа не признает. Во-первых, иммунитет «огненная вода» никоим образом не улучшает. Во-вторых, спирт далеко не лучшим образом сказывается на воспаленном горле. Оно начинает болеть после «лечения» еще больше. Так что верить в целебную силу водки не надо. А вот небольшое количество подогретого красного вина выпить можно. Оно, по крайней мере, обладает способностью стимулировать иммунную систему организма;

- **пиво – это не алкоголь.** Сейчас многие думают, что раз пиво является слабоалкогольным напитком, то оно не наносит здоровью никакого вреда. Это катастрофическое заблуждение. В пиве действительно не очень много спирта. Но это совершенно не значит, что данный напиток безобиден. Он тоже является алкогольным, а, следовательно, вызывает привыкание. Недаром в последнее время все чаще и чаще медики говорят о так называемом пивном алкоголизме. Кроме того, хмельной напиток очень плохо влияет на печень и сердце. Эти органы претерпевают перерождение и начинают плохо функционировать. Учитывая все это,

ни в коем случае нельзя относиться к пиву как к лимонаду. Нельзя поглощать его ежедневно литрами. Такое бездумье очень быстро скажется на здоровье;

- **алкоголь не калориен.** Многие женщины подсчитывают все съеденные калории. А выпитые калории не учитывают! Между тем, алкоголь обладает очень высокой энергетической ценностью, причем, чем крепче напиток, тем эта ценность больше. Наиболее высок данный показатель у водки. Последняя питательными свойствами не обладает, калории приносятся только за счет спирта. Именно поэтому от них очень трудно избавиться. Немного по-другому дело обстоит с вином. Энергетическая ценность этого напитка частично обусловлена углеводами, которые легко расщепляются и легко сгорают. Поэтому вино не так губительно сказывается на внешности. И, тем не менее, любой алкоголь очень калориен. Это правило не знает исключений, поэтому прежде, чем выпить, нужно подумать не только о своем здоровье, но и о фигуре;

- **надо не запивать, а закусывать.** Большинство из нас уверены, что крепкие напитки нужно непременно закусывать. А запивать их ни в коем случае нельзя. Но и это утверждение не совсем правильно. Здесь нужно уточнить, какие именно закуски имеются в виду – горячие или холодные. Холодные слабо нейтрализуют спирт, он довольно быстро всасывается в кровь. То же самое происходит, когда человек запивает алкоголь. Так что, в этом смысле, соки, компоты, морсы можно поставить на одну ступень с фруктами и овощными салатами. Совсем по-другому дело обстоит с горячими и жирными блюдами, например супами или рагу. Те подавляют всасывание этанола, уменьшают выраженность опьянения и поэтому

считаются самыми лучшими закусками. С ними не сравнится ни одна «запивка».

В повседневной жизни, когда одолевает усталость и суета, многие находят выход в приеме нескольких граммов алкоголя. И никто не говорит, что это плохо. Конечно, бокал хорошего вина или качественного пива принесут результат. Вы станете расслабленнее, спокойнее, добрее. Но никогда не забывайте: все должно быть в меру!

Итак, **алкоголизм** – это заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков; проявляется постоянной потребностью в опьянении, расстройством психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности.

**Следует запомнить:** *психосоциальная помощь, социальная дезадаптация, амотивационный синдром, идеаторный компонент, парциальная, тотальная, сенсорная, пароксизмальная формы, аттарактическая мотивация, субмиссивная мотивация, гедонистическая мотивация, мотивация с гиперактивацией поведения, псевдокультурная мотивация, познавательно-исследовательская мотивация, допинг-эффект, абстиненция.*

### Вопросы и задания по Главе XV

1. Расскажите о клинических признаках синдрома физической зависимости.
2. Что лежит в основе алкогольной аддикции?
3. Что такое амотивационный синдром?
4. Какими компонентами характеризуется синдром алкогольной зависимости?
5. Расскажите о мотивах первичного употребления алкоголя.

6. Каким образом происходит развитие алкогольной зависимости?
7. Какие признаки характеризуют физическую зависимость от алкоголя?
8. Подготовьте сообщения о том, каким образом изменялось отношение к алкоголизму в обществе, в мире, в медицине.
9. Дайте представление о разделении зависимых по степени пристрастия к алкоголю.
10. Подготовьте сообщения на темы: «Подростки и алкоголь» и «Женщины и алкоголь».
11. Что такое пивной алкоголизм?
12. Как вы относитесь к «мифам» об относительной пользе алкоголя?

## Глава XVI

### Наркомания: химическая зависимость или болезнь века?

**Наркомания** (от греч. оцепенение, сон и безумие, страсть, влечение) – хроническое прогрессирующее заболевание, вызванное употреблением психоактивных веществ – наркотиков.

**Законами РФ наркомания определяется как «заболевание, обусловленное зависимостью от наркотических средств или психотропных веществ, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров<sup>77</sup>, подлежащих контролю в Российской Федерации».** Соответственно, патологическую зависимость от алкоголя, табака, или кофеина юридически не причисляют к наркомании, хотя и они, по ряду критериев, относятся к наркотическим веществам.

В связи с этим, патологическую зависимость от данных веществ выделяют в отдельные группы, для алкоголя это – алкоголизм, для табака – никотиновая зависимость. Только злоупотребление кофеином относится в наркологии к той же группе, что и злоупотребление прочими стимуляторами, и не выделяется отдельно.

В США и во всем мире для определения зависимости от наркотиков проводят **иммунохроматографический анализ<sup>78</sup>. Вегето-резонансный метод<sup>79</sup>** признан в США мошенничеством, и за его использование грозит уголовное наказание. В России, согласно приказу Минздравсоцразвития России № 40 от 27.01.2006 г. *«Об организации проведения химикотоксикологических исследований при аналитической диагностике*

*наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ», к достоверным методам, подтверждающим наличие наркотического опьянения, относится хроматография<sup>80</sup>, иммуноферментный анализ<sup>81</sup>, и хромато-масс-спектрометрия<sup>82</sup>. Все прочие методы не могут быть использованы для подтверждения факта наркотического опьянения, и их использование в экспертизе живых лиц не имеет юридической силы и является незаконным.*

Для наркотической зависимости характерно фазное течение с наличием в своей структуре нескольких поэтапно формирующихся синдромов:

1. синдром измененной реактивности
2. синдром психической зависимости
3. синдром физической зависимости

Эти три синдрома объединяются в **общий наркотический синдром,**

4. синдром последствий хронической наркотизации.

**Основным признаком наркомании является возникновение абстинентного синдрома, как следствия наличия физической зависимости от конкретного вещества.**

Разные наркотики вызывают разную зависимость. Одни наркотики вызывают сильную психологическую зависимость, но не вызывают физической зависимости. Другие же, напротив, вызывают сильную физическую зависимость. **Многие наркотики вызывают и физическую, и психологическую зависимость.**



### *Токсикомания...*

«Непреодолимое влечение» связано с психической (психологической), а иногда и физической (физиологической) зависимостью от наркотиков. Различают **позитивную привязанность** – прием наркотика для достижения приятного эффекта (эйфория, чувство бодрости, повышенное настроение) и **негативную привязанность** – прием наркотика для того, чтобы избавиться от напряжения и плохого самочувствия. *Физическая зависимость* означает тягостные и даже мучительные ощущения, болезненное состояние при перерыве в постоянном приеме наркотиков (абстинентный синдром, *ломка*). От этих ощущений временно избавляет возобновление приема наркотиков.

Список веществ, способных вызвать наркоманию, очень велик и, к сожалению, беспрестанно расширяется по мере синтеза новых средств.

Наиболее распространенными видами наркомании являются **токсикомания** (ниже – употребление лекарственных препаратов, не рассматриваемых в качестве наркотиков, химических и растительных веществ), **алкоголизм** (выше – пристрастие к напиткам, содержащим этиловый спирт), **табакокурение** (пристрастие к никотину) и **употребление препаратов конопли** (гашиш, марихуана).



*Подпись не нужна...*

Также распространено употребление **психоактивных веществ – алкалоидов мака** (опий, морфин, героин), коки (кокаин) и многих других, включая современные синтезированные наркотики, например ЛСД, амфетамины и экстази.

Следует особо отметить, что многие из наркотических веществ не соответствуют признакам, предлагаемым официальной медициной: так многие вещества не вызывают непреодолимого влечения и тенденции к



увеличению дозы, более того, после употребления некоторых синтетических наркотических веществ у человека отпадает желание дальнейших экспериментов со своим сознанием в связи с острыми кризисными состояниями, пережитыми от эффектов наркотика.

**С точки зрения общества, наркомания является одной из форм девиантного поведения, то есть поведения, отклоняющегося от общепринятых морально-нравственных норм.**

**Среди причин возникновения и развития наркомании чаще всего называют особенности характера, психические и физические расстройства, влияние различных социальных факторов. Нередки и случаи возникновения наркомании среди больных, вынужденных длительное время принимать наркотические вещества в медицинских целях. Многие лекарственные средства, применяемые в официальной медицине (снотворные, успокаивающие и пр.) могут вызывать тяжелые виды наркотической зависимости, что является серьезным осложнением при их применении.**

В некоторых странах мира употребление психоактивных веществ связано с определенными религиозными и культурными обычаями (употребление алкоголя, жевание индейцами Латинской Америки листьев коки, курение гашиша в некоторых восточных странах). В Европе и Америке начало последнего подъема уровня наркомании пришлось на 60–80-е годы XX века. Именно с этого времени данное явление стало серьезным общественной проблемой.

В России вопрос борьбы с наркоманией привлекает внимание различных общественных и религиозных обществ (например, Русская православная церковь разработала и ныне действующий проект «Концепции по реабилитации наркозависимых»). Протестанская

церковь организует реабилитационные центры для лечения и освобождения от наркотической зависимости.

Борьба с наркоманией ведется, в первую очередь, на законодательном уровне: практически во всех странах предусмотрены жесткие уголовные санкции за производство, перевозку и распространение ряда наркотических средств. Огромное значение имеет и широкая пропаганда здорового образа жизни, жизни без наркотиков. **Очень важно осознавать, что наркомания скорее заболевание общества, чем личности.** Поэтому большинство исследователей склоняются к мнению, что гораздо действеннее (хотя и намного труднее) обеспечить общественные условия, препятствующие злоупотреблению наркотиками. Особенно это касается главной группы риска – молодежи.

В некоторых странах мира в действиях против наркомафии используется армия – так, США использовали армейские подразделения против партизанских отрядов, вовлеченных в производство наркотиков, в отдельных государствах в Латинской Америке. С другой стороны, известно, что после ввода армейских подразделений (во главе с США) в Афганистан, производство героина в этой стране выросло и весьма существенно. Значительная часть этой продукции затем оказывается в России и других странах Европы.

Лечение тяжелых форм наркомании (например, пристрастия к героину) в большинстве случаев не приводит к успеху. Применяемые в специализированных клиниках методики действенны лишь в случае активной позиции самого больного. Но и в таких случаях после выздоровления нередки рецидивы.

**Только объединение усилий психологии, психиатрии, всей медицины, юриспруденции, СМИ дают хорошие результаты в лечении наркомании.** Программы лечения наркомании направлены на по-

мощь людям в физической, психической, духовной и социальной сферах.

В 1987 году Генеральная Ассамблея ООН провозгласила 26 июня Международным днем борьбы с злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом.

В начале 2005 года Управление ООН по наркотикам и преступности выпустило очередной «Всемирный доклад о наркотиках», охватывающий период с 2000 по 2004. В документе содержится вывод, что, в целом, потребление тяжелых наркотиков в мире сокращается. В то же время, Россия превратилась в самый крупный рынок героина в Европе, и потребление этого наркотика в России неуклонно растет. Согласно документу ООН, наиболее широко употребляемым наркотическим веществом является марихуана – каннабис (почти 150 млн. потребителей), за которым следуют стимуляторы амфетаминового ряда (приблизительно 30 млн. – главным образом, метамфетамин и амфетамин, и 8 млн. – экстази). Более 13 млн. человек употребляют кокаин и 15 млн. опиаты (героин, морфин, опий, синтетические опиаты), в том числе, приблизительно 10 млн. человек употребляют именно героин. При этом отмечается резкий рост популярности так называемых «легких наркотиков» – особенно марихуаны, самого распространенного в мире незаконного наркотика. За последнее десятилетие высокие темпы роста злоупотреблений отмечены в отношении стимуляторов амфетаминового ряда (главным образом, экстази в Европе и метамфетамина в США), за которыми следуют кокаин и опиаты. По мнению специалистов ООН, развитие обстановки на рынке наркотиков полностью зависит от положения в Афганистане, где сосредоточены основные посевы опийного мака и где в последние годы производилось три четверти мирового объема неза-

конного опия. При этом уже несколько десятилетий сохраняются общая стабилизация и сокращение посевов коки (в Колумбии, Перу и Боливии) и производства кокаина. Продолжает деятельно работать рынок каннабиса. Его потребление растет в Южной Америке, Западной и Восточной Европе, Африке. В документе указывается, как мы сказали выше, что Россия, по-видимому, является крупнейшим рынком героина в Европе. Общее число лиц, употребляющих наркотики, составляет от 3 до 4 млн., треть из которых – лица, злоупотребляющие героином. В России, по данным официальной статистики, на 2009 год число наркоманов оценивалось в 503000 человек, состоящих на диспансерном учете, а действительное количество, рассчитанное по методике ООН – более 2,5 млн. человек. По итогам специальных эпидемиологических исследований, общее число потребителей наркотических веществ, включая «скрытых» наркоманов, может втрое превышать количество состоящих на официальном учете. Кроме того, в России показатель ВИЧ-инфицирования, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, является одним из самых высоких в мире. По сообщению Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, каждый день в России от употребления наркотиков умирает 80 человек, более 250 человек становятся наркозависимыми. При этом, по данным ООН, в России велика роль правоохранительных органов в борьбе с наркоманией: они перехватывают до 40% поступающего в страну героина. Ежедневно в стране изымается не менее 10 кг героина, что составляет ежедневную инъекционную норму более чем для 2 млн. наркозависимых.

К сожалению, многим кажется, что наркомания стоит ближе к дурным привычкам, чем к серьезным болезням. На самом деле это очень серьезное заболева-

ние, которое затрагивает все уровни организма –от высших функций мозга до внутриклеточного обмена. Именно поэтому наркомания относится к одной из самых трудноизлечимых болезней.

Всем известно, что организм наделен защитными системами, предохраняющими его от микробов, вирусов и других болезнетворных факторов. К защитным системам можно отнести и систему, которую условно можно назвать собственной наркотической (СНС). Вырабатывая собственные наркотики – эндорфины и энкефалины, она так же предохраняет организм от многих вредных факторов, в частности, от психических стрессов. Во время травм или болезней эндорфины предохраняют организм и, особенно, нервную систему от чрезмерной боли, которая может принести вред человеку. Если эндорфины вырабатываются в достаточном количестве, у человека хорошее настроение, высокая работоспособность, крепкий сон.

**Наркотики разрушают собственную наркотическую систему и оставляют человека без защиты собственных наркотиков.** Он вынужден принимать искусственные наркотики для поддержания более или менее нормального самочувствия. То есть, искусственные наркотики вытесняют собственные наркотики организма и становятся необходимым элементом обмена веществ. Не восстановив СНС, избавить человека от тяги к наркотику невозможно. Сама по себе СНС почти никогда не восстанавливается, даже через год после утихания «ломки». Такой человек беззащитен перед стрессами, и малейший провоцирующий фактор может заставить его вновь прибегнуть к наркотикам. Поэтому время само по себе наркоманию не лечит... **Наркотики вызывают гибель клеток головного мозга.** Возможно, это самый страшный урон, который они наносят. От того, насколько сохранен головной

мозг, зависит, сможет ли человек выкарабкаться из порочного круга. Не случайно мудрость гласит, что если Бог решает наказать человека, он лишает его разума. Иногда изменения головного мозга наркомана настолько велики, что он даже не в состоянии понять, что болен и ему необходимо лечение. А если даже и понимает, то его разрушенная психика и связанная с этим полная потеря силы воли уже не позволяют довести лечение до конца и в дальнейшем удержаться от наркотиков. Но это крайние случаи. **Чаще наркотическая зависимость формируется в головном мозге в виде так называемого генератора патологической активности или генератора влечения к наркотикам.**

Многим известно, что такое эпилепсия. При этом заболевании небольшая часть клеток головного мозга (она может иметь совсем небольшие размеры), образно говоря, «сходит с ума». Время от времени они выдают разряды возбуждения, которые охватывают весь головной мозг. В результате человек теряет контроль над собой, мышцы охватывает судорога, он падает, бьется в конвульсиях и теряет сознание. Когда приходит в себя, то не помнит, что с ним произошло. В медицине эти «сошедшие с ума» клетки носят название генератора патологической активности. Примерно такой же генератор образуется при наркомании. Условно его можно назвать генератором влечения к наркотикам. Его возбуждение тоже может охватывать весь головной мозг и вызывать неконтролируемое, всепоглощающее желание принять наркотик. **Именно активность генератора приводит к постоянным, навязчивым мыслям о наркотике. Без лечения такой генератор может сохраняться годами, даже если человек все это время наркотики не принимает.**

Наряду с образованием генератора влечения к наркотикам существует и другой тип повреждения нервной системы наркомана. **Регулярное отравление мозга наркотиком приводит к серьезным сдвигам в обмене веществ в клетках нервной системы и, особенно, головного мозга. Эти клетки содержат так называемые нейромедиаторы – активные вещества, от синтеза и распада которых зависит работа нервной системы. От них же во многом зависит и высшая нервная деятельность человека – мышление, эмоции, чувства, сила воли и т.п. Регулярное употребление наркотиков вызывает сдвиги в синтезе и распаде нейромедиаторов.** Каких-то из них становится больше, а каких-то меньше нормы, что отражается на самочувствии и поведении больного. Он становится вялым, апатичным, эмоционально ограниченным, теряет интерес к жизни, падают его мыслительные способности. На этом фоне часты вспышки раздражительности и гневливости. После приема наркотика обмен нейромедиаторов временно сдвигается в сторону нормы, и вместе с этим улучшается самочувствие больного. Однако каждый повторный прием наркотика, в конечном счете, еще сильнее нарушает обмен нейромедиаторов. Во время «ломки» самые неприятные ощущения связаны именно с резким сдвигом содержания нейромедиаторов в головном мозге. Так, содержание дофамина может превышать норму в несколько раз. Идет самое настоящее отравление мозга дофамином. Без наркотиков распад и синтез нейромедиаторов постепенно нормализуется, хотя и не полностью, и ломка стихает. Но тут больного поджидает новая опасность: так называемая **«сухая ломка»**. Через некоторое время, когда, казалось бы, все позади, иногда без особых причин, а чаще всего после стресса, обмен нейромедиаторов изменяется. Больной вновь испыты-

вает психический дискомфорт, и у него обостряется влечение к наркотику. **Наркомания, как многие другие хронические болезни, течет волнообразно.** Большинство срывов приходится именно на эти моменты. Поэтому большое внимание при лечении наркомании должно быть уделено восстановлению обмена нейромедиаторов в головном мозге.

**Любой наркотик, особенно искусственного происхождения, обладает токсическим действием, или, говоря проще, повреждает клетки организма.** Эти повреждения человек воспринимает в виде боли. Когда повреждений, а значит, и боли, накапливается много, человек вынужден продолжать принимать наркотик для ее уменьшения. **Образуется замкнутый круг: чем больше доза наркотика, тем больше повреждений, а чем больше повреждений, тем сильнее приходится увеличивать дозу. В результате через некоторое время возникает ситуация, когда весь наркотик как бы расходуется на борьбу с болью и практически не доставляет удовольствия.** Однако наркоман вынужден продолжать принимать наркотик, чтобы избежать боли. Даже после окончания «ломки» заболевания внутренних органов могут стать причиной срыва. Поэтому лечение наркомании часто включает и лечение внутренних органов.

Необходимо подчеркнуть следующее профессиональное убеждение:

- 1) прием любых наркотиков, в любых количествах и видах, безоговорочно вреден;
- 2) деление наркотиков на «тяжелые» и «легкие» (т.е. опасные и безопасные) неправомерно.

**Безопасных форм наркотизации не существует. У людей, испытывающих потребность в вызывающих зависимость психоактивных веществах, не может не развиваться определенная аберрация**



**(искажение) мировоззрения, личностные сдвиги, обозначаемые как «аддиктивная деформация личности».** В соответствии с этой деформацией личности, достаточно специфичной в своих проявлениях, формируются характерные для больных наркоманией мифы – как индивидуальные, так и коллективные. Основная функция мифов, крайне важных для любого больного наркоманией – это психологическая защита перед ужасом осознания себя неизлечимо больным и надежда на избавление от своего недуга. В соответствии с этой функцией наиболее простым и распространенным для наркозависимых является миф о том, что в случае необходимости они легко могут перестать принимать наркотики. Модификацией этого мифа является представление о том, что преодолеть наркотическую зависимость (например, «спрыгнуть» с героина) можно с помощью некоторых препаратов (как аптечных, так и кустарно изготовленных), присутствующих в сфере незаконного оборота наркотиков и психоактивных веществ. **Больные наркоманией часто уклоняются от лечения, уповая на собственные возможности преодоления наркотической зависимости. Такие возможности теоретически есть у любого пациента, но реализовать их удается немногим. Необоснованная вера в собственные волевые возможности, преувеличение их ресурса – это одна из многих ловушек, которые наркотики расставляют поработанным им людям.** А чтобы больной человек не чувствовал себя униженным в этом порабощении, мифологическое мышление избавляет его от осознания собственной порабощенности. Больной человек, заботливо руководимый собственной болезнью, воздвигает надежный барьер между собой и возможностью выздоровления. Один из цементирующих компонентов этого барьера – свойственное многим больным представление о возможности легко преодолеть зависи-

мость от наркотика. Преодоление физической зависимости от опиоидов (героина, препаратов снотворного мака, морфина и т.д.) есть не что иное, как снижение толерантности к действию специфических мозговых рецепторов. Понятие толерантность здесь означает привыкание к наркотику, уменьшение восприимчивости к его действию. Многие больные говорят, что, когда они «на дозе», наркотик не дает удовольствия, и они принимают его регулярно только для того, чтобы «не болеть». Это и отражает толерантность, устойчивость к желаемому (кайфовому) действию опиатов. Когда больные «сбрасывают дозу», наркотик в какой-то мере начинает действовать сильнее, и удовольствие от его приема возрастает и сохраняется до той поры, пока толерантность вновь не повысится. **Увеличение толерантности к наркотику является главной причиной постепенного увеличения дозы, почти неизбежного при наркомании.** Снижение толерантности может быть частичным (когда больные сами «сбрасывают дозу» или когда они только начали лечение в клинике), или практически полным (когда самая малая доза опиоидов вновь начинает действовать, как на заре их «наркоманской» биографии).

Для больных наркоманией наиболее характерны следующие способы снижения толерантности к опиоидам:

- 1) использование *метадона, трамала* и других опиоидов-заместителей;
- 2) использование препаратов снотворно-седативной группы;
- 3) алкоголизация с целью «перебить» зависимость от героина;
- 4) переход на неопиатные наркотики (например, психостимуляторы) с той же целью;
- 5) комбинация этих подходов;

б) преодоление наркотической зависимости «на сухую».

Нетрудно заметить, что все способы «слезть с иглы», кроме последнего, основаны на замещении одного психоактивного вещества другим.

В Малой медицинской энциклопедии наркомания определяется совершенно конкретно как **хроническое заболевание, вызывающее злоупотребление лекарственными или нелекарственными наркотическими средствами**. Но в клинической практике понятие «наркомания» или болезненная страсть до сих пор точно не определено, поэтому напомним: «...не имеет четких клинических границ, в связи с чем Всемирная организация здравоохранения в 1968 году решила понятие наркомания заменить понятием «зависимость».

Установленное ВОЗ определение зависимости исходит из положения, что **злоупотребление химическими веществами, это – «психическое, а иногда также и соматическое состояние как следствие приема психотропной субстанции. Оно характеризуется нарушением поведения и другими расстройствами, включающими стремление принимать эту субстанцию».**

*Любая культура обладает собственным набором источников интоксикации. Это могут быть экзогенные наркотические и психоактивные вещества, но значительно опаснее яды эндогенного происхождения, лежащие во внутренней среде. У некоторых животных популяция содержит ядовитых особей наряду с неядовитыми, что указывает на структурирование токсикации относительно сообщества и роль интоксикации отдельных особей для обеспечения безопасности всей популяции. Так, особи гусеницы данаиды могут питаться на разных молочаях, что делает часть из них ядовитыми, а часть – съедобными, но птицы избегают поедать всех данаид. Не будет птиц, может случиться так, что вся популяция данаид станет съедобной. И данаиды от этого не проиграют.*

Для культуры нарушение токсичности внутренней среды может оказаться катастрофой. Чужие яды сами по себе не разрушают, их привнесение не грозит гибелью цивилизации. Более того, они могут включиться в архитектонику определенного слоя конкретной культуры, не нарушая ее архетипические основания. Практически все наркотические вещества, будучи экзогенными ядами лишь в больших количествах, несут на себе маску биологической «полезности». У одних веществ это стимулирующий эффект, который доминирует изначально, у других повышение работоспособности, подъем энергии, улучшение восприятия сенсорной информации первоначально «разбавляются» эффектом расслабления, умиротворения, и лишь на определенной стадии заболевания, по мере угасания способности индивида приходить в состояние эйфории, выходят на первый план.

Отношение к психоактивным веществам формируется, несомненно, той же культурой. Существует огромное количество примеров, когда опиаты и человек мирно сосуществовали. Так, Т.Маккенна<sup>83</sup>, совершивший настоящую революцию во взглядах европейской цивилизации на наркотические вещества, писал: *«Опий был у врачей на вооружении по меньшей мере с 1600 года до н.э. Одно из египетских медицинских руководств того времени предписывало его как успокоительное для детей, точно, как это делали викторианские няньки, давая детям ароматический напиток Годфри с добавкой опия, чтобы успокоить их...»*

*В период упадка минойской цивилизации, ее религия Архачичного культа Великой Матери первоначальный источник связи растительной природы с Богиней заменила в конце концов опиным опьянением. Ранние минойские тексты свидетельствуют о том, что мак широко культивировался на Крите, на Пилосе... согласно этим текстам, маковые головки использовались в виде идеограммы на платежных ярлыках. Указываемые*

*урожаи мака настолько велики, что какое-то время полагали, будто числа эти относятся к зерну, а не к маку».*

Наша культура, столкнувшись с другими культурами, сначала в штыки восприняла табак, чай и кофе, отдав предпочтение именно психоактивным веществам. Так, в Европе, в 1511 году вышло несколько указов, где населению было предписано доносить о лицах, пьющих кофе. За донос предполагалась премия. Наказанием за употребление кофе было публичное избивание тростью с последующим штрафом. А шоколад так и вовсе был излюбленным средством профессионалов-отравителей в средние века. За употребление табака в некоторых областях Европы еще в XVIII веке приговаривали к смертной казни. То же было и в средневековой России.



*Теренс Кемп Маккенна*

Нельзя не согласиться с Т.Маккенной, подчеркивавшим, что *«наша проблема – это не проблема психоактивных веществ, а проблема управления нашей технологией. Ожидает ли нас в будущем появление новых синтетических веществ в сто, а то и в тысячу раз более способных вызывать пристрастие, чем героин или крэк? Ответом будет абсолютное*

*«да», если мы не осознаем и не исследуем присущую человеку потребность в химической зависимости, а затем не отыщем и не одобрим какие-то пути выражения этой потребности... Это процесс встречи с самими собой как видом — необходимое предварительное условие создания более гуманного общественного порядка».*

Итак, зачем человеку наркотик? Мы предположили, что основной психологический механизм аддиктивного поведения связан с противоречием между действиями среды, в первую очередь, семьи, и индивидуально-личностными особенностями потенциально зависимого человека. Поэтому употребление наркотика здесь — последний панс либо как-то примириться с требованиями, предъявляемыми средой, либо способ вырваться из враждебной среды.

Еще З.Фрейд анализировал так называемую **«программу принципа наслаждения»**, сутью которой выступает потребность каждого стать и быть счастливым. *«Этот принцип главенствует в деятельности душевного аппарата; его целенаправленность не подлежит никакому сомнению, и в то же время, — указывает З.Фрейд, — его программа ставит человека во враждебные отношения со всем миром... Такая программа неосуществима, ей противодействует вся структура вселенной».* Другими словами, человек обречен на неудовольствие и страдание, поэтому *«от опасностей мира можно защищаться лишь тем или иным способом ухода из него».*

Наиболее интересными методами предотвращения страданий, как считает З.Фрейд, являются те, которыми *«человек пытается воздействовать на собственный организм».* Причем *«самым грубым, но самым эффективным способом является химическое воздействие, т.е. интоксикация».* *«Наркотики ценятся не только за то, что они увеличивают непосредственное наслаждение, но и за то, что они позволяют достичь столь возжеланной степени независимости от внешнего мира».*

*Известно ведь, что при помощи избавителя от забот можно в любой момент уйти от гнета реальности и найти убежище в собственном мире, где царят лучшие условия ...».*

Анализ результатов исследования наркотически зависимых пациентов дает возможность проследить, как формируется аддиктивная модель поведения. При индивидуальных беседах с родителями подростков-наркоманов, чаще с мамами, выяснилось, что, зачастую, это дети либо нежеланные, либо «случайные», то есть в перинатальном периоде у них уже имели место негативные переживания, связанные, по С.Грофу<sup>84</sup>, с чувством одиночества, покинутости, необходимостью находиться один на один с огромным миром, таящим угрозу. Это состояние можно выразить приблизительно так: окружающий мир его не любит и что-то против него замышляет. Следовательно, уже сам момент рождения человека включает определенную жизненную стратегию, отношение к миру, другому человеку, к самому себе, связанную с обороной, защитой от мира. Данная стратегия имеет два вектора развития.

Первый формирует агрессивность, вплоть до враждебности к миру, в том числе и к себе, второй – подчинение миру и зависимость от других людей, стремление к поиску активного начала, которое задавало бы правила и способы действия.

Исследователи аддиктивного поведения обнаружили, что наркотическая зависимость определяется следующими факторами:

- 1. потребностью удерживания в себе агрессии;**
- 2. страстным желанием удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой;**
- 3. желанием ослабить депрессивное состояние.**

Выделенные факторы связываются с целью аддикта – избеганием напряжения и боли, т.к. состояние аддикта под напряжением схоже с недифференцированным состоянием новорожденного, когда тот, еще не способный связывать напряжение, оказывается переполненным стимулами, от которых у него пока нет адекватного механизма защиты.

Однако перинатальная динамика при всей ее значимости для индивидуального развития не объясняет, как формировалась структура личности наркотически зависимого человека. Серьезное внимание роли детства в формировании личностных особенностей будущего аддикта отводится в работах Ц.П.Короленко. Исследуя различные варианты аддиктивного поведения, ученый подчеркивает, что *«...ретроспективное изучение условий семьи и раннего развития у больных показывает, что очень часто будущий алкоголик уже в первые годы жизни сталкивается с тяжелыми обстоятельствами семейной жизни, которые квалифицируются психологами как депривация, т.е. лишение личности нормальных условий развития»*.

**Именно в раннем детстве негативный перинатальный опыт может быть подвергнут коррекции или закрепиться как подтверждение психологического поражения и неуверенности в себе.**

Уже в раннем детстве можно констатировать наличие травмирующего опыта, на основе которого складываются невротичные модели поведения как состояние дисбаланса с окружающей средой и с самим собой. Наиболее часто встречаются проблемы:

- внутриличностный конфликт, где сталкиваются потребность «иметь», т.е. планирование и стремление к выполнению планов и потребность обособляться, скованность в действиях;
- внутриличностный конфликт, связанный с моральными представлениями. С одной стороны, у этих



людей присутствует необходимость в социальной оценке, жажда одобрения, честолюбие, желание нравиться, с другой – робость, фантазирование, а не реальные действия, трудность социальных контактов;

- проблемы с контактами, выражаемые через противоречие между поиском новых контактов и «застреванием», цеплянием за предыдущий объект, которым чаще бывают родители.

Несомненно, эти проблемы имеют корни в раннем детстве и являются отражением неадекватности взаимодействия системы «родители – ребенок», функционирование которой приводит к личностной дезорганизации. Таким образом, аддиктивный подход зарождается в глубине психики и характеризуется установлением эмоциональных отношений, эмоциональных связей не с другими людьми, а с неодушевленным предметом или активностью. Человек нуждается в эмоциональном тепле, интимности, получаемой от других и отдаваемой им. **При формировании аддиктивного подхода происходит замена межличностных эмоциональных отношений проекцией эмоций на предметные суррогаты.** В качестве таких предметных суррогатов могут выступать табак, пища, алкоголь, наркотики и пр., которые можно использовать для смягчения болезненных душевных состояний. Эти объекты занимают место переходных объектов детства, которые воплощают материнское окружение и являются скорее соматическими, чем психологическими попытками справиться с отсутствием матери, обеспечивая временное облегчение.

Временное облегчение может быть заменено оптимальным как более длительным, с точки зрения человека, в подобной ситуации вариантом – сменой картины мира.

Первоначально смена картины мира происходит в рамках тех видов деятельности, которые неопределены по своему исходу и возможных неблагоприятных последствий. Одним из вариантов такой деятельности выступает риск. Подавляющее большинство задач, которые люди решают в разнообразных институциональных системах и в обыденной жизни, имеет рискованный характер. Риск является неотъемлемой чертой активности человека. Решающий задачу неспособен однозначно предвидеть, добьется ли он успеха или нет, выиграет или проиграет.



*Хайнц Хекхаузен*

Исследователи мотивации достижения предложили два объяснения потребности в рискованном поведении. Первое, названное Х.Хекхаузенем<sup>85</sup> когнитивным, связано со стремлением к поиску информации о своих возможностях к самопознанию, предполагает:

- 1) неудача столь же желательна, как и успех;
- 2) мотивация достижения снижается прямо пропорционально уверенности человека в своих возможностях справиться с проблемой.

Известный американский психолог, исследователь мотивации Д. Берлайн ввел гипотетическую величину – «потенциал побуждения», включающий аффективные стимулы, внешние и внутренние потребности и ключевые в данной концепции «коллативные переменные», означающие неопределенность, новизну поступающей информации, ее рассогласованность с привычным и ожидаемым. Побуждающим действием обладает как низкий потенциал побуждения, так и высокий потенциал побуждения. Таким образом, человек выбирает действия, результат которых наиболее неопределен.

Многие авторы считают потребность в поиске стимуляции выбором риска социально приемлемыми путями поиска возбуждения. Однако подчеркивается и возможность связи поиска стимуляции с зависимыми моделями поведения, в том числе, и наркомании. Данное понятие рассматривается как мотив, который представлен такими вариантами, как поиск новых впечатлений, поиск острых ощущений, переносимость-непереносимость однообразия, расторможенность. У лиц с высоким поиском стимуляции как черты личности диагностируется снижение уровня тревожности. Среди лиц с высоким уровнем поиска стимуляции значимо больше мужчин.

В концепции «состояния напряжения» выбор человеком действий, сопряженных с риском, объясняется стремлением получить максимальную радость от снятия состояния напряжения на самых высоких его степенях. Поэтому человек включается в деятельность, в которой его наличных ресурсов к осуществлению цели немного.

Как можно выйти за собственные границы? С помощью наркотических веществ, сначала препаратов каннабиса, затем опийных. Героин обладает преимуществом перед остальными наркотическими препаратами, т.к. придает полноту ощущениям. Вот как описывает действие героина человек, имеющий опыт его употребления: *«Боли мои исчезли; сие действие было поглощено грандиозностью открывшегося передо мною – бездною божественного наслаждения. То была панацея...»*.

Исходя из вышесказанного, типичность аддиктивной модели поведения заключается в следующих проявлениях: человек всегда будет иметь естественные притязания на любовь и равноправные доверительные отношения со значимым окружением. Если эта потребность в силу конкретных для данной личности обстоятельств не удовлетворяется, то тягостные переживания и переоценка других людей переключается на себя. Теперь личность начинает обвинять себя, что часто заканчивается отчаянием и разрушительными тенденциями относительно всех проявлений личности. Первоначально разрушение происходит через девальвацию ценностей мира, разрушение идеалов.

Постепенно личность начинает разрушать себя, демонстрируя аутодеструктивную модель поведения. Употребление наркотиков провоцирует страх быть наказанным, стыд и чувство вины. Поэтому следующий шаг – сдержанное поведение как постоянное пребывание в заблокированном состоянии. Блокируются контакты – наркотически зависимый человек всегда сам по себе, что противоречит одному из мифов о частом употреблении наркотиков за компанию. Другие люди нужны в ситуации, когда не хватает денег на дозу, нет

места «свариться» или «поставиться». То есть, избегаются любые, кроме связанных с добыванием наркотика, формы активности, блокируются внутреннее беспокойство и страхи.

На передний план выходят иллюзии, теперь уже связанные с чувством «я не такой, как все», которые легче всего заблокировать наркотиком. Формируется порочный замкнутый круг, где личность, устав от внутренних конфликтов и проблем, находит выход – бегство в тот мир, где нет необходимости решать все эти вопросы.

Периодически возвращаясь в реальный мир, эти люди чаще всего демонстрируют слабость Я, т.е. отсутствие какой-либо позиции по отношению к реальному миру и контролю за реальностью и собой в этом мире.

Для логики движения к цели характерна вариативность, если рассматривать путь, и неоднозначность, если рассматривать саму цель. С такой точки зрения, современный путь к наркотику сходен с рискованным путешествием. Ничто не указывает на цель с полной определенностью... Конечно, человек добывается своего, получая требуемое тем или иным способом, хотя иногда это приобретает форму крушения надежд. **Человек, испытавший фрустрацию, часто старается убедить себя и других в том, что он достиг успеха. В процессе убеждения зачастую используются методы самообмана, механизмы защиты личности и репрессивные средства. Мысль о полной реализации вроде как защищает от страха и кризиса.**

Часто аддикт оказывается в нейтральном пространстве, которое называют **лиминальным**<sup>86</sup>. Свойства лиминальности или лиминальных персон непременно двойственны, поскольку и сама лиминальность, и ее носители увертываются или выскальзывают из любой сети классификаций. Лиминальные существа ни здесь,

ни там, ни то, ни се – они – в промежутке между положениями, предписаниями и т.д.

Такую личность можно назвать обособленной.

Однако не стоит забывать об обратной стороне такой позиции. Человек ответственен за многое, что с ним происходит. **Наркотически зависимый человек, став индивидуальностью в смысле обособления от социума, еще не стал таковым в смысле ответственности за происходящее. Поэтому можно констатировать, что, например, опиино зависимый – человек не свободный, переключившийся, по крайней мере, часть ответственности за все, что с ним произошло, на мир.**

Можно предположить, что использование психоактивных веществ молодым поколением есть творческая, в смысле приспособительных процессов, адаптация к изменяющемуся миру. Новый мир может быть безумным, абсурдным, нерациональным, но для тех, кто разглядывает его с позиций старого мира. Для людей, стоящих на принципиально других позициях, *старый* мир представляет собой некий социальный невроз или даже институциональное безумие... И часто традиционная проблема отцов и детей разворачивается на наших глазах в глобальный конфликт миров, обостренный аддикцией от психоактивных веществ. Мы не хотим, не можем услышать и понять их, а они не желают жить в созданном нами мире.

Человечество познакомилось с психоактивными веществами настолько давно, что сейчас, по всей видимости, уже невозможно сказать, кто начал употреблять их первыми. Почти во всех известных нам культурах можно найти упоминания об употреблении наркотиков. Однако с такой проблемой, как зависимость от психоактивных веществ люди столкнулись лишь недавно – в первой половине XVIII века. Тогда эту про-

блему попытались решить законодательно: в 1729 году в Китае был принят эдикт против опиума. Для Европы эта проблема возникла намного позже – в конце XIX века. С середины XX века проблема зависимости от наркотиковой стала привлекать все большее внимание общества и институтов здоровья в связи с тем, что стала гораздо серьезней, так как появилось огромное количество синтетических препаратов, вызывающих зависимость. К тому же, их производство и продажа осуществляются незаконно, что не позволяет контролировать качество этих препаратов и их влияние на организм и психику человека.

Итак, **причины возникновения наркомании изучены недостаточно.**

Сегодня принято говорить о наличии врожденной предрасположенности к зависимости и взаимодействия ПАВ с медиаторами головного мозга. Психология ставит и вопрос о наличии психологических причин возникновения зависимости, которые связаны с особенностями личности и ее развития.

Вообще, о том, что такое наркотическая зависимость или наркомания, говорить сложно. Видение, интерпретация и понимание этого феномена очень сильно зависит от точки зрения, принадлежности к какой-либо научной парадигме, степени знакомства с ним исследователя и т.п. Можно говорить, что наркомания – это болезнь, если придерживаться медицинской парадигмы; что это латентный суицид, в случае принадлежности к психоанализу, что это проявление аномии, если это взгляд социолога. Однако все это множество взглядов на одно и то же явление и помогает лучше понять, что же собой представляет наркотическая зависимость.

Необходимо отметить, что наркомания – явление культурно обусловленное. Она появляется только на

определенном этапе развития общества, цивилизации – тогда, когда табу на употребление психоактивных веществ вне ритуалов исчезает. Более того, регулярное (часто ежедневное) употребление наркотиков для получения удовольствия может стать важной частью культуры.

В DSM-IV (американская классификация психических расстройств) принято выделять не наркотическую зависимость как таковую, а целый класс заболеваний и расстройств, обусловленных химическими веществами (Substance-Related Disorders). Сюда включают заболевания и расстройства, связанные с приемом веществ, вызывающих зависимость (включая алкоголь), с побочными эффектами лекарств и с токсическим воздействием. Все эти болезни и расстройства делят на две группы:

- **болезни, вызванные употреблением химических веществ (Substance Use Disorders) – химическая зависимость и злоупотребление химическими веществами;**

- **расстройства, обусловленные химическими веществами (Substance-Induced Disorders) – интоксикация, абстиненция, делирий, устойчивая деменция, устойчивое расстройство памяти, психоз, расстройство настроения, тревожные расстройства, сексуальные дисфункции, расстройства сна, вызванные химическими веществами.**

В DSM-IV **химическая зависимость описывается как совокупность когнитивных, поведенческих и физиологических симптомов, указывающих, что индивид продолжает употребление психоактивных веществ, несмотря на обусловленные ими проблемы. Согласно DSM-IV, химическая зависимость – это повторяющаяся модель поведения, которая обычно приводит к толерантности, возникнове-**



нию абстиненции и компульсивному (навязчивому) поведению, направленному на прием психоактивного вещества. Симптомы зависимости одинаковы для всех классов психоактивных веществ, но для некоторых из них симптомы выражены меньше, а для нескольких не все симптомы присутствуют (например, для зависимости от галлюциногенов абстиненция не характерна). Хотя «тяга» (сильное субъективное влечение к наркотику) не является отдельным диагностическим критерием, она испытывается большинством (если не всеми) зависимыми.

В отдельных случаях мгновенное воздействие психоактивного вещества настолько отклоняется от среднестатистического и характеризуется настолько высокой степенью тяжести, что принято говорить о патологической реакции на это вещество. При этом даже незначительные дозы вещества способны вызвать практически мгновенное изменение психического состояния (вплоть до тяжелых помрачений сознания и комы).

DSM-IV предлагает следующие критерии для диагностики химической зависимости (необходимо наличие трех или более в течение 12 месяцев):

1. **толерантность**, определяемая при условии наличия одного из признаков:

- необходимость в увеличении доз принимаемого вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта;
- явное ослабление эффекта препарата при сохранении дозы;

2. **абстиненция**, определяемая по наличию одного из признаков:

- наличие характерных для данного вещества признаков абстинентного синдрома;

• такое же (или близкое по структуре) вещество способно облегчить или заставить исчезнуть абстинентную симптоматику;

3. **психоактивное вещество принимается в больших количествах или дольше по времени, чем планировалось;**

4. **есть постоянное желание или неудачный опыт прекращения или контроля потребления наркотика;**

5. **большая часть времени проводится в поисках наркотического вещества, его потреблении или восстановлении после его приема;**

6. **в результате приема химического вещества снижается или полностью исчезает не связанная с этим активность;**

7. **употребление психоактивного вещества продолжается, не смотря на осведомленность о пагубных последствиях такого поведения.**

Как мы сказали выше, в отечественной литературе принято говорить о трех синдромах, являющихся главными составляющими наркотической зависимости:

1. **Синдром измененной реактивности** (исчезновение защитных реакций, повышение толерантности, изменение формы опьянения);

2. **Синдром психической зависимости** (обсессивное влечение, комфорт в состоянии интоксикации);

3. **Синдром физической зависимости** (компульсивное влечение, абстинентный синдром и т. п.)

В зависимости от длительности периода постоянного приема наркотика и его вида эти синдромы могут быть выражены в разной степени. **Чем дольше человек употребляет наркотик, тем сильнее проявляются все три синдрома, причем сначала появляется изменение реакции организма на наркотик, а последней появляется физическая зависимость.**

Еще одним показателем (и одновременно следствием) развившейся зависимости от психоактивных веществ являются устойчивые изменения личности и преходящие острые психозы (например, алкогольный делирий, или белая горячка).

В качестве основных черт этих психозов и изменений личности можем назвать:

- преходящие состояния помраченного сознания с многочисленными обманами восприятия, явлениями дезориентировки и страхом (делирии); по излечении к больному полностью возвращается рассудок;

- соматические симптомы, указывающие на болезни в других органах и часто характерные для различных веществ;

- судорожные припадки при острых состояниях;

- изменения личности выражаются в огрублении эмоциональной жизни, сужении сферы интересов, преобладании инстинктов, полной утрате воли;

- поведение становится крайне грубым и при этом сочетается с настойчивым утверждением собственной невиновности;

- утрачивается ответственность за свои слова и поступки.

Если говорить об этапах и мотивах наркотизации, то можно назвать пять:

1. **Единичное или редкое употребление наркотиков.**

2. **Многократное их употребление без признаков психической и физической зависимости.**

3. **Наркомания 1-ой степени:** сформирована психическая зависимость. Поиск наркотика для получения приятных ощущений, но еще нет физической зависимости, а прекращение приема наркотика пока не вызывает мучительных ощущений. Мысли о приеме наркотика приобретают навязчивый характер. Наркотик

становится «лекарством», снимающим эмоциональное напряжение в конфликтных ситуациях, – трансформируются характерологические и патохарактерологические черты. Основное направление этой трансформации – от стенического типа к астеническому и апатическому. Происходит нарастание социальной дезадаптации. Человек утрачивает прежние положительные ориентации, у него снимается чувство ответственности, долга, способность к сопереживанию.

**4. Наркомания 2-ой степени:** уже сложилась физическая зависимость от наркотика; поиск уже направлен не столько на то, чтобы вызвать эйфорию, сколько на то, чтобы избежать мучений, абстиненции (ломки). На 2-ой стадии наркомании появляются ощущения, вызываемые приемом наркотика, притупляются, теряют прежнюю яркость. Общение в группе практически отсутствует, единственная цель общения – употребление наркотика. Взаимный обман, «предательство», полная потеря взаимных обязательств членов группы – обычное явление. Асоциальность доходит до критической черты. Утрачиваются этические принципы, эмоциональные привязанности.

**5. Наркомания последней, 3-ей степени:** полная физическая и психическая деградация.

Считается, что остановиться при приеме наркотиков возможно лишь на первых двух стадиях. Исследования показали, что только 20% принимающих наркотики подростков переходят опасную черту и становятся закоренелыми наркоманами.

Кроме того, подростки, употреблявшие наркотики, но не ставшие наркоманами, все равно приобретают устойчивые психологические комплексы: противопоставление себя общественной морали, традициям, существующим в мире взрослых.

Кстати, благоприятным фоном развития детского и подросткового наркотизма являются устойчивые комплексы-реакции, основной из которых является реакция эмансипации. В основе ее заложено стремление освободиться от привычных рамок (семьи, учебной среды и т. д.).

**Реакция формирования сексуального влечения также обуславливает наркоманию в подростковой среде. Некоторые подростки реализуют сексуальные впечатления путем галлюцинаций сексуального плана. Курение гашиша, по мнению несовершеннолетних, повышает сексуальную потенцию.**

*Для первого употребления наркотика несовершеннолетними, по результатам исследований, характерны следующие мотивы:*

- **31% – желание быть, как все (комплекс подросткового конформизма),**
- **19% – стремление испытать новые впечатления (любопытство),**
- **12% – поиск фантастичного,**
- **10% – стремление забыться, отключиться от неприятностей.**

*Кроме того, к мотивам употребления наркотиков подростками необходимо отнести и такие, как желание расслабиться, повеселиться, стремление выглядеть «крутым». Иногда наркотики принимают «для смелости» либо чтобы не подтвердить статус «гадкого утенка» в среде сверстников. Встречаются случаи насильственного приема наркотиков, когда специально подростков «сажают на иглу», чтобы потом заставить совершать преступления.*

*Одной из значимых причин обращения подростков к наркотикам является **инфантилизм** – неспособность принимать решения, стремление идти по более простому пути. В отличие от животных и детей взрослеющих и взрослый человек в той или иной степени владеет своими желаниями. **Самоконтроль – не только волевая функция, но и навык, приобретаемый усвоением социальных и нравственных норм, воспитанием. Способствует самоконтролю знание последствий злоупотребления наркотическими веществами, ценностные ориентиры, личные, социальные цели, перспектива достижения которых весомее (и соизмерение для инди-***

**видуума доступно), чем сиюминутное удовольствие. Соотношение стремления к удовольствию и самоконтроля у подростков таково, что подросток оказывается уязвимым. В этом — опасность наркотизма, и тем большая, чем моложе возраст.**

**Наглядно эта закономерность проступает в случаях так называемой девиантной личности. Это молодые люди определенного типа поведения, облика и личностных характеристик.** Поведение в целом отклоняющееся: пренебрежение работой и учебой, эпизоды воровства, вандализма, мелкого хулиганства; употребления одурманивающих средств — лишь составляющая этого ряда. Обязательно следование молодежной моде, увлечение рок-музыкой (или любым другим направлением), часто ролевыми играми фэнтезийного плана. **Групповое времяпрепровождение обязательно. Существование в «системе» — наиболее яркая черта. Следует иметь в виду, что групповое существование — этап в развитии ребенка, приходящийся на возраст 8–12 лет.**

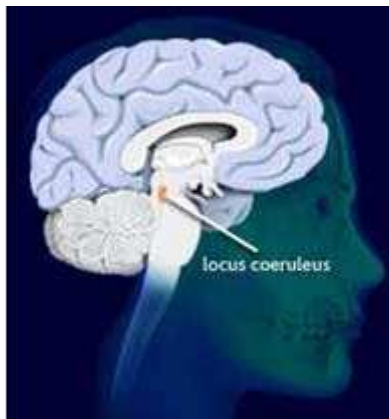
В дальнейшем усложнение психической деятельности, формирование собственных интересов приводят к индивидуализированным отношениям со сверстниками, появляются личные друзья, приятели. Групповую жизнь в возрасте 14–15 лет можно рассматривать как показатель задержки психического развития, низкого уровня развития. Действительно, в группах, состоящих из юношей 16–20 лет, наблюдаются черты детских групп: направленность на игровую развлекательную деятельность, нецелевая активность, легкость аффективной индукции. Отношения по существу обезличены, состав группы случаен. На уровень психического развития указывают также примитивный характер аффектов и склонность к разрушительным действиям. В группе выражено отчужденное, нередко враждебное отношение к взрослым. Молодые люди, на первый взгляд, очень похожи. Такое впечатление производят, конечно, однотипные прически, одежда, манера держаться. Однако главное — недостаточность индивидуального выражения лица и стереотипная усвоенная форма общения с взрослыми. Последнее в свою очередь — отражение группового рисунка поведения. При подробном изучении выясняется недостаточность личной мотивации поведения — оно диктуется группой. В своих рассказах молодые люди употребляют практически только местоимения множественного числа, даже если речь идет о ситуациях нейтральных, не связанных с проступками (вне попытки уйти от ответственности). Попытка установить тип личности, некую постоянную совокупность черт, который вовлекается в злоупотребление с большей частотой, чем другие, трудно осуществима, и потому, что потребление начинается в возрасте, когда личность оказывается в неравновесном, достаточно аморфном состоянии.

А.Е.Личко<sup>87</sup> выделял реакцию имитации, а ряд ученых считает, что **высокий риск создается незавершенным формированием мотиваций и нравственных ценностей, повышенной чувствительностью к средовым воздействиям.** Наука установила, что **опасность угрожает тем подросткам, которым свойственны зависимость от ситуации, пассивное поведение в ней.**

Представление о биологических механизмах формирования наркотической зависимости можно разделить на две группы: **собственно биологические и психологические.** Первые делают попытку объяснить это заболевание исходя из положения, что наркомания связана с изменением метаболизма, а вторые – что зависимость вызвана нарушением нормального развития личности.

Это не подразумевает, что действует либо один механизм, либо другой. **Можно говорить, что это параллельные процессы, идущие одновременно.** Но в некоторых случаях доминируют психологические механизмы, а в других – биологические. Также на разных стадиях формирования зависимости приобретать особую важность могут какие-то одни механизмы (например, биологические на последней стадии зависимости, когда психоактивное вещество принимается в первую очередь для предотвращения абстиненции). Сторонники биологического подхода говорят об изменении синтеза и распада нейромедиаторов, вызванном поступлением в организм психоактивных веществ. Действие наркотиков связывают с такими медиаторами как катехоламины (дофамин и норадреналин) и эндорфины, причем каждое психоактивное вещество связывают с определенным медиатором или их группой. Например, действие опиатов основано на их способности связываться с

эндорфиновыми рецепторами в головном мозгу. Таким образом, опиаты, поступающие извне, подменяют собой те опиаты, которые производит сам мозг, и встраиваются в метаболизм. Следовательно, поступление этих веществ извне становится необходимым для нормального функционирования организма.



*locus coeruleus*

Хотя психотропные препараты оказывают системное действие, **изучение процессов пристрастия сосредоточено на нескольких анатомически дискретных областях мозга, а именно: на сером веществе области водопровода среднего мозга (locus coeruleus) и мезолимбической дофаминовой системе.** Есть основания полагать, что эти области играют важную роль в процессе развития пристрастия, однако не доказано, что они одинаково задействованы при любых формах злоупотребления наркотическими веществами.

Серое вещество области водопровода среднего мозга и locus coeruleus<sup>88</sup>, расположенные в переднем мосте



на дне четвертого желудочка, задействованы в формировании физической зависимости и синдрома отмены опиатов. Напротив, положительные усиливающие свойства опиатов, кокаина, никотина, амфетаминов, алкоголя и каннабиноидов отражаются на ventral tegmental area (VTA), расположенной в вентральном среднем мозге, и nucleus accumbens (NAc), расположенном в вентральном переднем мозге. Эту сеть нейронов часто называют «порочным кругом». Активация наркотическим веществом проводящего пути VTA-NAc может изменить мотивацию поступков, реакцию на стресс и двигательную активность. Нейроанатомические локализации синдрома абстиненции и пристрастия различны. Непосредственная (прямая) стимуляция locus coeruleus опиатами вызовет развитие абстинентного синдрома при введении налоксона, но не при компульсивном самовведении опиатов (то есть приеме опиатов наркоманом).

И наоборот, стимуляция наркотическим веществом VTA-NAc вызывает непреодолимое желание принять наркотик, но не вызывает абстинентного синдрома при прекращении приема.

Исследователи полагают, что механизм формирования психологической зависимости связан с воздействием психоактивного вещества на систему подкрепления (находится в стволовом отделе мозга). Эта система участвует в регуляции мотиваций и эмоционального состояния. Она функционирует при участии нейромедиаторов из группы катехоламинов и в первую очередь дофамина. **Наркотики и алкоголь химическим путем активируют эту систему, причем ее возбуждение гораздо выше, чем в норме, что во многом определяет положительную эмоциональную реакцию.**

При длительном употреблении психоактивных веществ происходит истощение запасов нейромедиаторов, так как эти вещества провоцируют их повышенный выброс. Соответственно, в отсутствие наркотиков при нормальном прохождении электрического импульса возникает дефицит нейромедиатора. Это приводит к недостаточному возбуждению системы подкрепления, что выражается ощущением упадка сил, снижением настроения, психоэмоциональным дефицитом. Поэтому при приеме психоактивного вещества происходит улучшение состояния человека, причем, на самых ранних стадиях и наркомании, и алкоголизма это улучшение не только субъективное, но и объективное. Однако довольно быстро формируется порочный круг: после приема наркотика нейромедиатор высвобождается быстрее и в больших количествах, но и разрушается тоже очень быстро, а состояние человека ухудшается.

Многие исследователи считают, что каждое психоактивное вещество действует на нервную систему человека, взаимодействуя с разными нейромедиаторными системами (так как в организме человека все взаимосвязано, то затрагиваются, конечно же, все системы, но для каждого наркотика существует наиболее «подходящий» ему медиатор). Такое избирательное воздействие наркотиков объясняют сходством их химического строения со строением нейромедиаторов, например, опиаты схожи с эндорфинами, галлюциногены – с серотонином.

Далее: генетическая предрасположенность является одной из важнейшей биологических причин формирования алкоголизма. Но и в формировании наркоманий генетическая предрасположенность играет немалую роль.

Однако нет достаточных оснований считать, что связь между обменом дофамина и формированием зависимости опосредована «поиском новизны». Вероятнее, «поиск новизны» и злоупотребление алкоголем и наркотиками имеют общий нейронный субстрат, обеспечивающий положительное подкрепление. Общий вклад в «поиск новизны» и возникновение зависимости вносит, по-видимому, и опиатная система, оказывающая модулирующий эффект.

Ряд исследователей склоняются к тому, что основной причиной формирования зависимости является недостаточный синтез катехоламинов в головном мозгу (вследствие врожденной или приобретенной патологии). Катехоламины – это медиаторы головного мозга, связанные с «системой удовольствия», то есть они отвечают за возникновения чувств радости, удовлетворения, удовольствия. Таким образом, создается ситуация, при которой индивиду для получения удовольствия необходим либо чрезвычайно сильный стимул (многократно увеличивающий синтез катехоламинов), либо поступление данного или сходного с ним по строению вещества извне.

Исходя из всего вышесказанного, можно заключить, что в медицине зависимость от психоактивных веществ рассматривают как болезнь, которая характеризуется наличием абстинентного синдрома при отмене (или уменьшения его доз) употребляемого препарата, изменением метаболизма (синдром измененной реактивности) и психического статуса. Болезнь в своем развитии проходит несколько стадий. В клинике принято выделять разные виды наркомании в соответствии с употребляемым веществом (опиомания, кокаинизм, морфинизм и т. д.).

Основной механизм формирования зависимости – это изменение метаболизма вследствие встраивания психоактивного вещества в обмен веществ. Существует представление, что каждому психоактивному веществу соответствует свой нейромедиатор, который оно начинает замещать. В отличие от механизмов, причины формирования зависимости изучены не столь хорошо. Основные причины формирования зависимости связаны с нарушением метаболизма, обусловленным генетически. Однако указанные особенности и причины формирования наркозависимости не дают полного понимания данного феномена, так как есть люди, злоупотребляющие психоактивными веществами и не имеющие генетической предрасположенности, и, наоборот, люди ее имеющие, но не являющиеся зависимыми. К тому же, не совсем ясным является, по какому принципу происходит выбор того или иного наркотика. Очевидно, что для объяснения зависимости от психоактивных веществ недостаточно исследований только в области медицины, биологии и физиологии. Для более глубокого понимания проблемы необходимо привлечение специалистов из других областей: психологии, психиатрии, социологии и смежных с ними.

Можно говорить о том, что психологический подход к проблеме зависимости, в том числе от психоактивных веществ, более комплексный, чем в медицине и физиологии. В психологии не проводится четкая грань между изучением причин возникновения зависимости и изучением механизмов ее возникновения и формирования. Вероятно, это обусловлено невозможностью для психологии объяснить одно без ссылки на другое. Однако такой комплексный подход к наркотической зависимости вовсе не означает полного единства психологов в понимании и объяснении данного феномена. Наоборот, в отличие от медицины и физиологии,

где существует единая концепция, в психологии мы находим огромное количество разных точек зрения. По всей видимости, это связано с тем, что в психологии нет единой школы и научной парадигмы. Каждая школа рассматривает проблему наркомании в рамках своих теоретических построений, поэтому и выводы, и предлагаемые решения очень сильно отличаются.

Итак, говорить о полной изученности психологических механизмов формирования зависимости нельзя. Мы еще далеки от полного понимания этой проблемы, однако существует целый ряд положений, теоретических построений и исследований, которые служат началом понимания феномена наркомании.

Большой вклад в изучение этой проблемы внесли психоаналитически ориентированные исследователи. Основное внимание они уделяют бессознательному и его влиянию на личность, его роли в формировании зависимого, или аддиктивного поведения. Важно обратить внимание на то, что психоаналитики не делают глубоких различий между химическими (алкоголизм, наркомания и т. п.) и эмоциональными (трудоголизм, сексоголизм, анорексия и т. п.) зависимостями. Они предполагают, что глубинные механизмы их формирования одинаковы.

**С точки зрения психоанализа зависимость – это латентный суицид, то есть это попытка покончить с собой, растянутая во времени. Психоактивное вещество используется как средство самоуничтожения. Сам же суицид – это попытка ухода от болезни, психоза или стремление преодолеть внутренние противоречия.**

Огромное внимание уделяется раннему развитию как основе выбора именно такого способа решения личностных проблем. При этом либо говорят о преобладании влечения к смерти в личности аддикта

(неофрейдизм), либо о разрушенном, потерянном или несформированном объекте (школа объектных отношений). Однако в обоих случаях особый акцент делается на развитии индивида на первом году жизни и его фиксации на оральной стадии.

Еще один аспект, которому уделяют внимание психоаналитики – это идентичность. **Сложности в формировании собственной идентичности, ее нарушения могут стать дополнительным фактором риска формирования аддикции.**

Важно отметить, что среди психоаналитически ориентированных исследователей нет единого мнения относительно механизмов и причин формирования аддикции, хотя, в общем, они довольно сходны.

Еще одно направление в психологии, уделяющее огромное внимание детству – это семейная психотерапия. Психологии обстановка в семье и стиль семейных отношений могут стать определяющими при формировании зависимости. Анализ стилей воспитания, протроенности границ семьи, коммуникации в семье, семейных ролей позволяют сделать предположения о факторах риска развития нервно-психических заболеваний, зависимостей и т.п. Также отмечается цикличность процессов в семье, формирование «порочных кругов», когда дети, выросшие в семье с неблагоприятными условиями, сами создают такую же семью. Исследования, сделанные в рамках этого подхода, позволяют понять, почему в семьях зависимых дети часто сами начинают злоупотреблять психоактивными веществами. **При формировании наркомании большое значение имеют личностные особенности человека. Одна из индивидуальных характеристик, имеющая большое значение по отношению к приему наркотиков, – это поиск ощущений или потребность в различных, новых, сложных ощу-**

щениях и переживаниях и способность подвергаться физическому и социальному риску ради поиска этих ощущений.

Повторим: существует четыре разных аспекта поиска ощущений: поиск возбуждения приключений, потребность в новом опыте, растормаживание и скука восприятия. Поиск ощущений является одним из источников различия в восприятии наркотика разными людьми, кроме того, он отражает высокую степень чувствительности человека к приятным эффектам наркотиков.

В процессе формирования наркомании важную роль играет подкрепление научения. Паттерн поведения наркомана не является аномальным, хотя он и явно причиняет себе вред. Здесь работает схема с неподходящим способом подкрепления наркотическим веществом. Именно эффектом подкрепления объясняется, например, более частое внутривенное употребление героина, чем курение опиума, которое менее опасно, более приятно, но не так мгновенно действует. **Подкрепление формирует целые паттерны поведения, необходимые для получения наркотика.** При этом даже долго поддерживаемое социальное поведение может быть прервано. К тому же, действия, ведущие к успеху, легче повторяются вследствие субъективного переживания успеха, чем действия, ведущие к неудаче. **Награда мотивирует действие к повторению, наказание – к отказу.** Данный механизм поведения формируется в онтогенезе, во многом, в результате современной системы обучения и воспитания. Наркотик помогает боязливым освободиться от страха и неуверенности. Это позитивное воздействие повышает потребность в наркотиках, стремление к их повторному приему, в то же время оно приводит к отказу от фрустрированных неудачных

**социальных действий.** Надо отметить, что если в медицине гораздо лучше изучены механизмы формирования наркомании (на биохимическом уровне), а причины несколько хуже, то в психологии все наоборот: достаточно хорошо изучены причины наркозависимости, но плохо изучены механизмы ее формирования.

Напомним, что в формировании зависимости от психоактивных веществ участвуют одновременно и биологические и психологические механизмы. Но в одном случае (например, при злоупотреблении галлюциногенами) большее значение приобретают психологические факторы, а в другом – биологические (например, при опишной наркомании). **Вероятно, психологические механизмы зависимости действуют на человека в течение более продолжительного периода времени, чем биологические.** Это можно подтвердить тем, что человек, находящийся в состоянии ремиссии<sup>89</sup>, попав в ситуацию, сходную с ситуацией приема наркотиков, может испытать все те чувства, которые у него были при употреблении психоактивного вещества (речь идет о так называемых «флэш-бэках»<sup>90</sup>). Некоторые бывшие наркоманы рассказывают о том, что у них иногда появляются повторные «ломки», особенно после просмотра фильмов о наркоманах или же после общения со своими знакомыми, употребляющими наркотики.

**По всей видимости, сочетание психологических и биологических факторов определяет и выбор конкретного вида психоактивного вещества.** К сожалению, сейчас практически не исследованы механизмы выбора наркоманом того или иного наркотика. Возможно, выбор наркотического вещества проходит в несколько этапов:



– на первом этапе мы видим врожденную предрасположенность к наркомании. Затем пробуются вещества из разных групп и выбираются группы препаратов, которые оказывают нужное действие. Выбор группы может быть основан как на желании заблокировать какой-либо конкретный аффект, так и, наоборот, на желании вызвать определенное эмоциональное состояние. Третий этап – это выбор уже конкретного вещества. По-видимому, здесь основными факторами становятся доступность и способ употребления данного наркотика (некоторые наркоманы не начинают принимать наркотики внутривенно, даже если знают, что это поможет расходовать меньшее их количество).

Все психологические причины формирования зависимости можно разделить на две категории:

- влияние среды (то есть все внешние факторы);
- особенности строения личности человека, ставшего зависимым.

Можно говорить, что самым главным фактором внешней среды является цивилизация. С одной стороны, она открывает доступ к наркотическим препаратам, а, с другой, регламентирует их употребление. В европейской цивилизации наркотики являются исключительно лекарственными средствами, не зависимо от того, кто их употребляет: наркоман или же пациент больницы. Они утратили свою религиозную функцию (использование в религиозных обрядах), а, следовательно, исчезло и табу на их нецелевое и повседневное употребление.

С развитием цивилизации изменилась и среда обитания людей. В жизнь людей входит все больше и больше техники и электроники, что приводит к замене

естественной среды обитания на искусственную, а это, в свою очередь, влечет к изменениям психофизических условий жизни. Последствия этих перемен очень сложно предсказать. Вполне вероятно, что они могут привести к увеличению случаев дезадаптивного поведения, росту количества психических отклонений и заболеваний. К тому же, темп изменений с каждым годом становится все выше, что сильно сказывается на людях.

**Немаловажным фактором влияния среды на риск формирования наркомании является ситуация в обществе.** Сегодня большинство социологических теорий связывают распространение девиантных форм поведения (а наркомания, с точки зрения этого подхода, одна из форм девиации) с явлением социальной аномии<sup>91</sup>. Дюркгейм<sup>92</sup> характеризовал аномию как состояние отсутствия ценностей, «безнормность», присутствующие переходным периодам, когда старые ценности уже не существуют, а новая система норм и ценностей еще не сформирована. Аномия усиливается в период реорганизации общества, а именно, как в связи с общественными регрессиями, так и с быстрыми прогрессивными процессами.

Последние несколько лет в нашем обществе происходят очень резкие изменения, а вместе с ними людям становится сложно оценивать ситуацию, особенно молодежи. На фоне этого происходит быстрая наркотизация общества, что еще раз доказывает влияние макросоциальных факторов на риск возникновения наркомании. Общеизвестно, что **в годы социальной нестабильности число наркоманий и психических заболеваний резко возрастает.**

В результате резких изменений в обществе начинается разрушение социальных институтов, из которых, пожалуй, важнейшим является семья. Дезинтеграция

семьи – не только следствие общественных процессов, но и причина будущего состояния общества, так как семья в наибольшей степени отвечает за социализацию ребенка. Ослабление института семьи также может служить причиной формирования девиантного поведения, в том числе и наркомании.

*А молодежная субкультура? Порой она носит явно дезинтегрирующий характер и способствует формированию девиаций. Негативное социокультурное влияние молодежных объединений проявляется в следующих моментах:*

- все большее влияние приобретают группы, образующиеся спонтанным путем в бесконтрольном окружении (улица, места развлечений и т. п.);
- в группе часто доминирует система отношений приятельского уровня (все дальше отщесняется «дружба» в ее традиционном понимании); группы принимают значительные размеры, что исключает переживания интимности, доверительности;
- внутрigrупповые связи амбивалентны или нейтральны; в спонтанно образуемых, достаточно многолюдных группах много подростков, которые реализуют «общинное одиночество», или одиночество в толпе;
- молодежные группы часто построены иерархически и охватывают людей разного возраста, что способствует выстраиванию системы власти и подчинения; негативные привычки и поведение старших становится нормой для всех, что приводит к ускорению девиантной «карьеры» младших;
- жизнь групп насыщена конфликтами, как внутри, так и за ее пределами; часто конфликты между группами перерастают в агрессию; межгрупповым отношениям в высокой степени присущи attitudes отвержения, нетерпимости, образ мышления, основанный на предубеждении и дискриминации;
- характерным для молодежных групп является вопрос любви; при выборе личного партнера не принимается во внимание его причастность к какой-либо форме девиации, следовательно, быстро распространяется инстинктивный секс, что, в свою очередь, оказывает негативное воздействие в эмоциональном, психическом и социальном плане;
- коммуникативная система внутри группы очень скудна;
- культура вкуса, в основном, проявляется внешне: в одежде, внешней атрибутике, музыкальных пристрастиях и т. п.

Важно отметить, что критическим моментом для приобщения к наркотикам является переход от

**подросткового возраста к юношескому.** Именно в это время знакомится с наркотиками почти половина всех когда-либо приобщившихся к ним, а до 20 лет успевают познакомиться с наркотиками почти 9/10 всех хотя бы однажды, пробовавших их. В целом, если до 20 лет человек не получил опыт употребления наркотиков, то вероятность этого резко снижается. Еще меньше риск вовлечения в периодическое или регулярное потребление.

Теперь о здоровье. По данным исследований, общественная ценность здоровья достаточно высока: из 10 жизненных ценностей «здоровье» – третья, после «работы» и «семьи». Однако здоровье ценится как средство достижения жизненных целей и материальных благ, а не как средство прожить как можно дольше и полноценнее. Относительно высокий рейтинг здоровья еще не означает обязательного самосохранительного поведения. Это можно продемонстрировать такими данными: 97% людей, опрашиваемых на улицах, сказали о своей осведомленности о вреде наркотиков, однако 30% указали на наличие опыта употребления наркотиков в прошлом, а 10% – на актуальное потребление наркотических средств.

**Еще одна из возможных причин наркомании, как мы уже начинали говорить выше, гипо- или гиперопека ребенка родителями.**

В случае гипоопеки родители практически не интересуются своим ребенком. У таких детей снижена самооценка, наличествуют комплексы неполноценности, они переживают чувство мести и ненависти по отношению к взрослым. Отвержение, холодность, отсутствие тепла и ласки со стороны родителей сначала травмируют ребенка, а затем ожесточают его, подталкивают к поиску «другой жизни», другого общества. **Очень часто такие дети обращаются к психоак-**

**тивными веществам или же пытаются покончить с собой, так как не могут понять причины холодного отношения родителей.**

В случае гиперопеки за ребенком постоянно присматривают, ему уделяют чрезмерно много внимания, отказывают в самостоятельности. Жизнь гиперопекаемого ребенка полностью контролируется родителями, а когда он начинает взрослеть, такая сверхзабота становится ему в тягость. Ребенок пытается обрести самостоятельность любым доступным способом, поэтому сознательно идет на конфликты с семьей, демонстративно нарушает предписываемые ему нормы поведения. **Для такого ребенка наркотики могут стать единственным аспектом жизни, над которым, как ему кажется, он обладает полной властью.** Еще одним последствием гиперопеки является инфантилизм. Инфантильный ребенок легко попадает под влияние более опытных товарищей, его легко уговорить попробовать наркотики или подбить на какую-нибудь выходку. Другой вариант гиперопеки – это всеобщий любимец, объект всеобщего поклонения и восхищения, единственный ребенок в большой семье. Для такого ребенка привычны вседозволенность, неограниченная власть над взрослыми, которые его никогда не накажут и не отругают. Очень часто такие дети демонстративны, стараются произвести сильное впечатление на окружающих, для них характерно желание быть лучше всех, что в свою очередь может привести к наркотизации или алкоголизму (например, при желании всех перепить или все попробовать).

Еще одним фактором, провоцирующим развитие зависимости, может служить влияние среды проживания и наличие доступа к наркотическим веществам. Для подростков при приобщении к наркотикам и алкоголю самое большое значение

имеет пример сверстников. Важным фактором может оказаться и мода на употребление наркотиков (например, мода на экстази в клубной культуре).

Очень важным мотивом употребления наркотиков является ожидание от употребления наркотика чего-либо, то есть предвкушение наркотика. Эти ожидания базируются на предыдущих впечатлениях от эффектов каких-либо применявшихся психоактивных веществ. Впечатления могут быть прямыми (если человек сам употреблял наркотики) или косвенными (если человек узнал о действии вещества и его эффектах из инструкции, от пробовавших друзей, по телевизору, из книги и тому подобное). Часто ожидания людей в отношении наркотиков являются определяющими в их восприятии и отношении к наркотику. В отдельных случаях это может влиять даже сильнее, чем фармакологическое воздействие психоактивного препарата (в некоторых случаях введение наркоману наркотика-плацебо приводило к облегчению или даже полному снятию симптоматики синдрома отмены). Предвкушение эффектов наркотиков оказывается более заметным в поведении или эмоциях, которые общество не относит к обычным ощущениям, например, агрессии, повышенной сексуальности, эйфории и тому подобное. Например, люди, верящие в то, что героин дает расслабляющий эффект, чувство мягкости, спокойствия, будут испытывать эти эффекты скорее благодаря тому, что они ожидают это, чем специфическому воздействию опиатов. Возвращение после долгого воздержания к обстановке, которая ассоциируется с употреблением наркотиков, может спровоцировать появление симптомов абстиненции и поведения, направленного на поиск наркотиков.

Исследование причин возникновения зависимости вследствие особенностей строения личности человека, в основном, связано с преморбидными характеристиками личности зависимого. Как правило, говорят об отличном от нормы развитии такого человека. Ряд исследователей считают, что **существует особый тип личностной конституции, психические аномалии, служащие предпосылкой формирования наркомании при первом знакомстве с наркотиками.** Они показали, что большинство морфинистов до формирования наркомании являются психопатическими или акцентуированными личностями. Среди обследованных больных преморбидные девиации в половине случаев оценивались как акцентуация и в другой половине – как психопатические проявления с социальной дезадаптацией. Наличие акцентуаций характера особенно часто отмечают у лиц, злоупотребляющих героином. К.Леонгард в свое время указывал на влияние акцентуации личности на возможность формирования наркомании и алкоголизма. Он отмечал, что возбудимые личности часто становятся хроническими алкоголиками. Это связано с *«патологической властью влечений»*: решающими для образа жизни и поведения человека часто являются влечения, инстинкты, неконтролируемые побуждения. То, что подсказывается разумом, не принимается во внимание. В жизни возбудимой личности моральные устои не играют сколько-нибудь заметной роли. У некоторых подобных людей состояние психического расстройства нередко носит депрессивный характер, что нередко толкает их или к наркотикам и алкоголю, или к самоубийству. Другой тип акцентуации характера, который может служить фактором риска, – это демонстративный. Демонстративные личности, в первую очередь, характеризуются очень высокой способностью к

вытеснению. Поэтому, с одной стороны, они часто хорошо приспособлены к окружающему миру, а, с другой, их истерические черты способствуют формированию асоциального поведения. **Демонстративные и истерические личности склонны вытеснять неприятные мысли, которые могли бы побудить их к активным раздумьям, так как они не желают ничем отягощать себя. Именно эта черта может способствовать развитию наркомании в тяжелой форме, потому что вплоть до последнего момента демонстративная личность будет делать все для того, чтобы избежать осознания своего заболевания.**

**Наркотиков часто боятся, но если начинают их принимать, то патологическое влечение к ним проявляется быстро и сильно.** Поэтому среди подростков-наркоманов и токсикоманов значительную часть составляют эпилептоиды. Истероидные подростки склонны к демонстративным акциям, поэтому, желая продемонстрировать умение много пить или употреблять модные наркотические препараты, могут стать зависимыми (при условии частого повторения такого поведения). При неустойчивом типе акцентуации характера главной жизненной установкой является поиск удовольствия всегда и везде. Именно эта гедонистическая установка создает высокий риск формирования наркомании и алкоголизма. Кстати, скажем, что подростки с сенситивной или психастенической акцентуацией характера вообще не склонны к аддиктивному поведению.

**Для людей с повышенным риском заболевания наркоманией характерны такие личностные черты, как эмоциональная холодность, эгоцентризм, низкий самоконтроль и враждебность. У них присутствует тревога, стресс, вызванные нежелательными ограничениями или запретами: индивид**



сопротивляется давлению извне, хочет свободно следовать своим желаниям и преодолеть ощущение пустоты и разрыва с другими людьми. У них выражена гедоническая мотивация, склонность к увлечениям, успеху, насыщенной интересной жизни.

Как уже говорилось, психоаналитически ориентированные исследователи причины возникновения зависимости видят в нарушении детского развития. В большинстве случаев они связывают наркоманию с фиксацией (сбои в развитии инстинктов) на оральной стадии психосексуального развития. Такая фиксация может произойти из-за специфичных отношений ребенка и матери на первом году жизни. Мать такого ребенка не в состоянии удовлетворить его потребности, и, следовательно, ребенок все время находится в состоянии фрустрации. В дальнейшем такой ребенок начинает прибегать к психоактивным веществам для защиты своего Ego, причем, доступ к своим чувствам у него закрыт, а, следовательно, внутреннее напряжение очень высоко. Э. Эриксон большое внимание уделяет проблемам идентичности в юношеском возрасте. Он пишет, что причиной наркомании может стать неправильное формирование идентичности или же затруднения в этом: негативная идентичность, спутанность идентичности.

Можно сказать, что практически все исследователи наркоманий (независимо от подхода, в рамках которого они работают) сходятся в том, что **причины наркомании коренятся в неправильном развитии в детском возрасте.** Медики основное внимание уделяют генетическим и физиологическим нарушениям, а психологи – нарушениям общения и адаптации, влиянию социальной среды. **По-видимому, нарушения развития в детском возрасте играют решающую роль в формировании любой формы дезадаптивного**

поведения, в том числе и наркомании. При этом все возрастающая социальная нестабильность усиливает эти нарушения и негативные тенденции в развитии личности. Вероятно, с этим связан рост наркомании в нашей стране в последнее десятилетие.

В завершение разговора о наркомании хотелось бы сказать и о механизмах психологической защиты, наиболее типичных для употребляющих наркотики:

**1. Вытеснение** – из сознания вытесняются не столько факты употребления, сколько психологически травматичные обстоятельства, сопутствующие употреблению наркотических веществ. К таким обстоятельствам относятся гибель одного из знакомых от передозировки наркотика, помещение знакомого в места лишения свободы. Вытеснение наиболее характерно для людей с акцентуацией характера или психопатией истероидного типа.

**2. Рационализация** – защитный механизм, с помощью которого человек стремится найти приемлемое объяснение употреблению наркотических веществ, собственно, рационализирует патологическое, недостаточно осознаваемое влечение к наркотикам. Наиболее популярны следующие рациональные объяснения приема наркотиков: «по подражанию», «для того, чтобы успокоиться» и т. д.

**3. Проекция** – человек освобождается от чувства страха и вины, приписывая свои негативные качества другим людям. У молодых наркоманов отмечаются проявления рационалистической проекции. Наркоман знает, что он употребляет наркотики и подвергается опасности. Однако приписывает употребление наркотиков значительному числу своих сверстников: «гашиш курит каждый второй в училище», «почти все нюхают».

**Следует запомнить:** *прекурсор, иммунохроматографический анализ, вегето-резонансный метод, хроматография, иммуноферментный анализ, хромото-масс-спектрометрия, позитивная привязанность, негативная привязанность, нейромедиаторы, абберация, Т.Маккенна, С.Гроф, Х.Хекхаузен, лиминальное пространство, DSM-IV, А.Е.Личко, ремиссия, флэш-бэк, аномия, Э.Дюркгейм, гиперопека, гипопека.*

### **Вопросы и задания по Главе XVI**

1. Как определяется наркомания законами РФ?
2. Что такое прекурсоры?
3. Подготовьте сообщения о методах определения зависимости от наркотиков.
4. Какие синдромы характерны при наркотической зависимости?
5. Какие виды наркомании являются наиболее распространенными?
6. Какие причины возникновения и развития наркомании определяются чаще всего?
7. Подготовьте сообщения об отношении церкви к наркомании.
8. Что такое собственная наркотическая система организма и каким образом наркотики ее разрушают?
9. Что такое ломка?
10. Что такое волнообразное протекание наркомании как болезни?
11. Что такое толерантность к наркотику?
12. Какими факторами определяется наркотическая зависимость?
13. Каким образом семейные проблемы и проблемы детства могут влиять на появление наркотической зависимости?

14. Расскажите о критериях для диагностики химической зависимости по DSM-IV.

15. Каким образом черты личности, акцентуация характера могут повлиять на формирование аддикции?

16. Подготовьте сообщения об основных чертах психозов и изменений личности при наркотической аддикции.

17. Какие механизмы психологической защиты наиболее часты при наркомании?

18. Подготовьте сообщения о факторах, провоцирующим развитие зависимости.

## Глава XVII

### Токсикомания – один из самых злокачественных видов наркомании

Токсикомания, по-видимому, один из самых злокачественных видов наркомании, именно поэтому и требует отдельного разговора.

Вызывая серьезное разрушение организма и сильную зависимость, токсикомания отличается от наркомании только в юридическом аспекте: она вызывается исключительно употреблением веществ, не отнесенных Минздравом к группе наркотиков, и на нее не распространяются правовые и уголовные акты, действующие в отношении наркоманов.

За последние годы токсикомания – вдыхание «летучих наркотически действующих веществ» (ЛНДВ) – приобрела характер эпидемии. Ежегодно сотни детей и подростков с целлофановыми пакетами на голове отправляются в мир иной. Средний возраст «потребителей продукции химической промышленности» – 8–15 лет. Учитывая масштабы распространения токсикомании и те необратимые разрушения, которые она производит в детском организме и психике, можно серьезно говорить об угрозе будущему нации.

Опьянение здесь наступает после нескольких выдыханий. Дозу определить практически невозможно – в зависимости от препарата глубина вдоха, задержка дыхания, концентрация паров различны. Ограничительными реакциями служат головная боль, сжатие головы, тяжесть дыхания, тошнота.

В опьянении токсикомана выделяют 3 фазы:

- **первая фаза похожа на алкогольное опьянение:** приятный шум в голове, подъем настроения,

телесные ощущения – теплота, расслабленность конечностей. В этой фазе пробудить опьяневшего очень легко. Сознание его сужено, но не помрачено. При повторении вдыхания наступает вторая фаза;



*К сожалению, это не постановочный снимок*

- **вторая фаза – фаза благодушного веселья, беспечности и легкости.** Многие начинают смеяться, петь, сознание утрачивает ясность. Реальное окружение воспринимается как иллюзия, предметы меняют свою форму, пространственное соотношение, краски кажутся яркими, глубокими, звуки искажаются, становятся необычными. Ощущения изменяются, искажаются – тело кажется легким, части его увеличенными или укороченными. Еще есть потребность в движении, но координация нарушена, опьяневший падает, теряет равновесие. В этот момент им владеет веселое и приподнятое настроение – многие ограничиваются этой фазой из страха ухудшить самочувствие;

- если вдыхание повторить, наступает **третья фаза – фаза «мультиков»**, наплыв галлюцинаций, в основном, зрительных. Галлюцинации яркие, подвижные, мелких размеров, проецируются вовне, как на экране, и опьяневший уже не может их остановить. Слуховые обманы возникают как шум, звон, гудение, изменение естественности звуков, необычность голосов, громкость далеких звуков и слабость близких, голоса приобретают эхо. Бывают обманы осязания, когда кажется, что по телу ползают мыши и насекомые, зубы вращаются, выпадают челюсти. Происходит отчуждение восприятия себя, своего тела. Можно видеть со стороны части своего тела, часто мозг, видеть свое тело изнутри. Эти галлюцинации открываются внутреннему зрению. Психосенсорные расстройства разнообразны, кажется, двигаются стены, обваливается пол, иногда переживается не только чувство полета, но и падения. Все вокруг кажется иным, измененным. Иногда опьяневшие чувствуют себя в иных мирах. Галлюцинации нарастают, психические проявления неуправляемы, происходит полная деперсонализация, распад целостности личности, отделение души. Опьянение длится до двух часов. При вдыхании бензина опьянение более бедное, сознание помрачается неглубоко. Но даже если опьянение длится несколько минут, кажется, что прошло очень много времени. При выходе из опьянения наступает ослабление и угнетение психических функций, утомление, вялость, при высоких дозах – тошнота, рвота.

Привыкание развивается не у всех. У некоторых эйфория слабая и осложнена признаками отравления: рвотой, тошнотой, головной болью. Но если опьянение вызвало удовольствие, начинается регулярное вдыхание ЛНДВ. При этом возникает и развивается непереносимость алкоголя. Специалисты отмечают пе-

реход к регулярному нюханью уже через 4–5 отдельных вдыханий.

**Как и при любой другой форме наркомании, как только начинается регулярное употребление наркотика, изменяются его эффекты.** Исчезают защитные реакции – головная боль, тошнота. Координация менее нарушена, опьяневший может ходить. Сразу после вдыхания наступают расстройства ощущений, галлюцинации более осознанные и управляемые. Сильно возрастает толерантность, переносимость наркотика. Для достижения прежней эйфории требуется двойная или тройная доза растворителя. Наступает **влечение и постоянная зависимость.** Дети теряют интерес к школе и прежним занятиям, прячась с двумя-тремя товарищами по нюханью в укромные места. Идет уже и одиночное употребление, подросток заводит собственный запас ЛНДВ, «склад» тюбиков и пузырьков. Все приятное в его жизни замыкается теперь на нем. **Влечение, появившись, сразу приобретает неуправляемый характер, ребенка невозможно удержать.** Хотя это влечение носит скорее психический, чем физический характер. Если ребенка изолировали или семья переезжала в другой город, не зараженный эпидемией ЛНДВ, детям удавалось вскоре забыть о «нюхачестве».

У тех, кто нюхает растворители 1–2 месяца, разрушаются внутренние органы, происходят нарушения в головном мозге, нервной системе. Те, кто нюхает 1–2 года – становятся инвалидами. Многие, кому удастся выжить от частых передозировок, становятся слабоумными. Любое средство из группы ЛНДВ вызывает гибель нервных тканей, цирроз печени, почечную недостаточность. Быстро формирующаяся психическая зависимость не дает ускользнуть от развивающейся болезни.



Итак, токсикомания (греч. токсикос – служащий для смазывания стрел, то есть ядовитый и мания – сумасшествие, безумие) – заболевание, характеризующееся патологическим пристрастием к веществам, не рассматриваемым в качестве наркотиков. **Медико-биологических различий между наркоманией и токсикоманией не существует. Пристрастие к алкоголю обычно не относят к токсикомании.**

Распространено злоупотребление **снотворными средствами – производными барбитуровой кислоты (барбитуратизм), многие из которых (амитал натрия, этаминал-натрий, минал)** отнесены к наркотикам. Опьянение наступает после приема двойной или тройной терапевтической дозы препарата. Оно выражается в беззаботной веселости с благодушной симпатией к окружающим, стремлении двигаться, говорить, в нарушении координации движений, нечетком произношении слов. Затем наступает глубокий сон, после которого отмечаются вялость, медлительность, нарушение мышления, тошнота. Привыкание сопровождается учащением приема препаратов, включая дневное время, повышением суточных доз; появляется влечение к опьянению. Постепенно эйфоризирующий эффект снижается, интоксикация характеризуется раздражительностью и гневливостью. Прекращение приема препаратов приводит к появлению беспокойства, чувства неудовлетворенности, злобности, бессонницы. Возникают подергивания мышц тела, боли в животе и крупных суставах. Часто отмечаются психозы и судорожные припадки. Может наступить смерть в результате отека головного мозга. При хронической интоксикации цвет кожи становится землистым, лицо – маскообразным, появляются периферические отеки, долго не заживают раны, чаще развиваются различные заболевания внутренних органов.

Изменения психики выражаются в стирании индивидуальных свойств, морально-этической деградации личности, появлении депрессивных состояний, ослаблении внимания и памяти, замедлении психических процессов, может развиваться слабоумие.



*Сколько же сегодня всего этого есть в наших аптеках!*

Лечение сегодня проводят только в стационаре (наркологическом или психиатрическом). Дозы снотворных препаратов снижают постепенно; назначают средства, устраняющие бессонницу и нарушения настроения; проводят общеукрепляющее лечение с помощью витаминов, пирарцетама, а также инсулина в небольших дозах. **Психотерапия направлена на изменение отношения к потреблению снотворных препаратов.** Задачей поддерживающей терапии, которую осуществляют в наркологическом диспансере, является устранение колебаний настроения и

возникающего влечения к снотворным препаратам. Барбитуроманы часто погибают от передозировки снотворных препаратов, в результате самоубийства и от сопутствующих заболеваний.

**Транквилизаторы (чаще седуксен и мепробамат)** при злоупотреблении вызывают приятные физические ощущения, приподнятое настроение с неусидчивостью; походка при этом становится неуверенной, слова произносятся нечетко. При длительном злоупотреблении первоначальный эффект уменьшается, больные вынуждены увеличивать суточную дозу. Прекращение приема транквилизаторов приводит к появлению раздражительности, злобности, головных болей, судорог в ногах, бессонницы, дрожания рук, а также к нарушению координации движений и равновесия. Хроническое злоупотребление вызывает ослабление памяти, замедление психических процессов, сужение интересов, падение работоспособности, иногда возникают судорожные припадки. Нередко отмечается одновременное злоупотребление транквилизаторами и спиртными напитками. При этом опьянение бывает более глубоким, изменения психики наступают быстрее. Лечение проводят в наркологическом или психиатрическом стационаре: обычно начинают с постепенного понижения суточных доз транквилизаторов; нарушения сна и настроения устраняют с помощью нейролептиков. При проведении в наркологическом диспансере поддерживающей терапии используют нейролептики, антидепрессанты; рекомендуется рефлексотерапия. Тем, кто злоупотребляет и алкоголем, проводят противоалкогольную терапию. Токсикомания, вызываемая **циклодолом**, встречается редко. При передозировке этого препарата отмечаются неприятные ощущения в теле, тошнота, рвота. В дальнейшем тошнота исчезает, неприятные ощущения в те-

ле становятся приятными, возникает приподнятое настроение с чувством удовольствия, нарушается внимание и тонкая координация движений, ответы становятся неточными, высказывания непоследовательными; у больных расширены зрачки. Затем на фоне помрачения сознания появляются зрительные галлюцинации. При длительном злоупотреблении эйфоризирующий эффект падает, для его достижения дозы циклодола приходится увеличивать в несколько раз.

При прекращении приема препарата появляются раздражительность, злобность, двигательное беспокойство, боли в различных частях тела. Хроническая интоксикация циклодолом характеризуется нарушением настроения, снижением умственной и физической работоспособности, утратой интересов, морально-этической деградацией личности. Лечение проводят в наркологическом или психиатрическом стационаре; для устранения нарушений настроения и сна используют нейролептики; затем проводится общеукрепляющее лечение, с помощью психотерапии стремятся изменить отношение больного к приему циклодола.

Токсикоманы, использующие **летучие вещества (бензин, ацетон, толуол, перхлорэтилен, пятновыводители)**, стремятся к достижению эйфории или к появлению галлюцинаций. Эти средства в малых дозах при вдыхании, нанесении на кожу головы или введении внутрь вызывают эйфорию, шаткую походку, слюнотечение и покраснение лица, в больших дозах – зрительные и тактильные галлюцинации, нарушение восприятия собственного тела и ориентировки в конкретной обстановке. Хроническое злоупотребление приводит к патологическое пристрастию: отмечаются вялость, снижение жизненных интересов и интеллекта. Особенно опасно злоупотребление летучими веществами в детском и подростковом возрасте. Лечение про-

водят в наркологическом или психиатрическом стационаре; с помощью витаминов, парацетама устраняют последствия интоксикации; нарушения сна и настроения ликвидируют с помощью психотропных средств и физиотерапии. Используя психотерапию, стремятся изменить отношение к злоупотреблению летучими веществами.

Каковы же внешние признаки токсикомании?

Определить ее столь же сложно как выявить наркоманию или любые иные проявления наркологической зависимости. Однако все-таки есть определенные симптомы, которые позволяют определить данный недуг:

- **резкая смена настроения,**
- **подверженность депрессиям,**
- **частое состояние, похожее на опьянение,**
- **дезориентация в пространстве,**
- **отсутствующий взгляд,**
- **изменение цвета кожи,**
- **расширенные зрачки.**

А теперь об общих и основных последствиях.

Токсикомания, как и любая разновидность заболеваний из области наркологии, весьма тяжелый недуг, от которого не просто избавиться. Однако если на первых порах, она практически не сказывается на здоровье токсикомана, то впоследствии, больной начинает чувствовать себя все хуже и хуже:

1. **начинается расстройство зрения,**
2. **случается нарушение речи,**
3. **быстрая утомляемость,**
4. **возможна потеря самоконтроля,**
5. **серьезные нарушения психики.**

Современная медицина поистине творит чудеса, и в большинстве случаев медики способны справиться с любым недугом, даже с таким страшным явлением, как

токсикомания. Но это длительный и весьма сложный процесс. Для него необходимо поместить больного в клинические условия и осуществлять непрерывный контроль. Начинается лечение с вывода из организма всевозможных токсинов, накопленных за тот период времени, который больной потреблял наркотик, далее к работе приступают психологи, помогающие больному понять суть его проблемы и справиться с зависимостью.

А теперь для уточнения несколько общих положений:

- токсикоманы часто обращаются к врачам общей практики с целью получения рецептов на наркотически действующие вещества. Жалуются на нервность, бессонницу, радикулит и другие расстройства, требующие назначения седативных, снотворных средств, анальгетиков, спазмолитиков. Обычно сами называют нужное им лекарство, как правило, с седативным составляющим (например, седалгин) компонентом, настойчивы, обращаются повторно, иногда к нескольким специалистам одновременно. Прибегают к скорой, неотложной помощи, симулируя острые болевые синдромы;

- основанием заподозрить токсикоманию служат следующие признаки: состояние опьянения, в оценке которого следует обращать внимание на подъем настроения, неясность сознания и вегетативную симптоматику. Поведение всегда неадекватно ситуации контакта – отсутствие должной серьезности, избыточная инициатива в беседе, обсуждение не относящихся к предмету разговора тем, отсутствие чувства дистанции и т.п. Сознание изменено по типу помрачения (иногда в легкой степени) или сужения – последнее характерно для опийного опьянения. Вегетативная симптоматика зависит также от вида наркотически действующего ве-

щества, его дозы и этапа опьянения и может проявляться преобладающей **симпатической или парасимпатической ирритацией**<sup>93</sup>. Особо следует обращать внимание на величину зрачков, **латеральный нистагм**<sup>95</sup>, фиксацию взгляда, ясность радужки, кровенаполнение поверхностных тканей, мышечный тонус, тремор, координацию, уровень артериального давления и частоту сердечных сокращений;

- характерной чертой опьянения является его быстрая динамика: наблюдение в течение 20–30 минут это подтверждает. В ряде случаев от опьяневшего исходит специфический запах: «химический» при злоупотреблении летучими, наркотически действующими средствами, перманганата калия при пероральном приеме обработанного эфедрина; гашиш и опий (при курении) также легко улавливаются обонянием. Внешний вид токсикомана постепенно приобретает характерные черты: преждевременное постарение, выраженные трофические расстройства (вялая, морщинистая кожа, тусклость и ломкость ногтей и волос, отсутствие многих зубов). Истощение опережает и поэтому не соответствует имеющимся соматоневрологическим расстройствам;

- следует обращать внимание на следы внутривенных инъекций, особо многочисленные у злоупотребляющих эфедрином; опытные пациенты избегают введения в кубитальные (локоть) вены, используя менее известные сосуды (на кистях, стопах и пр.). Внутривенное введение очень быстро вызывает склерозирование вен, не всегда сопровождаемое флебитом<sup>96</sup>. Вены плотны на ощупь, кожа над ними пигментирована. Некоторые больные вынужденно носят длинные рукава. Для опиоманов, гашишистов, для использующих стимуляторы характерны бледность с субиктеричностью кожи и слизистых оболочек, исхудание, для злоупотребляющих снотворными, седативными препаратами,

средствами бытовой химии – бледность с сероватым оттенком, пастозность, гнойничковые высыпания. При злоупотреблении синтетическими анальгетиками кожа приобретает оттенок «кофе с молоком». При злоупотреблении снотворными средствами, особенно барбитуратами, на спинке языка образуется полоска коричневого налета, трудноудаляемого, при злоупотреблении эфедрином язык малиновый, блестящий;

- токсикоманы отличаются замедленностью реакций, движений, речи, сообразительности. Для них характерны колебания настроения с приступами злобного раздражения, придирчивости, а также десоциализации (потеря мест учебы, работы, смена круга общения, отчуждение, жизнь вне семьи).

Особый разговор об ингалянтах. **Ингалянты** – это летучие наркотически действующие вещества, которые относятся к средствам технической и бытовой химии и используются для опьянения.

В таком качестве используют жидкость для заправки зажигалок, керосин, газолин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, резиновый, самолетный и другие виды хозяйственного клея, растворители нитрокрасок, жидкость для снятия лака с ногтей, лаки, краски, эмали, пятновыводители, очистители, полироли, различные аэрозоли, амилнитрит, бутилнитрит, моющие жидкости.

Активные ингредиенты включают бензин, ацетон, толуол, бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиленовый и изопропиловый спирты, ароматические и алифатические углеводороды, галогенированные (трихлорэтилен) и фторированные (дифторметан и трифторметан) углеводороды.

Злоупотребление подобными средствами известно давно. В XIX в. появились случаи вдыхания паров эфира с целью опьянения. В последующем с этой же



целью использовались многие средства, применяемые для наркоза. В 60-х годах XX века в США и Европе появились **нюхатели (снифферы)** клея и бензина. Амилнитрит и бутилнитрит используют в США гомосексуалисты во время полового акта, чтобы усилить оргазм – интоксикация вызывает состояние парения, головокружения и эйфории.

**В нашей стране первые случаи злоупотребления летучими наркотически действующими веществами известны с середины 70-х годов XX века.** Поскольку эти вещества можно приобрести в любом хозяйственном магазине, они доступны и дешевы, их используют дети и подростки. Злоупотребляют ингалянтами даже 6–8-летние дети. Чаще всего этим занимаются дети из семей низкого уровня развития, но бывает, что используют ингалянты и дети из благополучных семей.

Из-за того, что так называемые тяжелые наркотики подросткам малодоступны, злоупотребление ингалянтами имеет широкое распространение и можно предполагать, что оно еще долго не утратит своей актуальности, так как тесно связано с другими нарушениями поведения в подростковом возрасте.

**Наркотизация ингалянтами чаще всего носит групповой характер.** Способ введения – нюханье, вдыхание; поэтому эти средства и называют ингалянтами (ингаляция – вдыхание). Наркотизирующихся ингалянтами в просторечии именуют «нюхальщиками».

Для вдыхания используются бумажные, полиэтиленовые или пластиковые мешки, в которые кладется вата или тряпка, смоченная летучим наркотическим средством. Пакет надевают на голову или в него погружают лицо, а руки плотно прижимают пакет. Первый способ наиболее опасный, так как ребенок или подросток может задохнуться, потерять сознание. Если он вдохнет

ингалянт полным ртом, может возникнуть рвота, и он захлебнется рвотными массами.

Используются также трубки из жести, тряпки, пропитанные ингалянтom – их прикладывают к носу.

Есть и такой способ – на голове выщипывается часть волос в биологически активных точках, на это место кладется смоченная ингалянтom тряпка, а сверху головной убор. При таком способе наркотизация может происходить даже в общественных местах. Подростки сидят группами на скамейке во дворе или в парке, молчаливые и застывшие, с надвинутыми на лоб или лицо шапками и предаются своим видениям.

Опьянение наступает сразу же после нескольких выдыханий паров летучих органических растворителей и обычно продолжается от 15 до 30 минут, а при повторном выдыхании может длиться 1,5–2 часа.

Количество выдыханий контролируется самим наркотизирующимся. Если появляются головная боль, тошнота или становится тяжело дышать, выдыхание прекращается.

На первых порах опьянению может сопутствовать страх. В этом случае начинающие обычно прекращают выдыхание.

После многократного выдыхания ингалянтom у подростков уже не возникает опасений, и они повторными выдыханиями удерживают интоксикацию. Затем доза увеличивается, наступает мультики, как мы сказали выше. Вначале подростки могут усилить или остановить эти галлюцинации, в дальнейшем галлюцинации возникают и движутся помимо их воли. Бывает, что это одни и те же персонажи, одни и те же сцены, «свой глюк».

В состоянии интоксикации усиливается сексуальное влечение, которое удовлетворяется любым путем,

включая гомосексуальный и беспорядочные половые связи.

По выходе из состояния интоксикации наблюдается ощущение усталости, вялости, неспособность сосредоточиться.

*Есть некоторые различия при вдыхании паров разных летучих органических наркотически действующих веществ. При вдыхании паров бензина интоксикация наступает через 5–10 минут. Вначале возникает эйфория, и лицо опьяневшего расплывается в блаженной улыбке. Он неподвижен, стремления к движению нет. Если наркотизирующий прервет вдыхание, то через 15–20 минут эйфория проходит, сменяясь вялостью и головной болью. При продолжении вдыхания бензина возникают яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера, но страх сочетается с любопытством. Галлюцинации воспринимаются как реальность, опьяневший испытывает «сладкий ужас». Окружающее он не воспринимает. Такое состояние длится примерно полчаса, затем сменяется апатией, вялостью, головной болью*

*При опьянении парами пятиовыводителей тоже возникает эйфория. Эмоции передаются от одного опьяневшего всей группе. Если засмеялся один, то начинают хохотать все. Дети и подростки могут произвольно вызывать видения. Они говорят: «О чем подумаю, то и увижу». Видения навеяны прочитанными или увиденными в кинофильмах приключениями. У подростков они могут иметь сексуальную тематику.*

*Если вдыхание паров пятиовыводителя продолжается, то видения уже не возникают по желанию наркотизирующегося, а развиваются помимо его воли. От окружающего опьяневший отключен, но к своим видениям не относится как к реальности: он осознает, что галлюцинации вызваны интоксикацией.*

*При вдыхании паров ацетона, толуола, органических растворителей интоксикация более тяжелая. Возникает нарушение сознания по типу оглушения. Опьяневшие сидят в оцепенении, с застывшей улыбкой, что-то про себя бормочут, не реагируют на окружающее. Чтобы привлечь их внимание, надо несколько раз громко повторить вопрос, но они не сразу понимают, что к ним обращаются. Этот вариант интоксикации опасен возможностью тяжелого расстройства сознания — до сопора и комы. Кома — опасное для жизни состояние, требующее медицинской помощи.*

*При опьянении парами некоторых сортов клея возникают эйфория и галлюцинации по типу «мультиков». При передозировке может возникнуть тяжелое нарушение сознания — **сопор**<sup>97</sup>, а затем кома. Если наркотизирующий надевает целлофановый мешок на голову, бывают случаи, когда дети и подростки теряют сознание и погибают, так как не могут его снять.*

«Мода» на различные ингалянты постоянно меняется. В разных регионах и в разных подростковых компаниях «нюхальщики» используют свои разновидности летучих наркотически действующих веществ. И даже в пределах одной подростковой группы вдыхаемые вещества могут сменяться.

Обычно кто-то из подростков, уже имеющий опыт вдыхания паров какого-либо ингалянта, предлагает «понюхать» своим приятелям, и вся группа начинает дружно наркотизироваться. Бывает так, что из магазинов на некоторое время пропадает определенный сорт клея или определенный пятновыводитель, так как подростки все скупают, чтобы иметь «свой запас». Потом они начинают пробовать еще какие-либо средства бытовой химии, содержащие органические растворители, и, если эффект оказывается для них привлекательным, позволяя «балдеть» или «смотреть картинки», то вся группа переходит на новый ингалянт. И так они постоянно экспериментируют. Но большинство отдадут предпочтение одному ингалянту из-за его доступности или дешевизны.

Пробуют «нюхать», действительно, многие подростки, но, к счастью, не у всех развивается зависимость. У многих после первых же попыток возникают тошнота, рвота, сильная головная боль, даже сам запах растворителя вызывает отвращение, и они отказываются от продолжения.

**Систематически наркотизируются парами ингалянтов те подростки, у которых нет таких побочных эффектов.**

У большинства подростков, систематически «нюхающих» ингалянты, определяются различные психические отклонения, предшествовавшие наркотизации. Многие из них до наркотизации злоупотребляли алкоголем. **С развитием зависимости от ингалянта они**

**перестают употреблять спиртное, так как интоксикация наркотически действующими веществами становится для них более привлекательной.**

Сформированная зависимость от наркотически действующего ингалянта проявляется влечением. Приятным становится только состояние интоксикации, а все, что интересовало раньше, теряет свое значение. Влечение проявляется в неуправляемом поведении. Как бы родители и учителя ни стремились препятствовать наркотизации, подросток находит пути, чтобы ее продолжить.

**Если говорить об абстинентном синдроме, то он развивается после 3–6 месяцев систематического вдыхания ингалянтов. Возникает к концу первых суток после прекращения вдыхания наркотически действующего растворителя.**

Вначале появляются подавленное настроение или злобная раздражительность, тяжелая головная боль, приступы потливости, двигательное возбуждение, можно установить и объективные симптомы: расширение зрачков, дрожание пальцев рук, век и языка, повышение сухожильных рефлексов, судорожные подергивания отдельных мышечных групп.

Далее возникают тревога, настороженность, учащение пульса, повышение артериального давления, боль и чувство неудобства в мышцах, мышечное напряжение. Больной становится скандальным, агрессивным, угрожает самоубийством.

Затем настроение падает, возникает тоска, снижается двигательная подвижность. Токсикоман лежит в постели, жалуется на различные неприятные ощущения во всем теле.

Общее состояние утяжеляется в течение 4–6 дней, затем постепенно проявления абстиненции проходят,

но длительное время остаются раздражительность, приступы тоски или злобы, бессонница.

Общая длительность абстинентного синдрома 10–15 дней. Еще 1–1,5 месяца длится состояние неустойчивого равновесия.

Через 2–3 месяца регулярной наркотизации снижаются возможность концентрации внимания, нарушается память. Школьники не могут запомнить и удержать в памяти новый учебный материал, не способны вспомнить и ранее полученную информацию. Они не могут решить даже простейших задач по математике, безразличны к отметкам и полностью теряют интерес к учению. Жалуются на головную боль, головокружение, бессонницу. Ухудшается способность ориентироваться в меняющейся обстановке. Речь бедная, скудная, с использованием одних и тех же слов и речевых оборотов.

Снижение интеллекта проявляется и в том, что юные токсикоманы перестают скрывать наркотизацию от взрослых, могут вдыхать ингалянты в общественных местах и даже в школе.

Через несколько месяцев развиваются токсическая энцефалопатия и слабоумие.

Отметим: устойчивое поражение мозга вызывается не только парами растворителей, но и содержащимися в летучих препаратах высокими концентрациями тяжелых металлов, меди и цинка.

Помимо тяжелых психических нарушений, токсическая энцефалопатия проявляется неврологическими расстройствами. Поражаются диэнцефальная область, мозжечок, большинство структур мозга, происходят дегенерация, дистрофия и атрофия нервных клеток и волокон. Возникают периферические невриты, поражаются черепно-мозговые нервы. При передозировках возможны судорожные припадки.

Возникают поражения печени, почек и дыхательных путей. Практически у всех больных развиваются токсический гепатит и нефрит, так как органические растворители оказывают на них токсическое действие. Поражаются костный мозг и иммунная система.

Смерть может наступить от паралича дыхательного центра, асфиксии (удушья) или из-за несчастных случаев.

**В целом, токсикомания летучими наркотически действующими веществами является одной из наиболее злокачественных, тем более, что поражает она детей и подростков.**

Имеются и возрастные и половые особенности злоупотребления ингалянтами. Большинство начинают злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12–14 лет), иногда даже в 9–11 лет. Впоследствии большая часть прекращают ингаляции. Некоторые из них переходят к злоупотреблению алкоголем или другими токсическими веществами. Именно возрастом часто можно объяснить преобладание среди ингалирующих школьников.

**Ингалянтами злоупотребляют мальчики.** Девочки среди обследованных составляют только около 3% (данные 1988–1990, 2000–2002 г.г.). Они примыкали к компаниям мальчиков или, реже, вдыхали ингалянты в своих однополых группах.

**Еще одной особенностью злоупотребления ингалянтами является их региональное и ограниченное во времени распространение.** Одни вещества становятся «модными» среди подростков в некоторых городах и местностях и отсутствуют в других, где могут использовать иные вещества. С годами одни ингалянты сменяются другими и в одной и той же местности.

Мотивацией злоупотребления чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также комфортность со своей группой сверстников. Изобилие свободного времени, неумение себя чем-либо занять, скука являются предрасполагающими факторами. К ним можно также отнести несостоятельность в учебе и связанные с ней прогулы от нежелания учиться, быть посмешищем в классе.

**Неблагополучие в семье установлено в 70%.**

Одной из предрасполагающих причин считается также недоступность алкоголя в младшем подростковом возрасте, особенно в связи с законами об ограничении его продажи.

Акцентуации характера среди злоупотребляющих в возрасте 14 лет и старше выявлены достоверно чаще (93%), чем они установлены в общей популяции. Однако остается неясным, создают ли некоторые типы акцентуаций характера повышенный риск злоупотребления или оно само способствует их выявлению, переводя скрытые акцентуации в явные т. е. обычные варианты нормы в ее крайние варианты.

**Злоупотребление ингалянтами обычно идет рука об руку с социальной дезадаптацией.** Специально разработанные еще в 90-х годах прошлого века шкалы высокого риска социальной дезадаптации при обследовании позволили обнаружить этот риск у 77% злоупотреблявших по сравнению с 12% среди учащихся, не замеченных в употреблении токсических веществ.

Мы уже говорили о психотерапии, но, тем не менее, стоит и сказать, что у злоупотребляющих ингалянтами подростками **она имеет весьма ограниченную эффективность.** Безусловно, подросток непосредственно от специалиста должен услышать обо всех воз-



можных вредных последствиях. Некоторые подростки и не отдавали себе в этом отчета. Однако следует учитывать, что **в среде многих асоциальных подростковых компаний субъективная цена собственного соматического здоровья бывает невысока и значительно уступает субъективной цене развлечений и удовольствий.** Угроза психическому здоровью, перспектива стать слабоумным, потерять способность соображать, стать беспамятным производит большое впечатление, но нередко воспринимается с недоверием. В этих случаях бывают полезны наглядные примеры, особенно с демонстрацией результатов психологических исследований, обнаруживающих нарушения памяти и внимания у данного подростка в сопоставлении с благоприятными результатами, полученными у других его сверстников. **Наиболее действенными в отношении подавления влечения психической зависимости оказываются конкурентные интересы и увлечения, если таковые удастся найти и проработать.**

Кстати, для бытовой профилактики токсикомании у подростков можно разводить в жилых помещениях различные комнатные цветы, особенно те, которые выделяют приятные запахи (пеларгонию). В палисадниках, на садово-огородных участках с этой же целью можно выращивать сирень, чубушник, черемуху, ландыш. Для лечения токсикомании у подростков можно воспользоваться запахами герани, лаванды и камфары – они придают бодрость и внушают оптимизм. Запахи черемухи, белой акации и ландыша улучшают настроение. Это далеко не полный список растений, которые могут помочь справиться с бедой. Эффективное лечение токсикомании у подростков может быть достигнуто **в комплексе ароматотерапии и гипноза.** Двойное воздействие на нервные центры окажется бо-

лее сильным, чем при токсикомании, что и послужит основой для ее излечения.

В заключение главы хотелось бы еще раз установить причины как наркомании, так и токсикомании, ибо вопрос о причинах, порождающих, особенно среди несовершеннолетних и лиц молодого возраста, различные формы зависимости как массовое, эпидемическое явление представляет собой на сегодняшний день один из актуальных аспектов эффективной борьбы с нарко- и токсикоманиями и медиков, и психологов. Без изучения причин и факторов, приводящих к развитию химической зависимостью от различных психоактивных агентов, невозможно адекватно планировать тактику и стратегию профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий у потребителей психоактивных веществ.

Итак, **социальные факторы:**

- нестабильная экономическая ситуация, характеризующаяся снижением жизненного уровня большей части населения России, уменьшением деловой активности, существенным уровнем безработицы в ряде регионов, отсутствием понимаемых и осознаваемых людьми условий для быстрого улучшения ситуации, приводит к состоянию так называемой «социальной депрессии», отсутствию чувства личной перспективы и значимости. Рекламируемые некоторыми средствами массовой информации высокие стандарты индивидуального благосостояния, которые сформированы под влиянием зарубежной кино- и телепродукции, приводят к формированию у части психически незрелой молодежи имитационных моделей поведения. Роль наркотических и психоактивных веществ, в имитации «благоденствия» весьма существенна. Отсутствие целостной информационной стратегии, ориентирующей молодое поколение страны на сохранение собственно-

го здоровья и работоспособности как основного и обязательного фактора собственного жизненного благополучия, ведет к неосознаваемому стремлению жить «как там». Неосторожное и зачастую легкомысленное обращение с материалами о наркотиках в отдельных средствах массовой информации, приводит к формированию нездорового интереса к потреблению и потребителям, позитивного к ним отношения. Определенными кругами обществу навязывается дискуссия о целесообразности легализации наркотических веществ в России, в том числе, одностороннее и тенденциозное освещение опыта легализации марихуаны в Нидерландах и Испании, с умалчением об отрицательных последствиях этого шага. Сегодня подчас заметна и тенденция к гуманизации в отношении к наркомании как общественному явлению, зачастую носящая абстрактный характер, без учета реальных условий, к которым относятся: высокий уровень экономической и уголовной преступности в стране; низкая степень правового воспитания граждан; недостаточная степень эффективности деятельности исполнительной власти; недостаточно разработанная молодежная политика, отсутствие у молодежи реальных форм индивидуального самовыражения, сокращение позитивных форм досуга, излишняя коммерциализация досуговых и образовательных учреждений; недостаточная степень гражданского сознания.

Кроме того, надо отметить и пробелы в федеральном законодательстве, особенно в вопросах обеспечения населения антинаркотической пропагандой и противодействия пропаганде наркотиков;

- **микросоциальные факторы:** значительная роль среди этиологических факторов, приводящих к формированию аддиктивного поведения у несовершенно-

летних, традиционно отводится семье. Влияние микросреды (ближайшего окружения индивида), куда, безусловно, включаются близкие родственники с индивидуально присущими социально-психологическими характеристиками, в ряде случаев является основным патогенным фактором в генезе наркологических заболеваний. Одним из основных негативных последствий снижения жизненного уровня населения, является уменьшение роли семьи как ключевого социального института, обеспечивающего общественную стабильность. Здесь, помимо традиционных семейных дисгармоний, следует выделить и несколько совершенно новых факторов: изменение системы ценностей в сочетании с ревизией прошлого приводит к снижению авторитета старшего поколения в глазах молодежи. Алкоголизм одного или обоих родителей в современных условиях является более значимым фактором риска заболеваемости нарко- и токсикоманиями у детей и подростков, ввиду более быстрой десоциализации больных хроническим алкоголизмом, потерей ими источников средств существования, и, в ряде случаев, жилья, что, в свою очередь, обусловлено низким уровнем социальной помощи этому контингенту. Сюда можно и нужно, вероятно, отнести и низкую степень религиозности общества как основы для этических и моральных стандартов семьи на фоне разрушения этических концепций и постулатов времен социализма. Выделим и недостаточную информированность родителей в вопросах формирования антинаркотических установок в сознании детей;

- **психопатологические факторы:** нарушения поведения у детей и подростков, сопровождающиеся немедицинским потреблением психоактивных веществ, и, в частности, относящихся к наркотическим, могут быть обусловлены различными психологическими (или

психиатрическими) причинами. В последние десятилетия расстройства и особенности поведения у детей и подростков по-разному понимаются и классифицируются различными исследователями. Нечетко ограничены симптоматические рамки психических заболеваний, например пизофрении. Таким образом, то или иное расстройство (или психическая особенность) вряд ли может быть классифицировано с точки зрения семиотики в достаточной степени корректно. Из традиционно рассматриваемых в клинике подростковой и детской психиатрии специфических возрастных психопатологических синдромов (странных увлечений, метафизической интоксикации и пр.) можно выделить следующие основные симптомы: **огрубление личности с нивелировкой понятий добра и зла, антисоциальными тенденциями, утратой интереса к учебе и общественно полезному труду, расторможение «низших» влечений, психический инфантилизм.**

Имеются симптомы, наиболее характерные для раннего **гебоида**<sup>98</sup> (наблюдающегося у детей 11–13 лет), и, в частности, так называемый «бред семейной ненависти». Данный симптом проявляется в некорригируемом негативном отношении ребенка фактически к любым действиям родственников в отношении себя. Вопрос о собственно расторможенности влечений в узком смысле этого термина вне рамок гебоидного синдрома сложен. При изучении преморбидных особенностей личности несовершеннолетних, больных наркоманиями, выделяются две основные группы пациентов с упомянутым феноменом: **расторможение влечений у гедонических личностей**, то есть у пациентов, основным стимулом поведения у которых в преморбидном периоде было получение гедонических переживаний: пищевых, сексуальных и т.п. К прочим наслаждениям такие подростки нередко прибавляют себе эффект от потребления наркотиков; **растормо-**

**жение влечений у пациентов с преморбидно имеющим место психоорганическим синдромом.** Среди проявлений **психического инфантилизма**, умеренно выраженные признаки которого, по существу, являются нормой у несовершеннолетних (по мнению некоторых исследователей, даже до 30% и более лиц из числа взрослого населения имеют в качестве неболезненных личностных особенностей признаки психического инфантилизма, наиболее часто в качестве предиктора наркоманий и токсикоманий выступали следующие: **потребность в ярких эмоциональных переживаниях, робость и нерешительность (признается как симптом психического инфантилизма не всеми исследователями).** У робких и нерешительных детей и подростков часто наблюдается психологическая зависимость от старших и более волевых знакомых. В условиях, когда сбыт ПАВ приносит сверхприбыль, несовершеннолетние с выраженными чертами робости и нерешительности нередко под давлением знакомых, имеющих выраженные волевые особенности характера и вовлеченных в сферу наркобизнеса, начинают потребление наркотиков. В случаях, когда гипертрофированные черты психического инфантилизма, упомянутые выше, сочетаются с явлениями задержки психического развития или амбулаторными формами олигофрении, риск приобщения к систематической наркотизации значительно возрастает. **Тревожно-мнительные черты характера, являющиеся основой так называемой психастении, также в случае своей значительной выраженности могут быть предикторами систематической наркотизации.** В данном случае наркотики приобретают коммуникативную и транквилизирующую (вернее заменяющую ее эйфоризирующую) функции. Чем более выражены тревожно-мнительные черты, тем менее уверенно чувствует себя ребенок (подросток) среди

сверстников, тем более он нуждается в психологической поддержке. Не получая ее в должной степени, он нередко прибегает к «химической» поддержке, которую ему охотно предоставляют торговцы наркотическими веществами всех типов. Нередко наркомании и токсикомании наблюдаются у подростков с высокими интеллектуальными возможностями, превосходящими зачастую интеллект большинства сверстников. При этом личность может развиваться в преморбидном периоде вполне гармонично, отношения в семье и со сверстниками могут быть достаточно благоприятными. Речь идет о случаях, когда зависимость развивается как будто на фоне полного психологического и психиатрического благополучия. Причиной начала наркотизации в этих случаях нередко служит информационная недостаточность (близкая или тождественная психологическому понятию сенсорная депривация). Психологические механизмы этого заключаются в том, что окружающие микросоциальные условия не предоставляют хорошо развитому интеллектуально индивиду достаточных оснований для эмоционального и интеллектуального насыщения. Жизнь воспринимается субъективно индивидом как скучная. Поиски насыщения эмоциональной сферы и повышения интеллектуальной нагрузки здесь нередко провоцируют потребление ПАВ. **Существенную роль в приобщении к потреблению ПАВ нередко играют детско-подростковые реакции подражания.** В основе этих реакций могут иметь место различные особенности личности. Конечно, мы перечислили не все психологические и психиатрические предикторы токсикомании. Данный вопрос до настоящего времени не является достаточно изученным и нуждается в дальнейшем исследовании.

**Следует запомнить:** *летучие наркотически действующие вещества» (ЛНДВ), коммуникативная и транквилизирующую (эйфоризирующая) функции, психический инфантилизм, гебоид, ароматотерапия, ингалянты, сопор, снифферы, транквилизаторы.*

### **Вопросы и задания по Главе XVII**

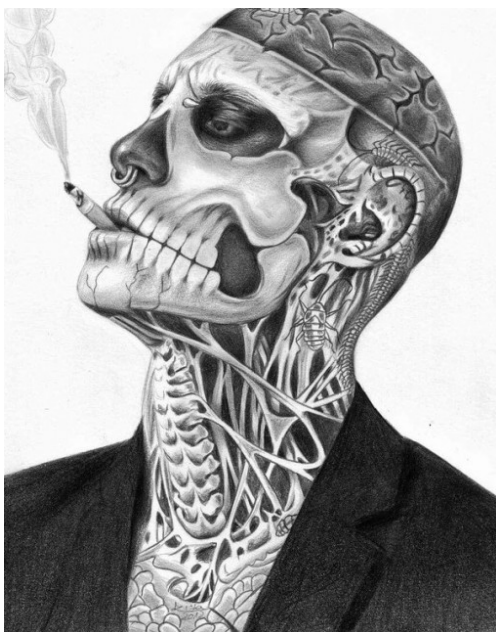
1. По каким параметрам токсикомания отличается от наркомании?
2. Расскажите о фазах опьянения при токсикомании.
3. Каким образом возникают влечение и постоянная зависимость от ЛНДВ?
4. Подготовьте сообщения о злоупотреблении снотворными средствами.
5. Расскажите о проблемах злоупотребления транквилизаторами.
6. В чем заключаются особенности зависимости от ингалянтов?
7. Дайте представление о внешних признаках токсикомании.
8. Каковы поведенческие признаки токсикомании?
9. Почему, по-вашему, наркотизация ингалянтами чаще всего носит групповой характер?
10. Что нам известно об абстинентном синдроме токсикоманов?
11. Подготовьте сообщения о гендерных особенностях токсикомании.
12. Каковы чаще всего мотивы появления привязанности к наркотикам, ингалянтам и пр.?
13. Попробуйте определить основные причины наркомании и токсикомании.



## Глава XVIII

### В центре внимания – табакокурение, или никотиновая зависимость

Распространенность табакокурения действительно высока во всем мире и имеет тенденцию к росту. Курильщики часто заявляют, что курят для того, чтобы повысить способность к концентрации внимания и умственной деятельности, и, в то же время, курение оказывает на них успокаивающее действие в стрессовых ситуациях.



*Еще один добрый рисунок...*

Вред от курения определяется вдыханием дыма, состоящего более чем из 3500 веществ, образующихся при сгорании табака (никотин, угарный газ, аммиак, синильная кислота, сажа и т.д.). Эти вещества обладают прямой токсичностью и/или выраженными канцерогенными свойствами. Особый вред здоровью наносит никотин. **Достоверно известно, что именно никотин – алкалоид, содержащийся в листьях табака, и вызывает табачную зависимость.**

Разнообразие фармакологических эффектов, вызываемых никотином, связано с тем, что рецепторы, на которые действует никотин, содержатся как в центральной и периферической нервной системе, так и во внутренних органах. Никотин одновременно обладает и стимулирующим, и седативным эффектом.

Все формы потребления табака, включая пассивное курение, значительно влияют на заболеваемость и преждевременную смертность, вызываемую более чем 20 различными болезнями. Например, 30–40% всех смертей от ишемической болезни сердца связаны с курением сигарет, такой же процент влияния курения на смерть от онкологических заболеваний. Установлено, что табакокурение является причиной 90% всех случаев заболеваний раком легких. Потребление табака снижает способность к деторождению у женщин и нарушает спермообразование у мужчин. В результате курения увеличивается агрегация тромбоцитов и изменяется эпителий сосудов, что способствует развитию атеросклероза и тромбообразования, снижает усвоение кислорода тканями.

К медицинским последствиям табакокурения относятся:

- 1) снижение сопротивляемости организма болезнетворным микроорганизмам;
- 2) ухудшение течения уже имеющихся болезней;

3) возникновение новых заболеваний, таких как злокачественные опухоли, заболевания сердца, легких, желудочно-кишечного тракта.

Доказано, что риск возникновения заболеваний связан как с количеством выкуренных сигарет, так и с продолжительностью курения. Тем не менее, понятие безопасной сигареты или безопасного уровня курения не существует. Вместе с тем, отказ от курения может снизить риск заболеваний. Так, в течение 5 лет у людей, бросивших курить, риск умереть от рака легких постепенно снижается и доходит до уровня, сравнимого с уровнем некурящих. Риск сердечно-сосудистых заболеваний снижается на 50% в течение первого года после отказа от курения.

**Табачная зависимость или никотиновый синдром** условно протекает в три стадии:

- **начальная стадия – курение носит систематический характер, человека тянет курить, при этом употребляется все большее количество сигарет.** Появляется чувство, что курение повышает работоспособность, улучшает самочувствие. Физическое влечение при этом отсутствует; отсутствуют и признаки соматических (телесных), неврологических и психических изменений. Продолжительность стадии 3–5 лет;

- **хроническая стадия – переносимость высокая, она достигает апогея и держится на высоких цифрах в пределах 1–2 пачек в день. Курение носит характер навязчивого желания.** Порою человек курит для того, чтобы получить ощущение внешнего комфорта. Элементы физического влечения могут проявляться в виде утреннего кашля, чувства дискомфорта, постоянного желания продолжать курение. Первые признаки соматического неблагополучия проявляются в виде бронхита, гастрита, а также в редких быстропроходящих неприятных ощущениях в области сердца,

изменении пульса, колебаниях артериального давления. Неврологическая симптоматика сводится к неприятным ощущениям «тяжелой головы», нарушению сна, раздражительности, некоторому малозаметному снижению работоспособности. Продолжительность этой стадии от 5 до 20 лет.

**- поздняя стадия – переносимость к никотину снижается, высокие дозы никотина вызывают явление дискомфорта. Психическое влечение снижается. Курение становится автоматическим. Физическое влечение проявляется в виде неглубокой абстиненции.** Систематически отмечаются признаки изменения деятельности сердечно-сосудистой системы, а также выраженной неврастении. При перерыве в курении появляются чувство «тяжести» в голове, головная боль, снижение аппетита, употребление большого количества жидкости, потливость, колебание температуры тела, нарушение пульса. Могут отмечаться повышенная раздражительность, снижение памяти, снижение концентрации внимания и работоспособности, неусидчивость, чувство тревоги. Резкое прекращение курения в хронической и поздней стадии приводит к появлению синдрома отмены табака, который проявляется в виде ощущения сильной потребности в табаке, выраженной раздражительности, тревожности, проблемы с концентрацией внимания, чувства беспокойства, головной боли, головокружения, нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

Исследования показывают, что большинство взрослых курящих хотели бы избавиться от этой привычки и пытались это сделать более одного раза. Но многие не знают, что **причины развития пристрастия к курению с точки зрения фармакологических и поведенческих процессов те же, что определяют зависимость от героина и кокаина. Поэтому бро-**

**сить курить так же трудно, как и наркоману отказаться от наркотиков.** Тем не менее, благодаря комплексному подходу в решении этой проблемы, за рубежом отмечено снижение числа курящих. **Лечение табачной зависимости должно быть достаточно продолжительным, комплексным, направленным на подавление влечения к табаку и ликвидации медицинских и психологических последствий табакокурения.**

Сегодня существует множество методов лечения никотиновой зависимости, с использованием лекарственных средств, специальной аппаратуры, а также игло-рефлексотерапия, психотерапия, которые в каждом отдельном случае подбираются индивидуально врачом, психиатром – наркологом. Для восстановления функции внутренних органов и нивелирования последствий курения необходимо обратиться за консультацией и к терапевту.

Огромное количество вопросов стоит перед исследователям табачной аддикции:

- является ли никотинизм вариантом токсикомании?
- каковы специфические черты табачной зависимости?
- каковы принципы лечения табачной зависимости?

Курение табака нередко называют эпидемией, даже пандемией, чумой своего времени. И действительно, в большинстве стран Европы свыше 50% мужчин выкуривают в среднем по 15 сигарет в день. Число курящих женщин колеблется от 10 до 50%, превышая во многих странах 30%-ный рубеж. На территории бывшего СССР насчитывается свыше 70 млн. курильщиков. По данным, полученным в 80-е годы, в СССР курили около 75% мужчин и 20% женщин. Несмотря на то, что в последние годы доля курящих в большинстве стран

уменьшается, абсолютное их число растет, главным образом за счет женщин и молодежи.

Ежегодно во всем мире от болезней, связанных с курением, умирает 3 млн. человек.

В США финансовые потери, связанные с курением, составляют почти 26 млрд. долларов в год, то есть 11,3% от урона, наносимого всеми заболеваниями.

Несмотря на важность обсуждаемой проблемы, изучена она далеко не достаточно. Слабо разработанными остаются многие вопросы клиники и лечения табачной зависимости. Отчасти это может быть связано с отношением общества к курению как к социально приемлемой аддикции. Вместе с тем, большинство специалистов считают, что **никотинизм является вариантом токсикомании, причем одним из наиболее упорных и трудно поддающихся лечению. Повторим: так же как и большинство других токсикоманий, никотинизм проходит через фазы психологической и физической зависимости с формированием на заключительной стадии абстинентного синдрома, характеризующегося появлением ряда соматических и психических неприятных ощущений при прекращении курения.**

Однако табачной зависимости присущ и ряд специфических черт, отличающих ее от других токсикоманий. Так, **при ней не развивается выраженных психических нарушений и изменений личности, что, очевидно, и делает этот вид патологического пристрастия социально терпимым. Кроме того, при никотинизме роль психологических факторов в становлении пристрастия, по-видимому, выше, чем при любой другой токсикомании.**

До сих пор неясно, каким образом никотин может оказывать эйфоризирующее действие. В некоторых

исследованиях доказывалось, что, хотя никотин и играет определенную роль в формировании табачной зависимости, она весьма мала по сравнению с психологическими факторами. Отсюда с очевидностью вытекает ведущее место методов психологического воздействия в лечении никотинизма. Терапия этого состояния – сложная, комплексная задача, в основном, разрабатываемая психиатрами и психотерапевтами. И понятно, что в российских условиях далеко не каждый больной обратится к психиатру с просьбой избавить его от пристрастия к курению. Поэтому комплексные действия врачей общей практики, а также узких специалистов в различных областях соматической медицины в отношении этой категории пациентов имеют немаловажное значение. Очевидно, что даже такая простейшая мера, как совет врача прекратить курение, оказывается достаточно действенной: в 9,7% случаев больные бросают курить на срок 12 месяцев и более. Цифра впечатляющая, особенно если учесть громадную численность курильщиков. Тем не менее, хотя большинство курильщиков признаются, что совет врача был бы для них самым важным мотивационным фактором для прекращения курения, только 40–50% из них когда-либо получали такую рекомендацию. И лишь 4% врачей считают, что они могут эффективно влиять на курильщиков в плане отказа от вредной привычки. С чем же связана столь пессимистическая оценка медиками своего потенциала? Быть может, она обусловлена тем, что не все врачи дают по-настоящему квалифицированный совет курильщикам. Действительно, практически любой больной и безо всяких рекомендаций знает о том, что курить вредно. Другое дело, что далеко не каждый имеет представление о том, какой именно вред курение наносит лично его здоровью. Поэтому, на наш взгляд, совет врача должен быть

не только максимально индивидуализирован, но и подкреплён знанием психологии зависимого.



### *Неожиданно?*

Практически любой специалист сегодня располагает информацией, которую он мог бы применить в психотерапевтической работе со своими курящими пациентами. В ходе этой работы не следует пренебрегать данными инструментальных и лабораторных методов исследования, которые играют роль своего рода наглядного пособия при демонстрации пациенту вреда, наносимого его здоровью курением. **Важно не только то, что пациент должен знать о риске, которому он подвергает свой организм, но и то, что он должен глубоко осознавать этот риск и брать на себя ответственность за него.**

Вместе с тем, следует учитывать, что ведь и не для каждого человека фактор здоровья является ведущим в иерархии ценностей! **Многим субъективно более важным кажется сохранение ощущения психологического комфорта и контроля над своим эмо-**



циональным состоянием, что и достигается с помощью курения. Другим максимально значимым представляется то, как они выглядят в глазах коллектива. Каждый из этих моментов может способствовать началу и продолжению курения. Но одновременно каждый из них можно использовать для того, чтобы помочь больному избавиться от вредной привычки – это уже работа и для психолога.

Например, пациенту, применяющему табак в качестве релаксационного (или, наоборот, стимулирующего) допинга, можно объяснить, что таким образом он получает состояние лишь иллюзорного, или, если можно так выразиться, «патологического» комфорта, вызванного воздействием наркотического вещества. Следовательно, он не только не обретает контроль над собой и над ситуацией, но, напротив, теряет его, попадая в зависимость от наркотика. Ребенку или подростку, подражающему курящим взрослым в стремлении выглядеть старше в глазах сверстников, можно дать понять, что, прибегая к курению, он всего лишь проявляет себя как зависимая и незрелая личность, идущая на поводу у большинства. Не следует забывать, что для многих зависимых чрезвычайно значимыми являются такие моменты, как внешность, работоспособность, здоровье близких (имеется в виду «пассивное курение») и др.

Так же, как и большинство других токсикоманий, никотинизм проходит через фазы психологической и физической зависимости с формированием на заключительной стадии абстинентного синдрома, характеризующегося появлением ряда соматических и психических неприятных ощущений при прекращении курения.

Сегодня есть любопытный и своеобразный прием психотерапии табачной зависимости, называемый автором «парадоксальной стратегией»: начиная с третьего-четвертого сеанса психотерапии на фоне дискомфорта, вызванного частичным прекращением курения, психолог начинает отговаривать больного от борьбы с курением и предлагает отказаться от дальнейших усилий. Очевидно, что такой прием пригоден для работы лишь с некоторыми курильщиками, а именно с теми, в характере которых прослеживаются черты ригидности, упорства, настойчивости. Парадоксальный совет возбуждает в людях такого типа свойственный им дух противоречия, что ведет к формированию твердой установки на прерывание курения. При этом важно, чтобы психолог, во-первых, точно подобрал тех, с кем можно работать таким образом, а во-вторых, чтобы он не переусердствовал в своем мнимом стремлении отговорить пациента от дальнейших усилий. И то и другое требует определенного мастерства и психотерапевтического опыта.

В случае если зависимый принял решение бросить курить, следует предложить ему по возможности безвредную и физиологичную замену тому допингу, которого он лишается. Здесь первостепенную роль играет обучение, например, приемам аутогенной тренировки. Так, если аддикт использует курение с целью расслабления и отдыха, можно порекомендовать ему освоить релаксационные упражнения. В этот комплекс должны входить упражнения, направленные на мышечное расслабление (последовательная релаксация всех крупных мышечных групп, с уделением особого внимания мимической мускулатуре) и на психическую релаксацию.

Одновременно можно использовать методику «освобождения дыхания»: фиксацию внимания на ритме

дыхательных движений с параллельным самовнушением положительных эмоций в течение приблизительно 10 минут.

Если клиент использует курение в качестве стимулирующего средства, показаны тонизирующие упражнения аутотренинга.

У некоторых никотинозависимых релаксационные и стимулирующие методики можно сочетать друг с другом (сначала выполняются упражнения первой, а затем второй группы). Все упражнения первоначально проводятся под руководством специалиста, а в последующем самостоятельно два-три раза в день и при возникновении желания закурить.

**Существует достаточно обширная группа зависимых, для которой наиболее привлекательным в курении кажется не само воздействие никотина на психику, а те манипуляции, которыми акт курения сопровождается: возня с сигаретными пачками, спичками, зажигалками и прочей курительной атрибутикой.** В первую очередь, это молодые люди с еще не установившейся физиологической зависимостью от никотина. Вместе с тем, и для курильщиков с большим стажем данный фактор нередко имеет большое значение. Об этом говорит хотя бы то, что пристрастие к инъекциям никотина встречается лишь как казуистическая редкость. В данном случае требуется замена манипулирования курительными принадлежностями на манипулирование другими предметами, не имеющими отношения к курению. Это могут быть различные головоломки, эспандер, вязание, жевательная резинка и т. д., в зависимости от индивидуальных предпочтений пациента.

В тех случаях, когда у курильщика сформировалась достаточно выраженная физиологическая зависимость от никотина, возможно назначение собственно

заместительной терапии в виде содержащих никотин препаратов, таких как никотинелл и никоретте. Дозировки препаратов подбираются индивидуально в зависимости от стажа курения и его интенсивности. Содержащие никотин лекарственные средства не должны назначаться тем, у которых отсутствуют признаки физиологической зависимости от никотина.

Рассмотрим другие методы терапии табачной зависимости: наиболее распространенными и эффективными из них являются **методы аверсионной терапии, направленные на выработку отрицательного условного рефлекса на курение**. Подобных методов достаточно много, однако наибольшей популярностью пользуются приемы с использованием инъекций апоморфина, «быстрого курения» и гипноза.

Метод с использованием апоморфина заключается в том, что человеку подкожно вводят 0,1–0,3 мл однопроцентного водного раствора апоморфина, после чего предлагают выкурить две-три сигареты. Затем, на фоне возникающих под действием апоморфина неприятных ощущений, проводят императивное внушение отвращения к курению.

Практически любой, обращающийся к психологу или врачу, безо всяких рекомендаций знает, что курить вредно. Другое дело, что далеко не каждый имеет представление о том, какой именно вред курение наносит лично его здоровью. Поэтому, на наш взгляд, совет должен быть максимально индивидуализирован.

Этот метод может использоваться в комплексной терапии курения, однако существенным его недостатком является то, что в данном случае характер отрицательного безусловного раздражителя не совпадает с тем типом поведения, к которому вырабатывается отвращение (курение). В то же время, известно, что максимальным терапевтическим эффектом обладают виды

аверсионной терапии, основанные на стимулах, свойственных тому способу поведения, который требуется устранить. Данному правилу как раз удовлетворяет методика быстрого курения, являющаяся, видимо, самым распространенным способом лечения табачной зависимости во всем мире.

В основе метода лежит принцип, согласно которому подкрепляющий аспект любого стимула редуцируется и, в конце концов, становится аверсионным в том случае, если этот стимул предъявляется с необычно высокой частотой и интенсивностью. Таким образом, в данном случае в качестве отрицательного безусловного раздражителя (аверсионного стимула) используется само курение.

Своеобразной модификацией данного метода является предложение курить стоя в максимально быстром темпе две сигареты одновременно. Метод быстрого курения весьма эффективен, однако таит в себе потенциальную опасность мощного токсического воздействия никотина на сердечно-сосудистую и нервную системы. Поэтому проводить данный вид лечения зависимости следует только при отсутствии противопоказаний, каковыми являются, в частности, сердечно-сосудистые заболевания и эпилепсия.

В качестве альтернативного метода у больных, страдающих этими заболеваниями, можно использовать похожую процедуру, в ходе которой пациент не затягивается, а только вбирает табачный дым в рот.

Гипнотерапия как способ лечения табакокурения имеет в нашей стране давние традиции. Метод относительно прост, имеет минимум противопоказаний и может с успехом применяться у гипнабельных больных. Гипнотерапию также лучше проводить с группой больных. Во время сеанса аддиктов вводят в гипнотический транс по одной из традиционных методик (с

использованием фиксации взгляда, метронома или только словесного внушения). Затем производится внушение. Сеанс завершают возвращением в релаксированное состояние с внушением бодрости в постгипнотическом периоде.

Назначение психотропных лекарств при табачной зависимости играет подчиненную, вспомогательную роль по сравнению с методами психотерапии. Это связано с тем, что, как уже отмечалось выше, пристрастие к табаку носит преимущественно психологический характер. Лечение психотропными средствами должно быть направлено на снятие тягостных явлений абстиненции у курильщика. Терапия носит чисто симптоматический характер. При этом важно, чтобы неприятные побочные эффекты психотропных лекарств (это может быть чрезмерный «снотворный эффект, прибавка в весе и т.д.) не перевешивали по своей субъективной значимости для больного собственно лечебного эффекта. Поэтому вид лекарства и его дозировка подбираются строго индивидуально, с учетом симптоматики и индивидуальной переносимости. В случаях, сопровождающихся тревогой, раздражительностью, бессонницей, используются транквилизаторы (седуксен, феназепам, лоразепам и др.), фитотранквилизаторы: настои валерианы, пустырника и других трав. Если абстиненция характеризуется симптомами вялости, утомляемости, снижения работоспособности, показаны средства со стимулирующим эффектом. Не следует забывать и о витаминотерапии, показанной всем больным.

На сегодня, как считается, достаточно эффективным средством являются электронные сигареты, хотя клинических исследований этой довольно дорогой «игрушки» не проводилось.

**К сожалению, привычка видеть никотиновую зависимость в ореоле социальных мифов мешает**

осознать необходимость лечения, не дает увидеть правду, которая состоит в том, что табачная зависимость – это опасная болезнь, причиняющая вред не только самому курильщику, но и его близким, страдающим от пассивного курения. Поэтому не осознающим необходимость лечения табакокурения приходится преодолевать социальные стереотипы, воспитанные часто беспринципной пропагандой за долгие годы.

Особенность никотиновой зависимости в том, что *лечение* не заканчивается в тот момент, когда курильщик отказывается от сигарет. Многие из тех, кто вдохновился мнимой легкостью лечения табакокурения, закуривают вновь, оказавшись в располагающей к этому ситуации.

После того, как курильщик перестает курить, зависимость от курения не исчезает. При этом остается как физическая, так и ментальная зависимость. **Физическая** заключается в том, что тело человека реагирует на отсутствие никотина. А **ментальная** – в том, что человек, избавившийся от привычки, не сразу может адаптироваться к данной ситуации. Поэтому, когда человек бросает курить, необходимо уделить огромное внимание избавлению от пагубных физических и ментальных предпочтений.

В зависимости от некоторых факторов (частота курения, как долго существует привычка у данного человека, особенностей организма) симптомы никотиновой зависимости после прекращения курения могут присутствовать от нескольких дней до нескольких недель.

Симптомы никотиновой зависимости могут включать в себя (кроме перечисленного выше):

- болезненность (1–2 дня после прекращения курения);
- депрессию;

- разочарование, неудовлетворенность, злобу, нетерпение;
- тревогу, беспокойство;
- раздражительность;
- нарушение сна, сонливость, ночные кошмары;
- слабую концентрацию, рассеянность;
- повышенную возбудимость;
- головную боль;
- усталость;
- изменения аппетита.

Никотин – быстродействующий наркотик, и уровень его содержания в крови падает примерно вдвое в течение 30 минут и примерно до одной четверти через час после выкуривания сигареты. Это объясняет, почему, в среднем, курильщики выкуривают двадцать сигарет в день.

Как только сигарета выкурена, начинается быстрое выведение никотина из организма, и человек начинает испытывать муки отвыкания.

Среди курильщиков распространено заблуждение относительно страданий отвыкания. Они думают, что боль, связанная с отвыканием – ужасная травма, происходящая тогда, когда они самостоятельно или вынужденно пытаются бросить курить. На самом деле, в большей степени эти муки – мысленные – курильщик чувствует, что лишается удовольствия или опоры. **В действительности, боли, вызванные отвыканием от никотина, настолько незначительны, что большинство курильщиков живут всю жизнь и умирают, даже не осознав, что они – наркоманы.** Когда мы используем термин «никотинозависимый», мы думаем, что просто «приобрели привычку». Большинство курильщиков испытывают ужас от наркотиков, являясь, на самом деле, наркоманами. К счастью, никотин –



наркотик, от которого легко отказаться, но прежде необходимо признать, что человек стал зависимым.

Отвыкание от никотина не сопровождается физической болью. В основном, это тревожное ощущение опустошенности, чувство, что чего-то не хватает. Многие курильщики думают, что это нечто, связанное с их руками. Если это чувство сохраняется, курильщик становится нервным, неуверенным, возбужденным, раздражительным и начинает испытывать недостаток доверия к миру. Жажда никотина похожа на острый голод.

Примерно через семь секунд после закуривания в кровь поступает свежий никотин, и страстная тяга к нему заканчивается, оставляя ощущение расслабления и уверенности, которые дает курильщику сигарета.

В юности, когда люди только начинают курить, боль отвыкания и облегчение настолько слабы, что курильщики даже не догадываются, что это существует. Начиная курить регулярно, зависимые объясняют это наслаждением или тем, что курение превратилось в привычку. Правда же заключается в том, что они пристрастились к никотину и еще не осознают этого, а «маленькое никотиновое чудовище уже поселилось в чреве, и курильщики вынуждены его кормить».

Почти все курильщики начинают курить «по глупости». Ведь никого же не вынуждают начинать курить насильно. А сама сфера бизнеса, связанная с курением, представляет собой серию загадок. В глубине души все курильщики знают, что по своей глупости попали в зловещую западню. Однако самое грустное то, что наслаждение, получаемое курильщиком от сигареты, — это, прежде всего, удовольствие, вызванное попыткой вернуться к состоянию покоя, порядка и уверенности, которое его тело испытывало до того, как он стал зависимым от никотина.

Прежде чем были созданы оковы никотиновой зависимости, человеческие тела были достаточно совершенны. Затем вгоняется никотин, а когда выбрасывается сигарета, тот сам никотин начинает покидать тело, и люди испытывают боль отвыкания – не физическую боль, а просто ощущение опустошенности.

Конечно, никотин не так прост, как принято было считать до сих пор. С его помощью, например, разрабатываются новые методы лечения различных болезней.

Теперь уже ясно, то никотин может влиять на процессы в организме шире, чем считалось ранее. На основе результатов исследований ученые надеются научиться лечить от никотиновой зависимости. Никотиновая зависимость обусловлена генетикой. К такому выводу пришли независимо друг от друга одновременно исследовательские группы, занимавшиеся изучением взаимосвязи раковых заболеваний и курения, в Рейкьявике (Исландия), Лионе (Франция) и в Техасе (США).

Как установили ученые, курильщик, унаследовавший никотиновую зависимость от обоих родителей, на 80% более подвержен раку легких, чем курильщик, чьи родители вели здоровый образ жизни. При этом наследственные курильщики в среднем выкуривают на две сигареты в день больше и им сложнее отказаться от пагубной привычки. Наследственность, как предполагают, при определенных обстоятельствах может сказаться на здоровье даже тех, кто ведет здоровый образ жизни и не курит.

Любителям никотина, не получившим дурное наследство, не стоит радоваться. Риск развития рака легких у них все равно выше в 10 раз, чем у не курящих людей (среди этой категории населения он составляет менее 1%). Ежегодно от этого заболевания преждевре-

менно умирает не менее 5 миллионов человек по всему миру.

Ученые сканировали геномы нескольких тысяч больных и здоровых курильщиков и людей, не имеющих этой привычки. Исследователи предположили, что наиболее вероятный источник мутаций, приводящих к увеличению риска развития рака легких – пятнадцатая хромосома. Повреждение этой хромосомы приводит к развитию раздражительности, депрессивного настроения. Курение становится своего рода лекарством для человека, страдающего от подобных душевных недугов. Именно на этом основании и предложено ввести в терапию, применяемую для лечения заядлых курильщиков, антидепрессанты. Пока же и власти многих стран, и медики пытаются бороться с эпидемией никотиновой зависимости, например, рассказывая о вреде курения, вводя запрет на рекламу табака и на курение в общественных местах или организуя выдачу ценных призов за отказ от пагубной привычки, но... заметных результатов это не приносит.

На данный момент, кстати, остается неясным, ведет ли мутация напрямую к образованию опухоли или рак возникает непосредственно благодаря курению.

Подведем итоги:

**- *клинические проявления табачной зависимости.*** Клиническая картина табачной зависимости включает как симптомо-комплекс патологического влечения к табаку, так и динамический ряд симптомов и синдромов, патогенетически связанных с преморбидными особенностями личности, в форме аффективных и мыслительных расстройств. **Важное место занимают следующие нарушения:** патологическое влечение к табачному дыму; синдром абстиненции (отмена табака), симптомы повышения и понижения толерантности к табаку. Табачная зависимость

– это болезненное состояние (статика) и развитие (динамика). Патогенез табачной зависимости выражается в континууме разнообразных механизмов (психобиологические реакции, внутренние условия личности, внешние обстоятельства). Формирование и развитие клинической картины табачной зависимости определяется конституциональными, преморбидными, характерологическими особенностями личности (импульсивность поведения, повышенный уровень тревожности, конформность и др.), воздействиями микро- и макросреды, сопутствующими соматическими, психическими расстройствами (алкоголизм, невротические, психосоматические черты, акцентуации характера и пр.). Систематическое курение табака сопровождается становлением и формированием двух основных клинических разновидностей курения: привычки к курению и табачной зависимости. Привычка к курению наблюдается у 7% лиц, курящих табак. Она не сопровождается возникновением патологического влечения к курению, определяется только симптомами измененной реактивности организма на вдыхание табачного дыма и после краткосрочной психотерапевтической помощи лица с привычкой практически самостоятельно прекращают курение;

- *первые пробы курения.* В первые пробы курения некоторые лица дают своеобразную реакцию, сопровождающуюся психическим комфортом, успокоением, расслаблением мышц с одной стороны, с другой стороны эти ощущения сочетались с головокружением, чувством помутнения в голове, подташниванием, неустойчивостью в положении стоя. В этой психосоматической реакции проявляется расхождение (расщепление, диссоциация) качества ощущений в психической и телесной сфере. Подобная реакция

ранее описана как **«СИМПТОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ»**. При эпизодическом курении, на этапе привыкания, становления табачной зависимости, курильщики считают, что с этой «привычкой» легко покончить. При подобном отношении к курению болезненные, скрытые («молчаливые») механизмы продолжают свое развитие с неуклонным усугублением и формированием зависимости от табачного дыма. Иногда первая проба курения сопровождается выраженной токсической реакцией в виде обмороков с чувством подкашивания ног, падением, кратковременной потерей сознания или его сужения, рвоты, тахикардии, болей в области сердца, одышки. В большинстве случаев лица, испытавшие токсическую реакцию, не возвращались более к курению;

- **НИКОТИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ**. По мнению ряда авторов, острая никотиновая интоксикация возникает в случае избыточного курения сигарет. Другой причиной интоксикации является кожная абсорбция сама по себе или в сочетании с табачным дымом. У детей острое никотиновое отравление возможно в случае употребления сигарет внутрь. Симптомы отравления никотином включают: тошноту, рвоту, головную боль и боль в животе, тахикардию<sup>99</sup> и гипертензию<sup>100</sup>, спутанность сознания и возбуждение (позднее проявление), судороги и кому (позднее проявление).

Всасывание никотина может быть снижено промыванием желудка, приемом активированного угля и слабительных средств. Лечение никотиновой интоксикации является симптоматическим, включающим искусственную вентиляцию легких, назначение противосудорожных, антиаритмических средств и, при необходимости, атропина;

- **ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ И РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОЗИТИВНЫХ РЕАКЦИЙ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕС-**

**ского влечения.** Зависимость любого вида неизбежно затрагивает эмоционально-аффективную сферу жизнедеятельности человека. Некоторые ученые считают, что возникновение и становление зависимости на самых первых этапах ее развития связано с воздействием вещества на эмоционально-позитивные центры головного мозга. В свою очередь, эмоциональные сдвиги, обусловленные воздействием вещества, формируют рефлекс, а с каждым новым подкреплением создающаяся в мозге функциональная система все более стабилизируется, приводя к развитию устойчивого патологического состояния. На основании многочисленных исследований было сделано предположение, что зависимость связана с активацией центров положительных эмоций, возбуждение которых подкрепляет мотивационную систему удовольствия. **В процессе формирования состояния зависимости происходят значительные и устойчивые изменения как в нейрохимических, так и в нейрофизиологических механизмах обеспечения высших функций мозга, т. е. имеет место формирование своего рода нового поведенческого гомеостаза, нового устойчивого состояния, которое в данном случае является патологическим. Природа и пути воздействия на состояние зависимости могут быть удовлетворительно объяснены с позиций теории об устойчивом патологическом состоянии, важным элементом которой является представление о матрице долговременной памяти, обуславливающей стабильность этого состояния;**

- **типы патологического влечения.** Динамика патологического влечения к курению проявляется двумя основными типами: первый тип, **периодический**, характеризуется возникновением от 2 до 4 раз на протяжении дня светлых промежутков длительностью от 1

до 3 часов полного отсутствия влечения к курению табака. Второй тип течения патологического влечения – **постоянный** тип, при котором влечение к курению табака в виде воспоминаний о курении сохраняется в течении всего дня, либо эпизодически бывают светлые промежутки без мыслей о курении до 5–10 минут. Курящие лица в большинстве своем осознают «болезненность своей привычки», т.е. *симптом анозогнозии*;

- **компоненты патологического влечения.** В целостном клиническом проявлении синдром патологического влечения к табаку выражается веерообразно симптомокомплексами на 4-х уровнях:

**1. Идеаторный компонент (симптомокомплекс)** – развивается в определенной последовательности: припоминание – воспоминание – представление – желание, и характеризуется специфическими изменениями мышления, что выражается появлением мысленных, образных и мысленно-образных воспоминаний, представлений о курении, желания курения табака. При этом мысли о курении при их осознании иногда контролируются личностным «я», т.е. от них можно отвлекаться, но чаще они выходят из-под контроля «я» и могут приобретать навязчивый (сохранение критики к ним) или неодолимый, всеохватывающий личность, характер влечения. При попытках отказа от курения «курительные мысли» усиливаются и могут по своей устойчивости напоминать доминирующие, сверхценные идеи.

**2. Вегето-сосудистый компонент** – в структуре патологического влечения проявляется в следующих симптомах: головная боль, сухость во рту, дрожание конечностей, увеличение частоты сердечных сокращений, ощущение дискомфорта в подложечной области, жажда, чувство подташнивания, повышенная потливость, колебания артериального давления.

**3. Невротический компонент** синдрома патологического влечения выражается неврастеноподобными и аффективными нарушениями: утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, неусидчивость, тревога, ощущение жжения, «необычные ощущения», колебания настроения, несдержанность, гневливость, депрессия, вялость, усталость, невозможность сосредоточиться, повышенная отвлекаемость, ухудшение внимания, затруднение в сосредоточенности и осмыслении материала.

**4. Поведенческий компонент (уровень)** патологического влечения к курению проявляется суетливостью, непоседливостью, стремлением «занять себя чем-то», «положить в рот что-либо пожевать», «переключиться на другой вид деятельности» или наоборот стремлением «достать соответствующие сигареты, табачные изделия», бесцеремонностью, снижением этики курительного поведения, доставанием окурков из урны, с земли, снижением или отсутствием ситуационного контроля, закуриванием в «неподходящем месте» (в окружении некурящих лиц, в общественном транспорте и пр.). Диагностическая оценка поведенческого компонента у курильщиков должна осуществляться в совокупности с анализом других 3-х уровней (идеаторный, вегето-сосудистый, невротический).

**Клиническая картина при табачной зависимости формируется при неоднозначном участии невротического, вегето-сосудистого, идеаторного и поведенческого компонентов.**

Профилактические программы среди взрослого населения и программы, направленные на борьбу с курением, конечно, снижают число курильщиков, однако общее число курящих не сокращается, поскольку эта привычка приобретает все большую популярность среди детей и подростков,



пополняющих ряды курильщиков. Доказано, что курение, являясь причиной многих хронических заболеваний, в первую очередь, злокачественных, легочных и сердечно-сосудистых, приводит к преждевременной смерти. Согласно исследованиям, 30% смертей мужчин и 4% смертей женщин России обусловлено курением. По числу смертей, связанных с курением табака среди мужчин, Россия занимает лидирующее место в Европе.

Курение является важнейшей, но предотвратимой причиной заболеваний, однако, несмотря на хорошо известный риск для здоровья, распространенность курения в мире до сих пор растет. Если такая тенденция будет сохраняться, то менее чем через 30 лет курение станет ведущей причиной преждевременной смерти.

В России курят более 3 млн. подростков: 2,5 миллиона юношей и 0,5 млн. девушек.

Табакокурение является сложным поведенческим актом, в возникновении и развитии которого принимают участие не только физиологические факторы, но в первую очередь целый комплекс социальных и психологических условий, особенно в подростковом возрасте.

Объектом изучения многих исследований являлось изучение влияния семейной ситуации на раннее начало курения. Анализ таких характеристик, как распространенность этой привычки в семье подростка, интенсивность курения родителей, старших сестер и братьев показал, что семья, семейные отношения оказывают значительное влияние на распространенность курения среди детей.

В настоящее время в социально-ориентированных профилактических программах по предотвращению курения среди подростков, проводимых за рубежом, большое внимание уделяется влиянию сверстников и

часто игнорируется влияние родителей. Многие, в том числе и мы, главным фактором, влияющим на раннее начало курения, считают не семью, а влияние курящих сверстников, раннюю вовлеченность в социальную активность и давление сверстников. Но только неясно: то ли влияние сверстников ведет к курению, то ли лица, которые курят, ищут тех, кто курит. А учет курения лучших друзей иногда делает недостоверным влияние курения родителей.

Психологическая оценка в терминах депрессии и тревожности тесно коррелирует с курительным поведением. Ряд данных указывает на то, что табакокурение подростков связано со стрессогенными условиями жизни. Стресс и самооценка являются важными факторами причин курения и его поддержки.

**Причинами начала курения можно признать и личностные особенности курящих.**

Среди психологических предпосылок к началу курения можно отметить низкую устойчивость к эмоциональным нагрузкам, повышенную тревожность, акцентуации характера, трудности социальной адаптации, склонность к рискованному поведению, низкую самооценку, ориентацию на мнение большинства, внешний локус контроля и т.д. Принятие «курительного» поведения или намерение курить часто коррелирует с «курительным» поведением в будущем.

Одна из основных психологических характеристик, которая отличает курящих подростков от некурящих — **агрессивное поведение**, причиной чего обычно служит борьба за первенство, стремление к превосходству.

Целый ряд исследователей рассматривает раннее начало курения в подростковом возрасте как одну из форм **рискованного поведения**. В то же время, комплекс поведенческих и личностных характеристик, связанных с формами поведения подростков и

расцениваемых как рискованные, неясен и недостаточно изучен.

**Итак, среди условий, влияющих на раннее распространение привычки табакокурения, можно выделить индивидуально-психологические, возрастно-психологические, а также социально-психологические.**

Признавая необходимость борьбы с курением, многие ведущие отечественные и зарубежные ученые отмечают первостепенную важность ранней профилактики этой привычки среди детей и подростков. Национальные и региональные политика должны быть направлены на снижение распространенности курения, оказание помощи курящим подросткам в прекращении курения, защиту некурящих подростков.

Статистические данные показывают, что если молодого человека в возрасте от 10 до 21 года удержат от курения, спиртного и наркотиков, то вероятность того, что этот молодой человек окажется в числе наркоманов, почти равна нулю.

*II в завершение – кратко об истории борьбы с курением:*

*В допетровской России табак считался «дьявольским зельем», а курение наказывалось вырыванием поздравлений. В 1634 году, – как сообщает Адам Олеарий – великий князь (царь Михаил Романов) по предложению патриарха (Иосафа) наряду с частными корчмами для продажи водки и пива, совершенно запретил и торговлю табаком и употребление его. Преступники наказываются весьма сильно, а именно – расщеплением носа (вырыванием поздравлений) и кнутом. Следы подобного рода наказания мы видели и на мужчинах и на женщинах», однако к 1663 году наказания были уже отменены.*

*В. А. Гиляровский в книге «Москва и москвичи» в главе «На трубе» писал:*

*«...Ехали бояре с папиросками в зубах. Местная полиция на улице была... Такова была подпись под карикатурой в журнале «Искра» в начале шестидесятых годов прошлого столетия. Изображена тройка посередине улицы. В санях четыре щеголя папиросы раскуривают, а два горючих лошадей останавливают. Эта карикатура сатирического журнала была ответом на запрещение курить на улицах, виновных отправляли в полицию, «несмотря на чин и звание», как было напечатано в приказе обер-*

полицейстера, опубликованном в газетах. Немало этот приказ вызвал уличных скандалов, и немало от него произошло пожаров: курильщики в сплуге бросали папиросы куда попало».

В новое время первое систематическое исследование влияния табака на здоровье было проведено в Германии, в Третьем рейхе. Там же была впервые разввернута государственная программа борьбы с курением.

Основанием для борьбы с курением является нарушение неотъемлемых прав некурящих людей на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья. Данное право признается Конституцией России (статьи 1.7.2, 2.41, 2.42, 2.55.3), статьей 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах ООН, Конвенцией по правам ребенка ООН, преамбулой Устава Всемирной организации здравоохранения.

21 мая 2003 года Всемирная организация здравоохранения приняла документ под названием «Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака». С тех пор ее подписали более 160 и уже ратифицировали более 150 государств. Конвенция не является документом прямого действия, а лишь определяет стратегию госрегулирования табачной отрасли.

С тех пор во многих странах курение в общественных местах было запрещено законом. В ноябре 2004 года Бутан стал первой страной, в которой запрещена продажа табака и табачных изделий, а ввоз табачных изделий для личных нужд облагается 100 % пошлиной.

Британские парламентарии проголосовали в феврале 2006 года за полное запрещение курения в пабах и клубах. Закон полностью вступил в силу в середине 2007 года. Аналогичное решение о запрете курения во всех общественных местах, включая рабочие места, пабы, рестораны и клубы, было принято и во многих странах Евросоюза (в том числе, в Ирландии, Германии, Франции). Практически на всех европейских авиалиниях курение запрещено в течение всего полета в самолетах.

В России после принятия в 1995 году Федерального закона «О рекламе» введены серьезные ограничения на рекламу табачных изделий как в средствах массовой информации, так и на наружную рекламу. Например, согласно статье 16 Закона, в рекламе табачных изделий не должны использоваться образы физических лиц в возрасте до 35 лет, что нарушается во многих городах России. В 2001 году принят Федеральный закон «Об ограничении курения табака».

9 декабря 2005 года Госдума РФ приняла в первом чтении законопроект, который предусматривает наказание за табакокурение вне специально отведенных для этого мест.

По мнению бывшего председателя Госдумы Бориса Грызлова, в России необходимо резкое повышение стоимости табачных изделий для конечного потребителя и ограничение их продаж: «Стоимость сигарет в России недопустимо мала. Сигареты для ребенка не менее доступны, чем мороже-

ное, при этом сигареты продаются на каждом углу, а мороженое ещё надо поискать».

В Англии предлагается снизить налог на добавленную стоимость на все продукты, помогающие отказаться от курения.

11 апреля 2008 года Госдума РФ приняла закон «О присоединении РФ к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака». Согласно новому закону, Россия введет жесткие ограничения всех видов рекламы табака, вплоть до ее полного запрета. Запрет на рекламу будет вводиться постепенно, в течение 5 лет. Будет усилена борьба с курением среди несовершеннолетних, а предупреждающая о вреде курения надпись на сигаретных пачках «должна будет занимать не менее 30 процентов площади большей стороны пачки».

С 1 мая 2008 года в Китае, где насчитывается 350 млн. курильщиков, был введен запрет на табакокурение в общественных местах. Еще в 1996 году было запрещено употребление табачных изделий в школах, на спортивных аренах и в кинотеатрах КНР. Согласно новым правилам, под запрет также попадают все рестораны, бары, Интернет-кафе, гостиницы, места массового отдыха и территории медицинских учреждений.

Во всех российских вузах полностью запретили курение в помещениях вуза (в коридорах, кабинетах, аудиториях, туалетах), разрешив курение лишь в некоторых, специально оборудованных для этого местах.

Производители табака часто принимают участие в финансировании и проведении программ, направленных, по их словам, на предотвращение курения среди детей и подростков, позиционируя табак как продукт для взрослых. По мнению антитабачных организаций, такие программы в лучшем случае бесполезны, а в худшем — являются скрытой пропагандой курения. Так, уже само представление сигарет как товара для взрослых может побуждать подростков, стремящихся быстрее повзрослеть, к курению. В данные программы включаются лишь мероприятия, неэффективные для борьбы с подростковым курением, но позволяющие создать видимость такой борьбы (образовательные программы, обучение школьников «сознательному выбору некурения», программы для продавцов табака и т. п.). Например, при создании антитабачных агитационных материалов для подростков используются лишь образы школьников (вызывающие у большей части подростков раздражение), и никогда — образы известных спортсменов, применяющиеся в рекламе табака для взрослых. Тренинги для продавцов, обучающие их отказу от продажи сигарет подросткам, не имеют практического значения, поскольку в реальности большинство продавцов продают сигареты несовершеннолетним, понимая, что в противном случае это сделают конкуренты.

Эти программы позволяют табачным компаниям улучшать свой имидж, проводить маркетинг своей продукции среди подростков и срывать действительно эффективные мероприятия против курения (например, пол-

*ный запрет курения в школе и на прилегающей территории как для детей, так и для взрослых или полный запрет рекламы табачных изделий).*

И в завершение о позитивных изменениях при отказе от курения:

- через 2 часа никотин начинает удаляться из организма, и в этот момент чувствуются первые симптомы отмены;

- через 12 часов окись углерода от курения выйдет из организма полностью, легкие начнут функционировать лучше, пройдет чувство нехватки воздуха;

- через 2 дня вкусовая чувствительность и обоняние станут более острыми;

- через 7–9 недель тонкие обонятельные каналы окончательно очистятся от смолы и копоти, и острота запахов приобретет неожиданно «яркое звучание»;

- через 12 недель (3 месяца) функционирование системы кровообращения улучшается, что позволяет легче ходить и бегать;

- через 3–9 месяцев кашель, одышка и проблемы с дыханием становятся значительно менее выраженными, функция легких увеличивается на 10 %;

- через 5 лет риск инфаркта миокарда станет в 2 раза меньше, чем у курящих.

***Следует запомнить: никотиновый синдром, патологический комфорт, пассивное курение, аверсионная терапия, симптом психосоматической диссоциации, никотиновая интоксикация, идеаторный компонент (симптомокомплекс), вегетососудистый компонент, невротический компонент, поведенческий компонент, курительное поведение.***

## **Вопросы и задания по Главе XVIII**

1. Подготовьте сообщения, рассказывающие о вреде курения.

2. Подготовьте сообщения о возникновении проблемы курения, ее исторических корнях.
3. Расскажите о проблемах никотиновой зависимости в различных странах Европы, Азии и Америки.
4. Как протекает табачная зависимость?
5. В чем, по-вашему, заключаются психологические причины обращения к табаку?
6. Расскажите подробно о различных стадиях никотинизма.
7. В чем, по-вашему, заключается трудность отвыкания от курения?
8. Какие позитивные изменения наблюдаются при отказе от табакокурения?
9. Подготовьте сообщения об истории борьбы с курением за рубежом и в нашей стране.
10. Каковы возможные причины начала курения?
11. Расскажите о типах и компонентах патологического влечения к табаку.
12. Как проявляются симптомы табачной зависимости?
13. Дайте общее представление о клинической картине последствий табачной зависимости.
14. Что такое «пассивное курение»?
15. Подготовьте сообщения о методах борьбы с табачной зависимостью.

## Заключение

Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. Трудные социально-экономические условия в России в значительной мере осложняют реальность. Происходит резкая смена привычных стереотипов, дестабилизация финансового положения и ситуации на рынке труда. Для многих не решена жилищная проблема. Эти и многие другие факторы способствуют потере чувства безопасности у значительной части населения нашей страны. Возникает серьезная проблема страха перед действительностью. Этот страх порождает стремление уйти от реальности. В большей степени этому страху подвержены люди с низкой переносимостью трудностей и низкими адаптационными способностями. В поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса такие люди часто прибегают к стратегиям аддиктивного поведения.

Суть аддиктивного поведения заключается в том, что стремясь уйти от реальности, люди пытаются искусственным путем изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления равновесия. Существуют разные виды аддиктивного поведения, как фармакологического, так и нефармакологического характера. Они представляют собой серьезную угрозу для физического и психического здоровья не только самих аддиктов, но и тех, кто их окружает. Значительный ущерб наносится межличностным отношениям. Наряду с экологическими проблемами окружающей среды, аддиктивное поведение становится немаловажной проблемой



экологии личностных ресурсов, что является звеном в полноценном функционировании общества и дальнейших его перспективах.

Аддитивное поведение – одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Этот процесс настолько захватывает человека, что начинает управлять его жизнью. Человек становится беспомощным перед своим пристрастием. Волевые усилия ослабевают и не дают возможности противостоять аддикции.

Выбор аддитивной стратегии поведения обусловлен трудностями в адаптации к проблемным жизненным ситуациям: сложные социально-экономические условия, многочисленные разочарования, крушение идеалов, конфликты в семье и на производстве, утрата близких, резкая смена привычных стереотипов. Реальность такова, что стремление к психологическому и физическому комфорту не всегда достижимо. Для нашего времени характерно и то, что происходит стремительное нарастание изменений во всех сферах общественной жизни. Современному человеку приходится принимать все увеличивающееся количество решений в единицу времени. Нагрузка на системы адаптации очень велика. Основоположник теории стресса Г.Селье, говоря об адаптации, пишет: «Большая способность к приспособлению, или адаптации, – вот что делает возможным жизнь на всех уровнях сложности. Это основа поддержания постоянства внутренней среды и сопротивления стрессу... Приспособляемость – это, вероятно, главная

отличительная черта жизни... Есть два способа выживания: борьба и адаптация».

Аддиктивная личность в своих попытках ищет универсальный и слишком односторонний способ выживания – уход от проблем. Естественные адаптационные возможности аддикта нарушены на психофизиологическом уровне. Первым признаком этих нарушений является ощущение психологического дискомфорта. Психологический комфорт может быть нарушен по разным причинам, как внутренним, так и внешним. Перепады настроения всегда сопровождают нашу жизнь, но люди по-разному воспринимают эти состояния и по-разному на них реагируют. Одни готовы противостоять превратностям судьбы, брать на себя ответственность за происходящее и принимать решения, а другие с трудом переносят даже кратковременные и незначительные колебания настроения и психофизического тонуса. Такие люди обладают низкой переносимостью фрустраций. В качестве способа восстановления психологического комфорта они выбирают аддикцию, стремясь к искусственному изменению психического состояния, получению субъективно приятных эмоций. Таким образом, создается иллюзия решения проблемы. Подобный способ «борьбы» с реальностью закрепляется в поведении человека и становится устойчивой стратегией взаимодействия с действительностью. Привлекательность аддикции в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления. Создается субъективное впечатление, что, таким образом, обращаясь к фиксации на каких-то предметах или действиях, можно не думать о своих проблемах, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций, используя разные варианты аддиктивной реализации.

Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных аддиктивных агентов. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психические состояния: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества.

Искусственному изменению настроения способствует и вовлеченность в какие-то виды активности: азартные игры, компьютер, секс, переядание или голодание, работа, длительное прослушивание ритмичной музыки, спортивный и религиозный фанатизм.

Виды аддиктивного поведения имеют свои специфические особенности и проявления, они не равнозначны и по своим последствиям. У аддиктов, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и др. веществами, развивается интоксикация, наряду с психологической зависимостью появляются разные формы физической и химической зависимости, что связано, в свою очередь, с нарушением обмена веществ, поражением органов и систем организма, наблюдаются психопатологические явления и личностная деградация. При вовлеченности в какую-то псевдодеятельность развивается психологическая зависимость, более мягкая по своему характеру. Но все эти виды объединяют общие аддиктивные механизмы.

**Алкоголизм.** По данным Всемирной организации здравоохранения, алкогольная проблема, рассматриваемая только в медицинском аспекте, занимает третье место после сердечно – сосудистых и опухолевых заболеваний. Роль злоупотребления алкоголем в современном обществе особенно возрастает с учетом связанных с этим явлением психологических и социально-экономических последствий.

**Наркомания.** В большинстве случаев прием наркотических веществ связан со стремлением к новым ощущениям, к расширению их спектра. Ищутся новые способы введения, новые вещества и разные сочетания этих веществ в целях достижения максимального эффекта. Наиболее распространены мягкие наркотики (марихуановый ряд). Они быстро вызывают психологическую зависимость: ощущение кайфа, усиление воображения, философствования, физической активности. С мягких наркотиков происходит довольно быстрый переход на более сильные вещества в виде ингаляторов (кокаин, экстази) и в виде внутривенных инъекций (героин), почти сразу же вызывающих физическую зависимость. Длительный прием марихуаны и многих других веществ (мескалин, ЛСД и др.) провоцируют психические заболевания. Наркотическая зависимость носит более выраженный характер по сравнению с алкогольной. Очень быстро вытесняется все, не относящееся к аддикции, быстрее наступает опустошенность. Возрастает интровертированность. Наркотическая зависимость часто сопряжена с криминальной деятельностью.

**Прием лекарственных средств в дозах, превышающих терапевтический эффект.** Прием транквилизаторов (элениум, реланиум и др.) приводит к определенной релаксации, создается впечатление, что повышается сообразительность, способность контролировать свое состояние. Риск возникновения аддикции наступает тогда, когда эти препараты начинают использоваться регулярно в качестве снотворных. Появляются элементы физической зависимости (частые случаи употребления, попытки прекратить приём и срывы). Малейший психологический дискомфорт становится поводом для принятия транквилизаторов. Психотропные препараты (психоделики) привлекают тем, что резко усиливается

восприятие, особенно зрительное. Эти препараты быстро вызывают длительные изменения: иллюзии, галлюцинации, бесконечности времени, повышенное настроение, резкая его смена.

**Прием препаратов бытовой химии.** Стремление к приему высокотоксичных веществ возникает обычно в подростковом возрасте из любопытства и носит коллективный характер. Эффект заключается в том, что развивается состояние, напоминающее опьянение, взлет, повышенное настроение, беспечность. Могут возникать видения (галлюцинации) типа быстро движущихся кадров мультипликации. Вдыхание паров органических растворителей (бензин, аэрозоли, эфир, хлороформ, клеи и т. д.) вызывает необратимые тяжелые поражения внутренних органов, головного и костного мозга, приводит к смертельным исходам. Возможны случаи смерти во время вдыхания в результате паралича дыхательного центра, асфиксии. Регулярные употребления приводят к стойким психическим нарушениям: ухудшение памяти, нарушения эмоционально-волевой сферы, снижение сообразительности, задержка развития умственных способностей. Употребление ингалянтов сопровождается низкой успеваемостью, нарушением дисциплинарных норм, агрессией, противоправными действиями.

**Сексуальное аддиктивное поведение** характеризуется сверхценным отношением к сексу, восприятием лиц, к которым возникают сексуальные влечения, не как личностей со своими особенностями и стремлениями, а как сексуальные объекты. При этом очень значимым, целевым становится «количественный» фактор. Сексуальная аддикция может маскироваться в поведении нарочитой праведностью, целомудрием, порядочностью, стано-

ваясь при этом теневой стороной жизни. Эта вторая жизнь постепенно приобретает все большую значимость, разрушая личность. Формы проявления сексуальной аддикции различны: донжуанизм, привязанность к порнопродукции во всем ее многообразии, разные виды извращения сексуальной активности. При всех этих проявлениях происходит суррогатная подмена, нарушение настоящих эмоциональных отношений с людьми. Перед сексуальными аддиктами стоит опасность возникновения сексуальных расстройств. Их сексуальное поведение оторвано от личностного аспекта, оно притягивает и наносит вред. Кроме того, реален риск заболевания СПИД. Корни сексуальной аддикции закладываются в раннем возрасте в эмоционально холодных, дисфункциональных семьях, в семьях, где сами родители являются аддиктами, где реальны случаи сексуальной травматизации в детском возрасте.

**Азартные игры** не связаны с приемом изменяющих состояние веществ, но отличаются характерными признаками: постоянной вовлеченностью, увеличением времени, проводимого в ситуации игры; вытеснением прежних интересов, постоянными мыслями о процессе игры; потерей контроля (неспособностью вовремя прекратить игру); состоянием дискомфорта вне игровой ситуации, физическими недомоганиями, дискомфортом; постепенным учащением ритма игровой активности, стремлением к риску; снижением способности сопротивляться роковому пристрастию. Наряду с этим может происходить злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами и т.д. в целях стимуляции активности и обострения ощущений. Способствовать риску развития пристрастия к азартным играм могут дефекты воспитания в семье: гипоопека, эмоциональная нестабильность, излишняя требовательность,

стремление к престижности и переоценка значимости материальных благ.

**Работогольная аддикция** представляет опасность уже потому, что считается важным звеном в положительной оценке личности и ее деятельности. В нашем обществе в сфере производственных отношений, практически в любых трудовых коллективах очень ценятся специалисты, отдающиеся целиком своей работе. Таких людей всегда ставят в пример другим, их поощряют материально и на словах, закрепляя в поведении свойственный им стиль. Работоголизм трудно распознается не только окружающими, но и самим работоголиком. К сожалению, за внешней общепринятой респектабельностью работоголизма стоят глубокие нарушения в эмоциональной сфере личности и в сфере межличностных контактов. Как и всякая аддикция, работоголизм является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое в данном случае достигается фиксацией внимания на работе. Работа не является здесь тем, что она представляет собой в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа не воспринимается им лишь как одна из составных частей жизни – она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности. Развитие аддиктивного процесса при зависимости этого вида влечет за собой личностные изменения: эмоциональную опустошенность, нарушение процессов эмпатии и симпатии, предпочтение общаться с неодушевленными предметами. Уход от реальности прячется за успешной деятельностью, преуспеванием в карьерных устремлениях. Постепенно работоголик

перестает получать удовольствие от всего, что не связано с работой.

**Аддикции к еде.** О пищевой аддикции речь идет тогда, когда еда используется не как средство утоления голода, когда компонент получения удовольствия от приема пищи начинает преобладать и процесс еды становится способом отвлечения от чего-то. Таким образом, с одной стороны происходит уход от неприятностей, а, с другой стороны, формируется фиксация на приятных вкусовых ощущениях. В случае, когда нечем занять свободное время или заполнить душевную пустоту, понизить внутренний дискомфорт, быстро включается химический механизм. При отсутствии еды, даже если нет голода, вырабатываются вещества, стимулирующие аппетит. Увеличивается количество съедаемой пищи и возрастает частота ее приема. Это ведет за собой нарастание веса, сосудистые нарушения. Такая проблема особенно представлена в странах с высоким уровнем жизни, наряду с которым в обществе наблюдается высокий уровень стресса. Реально развитие пищевой аддикции и в ситуации доступности еды в связи с особенностями профессии (бар, ресторан, столовая). Другая сторона пищевой аддикции – голодание. Опасность кроется в своеобразном способе самореализации, а именно в преодолении себя, победе над своей «слабостью». Это специфический способ доказать себе и другим на что ты способен. В период такой борьбы с самим собой появляется повышенное настроение, ощущение легкости. Ограничения в еде начинают носить абсурдный характер. Периоды голодания сменяются периодами активного переедания. Отсутствует критика своего поведения. Вместе с этим происходят серьезные нарушения в восприятии реальности.



Разрушительный характер аддикций проявляется в том, что устанавливаются эмоциональные отношения, связи не с другими людьми, а с неодушевленными предметами или явлениями. Эмоциональные отношения с людьми теряют свою значимость, становятся поверхностными. Способ аддиктивной реализации из средства постепенно превращаются в цель. Отвлечение от сомнений и переживаний в трудных ситуациях периодически необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постоянного ухода от реальной действительности. Формы аддикции могут сменять одна другую, что делает иллюзию решения проблем еще устойчивее и сильнее. Это опасно не только для самого аддикта, но и для тех, кто его окружает. Аддиктивная реализация заменяет дружбу, любовь, другие виды активности. Она поглощает время, силы, энергию и эмоции до такой степени, что аддикт оказывается неспособным поддерживать равновесие в жизни, включаться в другие формы активности, получать удовольствие от общения с людьми, увлекаться, релаксироваться, развивать другие стороны личности, проявлять симпатии, сочувствие, эмоциональную поддержку даже наиболее близким людям. Межличностные отношения слишком непредсказуемы для аддикта, они требуют больших усилий, немалых эмоциональных затрат, напряжения мыслительной деятельности и отдачи. Взаимодействие же с неодушевленными веществами, предметами и видами деятельности всегда предсказуемо, эффект достижения комфорта почти всегда гарантирован. Неодушевленными предметами легко манипулировать, поэтому растет уверенность в способности контролировать ситуацию. Страшно то, что манипулятивный

стиль переносится в сферу межличностных контактов. Таким образом, во взаимодействии аддиктивной личности с миром происходит специфическая переориентация: «одушевляются» предметные отношения с аддиктивными агентами и «опредмечиваются» межличностные отношения. Аддикт ограничивает в себе основные потенциалы, характеризующие личность: коммуникативный, познавательный, морально-нравственный, творческий и эстетический. Таким образом, стремление уйти от проблем и иллюзия комфорта обрекают аддикта на личностный застой, несостоятельность или полный крах. Окружающие его люди начинают испытывать все возрастающее недовольство по поводу такого поведения, учащаются и усиливаются конфликты. Пытаясь избежать затруднительных конфликтных ситуаций, аддикт, напротив, все больше расширяет зону конфликта и увеличивает долю нерешенных проблем, в значительной мере осложняя жизнь себе и близким.

Аддиктивная стратегия взаимодействия с действительностью приобретает огромные масштабы. Сложившаяся в нашем обществе традиция бороться с последствиями не решает проблему должным образом. Эта борьба с последствиями требует огромных затрат: физических, моральных, финансовых. Само по себе избавление от алкогольной или наркотической зависимости еще не означает полного исцеления. К сожалению, недооценивается разрушительный характер общих для всех видов аддиктивного поведения механизмов, в основе которых лежит то самое стремление к уходу от реальности. Эти механизмы не исчезают со снятием зависимости. Избавившись от одной зависимости, человек может оказаться во власти другой, потому что неизменными

остаются способы взаимодействия со средой. Молодое поколение заимствует эти образцы. Образуется замкнутый круг, выйти из которого очень непросто. Детское аддиктивное поведение – явление довольно распространенное. Но уделять внимание важно не только крайне тяжелым формам этого явления. Большого внимания требуют к себе те, чей уход от реальности пока еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды, кто потенциально может оказаться вовлеченным в разные виды аддиктивной реализации.

Профилактика аддиктивного поведения особую значимость приобретает в подростковом возрасте. Во-первых, это нелегкий кризисный период развития, отражающий не только субъективные явления процесса становления, но и кризисные явления общества. А, во-вторых, именно в подростковом возрасте начинают формироваться очень важные качества личности, обращение к которым могло бы стать одной из важнейших составляющих профилактики аддикции. Это такие качества как стремление к развитию и самосознанию, интерес к своей личности и ее потенциалам, способность к самонаблюдению. Важными особенностями этого периода являются появление рефлексии и формирование нравственных убеждений. Подростки начинают осознавать себя частью общества и обретают новые общественно значимые позиции; делают попытки в самоопределении.

Этапами профилактической деятельности могут стать следующие составляющие:

- **диагностический**, включающий в себя диагностику личностных особенностей, которые могут оказать влияние на формирование аддиктивного

поведения (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, неустойчивая я-концепция, низкий уровень интернальности, неспособность к эмпатии, некоммуникабельность, повышенный эгоцентризм, низкое восприятие социальной поддержки, стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций, направленность на поиск ощущений и др.), а также получение информации о положении ребенка в семье, о характере семейных взаимоотношений, о составе семьи, о его увлечениях и способностях, о его друзьях и других возможных референтных группах;

- **информационно – просветительский** этап, представляющий собой расширение компетенции подростка в таких важных областях, как психосексуальное развитие, культура межличностных отношений, технология общения, способы преодоления стрессовых ситуаций, конфликтология и собственно проблемы аддиктивного поведения с рассмотрением основных аддиктивных механизмов, видов аддиктивной реализации, динамики развития аддиктивного процесса и последствий.

-**тренинги личностного роста** с элементами коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, включающие формирование и развитие навыков работы над собой.

Весеннее заседание Госсовета Российской Федерации, прошедшее в Иркутске в апреле 2011 года, поставило серьезный вопрос перед целым рядом ведомств о введении обязательного тестирования учащихся на выявление наркозависимости. Вопрос этот, требующий тщательной проработки как юристов, так и медиков, видимо, будет не только решен, но и сыграет роль в своевременном выявлении и возможном освобождении нашего общества от такой страшной беды как наркомания. Но это только наркомания, а, к сожалению, ме-

ры, принимаемые в целях запрета на продажу табачной и алкогольной продукции лицам, не достигшим определенного возраста, оказываются часто не действенными. А говорить о возможности подросткам приобретать лекарственные препараты и химические средства и не приходится...

Профилактика аддиктивного поведения должна коснуться вообще всех сфер жизни подростка: семьи, образовательной среды, общественной жизни в целом.

В семье для подростка значимыми факторами являются эмоциональная стабильность и защищенность, взаимное доверие членов семьи. Подросток нуждается в умеренном контроле его действий и умеренной опеке с тенденцией к развитию самостоятельности и умения принимать ответственность за свою собственную жизнь. В сфере образования необходим пересмотр некоторых подходов в воспитании и преподавании учебных предметов. В связи с проблемой аддиктивного поведения актуальны такие стороны школьной жизни, как адекватная учебная нагрузка детей, придание особой значимости личностному аспекту, касающемуся и детского, и педагогического контингента. Целесообразно включение в образовательный цикл предметов, интегрированных курсов, спецкурсов и факультативов, направленных в своем содержании на расширение объема знаний о реальной жизни. Данная информация необходима для обретения свободы выбора, для развития адаптивных способностей и понимания важности умения жить в реальной жизни и решать жизненно-важные проблемы без страха перед действительностью и пользуясь разнообразными активными стратегиями преодоления стресса.

Полноценная профилактика аддиктивного поведения не возможна без участия в ней средств массовой информации. На представителей этой мощной индустрии должна быть возложена моральная

ответственность за качество информационной продукции и за ее содержание. В печатных изданиях и телевизионных программах информация для подрастающего поколения в настоящее время носит в основном развлекательный характер. Дети воспринимают средства массовой информации, особенно телевидение, только как развлечение, как то, что может уводить их от проблем реального мира в целом и проблем подросткового возраста в частности. В подростковом возрасте решающее значение приобретает стремление детей найти свое место в обществе. В связи с этим очень важно, какие образцы поведения предлагает общество. В общественной жизни большую роль может играть система психологической и социальной поддержки подростков, обеспечивающая помощь молодому поколению в становлении, в здоровом удовлетворении потребностей.

Направленность на людей – своеобразная психологическая повернутость к людям в большой мере зависит от того, насколько сами люди, общество в целом направлено на подрастающее поколение. Поэтому формирование таких важных качеств для межличностных отношений, как эмпатия, доброжелательность, готовность к сотрудничеству и др. попадает под зависимость от готовности общества отвечать подросткам тем же. Неоценимый вклад в профилактику аддикций может внести культура религиозных чувств, если она ориентирована не на уход от реальности бренного мира, а, напротив, наделяет человека высшей духовной и нравственной силой для противостояния трудностям и аддиктивным влечениям. А также для формирования уважительного отношения к своей личности и личностям окружающих, что явилось бы крепким фундаментом для строительства межличностных отношений.

# Примерная учебная программа по аддиктологии или психологии зависимостей

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Проблема психологической зависимости является одной из наиболее сложных и актуальных на современном этапе развития как российского общества, так и зарубежных стран. Современная жизнь с ее сложностями и проблемами оказывает сильнейшее воздействие на человека. Зависимость – это несовершенный способ приспособления к чрезмерно сложным для человека условиям деятельности и общения. Многообразные формы аддикции можно рассматривать как попытки бегства от реальности в некое иное пространство. Дисциплина «Психология зависимости» ориентирована на усвоение студентами-психологами систематизированных знаний о формах, этапах и механизмах развития зависимости, а также о способах ее ослабления и преодоления.

**Цель изучения дисциплины** – формирование у будущих специалистов-психологов готовности осуществлять процесс предупреждения и преодоления зависимого поведения у различных категорий людей.

**Основными задачами курса** являются:

- 1) раскрытие специфики психологии зависимого поведения как направления психологической науки;
- 2) определение механизмов развития зависимого поведения в целом и отдельных его видов;
- 3) рассмотрение специфики организации психопрофилактической работы с зависимостями;
- 4) определение содержания и методов психологической диагностики зависимого поведения;

5) освоение основных методов и приемов преодоления различных форм зависимого поведения.

Данная учебная дисциплина имеет широкие межпредметные связи. Ее изучение опирается на теоретическую подготовку студентов по общей, возрастной, клинической, социальной, юридической психологии, психологии девиантного поведения, психодиагностике и ряду других учебных дисциплин.

В результате изучения дисциплины «Психология зависимости» студенты должны усвоить такие понятия, как «аддикция», «зависимость», «со-зависимость», «наркомания», «алкоголизм», «гемблинг», «трудоголизм», «компьютерная зависимость» и другие, сформировать навыки выявления зависимого поведения, усвоить знания о механизмах и факторах возникновения зависимости, а также об основных методах преодоления зависимого поведения.

Программа разработана в соответствии с логикой и структурой учебной дисциплины и подразумевает проведение как лекционных, так и семинарских занятий. Изучение психологии зависимости рассчитано на один семестр, включает проведение текущего контроля (в форме теста) и завершается экзаменом.

## ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Наименование разделов и тем	Лекций	Семинаров	Всего ауд.	Самост. работа
1	Введение в психологию зависимости	2		2	4
2	Общая характеристика зависимости	2		2	4
3	Наркомания	2	4	6	6
4	Токсикомания	2	4	6	6
5	Алкоголизм	4	2	6	6



6	Никотиновая зависимость	—	2	2	4
7	Пищевые зависимости	-	4	4	6
8	Созависимость	—	4	4	6
9	Зависимость от азартных	4	-	4	6
10	Компьютерная зависимость	4	4	8	6
11	Зависимость от мобильных телефонов	-	2	2	4
12	Трудоголизм	2	2	4	4
13	Зависимость от покупок	2	2	4	6
14	Зависимость от сексуального поведения	2	2	4	4
15	Межличностная зависимость	6	-	6	4
	Итого	32	32	64	76

## СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

### Тема 1. Введение в психологию зависимости

Аддиктология как отрасль научного исследования, ее специфика и предмет изучения. История исследования зависимого поведения. Основные проблемы и задачи психологии зависимости как научной отрасли. Методы и приемы исследования зависимого поведения. Современные направления изучения зависимости.

### Тема 2. Общая характеристика зависимости

Понятие зависимости. Зависимость как норма и патология. Зависимость и аддикция: соотношение понятий. Объекты зависимости. Мотивы зависимого поведения. Измененное состояние сознания и зависимость. Бегство от реальности как основной мотив аддиктивного поведения. Формы «бегства от реальности».

Виды зависимости. Моно- и полизависимость. Химические и нехимические аддикции. Зависимость от

объекта и процессуальные зависимости. Социальные, интерперсональные и виртуальные зависимости. Личностная и поведенческая зависимости. Зависимое расстройство личности, его критерии. Синдром зависимости, его симптомы. Структура зависимости. Привычка и эмоциональная привязанность как элементы аддикции.

Фазы развития зависимости. Цикл зависимого поведения. Проблема взаимосвязи и взаимопереходов различных видов зависимости.

Психологические особенности зависимой личности. Специфика Я-концепции, эмоционально-волевой, когнитивной сфер аддикта. Особенности психологической устойчивости аддикта в кризисных и обыденных ситуациях. Специфика мотивационно-потребностной сферы зависимой личности. Виды «психологического голода» (Э. Берн) и их выраженность у человека, страдающего зависимостью. Особенности физиологических процессов как основа возникновения зависимости. Биологические, психологические и социальные факторы возникновения и развития зависимости.

Теоретические подходы к пониманию причин зависимости: физиологический, психиатрический, социальный, психологический. Психоаналитическая, бихевиоральная, гуманистическая, когнитивная, трансперсональная модели зависимости.

### **Тема 3. Наркомания**

Общая характеристика психоактивных веществ (возбуждающие средства, нейродепрессанты, наркотики, галлюциногены). Химическая и психологическая зависимости. Специфика абстинентного синдрома при химической зависимости.

Наркомания: понятие и общая клиническая картина. Критерии определения наркомании. Соотношение

явлений наркомании и токсикомании. Использование наркотиков в истории человечества. Классификации наркотических веществ. Химическое и психологическое действие наркотиков на организм.

Внешние признаки наркотического опьянения при употреблении различных наркотических средств (опийная, гашишная, эфедринная и другие виды наркомании). Специфика абстинентного синдрома.

Стадии течения наркомании. Возникновение психологической и физической зависимостей. Повышение толерантности к наркотическому веществу. Синдром передозировки. Развитие острых психозов и хронических изменений личности при наркомании.

Социально-психологический портрет наркомана. Признаки и причины употребления наркотиков. Виды мотивации употребления наркотиков. Физиологические, психологические и социальные факторы наркомании. Психологические теории наркомании.

Проблема подростковой наркомании. Мотивы употребления наркотиков подростками. Особенности семьи подростка-наркомана: специфика функционально-ролевой структуры, межличностных отношений, эмоциональных реакций членов семьи. Роль «наркогенного отца» (В.Д. Менделевич) в развитии наркомании у подростка. Наркомания как социальная и психологическая проблема. Лечение наркомании. Цели, формы и методы психотерапевтической работы с наркоманом и его окружением. Пути профилактики наркомании.

#### **Тема 4. Токсикомания**

Понятие токсикомании. Соотношение токсикомании и наркомании. Моно- и политоксикомании. Классификации токсикоманических веществ. Химическое и психологическое действие токсикоманических веществ на организм. Специфика опьянения и абстинентного

синдрома при употреблении различных токсикоманических средств. Стадии развития интоксикации токсикоманическими веществами. Специфика возникновения психологической и физической зависимостей при токсикомании. Признаки сформировавшейся токсикомании. Физические и психологические последствия использования токсикоманических средств. Психоорганический синдром, энцефалопатия и разрушение личности. Психологический портрет личности токсикомана. Причины употребления токсикоманических веществ. Возрастные и гендерные особенности токсикоманов. Проблема подростковой токсикомании. Физиологические, психологические и социальные факторы развития токсикомании. Профилактика токсикоманий.

### **Тема 5. Алкоголизм**

Пьянство и алкоголизм: соотношение явлений. Стадии алкоголизации. История использования алкоголя в истории человечества.

Химическое и психологическое влияние алкоголя на организм человека. Нормы безопасного употребления алкоголя. Последствия злоупотребления алкоголем. Влияние алкоголя на половую сферу. Морфологические, физические, физиологические и психологические особенности детей алкоголиков.

Острое алкогольное опьянение. Факторы, определяющие концентрацию алкоголя в крови. Степени алкогольного опьянения. Острая алкогольная интоксикация. Атипичные формы опьянения.

Хронический алкоголизм. Стадии развития хронического алкоголизма: психологические и соматические нарушения, личностные изменения, длительность, доза принимаемого алкоголя. Формирование психологической и физической зависимости от алкоголя. Абсти-

нентный синдром при алкоголизме. Клинические признаки прогрессирования алкоголизма. Истинные и ложные запои. Деградация личности больного алкоголизмом.

Алкогольные психозы. Алкогольный делирий: клиническая картина, динамика развития. Предделириозное состояние.

Причины возникновения и последствия алкогольных психозов.

Основные теоретические подходы к пониманию причин злоупотребления алкоголем. Возрастные особенности развития пьянства и алкоголизма. Причины злоупотребления алкоголем несовершеннолетними. Алкоголизм в старческом возрасте. Женский и мужской алкоголизм: общие черты и специфика. «Вдовый алкоголизм»; «супружеский алкоголизм». Этнокультурные особенности алкоголизма.

Современные методы лечения алкоголизма. Психотерапевтическая работа с алкоголиком и его окружением. «Анонимные алкоголики». Проблема профилактики алкоголизма.

## **Тема 6. Никотиновая зависимость**

Понятие никотиновой зависимости. Табакокурение и никотиновая зависимость: соотношение явлений. Использование никотина в истории человечества.

Влияние никотина на организм человека. Критерии и клиническая картина никотиновой зависимости.

Личностные и гендерные особенности зависимых от никотина. Мотивация курения табака. Причины и факторы развития никотиновой зависимости. Проблема профилактики зависимости от никотина.

## **Тема 7. Пищевые зависимости**

Общая характеристика пищевой зависимости. Психологическое значение пищи. Аддиктивный потенциал еды. «Пищевое поведение». «Шоколизм».

Нервная анорексия: критерии и клиническая картина. Стадии течения анорексии. Когнитивные процессы и личностные особенности больного анорексией.

Клиническая картина и течение нервной булимии. Булимия, переедание и ожирение: соотношение явлений. Компенсирующие действия при булимии. Сходства и различия булимии и анорексии.

Личностные особенности больных, страдающих пищевыми зависимостями. Гендерные и возрастные особенности пищевых аддиктов. Причины появления расстройств питания. Биологические факторы пищевых аддикций. Роль семейной обстановки и социального окружения в возникновении расстройств питания. Проблема преодоления пищевой зависимости.

## **Тема 8. Созависимость**

Понятие и общая характеристика созависимости. Критерии созависимости. Психологические особенности семьи аддикта. Фазы развития созависимости.

Психологические особенности личности созависимого. Феномен «жены алкоголика». Личностные характеристики детей и внуков алкоголиков. Гендерные и возрастные особенности созависимых. Роль семейной системы в развитии предрасположенности к созависимости. Проблема созависимых родителей.

Сходство проявлений химической зависимости и созависимости. Роль созависимых отношений в поддержании болезней зависимости у аддиктов. Проблема преодоления созависимости.

## **Тема 9. Зависимость от азартных игр**

Проблема игровой зависимости (гемблинга) в современном обществе. Категории современных игроков. История изучения игромании в России и за рубежом.

Специфика зависимости от азартных игр. История развития азартных игр, их психологическое значение. Критерии зависимости от азартных игр, механизмы ее формирования. Значение случайности выигрыша в развитии игромании. Психологическое значение денег. Синдром «дефицита удовлетворенности».

Степени игровой зависимости. Этапы развития игровой зависимости. Фазы игрового цикла. Личностные, половые и возрастные особенности игромана.

Основные подходы к пониманию причин игровой зависимости. Значение и последствия гемблинга. Методы психотерапевтической работы с зависимыми игроками. «Анонимные игроки». Проблема профилактики игровой зависимости.

## **Тема 10. Компьютерная зависимость**

Общая характеристика технологических зависимостей. Специфика отношений человека с компьютером. Понятие компьютерной зависимости, ее особенности и критерии. Виды компьютерной зависимости. Личностные особенности кибер-аддиктов.

Интернет-зависимость, ее специфика и общая характеристика. Предвестники и критерии интернет-зависимости. История изучения интернет-зависимости. Основные виды деятельности в интернете, их психологическое значение. Формы интернет-зависимости.

Личностные особенности интернет-зависимых. Причины распространенности интернет-зависимости. Возрастные и гендерные особенности интернет-зависимых. Проблемы, вызываемые интернет-зависимостью.

Виртуальное общение: психологические особенности, динамика развития. Феномен «виртуального романа», его отличия от реальных любовных отношений. Факторы, способствующие возникновению и развитию «виртуального романа». Последствия «сетевых отношений».

Особенности игровой деятельности в интернете. Психологические особенности виртуальных игроков.

Зависимость от киберсекса: клинические признаки, динамика развития. Виды зависимости от виртуального секса. Личностные особенности лиц, предпочитающих виртуальные сексуальные отношения. Причины и факторы развития виртуального сексоголизма.

Зависимость от информационной перегрузки. Познавательная потребность, специфика ее проявления при компьютерной зависимости. Психология хакерства. Последствия зависимости от информационной перегрузки.

Проблемы, связанные с патологическим использованием интернета.

Зависимость от компьютерных игр, ее специфика и критерии. Психологическое значение компьютерных игр, их отличия от традиционных видов игр. «Эффект погружения». Виды компьютерных игр. Механизмы и стадии развития зависимости от компьютерных игр. Личностные особенности людей, склонных к данной зависимости. Возрастные и гендерные особенности зависимых от компьютерных игр. Мотивы игровой компьютерной зависимости, ее последствия.

Зависимость от работы на компьютере, ее специфика и общая характеристика. Личностные особенности людей, склонных к зависимости от работы на компьютере. Проблема персонификации компьютера. Особенности психотерапии с зависимыми от компьютера.



### **Тема 11. Зависимость от мобильных телефонов**

Понятие и общая характеристика зависимости от мобильных телефонов, ее критерии. Психологическое значение мобильного телефона для человека. Формы зависимости от мобильных телефонов. Особенности SMS-зависимости.

Личностные и возрастные особенности зависимых от мобильных телефонов. Причины, факторы и последствия зависимости от мобильных телефонов, проблема ее преодоления.

### **Тема 12. Трудоголизм**

«Социально приемлемые» зависимости. Понятие трудоголизма. Специфика проявления зависимости от работы. Критерии трудоголизма. Виды трудоголизма и трудоголиков. Личностные особенности «трудоголиков». Возрастные и гендерные особенности трудоголиков.

Мотивы «ухода в работу». Механизмы развития трудоголизма. Последствия трудоголизма. Трудоголизм и синдром профессионального выгорания. Проблема эффективности работы трудоголиков. Соотношение явлений творчества и трудоголизма.

Феномен «аддиктивного трудового коллектива». Проблема преодоления трудоголизма.

### **Тема 13. Зависимость от покупок**

Проблема ониомании («шопинг-зависимости») в современном обществе. Предвестники и критерии ониомании. Личностные особенности ониоманов. Возрастные и гендерные особенности лиц, склонных к «шопинг-зависимости».

Причины, фазы развития и последствия ониомании. Факторы возникновения «шопинг-зависимости». Роль

рекламы и СМИ в развитии ониомании. Психотерапевтическая работа с ониоманами. «Анонимные должники».

#### **Тема 14. Зависимость от сексуального поведения**

Специфика зависимости от сексуального поведения, ее основные критерии. Понятие сексуальной нормы. «Сексуальная одержимость». Сексоголизм и гиперсексуальность: соотношение явлений. Формы сексоголизма. Биологическая основа сексомании. Психологические механизмы возникновения зависимости от сексуального поведения. Фазы развития зависимости от сексуальных отношений.

Личностные, возрастные и гендерные особенности сексоголиков. Причины и факторы развития сексомании, ее последствия.

Любовные аддикции и аддикции избегания, возможность их взаимного перехода. Отличия любовной аддикции от «нормальных» любовных отношений. Личностные особенности любовных аддиктов и аддиктов избегания. Особенности мотивационной сферы любовных аддиктов. Фазы развития любовных аддикций и аддикций избегания. Феномен «сталкерства» (любовного преследования).

#### **Тема 15. Межличностная зависимость**

Понятие межличностной зависимости, ее виды. Критерии и компоненты межличностной зависимости, формы ее внешнего проявления. Соотношение межличностной зависимости и привязанности. Личностные характеристики зависимого от отношений.

Психопатологические аспекты межличностной аддикции, ее роль в возникновении соматических и психических заболеваний. Возрастные особенности развития межличностной зависимости. Зависимость

ребенка от родителей, ее влияние на характер дальнейших межличностных отношений человека. Подростковый возраст как кризисный период развития и трансформации зависимости от родителей. Теоретические подходы к пониманию причин аддикции отношений.

## ПЛАНЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

### Тема 1. Наркомания (4 ч)

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие наркомании, ее клиническая картина.
2. Использование наркотических веществ в истории.
3. Классификации наркотических веществ. Действие наркотиков на организм.
4. Наркотическое опьянение, его внешние признаки.
5. Стадии течения наркомании.
6. Мотивы и причины употребления наркотиков.
7. Возрастные особенности наркомании. Подростковая наркомания.
8. Наркомания как социальная и психологическая проблема. Проблема лечения наркомании. Пути профилактики наркомании.

#### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж : МО-ДЭК, 2002. – С. 53–83, 97–106.

2. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – С. 96–102, 276–284.

*Дополнительная литература*

1. Змановская Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения: учеб. пособие / Е.В. Змановская. – М.: Академия, 2004. – С. 131–136.

2. Карсон Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Д. Батчер, С. Минека. – СПб.: Питер, 2004. – С. 655–667, 673–675.

3. Кирпиченко А.А. Психиатрия / А.А. Кирпиченко. – Минск: Высшая школа, 2001. – С. 307–327.

4. Комер Р. Патопсихология поведения / Р. Комер. – СПб., М.: Прайм-еврознак: Нева, 2002. – С. 319–323.

5. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 349–350.

6. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченок]. – Мн: Харвест, 2004. – С. 14–95, 274–336.

7. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 259–356.

8. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 96–122.

9. Чудновский В.С. Основы психиатрии / В.С. Чудновский, Н.Ф. Чистяков. – Ростов н/Д : Феникс, 1997. – С. 403–421.

## Тема 2. Токсикомания (4 ч)

### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие токсикомании. Классификации токсикоманических веществ.
2. Токсикоманическое опьянение.
3. Стадии развития токсикомании.
4. Признаки и причины употребления токсикоманических веществ.
5. Проблема профилактики токсикомании.

### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж: МО-ДЭК, 2002. – С. 84–88.

### *Дополнительная литература*

1. Карсон Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Д. Батчер, С. Минька. – СПб.: Питер, 2004. – С. 668–673.
2. Комер Р. Патопсихология поведения / Р. Комер. – СПб., М.: Прайм-еврознак : Нева, 2002. – С. 319–323.
3. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченко]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 14–95, 274–336.
4. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 357–370.
5. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 129–131.

### **Тема 3. Возрастные и гендерные особенности алкоголизма (2 ч)**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Возрастные особенности развития пьянства и алкоголизма.
2. Причины употребления алкоголя несовершеннолетними.
3. Подростковый алкоголизм и правонарушения.
4. Женский и мужской алкоголизм: общие черты и специфика.
5. Пути профилактики злоупотребления алкоголем.

#### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж : МОДЭК, 2002. – С. 39–52.

#### *Дополнительная литература*

1. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости / А.Е. Айвазова. – СПб.: Речь, 2003. – С. 34–52.
2. Гузиков Б.М. Алкоголизм у женщин / Б.М. Гузиков, А.А. Мейроян. – Л.: Медицина, 1988. – 223 с.
3. Карсон Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Д. Батчер, С. Минека. – СПб.: Питер, 2004. – С. 632–643.
4. Комер Р. Патопсихология поведения / Р. Комер. – СПб., М.: Прайм-еврознак: Нева, 2002. – С. 319–323.

5. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченко]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 96–115, 337–403.

6. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 206–226.

#### **Тема 4. Никотиновая зависимость (2 ч)**

##### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие никотиновой зависимости.
2. Действие никотина на организм.
3. Использование никотина в истории человечества.
4. Клиническая картина никотиновой зависимости.
5. Личностные особенности зависимых от никотина.
6. Причины и профилактика никотиновой зависимости.

##### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж: МОДЭК, 2002. – С. 89–92.

##### *Дополнительная литература*

1. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости / А.Е. Айвазова – СПб.: Речь, 2003. – С. 100–103.

2. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченко]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 116–126, 404–425.

3. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 389–405.

4. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 122–128.

5. Шабанов П.Д. Наркомании. Патопсихология. Клиника. Реабилитация / П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг. – СПб., 2001. – 460 с.

## **Тема 5. Пищевые зависимости (4 ч)**

### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие пищевого поведения. Психологическое значение пищи.
2. Общая характеристика пищевых зависимостей.
- 3.
3. Понятие и клиническая картина нервной булимии.
4. Понятие и клиническая картина нервной анорексии.
5. Причины возникновения пищевых зависимостей.
6. Лечение и профилактика пищевых расстройств.

### *Основная литература*

1. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – С. 102–107, 285–286.

### *Дополнительная литература*

1. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – С. 119–130.



2. Змановская Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения : учеб. пособие / Е.В. Змановская. – М.: Академия, 2004. – С. 136–141.

3. Карсон Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Д. Батчер, С. Минека. – СПб.: Питер, 2004. – С. 494–516, 675–681.

4. Комер Р. Патопсихология поведения / Р. Комер. – СПб., М.: Прайм-еврознак : Нева, 2002. – С. 354–388.

5. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 335–338.

6. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 406–416.

7. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 164–187.

## **Тема 6. Созависимость (4 ч)**

### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие созависимости, ее проявления. Особенности семьи химически зависимого.

2. Личностные особенности созависимых. Психологический портрет «жены алкоголика».

3. Фазы развития созависимости.

4. Развитие склонности к созависимости.

5. Личностные особенности детей и внуков алкоголиков. Созависимость как фактор возникновения зависимости в семьях потомков алкоголиков.

6. Проблема преодоления созависимости.

### *Основная литература*

1. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – С. 102–107, 285–286.

### *Дополнительная литература*

1. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости / Айвазова А.Е. – СПб.: Речь, 2003. – С. 75–80.
2. Битти А. Алкоголизм в семье, или преодоление созависимости / А. Битти. – М.: Опора, 1997. – 197 с.
3. Змановская Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения: учеб. пособие / Е.В. Змановская. – М.: Академия, 2004. – С. 129–131.
4. Ковалев С.В. Перепрограммирование собственной судьбы / С.В. Ковалев. – М.: КСП+, 2002. – 765 с.
5. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом / В.Д. Москаленко // Вопр. психологии. – 1991. – № 5. – С. 18–25.
6. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь / В.Д. Москаленко. – М.: ПЕРСЭ, 2002. – С. 37–198.
7. Смит Э.У. Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье / Смит Э.У. – М.: Просвещение, 1991. – 127 с.
8. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 308–338.
9. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. – М.: Речь, 2002. – 127 с.

## **Тема 7. Зависимость от сексуального поведения (2 ч)**

### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие и критерии зависимости от сексуального поведения.
2. Личностные особенности сексуальных аддиктов.
3. Причины возникновения сексуальной зависимости.
4. Возрастные и гендерные особенности зависимости от сексуального поведения.
5. Проблема лечения и профилактики сексоголизма.

### *Основная литература*

1. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – С. 102–107, 285–286.

### *Дополнительная литература*

1. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 314–326.
2. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: человек зависимый / А.В. Котляров. – М.: Психотерапия, 2006. – С. 133–158.
3. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченок]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 242–248.
4. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д.

Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 417–489.

5. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 256–280.

## **Тема 8. Зависимость от компьютерных игр (4 ч)**

### *Вопросы для обсуждения*

1. Общая характеристика и виды компьютерных игр.
2. Критерии зависимости от компьютерных игр.
3. Этапы развития зависимости от компьютерных игр.
4. Личностные особенности компьютерных игроков.
5. Причины компьютерной игромании, ее профилактика.

### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 237 с.

### *Дополнительная литература*

1. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: человек зависимый / А.В. Котляров. – М.: Психотерапия, 2006. – С. 87–93.
2. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченко]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 135–230.
3. Фомичева Ю.В. Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми / Ю.В. Фомичева.

чева, А.Г. Шмелев, И.В. Бурмистров // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. – 1991. – № 3. – С. 27–39.

4. Шапкин С.А. Компьютерная игра: новая область психологических исследований / С.А. Шапкин // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 1. – С. 86–102.

## **Тема 9. Зависимость от мобильных телефонов (2 ч)**

### *Вопросы для обсуждения*

1. Психологическое значение мобильного телефона.
2. Критерии и общая характеристика зависимости от мобильных телефонов. SMS-аддикция.
3. Личностные, возрастные и гендерные особенности зависимых от мобильных телефонов.
4. Причины, факторы и последствия зависимости от мобильных телефонов, проблема ее преодоления.

### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 237 с.

### *Дополнительная литература*

1. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – С. 110–113.
2. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: человек зависимый / А.В. Котляров. – М.: Психотерапия, 2006. – С. 311–314.

3. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 515–516.

## **Тема 10. Труоголизм (2 ч)**

### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие и общая характеристика труоголизма. Критерии зависимости от работы.
2. Личностные особенности труоголиков.
3. Виды труоголизма.
4. Признаки аддиктивного трудового коллектива.
5. Причины, последствия и профилактика труоголизма.

### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 237 с.

### *Дополнительная литература*

1. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – С. 68–74.
2. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 314–326.
3. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: человек зависимый / А.В. Котляров. – М. : Психотерапия, 2006. – С. 207–231.
4. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченок]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 242–248.

5. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 501–503.

6. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 226–235.

### **Тема 11. Ониомания (2 ч)**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Понятие и критерии ониомании.
2. Возрастные, половые и личностные особенности ониоманов.
3. Причины и факторы возникновения «шопинг-зависимости».
4. Фазы развития и последствия ониомании.

#### *Основная литература*

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 237 с.

#### *Дополнительная литература*

1. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – С. 84–88.

2. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 314–326.

3. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: Человек зависимый / А.В. Котляров. – М.: Психотерапия, 2006. – С. 248–277.

4. Психология зависимости / [сост. К.В. Сельченко]. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 242–248.

4. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 505–506.

## **ВОПРОСЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Понятие аддиктивного поведения. Бегство от реальности и зависимость.

2. Виды аддиктивного поведения.

3. Синдром зависимости. Структура зависимости.

4. Стадии формирования зависимости. Цикл зависимости.

5. Психологические особенности зависимой личности.

6. Основные подходы к пониманию причин зависимости.

7. Пьянство и алкоголизм. Формы употребления алкоголя.

8. Действие алкоголя на организм.

9. Острое алкогольное опьянение: клиническая картина, степени опьянения. Атипичные формы опьянения.

10. Хронический алкоголизм: клиническая картина, стадии развития, последствия. Личность алкоголика.

11. Алкогольные психозы.

12. Возрастные и гендерные особенности развития алкоголизма.

13. Понятие наркомании и наркотического средства. Клиническая картина наркомании.

14. Использование наркотических веществ в истории человечества.



15. Классификации наркотических веществ. Действие наркотиков на организм.
16. Наркотическое опьянение, его внешние признаки.
17. Стадии развития наркомании.
18. Мотивы и причины употребления наркотиков.
19. Возрастные особенности наркомании. Подростковая наркомания. Пути профилактики наркомании.
20. Понятие токсикомании. Классификации токсикоманических средств.
21. Признаки токсикоманического опьянения.
22. Стадии развития токсикомании.
23. Признаки и причины употребления токсикоманических веществ. Пути профилактики токсикомании.
24. Понятие никотиновой зависимости. Использование никотина в истории человечества.
25. Действие никотина на организм человека.
26. Клиническая картина никотиновой зависимости.
27. Личностные особенности зависимых от никотина. Причины и проблемы профилактики никотиновой зависимости.
28. Понятие созависимости. Особенности семьи химического аддикта.
29. Личностные особенности созависимых людей. Феномен «жены алкоголика».
30. Фазы развития созависимости. Развитие склонности к созависимости в родительской семье.
31. Личностные особенности детей и внуков алкоголиков. Созависимость как фактор воспроизводства аддиктивного поведения. Проблема преодоления созависимости.
32. Понятие пищевого поведения. Психологиче-

ское значение пищи. Общая характеристика пищевых зависимостей.

33. Понятие и клиническая картина нервной булимии.

34. Понятие и клиническая картина нервной анорексии.

35. Причины появления пищевых зависимостей. Проблема лечения и профилактики расстройств питания.

36. Проблема игровой зависимости в современном обществе. История развития азартных игр.

37. Признаки игровой зависимости.

38. Личностные и гендерные особенности игромана.

39. Этапы развития игровой зависимости. Фазы игрового цикла.

40. Причины и последствия игровой зависимости, ее лечение и профилактика.

41. Общая характеристика компьютерной зависимости, ее критерии и структура.

42. Личностные особенности людей, зависимых от компьютера.

43. Общая характеристика интернет-зависимости, ее критерии и структура.

44. Зависимость от коммуникативной деятельности в интернете. Особенности и тенденции развития «виртуального романа».

45. Зависимость от информационной перегрузки в интернете.

46. Зависимость от киберсекса.

47. Проблемы, связанные с патологическим использованием интернета.

48. Психологическое значение и особенности компьютерных игр. Виды компьютерных игр.

49. Критерии зависимости от компьютерных игр.

50. Стадии развития зависимости от компьютерных игр.
51. Личностные особенности компьютерных игроков.
52. Причины и последствия зависимости от компьютерных игр, проблема ее профилактики.
53. Общая характеристика зависимости от мобильных телефонов.
54. Понятие и критерии зависимости от сексуального поведения.
55. Личностные, возрастные и гендерные особенности сексуальных аддиктов.
56. Причины сексоголизма. Проблема профилактики.
57. Понятие и общая характеристика трудоголизма, его критерии.
58. Личностные особенности трудоголика. Типы трудоголизма и трудоголиков.
59. Признаки аддиктивного трудового коллектива. Причины и последствия трудоголизма.
60. Общая характеристика ониомании.
61. Предвестники и признаки ониомании. Личностные, возрастные и гендерные особенности ониомана.
62. Причины, факторы и последствия ониомании.
63. Общая характеристика межличностной зависимости. Основные подходы к пониманию причин межличностной зависимости.
64. Любовные аддикции и аддикции избегания.

## Дополнительная литература

1. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от ПАВ (патогенез) // Лекции по наркологию / Под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001.

2. Байярд Р. Т., Байярд Д. – Ваш беспокойный подросток. – М.: Семья и школа, 1995.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – СПб.: Специальная литература, 1995.

3. Биоэтика: вопросы и ответы / Под ред. Б. Г. Юдина и П. Д. Тищенко. М., 2005.

4. Бодалев А. А. Личность и общение. – М., 1995.

5. Боулби Д. Привязанность / Пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003.

6. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М.: Изд-во МГУ, 1974.

7. Горьковая И. А. Нарушения поведения у детей из семей алкоголиков. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1994/3, с. 47–54.

8. Дмитриева Т. Б., Игонин А. П., Клименко Т. В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). – М.: МНЦ «Инфо-коррекция», 2003.

9. Ершова Т. И., Микиртумов Б. Е. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1995/1, с. 55–63.

10. Кан-Калик В. А. Грамматика общения. – М., 1995.

11. Клиника и лечение зависимости от алкоголя. Учебно-методическое пособие. – Ижевск.: Издательство; «Экспертиза», 1999.

12. Кон И. С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1989.

13. Кон И. С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989.
14. Короленко Ц. П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1993/4, с. 17–29.
15. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, 1990.
16. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1991/1, с. 8–15.
17. Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М.: Фолиум, 1996.
18. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – М., 1979.
19. Матвеев В. Ф., Гройсман А. Л. Профилактика вредных привычек школьников. – М.: Просвещение, 1987.
20. Надеждин А. В., Тетенкова Е. Ю., Авдеев С. Н., Слоневская С. Ю., Стрельцова Ж. П., Хохлов С. Е., Шастин В. И. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних. – М.: НИИ Наркологии, 2000.
21. Обухова Л. Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. – М.: Российское педагогическое агентство, 1996.
22. Овчарова Р. В. Технологии практического психолога образования. – М.: ТЦ «Сфера», 2000.
23. Полищук Ю. И. Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1995/1.
24. Положий Б. С. Психологическое здоровье как отражение социального состояния общества. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1994/4.

25. Портнов А. А. Общая психопатология. – М.: Медицина, 2004.
26. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании /Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. – М.: Изд-во института психотерапии, 2000.
27. Рахматшаева В. Грамматика общения. – М.: Семья и школа, 1995.
28. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М.: Мир, 1994.
29. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1994/1, с. 63–74.
30. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1993/1, с. 53–59.
31. Словарь практического психолога. – Минск: «Харвест», 1997.
32. Стресс жизни: Сборник. – СПб.: ТОО «Лейла», 1994.
33. Фельдштейн Д. И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. – М. 1995.
34. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. – М., 2000.
35. Чирко В. В., Демина М. В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). – М.: Медпрактика-М, 2002.
36. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». – СПб.: Лань, 2000.

37. Шевченко Ю. С., Добридень В. П. Радостное взросление: личностный рост ребенка (Методика ИНТЭКС). – СПб.: Речь, 2004.
38. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В., Зайцев С. Б., Никифоров Б. А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. – М., 2001.
39. Янг К. С. Диагноз – интернет-зависимость // Мир Интернет. – № 2. – 2000.
40. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997.

## Примечания и комментарии

---

<sup>1</sup> Эйфоризирующие от Эйфория (др.-греч. εὐφορία «плодовитость», из εὖ «хорошо» + φορέω «несу, ношу», то есть буквально «хорошо несущая») – положительно окрашенный аффект или эмоция. Ощущается как внезапное, всезаполняющее ощущение счастья, восторга.

<sup>2</sup> Компульсивное от компульсивный (compulsive) – относящийся к сознательным мыслям, от которых как чувствует субъект, он не может отвязаться, и к действиям, которые вынужден выполнять. Он не может противиться ни тем, ни другим, а невыполнение их ведет к тревоге.

<sup>3</sup> Булимия зависимость (аддикция) от еды. Зависимость от еды, как правило, возникает тогда, когда еда используется человеком в виде средства изменения психического состояния (как аддитивный агент, в роли которого выступают, например, алкоголь, наркотики, никотин и т.д.). При этом подсознательно конечной целью изменения сознания ставится уход от реальности. Человек при переедании уходит от неустраивающей его субъективной (момент субъективизма крайне важен) реальности. В момент раздражения, неуверенности в себе, гнева, неудачи и скуки возникает стремление «заесть» неприятность, используя для этого процесс еды. И это, на самом деле, удается сделать, так как во время приема пищи происходит фиксация на приятных вкусовых ощущениях и вытеснение в подсознание неприятных мыслей и чувств. При этом появляется стремление затянуть процесс еды, посредством медленного употребления пищи, либо использования большого количества еды (второе встречается в разы чаще). Человек, который при переедании уже потерял приятные вкусовые ощущения, обильным наполнением желудка неосознанно смещает внимание из головы к желудку и животу. Кровь отходит к внутренним органам, и мыслительные процессы замедляются, следовательно и острота переживаний притупляется.

<sup>4</sup> Ургентная аддикция – проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени. Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства дискомфорта и отчаяния.

<sup>5</sup> Ганс Селье (*Hans Hugo Bruno Selye*, венг. *Selye János*, 26 января 1907, Вена – 16 октября 1982, Монреаль) – канадский эндокринолог австро-венгерского происхождения, автор теории стресса.



---

<sup>6</sup> Дистресс (от греч. dys – приставка, означающая расстройство + англ. stress – напряжение) – стресс, связанный с выраженными негативными эмоциями и оказывающий вредное влияние на здоровье, автор Г. Селье.

<sup>7</sup> Альфред Адлер (7 февраля 1870, Рудольфсхайм, Вена, Австро-Венгрия – 28 мая 1937, Абердин, Великобритания) – австрийский психолог, психиатр и мыслитель, один из предшественников неофрейдизма, создатель системы индивидуальной психологии. Его собственный жизненный путь, возможно, явился важным подспорьем в создании концепции индивидуальной теории личности.

<sup>8</sup> Деструктивизм (от деструкция) – (лат. destructio) – нарушение, разрушение нормальной структуры чего либо (напр. психики и т.д.)

<sup>9</sup> Этиология – (этио – причина + греч. logos учение, наука) – учение о причинах и условиях возникновения болезней или патологических состояний.

<sup>10</sup> Пансексуализм (греч. pan, pantos всё + секс), система взглядов об определяющей роли сферы сексуального в науке о человеке и обществе. Чаще всего в пансексуализме обвиняется психоанализ З. Фрейда. Согласно учению З.Фрейда, сексуальность человека (особенности сексуальности индивида, детские сексуальные переживания, первый эротический опыт) действительно определяют многие черты личности, мотивы поведенческие, цели и поступки. Однако под сексуальностью представители фрейдизма понимают не поведение человека, направленное на реализацию полового инстинкта, а своеобразную внутреннюю энергию, обеспечивающую индивидуальность каждого человека и проявляющуюся в скрытом, замаскированном виде.

<sup>11</sup> Фрустрация (от лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) – негативное психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения тех или иных потребностей. Это состояние проявляется в переживаниях разочарования, тревоги, раздражительности, наконец, отчаянии. Эффективность деятельности при этом существенно снижается.

<sup>12</sup> Булимия (от др.-греч. βούς – «бык» и др.-греч. λιμός – «голод») (волчий голод, кинорексия) – расстройство приёма пищи, характеризующееся резким усилением аппетита, наступающим обычно в виде приступа и сопровождающееся чувством мучительного голода, общей слабостью, болями в подложечной области. Булимия встречается при некоторых заболеваниях центральной нервной системы, эндокринной системы, психических расстройствах. Часто булимия приводит к ожирению.

---

<sup>13</sup> Апперцепция (от лат. *ad* – к и *percipio* – воспринимаю) – влияние на восприятие предметов окружающего мира предшествующего опыта и установок индивида.

<sup>14</sup> Полиморфный накопленный стресс – стресс, обусловленный воздействием нескольких стрессоров, развившийся в условиях отсутствия времени на восстановление и отсутствии ситуации разрешения.

<sup>15</sup> Преморбид, преморбидный период – (*premorbid*) – период, предшествующий наступлению расстройства.

<sup>16</sup> Осцилляция – периодический во времени и/или пространстве процесс изменения чего-либо; колебание

<sup>17</sup> Девияция – термин обозначающий поведение, которое нарушает какие-то социальные или культурные нормы, вызывая настороженное или враждебное отношение окружающих (некоторое отклонение в пределах нормы).

<sup>18</sup> Аномия (фр. *anomie* – отсутствие закона) – нравственно-психическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей и этических норм. Термин введен социологом Э. Дюркгеймом. Состояние аномии характерно для общества в периоды смут и перестроек, когда многие его члены утрачивают доверие к существующим общественным ценностям и социальным институтам. Аномия сопровождается профессиональной деградацией, апатией, разочарованием в выполняемой деятельности, отсутствием заинтересованности в успехе выполняемой работы, ростом хищений и нарушений трудовой дисциплины

<sup>19</sup> Мертон Роберт (1910–2003) – выдающийся социолог-теоретик XX столетия. Роберт Мертон вошел в историю мировой социологии как основатель социологии науки, а также благодаря теоретическому анализу социальной структуры (структурно-функциональному анализу). Автор, соавтор и редактор более чем 20 монографий и 200 научных статей.

<sup>20</sup> Дюркгейм Давид Эмиль (фр. *David Émile Durkheim*; 15 апреля 1858, Эпиналь – 15 ноября 1917, Париж) – французский социолог и философ, основатель французской социологической школы и структурно-функционального анализа, один из создателей социологии как самостоятельной науки.

<sup>21</sup> Интернализация (от лат. *interims* – внутренний) – процесс осваивания внешних структур, в результате которого они становятся внутренними регуляторами.

---

<sup>22</sup> Алекситимия (греч. а – отрицание, lexis – слово, thyme – чувство) – неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план. Это явление было описано Р.Е. Зифнеосом (R. Sifneos) в 1967 г. и рассматривалось им как предпосылка развития психосоматических заболеваний.

<sup>23</sup> Психофобические явления от психофобия (англ. Psychophobia) – социокультурное клише, связанное с боязнью, нетерпимостью и другими негативными чувствами относительно душевных заболеваний и душевнобольных.

<sup>24</sup> Эндогенный (от греч. endo – внутри + genes) – термин медицинской психологии и психиатрии, введен П. Мебиусом (P. J. Mobius) в 1892 г. Эндогенный – возникающий, развивающийся вследствие внутренних причин. Под эндогенным обычно понимают наследственно обусловленное. Термин эндогенный применяется для характеристики источников возникновения психических заболеваний и причин индивидуального своеобразия их протекания.

<sup>25</sup> Адаптогены – фармакологическая группа препаратов природного или искусственного происхождения, способных повышать неспецифическую сопротивляемость организма к широкому спектру вредных воздействий физической, химической и биологической природы.

<sup>26</sup> Эйфоригены от эйфория (от греч. euforia) – наркотические вещества, вызывающие повышенное радостное, веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, не соответствующее объективным обстоятельствам, при котором наблюдается мимическое и общее двигательное оживление, психомоторное возбуждение.

<sup>27</sup> Эндорфины (эндогенные (греч. ενδο (внутри) + греч. Γένη (келено, род)) + морфины (от имени древнегреческого бога Морфей (греч. Μορφεύς или Μορφέας – «гот, кто формирует [сны]»)) – группа полипептидных химических соединений, по структуре сходных с опиатами (морфиноподобными соединениями), которые естественным путем вырабатываются в нейронах головного мозга и обладают способностью уменьшать боль, аналогично опиатам, и влиять на эмоциональное состояние. Эндорфины образуются из вырабатываемого гипофизом вещества – беталипотрофина (beta-lipotrophin); считается, что они контролируют деятельность эндокринных желез в организме человека.

<sup>28</sup> Энкефалины – пептиды с морфиноподобным действием, вырабатывающиеся в ЦНС позвоночных (преим. в лимбической сис-

---

теме, гипофизе и гипоталамусе); участвуют в нейрохимических механизмах обезболивания, уменьшают двигательную активность желудочно-кишечного тракта.

<sup>29</sup> Карл Леонгард (нем. *Karl Leonhard*, 1903–1988) – выдающийся немецкий психиатр. Автор понятия «акцентуированная личность» – одной из первых типологий личностей.

<sup>30</sup> Ананкастический (Апапкастіс) – используется для описания ряда черт характера человека, таких как упрямство, злоба, сверхдотошность в мельчайших деталях, склонность к ненужному контролю над окружающими предметами, сильное беспокойство по поводу собственного здоровья, а также стремление подвергать сомнению очевидные факты.

<sup>31</sup> Личко Андрей Евгеньевич (1926–1996) – заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

<sup>32</sup> Гипертим, гипертимный тип – психотип, характерный рисунок личности. Иногда – характера. Постоянный признак – хорошее настроение. Энергичен, гиперактивен. Дружба поверхностная, душа компании. Незлопамятен. Конформист. Романтик. Обожает секс. Прямодушен. Справедлив. Семья – партнеры по развлечениям. Легко уживаются с другими.

<sup>33</sup> Циклоид, циклоидный тип – данный тип поведения чаще всего наблюдается в старшем подростковом и юношеском возрасте. Его особенностью является периодическое (с фазой от нескольких недель до нескольких месяцев) колебание настроения и жизненного тонуса. В период подъема циклоидным подросткам присущи черты гипертимного типа. Затем наступает период спада настроения, резко падает контактность, подросток становится немногословным, пессимистичным. Начинает тяготиться шумным общением, хотя в конфликты вступает редко. Забрасываются прежними увлечениями, теряется интерес к приключениям и поиску. Прежде бойкие подростки становятся унылыми домоседами. Падает аппетит, возможны проявления бессонницы, а днем, наоборот, – сонливость. Мелкие неприятности и неудачи, которые учащаются из-за падения работоспособности, переживаются крайне тяжело. На замечания и укоры подростки-циклоиды могут ответить раздражением, даже грубостью и гневом, но при этом в глубине души еще больше впадают в уныние. Весьма уязвимы подростки-циклоиды к коренной ломке жизненного стереотипа (смена места жительства и учебы, потеря друзей и близких). Серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субде-

---

прессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с возможными попытками к самоубийству.

<sup>34</sup> Субдепрессивный – субдепрессивное состояние (синоним субдепрессия) – состояние легко выраженной депрессии, характеризующееся пониженным настроением, пессимистической оценкой событий и снижением работоспособности.

<sup>35</sup> Эпилептоиды, эпилептоидный тип, эпилептоидная акцентуация – для эпилептоидов характерна определенная «вязкость» мышления, склонность к установленному ранее порядку

<sup>36</sup> Сенситивы – сверхчувствительные личности, часто так называемые экстрасенсы – Ванга, В.Мессинг и др.

<sup>37</sup> Психастеники – от психастения (от др.-греч. ψυχή – душа и ἀσθένεια – бессилие, слабость) – психическое расстройство, на данный момент классифицируемое как невроз. Для психастеников характерны чрезмерная мнительность, впечатлительность, ранимость, застенчивость, чувство тревоги, пугливость, слабость инициативы, нерешительность, неуверенность в себе, в будущем, которое представляется бесперспективным, несущим неудачи, неприятности. В связи с этим появляется боязнь нового, неизвестного. Психастеник с трудом отступает от заведенного порядка, отличается педантичностью, из-за бесконечных сомнений все делает медленно, снова и снова проверяя правильность предпринятых действий. Им свойственны ригидность мышления, склонность к мучительному самоанализу, отвлеченным рассуждениям. Кроме того, наблюдаются невыраженность влечений; острее и ярче переживается прочитанное, чем происходящее в действительности; возможны ощущения неполноты жизни,

<sup>38</sup> Эрик Хомбургер Эриксон (1902–1994) – психологом и психоаналитик. Известен своей теорией стадий психосоциального развития, а также как автор термина *кризис идентичности*.

<sup>39</sup> Декомпенсация (от лат. de... – приставка, обозначающая отсутствие, и compensatio – уравновешивание, возмещение) – нарушение нормального функционирования отдельного органа, системы органов или всего организма, наступающее вследствие истощения возможностей или нарушения работы приспособительных механизмов

<sup>40</sup> Контриндикация – здесь – индивидуальная повышенная чувствительность.

<sup>41</sup> Ятрогенный – термин используется для описания состояния, которое возникает в результате лечения: например, какой-либо

---

непредвиденный или неизбежно возникающий побочный эффект.

<sup>42</sup> Катамнез (от греч. kata – приставка, обозначающая здесь завершение действия, и *μνησκειο* – вспоминаю) – вся медицинская информация о пациенте, собираемая однократно или многократно по окончании первичного наблюдения над ним. Катамнез составляют после выписки из стационара, последнего обследования или какого-либо лечения и т.п. Источниками для сбора катамнеза являются данные медицинского обследования и беседы с пациентом, выписки из истории болезни, а также сведения, полученные от родственников и близких пациента.

<sup>43</sup> Ремиссия – (от лат. *remissio* – уменьшение, ослабление), период течения хронической болезни человека или животного, характеризующийся ослаблением или исчезновением ее признаков.

<sup>44</sup> Ильин Евгений Павлович (род. в 1933 г.) – доктор психологических наук, профессор Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена, заслуженный деятель науки РФ; специалист в области общей и дифференциальной психофизиологии, психологии физического воспитания и спорта; автор более двухсот научных публикаций, в том числе пятнадцати учебных пособий и монографий.

<sup>45</sup> Обухов Яков Леонидович (род. в 1966 г.) – психолог, кандидат психологических наук, психотерапевт, вице-президент Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги (ОППЛ), член правления Международного общества Кататимного переживания образов и имажинативных методов в психотерапии и психологии (МОКПО), президент Межрегиональной общественной организации содействия развитию символдрамы (МОО СРС).

<sup>46</sup> Авитальное (поведение) – авитальная активность – биологическая и поведенческая активности, направленные непосредственно против жизни. Это различные формы суицидального и аддиктивного поведения (алкоголизм, наркомания, другие аддикции), это депрессивные расстройства, навязчивые состояния и некоторые формы психосоматической патологии. Так, если суицидальное поведение – это уход из жизни, то аддиктивное поведение, депрессия, психосоматическая патология – это уход от жизни, что также можно трактовать как авитальную активность. В психиатрии эти состояния подлежат активной фармакологической и психологической терапии, но остаются в настоящее время трудноизлечимыми. Причем, для каждого заболевания (депрессивный эпизод, алкоголизм, наркомания, незавершенный суицид, навязчивые со-

---

стояния, психосоматическая патология) – существует строго определенный набор лечебных способов и средств.

<sup>47</sup> Клептомания (от др.-греч. κλέπτειν – «воровать», и μανία – «мания») – болезненное влечение к воровству (краже).

<sup>48</sup> Трихотилломания – вырывание волосяного покрова на голове или других частях собственного тела. Встречается на фоне стресса или у лиц с неуравновешенной психикой. Среди взрослого населения в 2 раза чаще встречается у женщин.

<sup>49</sup> Обсессивно-компульсивное расстройство (от англ. obsession – «одержимость идеями» и англ. compulsion – «принуждение») – невроз навязчивых состояний – психическое расстройство. Может иметь хронический, прогрессирующий или эпизодический характер. При нем у больного невольно появляются навязчивые, мешающие или пугающие мысли (обсессии). Он постоянно и безуспешно пытается избавиться от вызванной мыслями тревоги с помощью столь же навязчивых и утомительных действий (компульсий). Иногда отдельно выделяются обсессивное (преимущественно навязчивые мысли) и компульсивное (преимущественно навязчивые действия) расстройства; характеризуется развитием навязчивых мыслей, воспоминаний, движений и действий, а также разнообразными патологическими страхами (фобиями).

<sup>50</sup> Виктимизация (лат. *victim* – жертва) – процесс или конечный результат превращения в жертву преступного посягательства. Вопросы виктимизации исследуются не только в психологии, но и в правовых науках (в основном виктимологией и криминологией).

<sup>51</sup> Абстиненция (абстинентный синдром, ломка) – заметное ухудшение самочувствия при уменьшении количества принимаемого наркотика или полном прекращении его употребления. В это время поведение беспокойно: напряжение, раздражительность.

<sup>52</sup> Прогредентное (лат. *pro-gredior* – идти дальше, продвигаться) развитие болезни – развитие болезни с нарастанием симптоматики.

<sup>53</sup> Реактивный импринтинг – здесь – реакция запечатления.

<sup>54</sup> Сиблинг (сисбсы) – (англ. *sibs, siblings* – брат или сестра) – генетический термин, обозначающий потомков одних родителей. Родные братья и сестры, но не близнецы. У животных – потомки одних и тех же родителей от разных пометов.

<sup>55</sup> Промискуитет – (от лат. *promiscuus* «смешанный», «общий») – беспорядочная, ничем и никем не ограниченная половая связь со

---

многими партнерами. Промискуитет встречается как среди мужчин, так и среди женщин.

<sup>56</sup> Парафилии – это расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, связанным с неодушевленными предметами, детьми, взрослыми, равнодушными к этому человеку, или когда человек испытывает сексуальное удовольствие от собственных страданий или унижения других. При этом человек возбуждается только в присутствии соответствующего стимула или испытывает потребность в стимуле лишь время от времени и в период стресса.

<sup>57</sup>Эксгибиционизм (лат. *exhibeo* *выставлять, показывать*) форма отклоняющегося сексуального поведения, когда сексуальное удовлетворение достигается путём демонстрации половых органов незнакомым лицам, обычно противоположного пола, а также в публичных местах. Как правило, эксгибиционист не рассчитывает на продолжение контакта или завязывание отношений, демонстрация половых органов нередко сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.

<sup>58</sup>Вуайеризм (фр. *Voyeurisme* от фр. *voir* – *видеть* или визионизм) – сексуальная девиация, характеризующаяся побуждением подглядывать за занимающимися сексом людьми или «интимными» процессами: раздевание, мочеиспускание. Вуайер (вуайерист) – человек, который этим занимается. Вуайеризм в большинстве случаев связан с тайным наблюдением за человеком.

<sup>59</sup>Компульсивная мастурбация – вынужденная, выступает не как предвосхищение или дополнение партнерского секса, а как его альтернатива. С одной стороны, это коренится в свойствах личности субъекта (болезненная застенчивость, страх заражения ВИЧ – инфекцией, неспособность к интимности и т.п.). С другой стороны, коммерческая эротика и виртуальный секс часто нацелены не на активизацию партнерских отношений, а на самоудовлетворение. Компульсивная мастурбация способствует дальнейшему отделению сексуальной активности не только от репродукции, но и от психологической интимности, делая человека еще более одиноким.

<sup>60</sup> Дисфория (*dysphoria*, греч. *dysphoreō* тяжело переносить, быть раздраженным) – расстройство настроения с преобладанием тосливо-злобного, угрюмо-недовольного, сочетающегося с раздражительностью, агрессивностью, нередко страхами. Возникает чаще при эпилепсии, шизофрении, различных органических заболеваниях Ц.Н.С., психопатиях.



---

<sup>61</sup> Прогредидентное – прогрессирующее, когда что-то добавляется новое в течение какого-нибудь процесса. Раньше это понятие широко применялось в психиатрии для обозначения течения шизофрении

<sup>62</sup>Карен Хорни (англ. *Karen Horney*, 16 сентября 1885 – 4 декабря 1952) – американский психолог норвежско-датского происхождения. Разделяя основные положения психоанализа о решающей роли бессознательного и антагонизме природного и социального, Хорни акцентировала значение воздействия окружающей социальной среды на формирование личности. Некоторые положения теории Хорни легли в основу неопрейдизма. Как и Фрейд, она придавала огромное значение пережитому в детстве и детским переживаниям. Основу мотивации человека усматривала в чувстве беспокойства, которое заставляет человека стремиться к безопасности, и в котором заключена потребность в самореализации.

<sup>63</sup> Шандор Ференци (венг. *Sándor Ferenczi*, настоящая фамилия Френкель) (1873–1933) – венгерский психоаналитик, ученик и последователь З.Фрейда.

<sup>64</sup> Дедлайн (deadline) – стремительное завершение работ. Эффективная деятельность перед подсчетом результатов. Стрессовый период перед подведением итогов.

<sup>65</sup> Правило Парето, правило 20/80 – эмпирическое правило, введенное социологом Вильфредо Парето в 1897 году, (позднее исследовал англичанин Ричард Кох), в наиболее общем виде формулируется как «20 % усилий дают 80 % результата, а остальные 80 % усилий – лишь 20 % результата». Может использоваться как базовый принцип для оптимизации какой-либо деятельности: правильно выбрав минимум самых важных действий, можно быстро получить значительную часть от планируемого полного результата, причем дальнейшие улучшения не всегда оправданы.

<sup>66</sup> Эмиль Крепелин (15.02.1856, Нейстрелитц – 7.10.1926, Мюнхен) – немецкий психиатр, один из наиболее влиятельных ученых своего времени, ученик В. Вундта. Эмиль Крепелин предложил классификацию душевных заболеваний, в которой, наряду с прочим, выделил деменцию и манию. Считал, что возможно определить истинные психические болезни, а не просто синдромы, беря за основу клинику и, в частности, ее динамику, и в особенности исход заболевания. Он пришел к выводу, что ряд заболеваний (кататония, гебефрения, острое помешательство) заканчиваются слабоумием и глубоким изменением личности. В 1898 году Крепелин эту группу заболеваний назвал ранним слабоумием. Среди

---

приобретенных болезней фигурируют метаболические заболевания, между которыми можно встретить сгруппированными вместе «*dementia praecox*», кататонию и параноидную деменцию. Крепелин был сторонником применения психологических методов в психиатрии. Он одним из первых начал исследования по психофармакологии.

<sup>67</sup> Валидизированы – от валидизация (валидация) – проверка пригодности какой-либо процедуры (например, тестирования персонала) для достижения поставленных целей (например, для прогноза производительности труда).

<sup>68</sup> iPod («айпод») – торговая марка серии портативных медиапроигрывателей компании Apple, в качестве носителя данных использующих флэш-память или, в ряде моделей, жесткий диск (самый известный – iPod classic). Дебют бренда состоялся 21 октября 2001 года.

<sup>69</sup> Форм-фактор (техника) – стандарт технического изделия, описывающий некоторую совокупность его технических параметров.

<sup>70</sup> Превенция (от поздне-лат. *praeventio* – опережаю, предупреждаю; англ. *prevention*) – предупреждение, предохранение, предотвращение. Например, в праве превентивными мерами называют профилактические и другие меры, направленные на предотвращение преступлений и других правонарушений.

<sup>71</sup> Канализирование – англ. *channelling*; нем. *Kanalisierung*. – психологический процесс, в ходе которого индивид учится направлять свои первоначально неспецифические побуждения и потребности на специфические способы или объекты их удовлетворения.

<sup>72</sup> Индоктринация – англ. *indoctrination* лат. *in* – в, внутрь + *doctrina* – теория, учение – планомерное распространение какой-либо идеи или доктрины среди населения страны (общества, социального слоя) с целью формирования общественного сознания в нужном направлении.

<sup>73</sup> Аутосуггестия – (гр. *autos* – сам + лат. *suggestio* – внушение, намек) – психологическое самовнушение путем построения собственных представлений и воображения, в том числе патологического характера; явление, при котором приходят к определенным убеждениям или принятию решения не на основании внешних факторов, но исключительно на базе субъективной установки на какое-либо действие.

<sup>74</sup> Эскапизм (или эскейпизм) (происходит от англ. слова *escape* – убежать – спастись) – стремление личности уйти от действитель-

---

ности в мир иллюзий, фантазии в ситуации кризиса, бессилия, отчуждения.

<sup>75</sup> Ассертивность (от англ. *assert* – настаивать на своем) – способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него. В обычной жизни модель поведения большинства людей тяготеет к одной из двух крайностей: пассивности либо агрессии. В первом случае человеком, который добровольно принимает на себе роль жертвы, руководит неуверенность в себе, страх перед лицом перемен или, наоборот, опасения потерять то, что уже достигнуто. Во втором – явное или завуалированное желание манипулировать окружающими, подчиняя их своим интересам. В отличие от этих двух распространенных типов коммуникации ассертивное поведение (*assertiveness*) опирается на кардинально иной принцип: «я тебе ничего не должен, и ты мне ничего не должен, мы партнеры».

<sup>76</sup> Мнестические процессы или процессы памяти – запоминание – направлено на сохранение информации; бывает преднамеренное (цель) и непреднамеренное (входит в контекст деятельности или под воздействием эмоций). Сохранение материала в памяти. Воспроизведение: преднамеренное; непреднамеренное – стихийно всплывающий образ; припоминание – предполагает большие волевые затраты, узнавание – восстановление воспринятого при встрече с похожим объектом.

<sup>77</sup> Прекурсор (лат. *praecursor* – предшественник) – 1) вещество, используемое в производстве, изготовлении или переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»; 2) химический реагент, участвующий на любой стадии производства токсичного химического вещества любым способом, играющий важную роль в определении токсичных свойств конечного продукта и быстро реагирующий с другими химикатами в бинарной или многокомпонентной системе.

<sup>78</sup> Иммунохроматографический анализ (ИХА) – иммунохимический метод анализа, основанный на принципе тонкослойной хроматографии и включающий реакцию между антигеном и соответствующем ему антителом в биологических материалах. Проводится с помощью специальных тест полосок, панелей или тест кассет. Принцип действия состоит в том, что при погружении тест полоски в биологическую жидкость (или другой жидкий образец), она начинает мигрировать вдоль полоски по принципу

---

тонкослойной хроматографии. Вместе с ней движутся нанесенные на нижнюю часть тест-полоски меченые специфические антитела, которые связываются с анализируемым веществом.

<sup>79</sup> Вегето-резонансный тест – метод диагностики состояния организма, основанный на измерениях в определенных точках вегетативной нервной системы. Он позволяет дать оценку состоянию органов и систем, их вовлеченность в тот или иной воспалительный процесс, обнаружить микроорганизмов, вызвавших воспаление. ВРТ позволяет выявить скрытые инфекции в урогенитальной сфере, аллергии, наладить функционирование печени, подобрать адекватное и эффективное лечение.

<sup>80</sup> Хроматография (от др.-греч. χρῶμα – цвет) – динамический сорбционный метод разделения анализа смесей веществ, а также изучения физико-химических свойств веществ. Основан на распределении веществ между двумя фазами – неподвижной (твердая фаза или жидкость, связанная на инертном носителе) и подвижной (газовая или жидкая фаза, *элюент*). Название метода связано с первыми экспериментами по хроматографии, в ходе которых разработчик метода Михаил Цвет разделял ярко окрашенные растительные пигменты.

<sup>81</sup> Иммуноферментный анализ (сокращенно ИФА, англ. *enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA*) – лабораторный иммунологический метод качественного или количественного определения различных соединений, макромолекул, вирусов и пр., в основе которого лежит специфическая реакция антиген-антитело. Выявление образовавшегося комплекса проводят с использованием фермента в качестве метки для регистрации сигнала.

<sup>82</sup> Хромато-масс-спектрометрия – метод анализа смесей, главным образом, органических веществ и определения следовых количеств веществ в объеме жидкости. Метод основан на комбинации двух самостоятельных методов – хроматографии и масс-спектрометрии.

<sup>83</sup> Маккенна Теренс Кемп (англ. *McKenna Terence Kemp* (16 ноября 1946–3 апреля 2000) – американский писатель, философ, этноботаник, а также, по собственным словам, анархист и скептик. После смерти матери в 1971 году вместе с братом Деннисом и тремя приятелями совершил путешествие по Колумбийской Амазонии в поисках психоделиков растительного происхождения. В Ла-Чоррера по настоянию брата разрешил проводить на себе психоделические эксперименты с грибами, содержащими псилобицины. После этих опытов начал пропаганду растительных галлюциноге-

---

нов, став популярной фигурой андеграунда. Вместе с братом написал книгу-руководство по выращиванию галлюциногенных грибов (*Magic Mushroom Grower's Guide*), ставшую бестселлером. На протяжении большей части 70-х годов Маккенна жил за городом на средства от продажи книги *Magic Mushroom Grower's Guide*, а также грибов, содержащих псилобицины. Опасаясь преследований со стороны властей (некоторое время его разыскивал Интерпол за торговлю наркотиками), свернул эту деятельность. В последние годы жизни работал директором заповедника на Гавайских островах, занимаясь сбором, сохранением, изучением, пропагандой и распространением лекарственных и шаманских растений. Умер от рака головного мозга.

<sup>84</sup> Гроф Станислав (*Grof Stanislav*, род. 1 июля 1931 в Праге, Чехословакия) – американский психолог и психиатр чешского происхождения, доктор философии, основатель трансперсональной психологии, один из пионеров в изучении измененных состояний сознания для лечения, роста и самопознания человека.

<sup>85</sup> Хекхаузен Хайнц (*Heckhausen Heinz*, 1926–1988) – немецкий ученый, посвятивший жизнь проблеме движущих сил поведения человека. Как ученый Хекхаузен сформировался в интеллектуальном поле гештальт-психологии.

<sup>86</sup> Лиминальное от лиминальность (от лат. *limen* – порог) – промежуточная, в определенном смысле переходная социальная ситуация развития личности в системе общественных отношений, характеризующаяся потерей прежнего социального положения и сопряженной с ним статусно-ролевой позиции в условиях невступления в новую социальную роль. При этом, как правило, подобная, по сути дела, маргинальная социальная позиция оформляется социумом посредством особых ритуалов, обрядов и подкрепляется чаще всего своеобразной атрибутикой.

<sup>87</sup> Личко Андрей Евгеньевич (1926–1996) – заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Опираясь на труды П. Ганнушкина и К. Леонгарда, создал собственную типологию акцентуированных личностей. Автор руководств «Подростковая психиатрия» и «Подростковая наркология», а также нескольких монографий по подростковой психиатрии. Основные направления научных исследований – диагностика и лечение психических расстройств в подростковом возрасте и патохарактерологическая диагностика.

---

<sup>88</sup> *Locus coeruleus* (лат.) – голубое пятно, голубоватое место, синее пятно – ядро, расположенное в стволе мозга на уровне моста (участок голубоватого цвета в верхнебоковой части ромбовидной ямки ствола головного мозга снаружи от верхней ямки). Отвечает за физиологическую реакцию на напряжение и тревогу.

<sup>89</sup> Ремиссия (лат. *remissio* – уменьшение, ослабление) – период течения хронической болезни человека или животного, характеризующийся значительным ослаблением или исчезновением ее признаков (симптомов).

<sup>90</sup> Флэш-бэки (*flashbacks*) – нарушение восприятия после употребления галлюциногенов – внезапный рецидив визуальных нарушений, физических симптомов, утраты границ «я» или интенсивных эмоций, которые возникали, когда индивидуум принимал галлюциногены в прошлом. Они имеют эпизодический характер, длятся недолго (от нескольких секунд до нескольких часов) и могут точно копировать симптомы, возникавшие при прошлых эпизодах употребления галлюциногенов. Могут быть спровоцированы усталостью, приемом алкоголя или интоксикацией марихуаной и после приема галлюциногенов.

<sup>91</sup> Аномия (фр. *anomie* – отсутствие закона) – нравственно-психическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей и этических норм. Термин введен социологом Э. Дюркгеймом. Состояние аномии характерно для общества в периоды смут и перестроек, когда многие его члены утрачивают доверие к существующим общественным ценностям и социальным институтам. Аномия сопровождается профессиональной деградацией, апатией, разочарованием в выполняемой деятельности, отсутствием заинтересованности в успехе выполняемой работы, ростом хищений и нарушений трудовой дисциплины. Характерно, что аномии подвержены не только отдельные работники, но и целые трудовые коллективы.

<sup>92</sup> Дюркгейм Давид Эмиль (фр. *David Émile Durkheim*; 15 апреля 1858, Эпиналь – 15 ноября 1917, Париж) – французский социолог и философ, основатель французской социологической школы и структурно-функционального анализа, один из создателей социологии как самостоятельной науки.

<sup>93</sup> Ирритация – болезненное раздражение; болезненное повышение чувствительности нервной системы; возбужденное состояние тканей, выражающееся в сокращении или в усилении обычной деятельности их частиц. Гнев, сильное раздражение.

---

<sup>94</sup> Латеральный (лат. *lateralis*, от *latus* – бок), боковой, относящийся к боковой стороне тела, органа, расположенный далее от медианной плоскости тела, органа.

<sup>95</sup> Нистагм – непроизвольные колебательные движения глаз высокой частотой (до нескольких сотен в минуту). Название происходит от *дремота*. Нистагм представляет собой ритмичные движения глазных яблок. Различают физиологический и патологический нистагм.

<sup>96</sup> Флебит (от др.греческого *вена*) – воспаление стенки вены. Флебит вызывается инфекцией или введением в вену раздражающих веществ (т.н. *асептический флебит*).

<sup>97</sup> Сопор (от лат. *sopor* – оцепенение, вялость, сон) (субкома, сопорозное состояние, *status soporosus*) – глубокое угнетение сознания с утратой произвольной и сохранностью рефлекторной деятельности. В иностранной (англоязычной) медицинской литературе в этом качестве выступает термин «ступор», в то время как сопор обозначает необычно глубокий сон. Больной не реагирует на окружающую обстановку, не выполняет никаких заданий, не отвечает на вопросы. Из сопорозного состояния больного удастся вывести с большим трудом, применяя грубые болевые воздействия (щипки, уколы и др.), при этом у больного появляются мимические движения, отражающие страдание, возможны и другие двигательные реакции как ответ на болевое раздражение.

<sup>98</sup> Гебоид (*heboidum*; гебо- + греч. *eidos* вид;) – криминальный – лицо, у которого преобладают низшие влечения (склонность к воровству, сексуальным эксцессам, злоупотреблению алкоголем и наркотическими средствами, бродяжничеству), что сочетается с социальной дезадаптацией и паразитическим образом жизни, отчетливым эмоциональным огрубением; встречаются среди больных шизофренией и психопатиями в пубертатном и юношеском возрасте.

<sup>99</sup> Тахикардия – увеличение частоты сердечных сокращений от 90 ударов в минуту. Следует различать тахикардию как патологическое явление, то есть увеличение частоты сердечных сокращений в покое, и тахикардию как нормальное физиологическое явление (увеличение частоты сердечных сокращений в результате физической нагрузки, в результате волнения или страха).

<sup>100</sup> Гипертензия артериальная (то же, что и гипертония) – стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм рт.ст. и выше.

**Борис Рувимович Мандель**

**Аддиктология (ФГОС ВПО)**

**Учебное пособие**

Ответственный редактор *Н. Соломадина*

Корректор *С. Мартынович*

Верстальщик *С. Мартынович*

Издательство «Директ-Медиа»  
117342, Москва, ул. Обручева, 34/63, стр. 1

Тел./факс + 7 (495) 334-72-11

E-mail: [manager@directmedia.ru](mailto:manager@directmedia.ru)

[www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru)