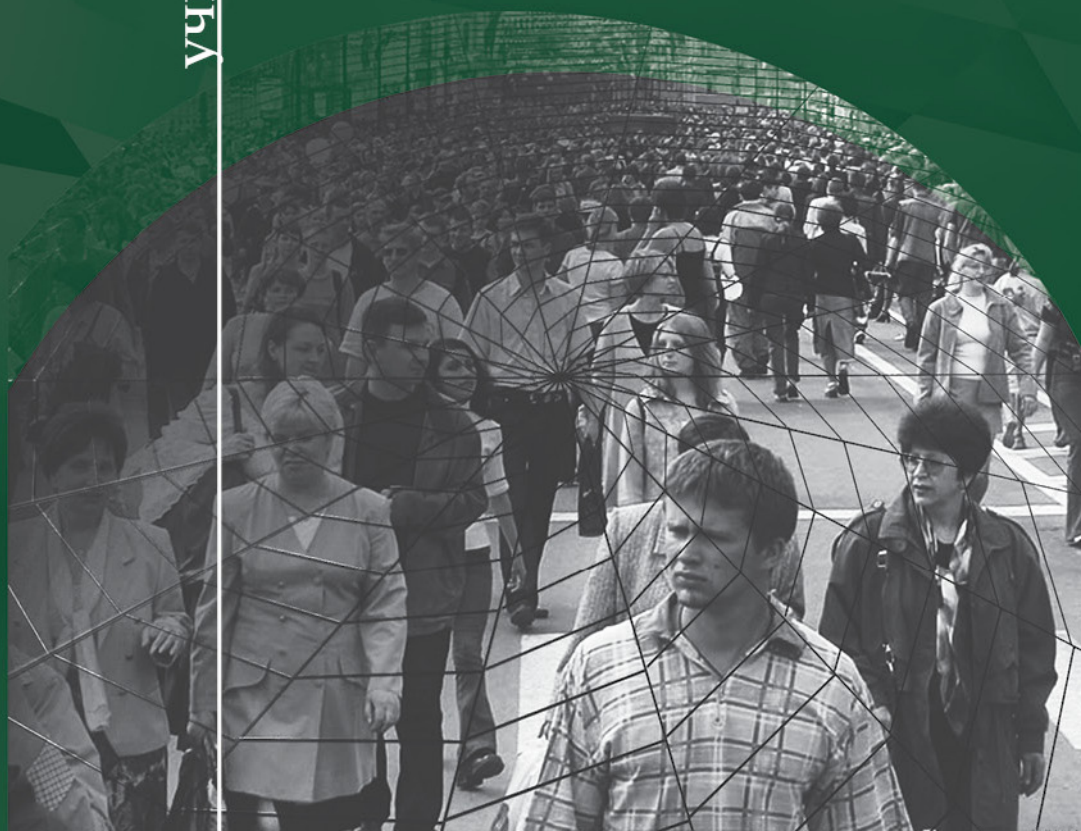


УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Н. Б. Григорьев
**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ,
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА
ЗАВИСИМОСТИ**



Н. Б. Григорьев

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ,
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА
ЗАВИСИМОСТИ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ
И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2012

УДК 159.9
ББК 88.492я73
Г83

Рецензент: *Маргошина И.Ю.*, кандидат психологических наук, доцент кафедры прикладной конфликтологии и девиантологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы.

Г83 Григорьев Н. Б.

Психологическое консультирование, психокоррекция и профилактика зависимости: учебное пособие. — СПб.: СПбГИПСР, 2012. — 304 с.

ISBN 978-5-98238-026-5

Учебное пособие предназначено студентам и начинающим специалистам психолого-социального профиля, специализирующимся в области проблем зависимости человека от психоактивных факторов внешнего воздействия. Особое внимание в пособии уделено феномену аддиктивного поведения как этапу на пути развития патологических форм зависимости. Аддиктивное поведение рассматривается как ущербная форма самореализации человека, которая инициируется тотальным воздействием средств массовой культуры, индустрией моды, рекламы и другими современными социо-культурными факторами.

Пособие представляет собой свод материалов по соответствующей учебной дисциплине, обобщающих теоретические концепции и практику использования современных методов профилактики, консультирования и психокоррекции зависимостей. Компонировка материалов, их интерпретация и трактовка отдельных понятий соответствуют авторской позиции составителя пособия.

Рекомендуется студентам психологической и психолого-социальной специализации, начинающим специалистам по работе с группами риска, а также преподавателям психологии, педагогики, социальным работникам и специалистам смежного профиля.

ISBN 978-5-98238-026-5

© Григорьев Н. Б., 2012
© СПбГИПСР, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА	6
Глава 1. Эпидемиология, статистика, социология феномена аддикции	10
1.1. Эпидемиология алкоголизма и наркомании	12
1.2. Социология и статистика феномена зависимости	14
1.3. Социология молодежной субкультуры	20
1.4. Борьба с наркоманией за рубежом и в России	26
Глава 2. Аддикция как психолого-социальный феномен	32
2.1. Критерии определения понятия «аддиктивное поведение»	32
2.2. Наркозависимость и аддиктивное поведение	34
2.3. Наблюдаемые признаки развития аддиктивного поведения	36
Глава 3. Теоретические модели развития зависимости: психодинамический, бихевиористический, экзистенциально-гуманистический подходы	42
3.1. Психоаналитическая модель	42
3.2. Бихевиористическая модель	46
3.3. Экзистенциально-гуманистическая модель	48
Глава 4. Современная наркологическая практика: клиника, лечение и реабилитация больных с синдромом зависимости	56
4.1. Правовые аспекты наркологической помощи	56
4.2. Клинико-психологические особенности наркотической зависимости	57
4.3. Клинико-психологические особенности алкогольной зависимости	60
4.4. Проблема лечения химической зависимости	68
4.5. Медико-социальные технологии реабилитации	78
4.6. Наркотическая зависимость у подростков	79
Глава 5. Массы и сми в эпоху «постмодерна». Рекламная индустрия как двигатель регресса	81
5.1. СМИ о проблеме наркотизма	82
5.2. Индустрия рекламы	85

5.3. Зарубежный опыт исследования воздействия рекламы на общество	87
Глава 6. Аддиктивное поведение как ущербная форма самореализации	93
6.1. Потребности и их фрустрация	93
6.2. Механизмы психологической защиты	97
6.3. Копинг-стратегии	102
6.4. Мотивационные аспекты зависимого поведения	105
6.4.1. Мотивация потребления	109
6.4.2. Мотивация воздержания	112
Глава 7. Возрастные, половые и гендерные аспекты аддиктивного поведения	114
7.1. Подростки в кризисе идентичности	115
7.2. Половые и гендерные аспекты аддиктивного поведения	118
7.3. Поздний подростковый и ранний взрослый возраст	123
Глава 8. Химические и нехимические формы аддикций	125
8.1. Алкогольная и наркотическая аддикции	125
8.1.1. Социальные факторы и механизмы аддикции	126
8.1.2. Личностно-психологические особенности аддиктов	128
8.1.3. Семейные и индивидуальные факторы риска	130
8.2. Другие (нехимические) формы аддикции	131
8.2.1. Классификации нехимических аддикций	133
8.2.2. Гэмблинг как универсальная модель аддиктивного поведения	139
Глава 9. Консультирование аддиктивного клиента	145
9.1. Процесс психологического консультирования	147
9.2. Процедуры и техники консультирования	150
9.3. Консультирование клиентов с химической зависимостью	165
9.4. Специфика консультирования подростков	170
Глава 10. Психокоррекция аддиктивного поведения	173
10.1. Этап оценивания проблемы клиента	175
10.1.1. Личностно-психологические факторы и мотивы злоупотребления ПАВ	175
10.1.2. Скрининговые и тестовые методики выявления риска аддикции	178

10.1.3. Социальные факторы и мотивы потребления ПАВ	181
10.2. Этап психолого-социального вмешательства	184
10.3. Методы индивидуальной психокоррекции аддиктивного поведения	187
10.3.1. Поведенческие методы психокоррекции	188
10.3.2. Когнитивно-поведенческие методы психокоррекции . . .	191
10.3.3. Нейролингвистическое программирование (НЛП)	193
10.3.4. Транзактно-аналитическая модель	197
10.3.5. Личностно-ориентированные методы психокоррекции . .	202
10.4. Семейно-ориентированная психокоррекция	204
10.5. Групповые формы психокоррекции	214
10.5.1. Когнитивно-поведенческая модель групповой работы . .	214
10.5.2. Личностно-ориентированные модели групповой психокоррекционной работы с аддиктами	217
10.5.3. Групповая работа с подростками	217
Глава 11. Программы и технология групп самопомощи	220
Глава 12. Проблемы профилактики риска зависимости в молодежной среде	229
12.1. Представления о здоровом образе жизни (ЗОЖ)	229
12.1.1. Факторы риска	231
12.1.2. Защитные факторы (факторы сдерживания риска)	233
12.2. Первичная профилактика риска аддикции	237
12.2.1. Профилактика наркотизации образовательной среды . .	241
12.2.2. Тревожные тенденции в зарубежной превентологии . . .	244
12.3. Правовые аспекты проблемы, или юридическая профилактика наркозависимости	246
12.4. Вторичная профилактика риска аддикции	248
12.4.1. Основные модели вторичной профилактики	251
12.4.2. Методология основных профилактических программ . .	255
12.4.3. Технология профилактической работы «Равный — Равному» (Р-Р)	259
ГЛОССАРИЙ	268
БИБЛИОГРАФИЯ	277
ПРИЛОЖЕНИЯ	285

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Развитие человечества, цивилизации *homo sapiens* на нашей планете, в начале XXI века столкнулось с целым рядом системных кризисов, порождающих глобальную угрозу самому нашему существованию в этом лучшем из миров. Как ни странно, в основе едва ли не всех этих кризисов: экономического, демографического, климатического, техногенного, экологического, продовольственного, культурно-исторического и т. д. лежит «человеческий фактор», как источник самих этих кризисов и, в окончательном итоге, как точка схождения всех негативных последствий этих кризисов. Человек, наделенный даром «свободной воли», посредством научно-технической экспансии подчинил этой своей воле окружающую среду, нещадно расходуя все доступные ему ресурсы — как природные, так и собственно человеческие (духовные, социо-культурные). Оказалось, однако, что наши потребности растут безгранично, а ресурсы окружающей среды, равно как и терпение природы, исчерпаемы. Более того, небесконечны и ресурсы нашей психики. Потребительское отношение человека к природе оборачивается техногенными катастрофами; потребительское отношение человека к человеку порождает кризисы общественного сознания и угрожает регрессом духовного состояния человечества. Цивилизационная ситуация сегодня заставляет вспомнить сюжет сказки о рыбаке, старухе и золотой рыбке: ничего не сказала рыбка, лишь вернула старуху в ее реальную действительность.

Прихотливая, жаждущая новизны «свобода воли» субъекта упирается в ограничительный императив объективной реальности. Так океанская волна упирается в бетонные волноломы прибрежной атомной станции. Эта ситуация штатная, предусмотренная проектом. Но если вдруг волна достигает запроектной мощи и рушится на берег в виде цунами, то наступивший кризис быстро перерастает в катастрофу, и весь научно-технический прогресс в данной прибрежной зоне накрывается медным саркофагом.

Кантовский «категорический императив» (предустановленный нравственный закон) определяет человека как высшую ценность, вставленную в оправу этического долженствования. Философия, апеллирующая к разуму человека, с древних времен и по сей день предписывает человечеству соотносить свои желания с долговыми обязательствами: бери в кредит только то, что сможешь вернуть.

Классический философский «императив» предполагает приоритет разума над свободой воли, при этом разумным признается лишь такой образ действий, который может быть принят в качестве всеобщего правила. Рекламный слоган, заменяющий современному потребителю рыночных благ всю мировую философию, предписывает иное: «Бери от жизни все!». Соблазн велик, и устоять трудно. Желая защитить себя от нравственных угрызений, сознание прибегает к наивной хитрости — к эскапизму, и вместо ответственной рефлексии своего бытия человек-потребитель отворачивается от реальной действительности.

Конечно, можно дискутировать о разумности тех или иных правил или ограничений, но основополагающий этический принцип («человек — цель, а не средство») следует соблюдать неукоснительно. Человек — цель прогресса, а не средство для его достижения; человечество — цель политики, экономики и всякой прочей науки и практики, а не средство для достижения благополучия политиками, экономистами, юристами или торговцами.

Что заставляет человека отречься от самого себя, перестать быть целью своего духовного развития и стать средством для удовлетворения чужой «свободы воли»? Только тяжелая, непреодолимая, обезчеловечивающая зависимость. Зависимость от алкоголя и наркотиков, т. е. от химических соединений? В определенном смысле — да, но, если формулировать точнее, — зависимость от психологических эффектов, этой химией порождаемых. Ведь основным содержанием воздействия наркотика являются два момента: измененное состояние сознания (ИСС) и эйфория. Эйфория («кайф») — это химический аналог, симулякр человеческого счастья, радости жизни, полноты бытия. ИСС — это необходимое условие, которое позволяет человеку забыть о прозаично скучных, обременительных «императивах» реальной действительности. Парадоксально, что зависимость от «кайфа» оборачивается свободой (независимостью) от «императивов», а независимость от «симулякров» возвращает нас к ответственности перед жизнью, то есть к несвободе, к зависимости от «императивов». Похоже, что при любом раскладе человек всегда от чего-нибудь зависит, ибо (немного перефразируя известный афоризм) нельзя жить в некоторой реальности и быть независимым от нее. Вопрос лишь в том, какую реальность выбирает человек: настоящую или поддельную.

Реклама, как известно, двигатель торговли, потому что она формирует потребительский спрос. Человек в системе рыночных ценностей рассматривается, прежде всего, как потребитель, как средство для извлечения прибыли. Формирование привычки к повседневному бездумному кайфу, в чем бы он ни состоял: в потреблении излишних

удовольствий, вещей, продуктов («а теперь в новой упаковке!»), услуг, развлечений, зрелищ и т.п. является основным назначением рекламной индустрии. Потребитель создается специально под реализацию коммерческих, политических и прочих целей выгодоприобретателя. Человек достоин счастья, а потребитель — эйфории. «Ведь ты этого достоин». «И пусть весь мир подождет». С рыночной точки зрения зависимость человека от химической эйфории фантастически эффективна. «Но и это еще не все!» Гэмблинг, интернет-зависимость, гаджет-зависимость, шопинг-аддикция, массовый фанатизм (масс-культурный, религиозный, околоспортивный, музыкальный), реалити-шоу, «мыльные» сериалы, голливудские поп-корновые «блокбастеры», фестивали-нашествия... «Вы все еще читаете Достоевского?!. Тогда мы идем к вам!»

Классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра признает патологией только одну из перечисленных форм нехимической зависимости: «F 63 — патологическая склонность к азартным играм (гэмблинг)». Но что делать тем и с теми, для кого «Дом-2» стал большей реальностью, чем дом своей семьи и своего детства?

Таким образом, проблемы наркотизма, аддиктивного поведения и зависимости в целом невозможно рассматривать только в рамках медико-биологического подхода. Медицина и фармакология могут лишь облегчить страдания зависимых, но отнюдь не избавить человека от зависимости и, тем более, устранить причины, ее вызывающие. Состояние современной молодежи и подростков, в массе своей одурманенных потоком рекламы, алкоголем, наркотиками, соблазнами легкодоступных незатейливых удовольствий, свидетельствует о кризисном состоянии общественного сознания. Ключевое понятие тут — «легкая доступность». Если спички не прятать, а, наоборот, раздавать детям, то пожары не заставят себя ждать. Когда и почему началась «раздача спичек» — вопрос, который не имеет ясного и простого ответа. Понятно лишь, что этому мероприятию предшествовала смена нравственной парадигмы зрелой частью общества. Всем зрячим уже очевидно, что «свобода воли» зашла слишком далеко, что ситуация выходит из-под контроля. Проблема усугубляется тем, что не существует простых, эффективных, однозначно понятных средств и способов вернуть ситуацию в приемлемые рамки. Какой «категорический императив» могут привить сегодняшним подросткам их родители или нынешним школьникам их учителя, если у «взрослого общества» нет авторитета? Разве не попустительством старших поколений младшие оказались добычей торговцев разнообразной «наркоты»? Может ли молодежь хотеть

советов и ждать помощи от тех, кто сам в этой жизни оказался несостоятельным? И что же, наконец, всем нам делать в этой кризисной ситуации?

На мой взгляд, следует проделать как минимум три шага. Первое: профессионально, глубоко и всесторонне изучить имеющуюся проблему. Второе: четко разграничить сферы ответственности — за что отвечает медицина; за что отвечают специалисты в области психосоциальной работы; за что отвечает государство (власть) и, наконец, за что отвечает само гражданское общество — то есть каждый из нас, независимо от нашей профессии и социального статуса. Третье: возложить, в конце концов, на себя свою ответственность за ситуацию и нести ее, не пытаясь переложить на чужие плечи.

ГЛАВА 1.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА, СОЦИОЛОГИЯ ФЕНОМЕНА АДДИКЦИИ

Словарь медицинских терминов трактует термин «Аддикция» (Addiction) как «состояние зависимости, развивающееся в результате привыкания к тому или иному лекарственному препарату. Точнее говоря, данный термин включает в себе состояние физической зависимости, вызванной приемом таких веществ, как морфин, героин или алкоголь; однако он также используется и в случае состояния психологической зависимости, вызванной приемом таких лекарственных препаратов, как барбитураты» [111].

Большой психологический словарь [11] считает «аддикцию» синонимом термина «аддиктивное поведение» и дает такое определение: «(от англ. addiction — склонность, пагубная привычка; лат. addictus — рабски преданный) — особый тип форм деструктивного поведения, которые выражаются в стремлении к уходу от реальности посредством специального изменения своего психического состояния. Син. аддикция. Выделяются основные виды аддикций: 1) злоупотребление одним или несколькими веществами, изменяющими психическое состояние, напр. алкоголь, наркотики, лекарства, различные яды (см. Наркомания); 2) участие в азартных играх, в т. ч. компьютерных; 3) сексуальное А. п.; 4) переедание и голодание; 5) «работоголизм» («трудоголизм»); 6) длительное прослушивание музыки, г. о. основанной на ритмах. При формировании аддикции происходит редукция межличностных эмоциональных отношений. В узком смысле А. п. ограничивается только 1-м видом аддикций».

Таким образом, под аддикцией (аддиктивным поведением) клиницисты понимают «наркозависимость», злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), протекающее с измененным состоянием сознания, сопровождающееся снижением социальной адаптации и патохарактерологическими реакциями.

Психологи же склонны понимать аддикцию как зависимое поведение, включающее в себя ряд признаков: неготовность отказаться

от испытываемого в результате такого поведения удовольствия, несогласие с квалификацией собственного поведения как заболевания и отказ от помощи; пренебрежение существующими социальными нормами¹; разрушение в результате этого отношений со значимыми людьми (друзьями и близкими), неприятие критики аддиктивного поведения со стороны других людей, защиту от подобной критики и возникновение чувства вины и беспокойства, желание и готовность скрыть аддиктивное поведение, безуспешность попыток самостоятельно отказаться от зависимости, часто — наличие других глубоких потребностей, которые лишь маскируются под конкретную аддикцию.

Вместе с тем термин «зависимость» имеет в психологии широкую коннотацию, далеко выходящую за рамки химической зависимости и специфического поведения. «Зависимость (dependency) — это поиск идентичности, поддержки, защиты и/или разрешения извне. Объектом зависимости м. б. другой человек; соц. единица, такая как расширенная семья или религиозная и общественная группа; некая неосозаемая пятью органами чувств сущность, такая как ангел-хранитель; или даже система убеждений, как, напр., философия ненасилия, которой исповедующий ее человек предан и от которой, в свою очередь, получает поддержку» [56].

В девиантологии аддиктивное (зависимое) поведение понимается как вид отклоняющегося поведения: «устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией». Это поведение «имеет множество подвидов, дифференцируемых преимущественно по объекту аддикции. Теоретически (при определенных условиях) это могут быть любые объекты или формы активности — химическое вещество, деньги, работа, игры, физические упражнения или секс» [29]. По мнению А. Е. Личко и В. С. Битенского, применительно к подростковой химической зависимости термин «аддиктивное поведение» наиболее уместен, поскольку далеко не всегда эта зависимость может быть подтверждена клинически, поэтому «термин указывает на то, что речь идет не о болезни, а о нарушениях поведения» [40].

¹ «Социальные нормы» — правовые, моральные, традиционные, эстетические, политические и религиозные предписания, которые приняты в данном социуме как правила поведения.

1.1. Эпидемиология алкоголизма и наркомании

Эпидемиология — наука, изучающая закономерности возникновения и распространения заболеваний различной этиологии с целью разработки профилактических мероприятий. Предметом изучения эпидемиологии является заболеваемость (совокупность случаев болезни на определенной территории в определенное время среди определенной группы населения). В рамках эпидемиологии проводятся исследования картины злоупотребления, изучение структуры потребления, этапности развития алкоголизма и наркомании в обществе, исследование факторов риска или повышенной склонности к химической зависимости. Эти исследования дают важную научную информацию для использования в клинической практике и в аспекте оказания услуг населению, в планировании профилактических программ, а также при страховании (известно, например, что заболевания печени связаны с алкогольной проблематикой).

По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 120 млн. больных алкоголизмом (с «синдромом алкогольной зависимости»), а показатель распространенности составляет около 2% от общего числа населения. По оценкам некоторых авторов, реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете в наркологических диспансерах, при этом на одного алкоголика приходится 4–5 злоупотребляющих алкоголем. Если учитывать также злоупотребление алкоголем, то риск алкоголизма, как минимум, удваивается. Вероятно, из этих соображений отдельные специалисты рисуют совсем уже мрачную картину. По данным, приведенным на сайте Научного центра психического здоровья РАМН [110], ситуацию в США к середине 90-х годов М. А. Schuckit (1995) характеризует следующим образом: употребляют алкоголь в течение жизни 90% американцев, систематически употребляют 60–70%, имеют связанные с алкоголем проблемы более 40%, злоупотребляют алкоголем 20% мужчин и 10% женщин, имеют алкогольную зависимость, т. е. страдают алкоголизмом, 10% мужчин и 3,5% женщин. Эти показатели имеют существенные различия в разных группах населения и зависят от социального положения и культурных особенностей. Наиболее высокие показатели отличают, с одной стороны, слои общества, имеющие высокий социальный статус в отношении образования и экономического обеспечения, а с другой — некоторые малообеспеченные группы населения. Начинают употреблять алкоголь чаще в возрасте 15–20 лет; пик же распространенности злоупотребления алкоголем приходится на 20–40 лет.

Почти 90% всего алкоголя, потребляемого в мире, приходится на индустриально развитые страны, население которых составляет только 20% от числа людей на земле. В европейском регионе к странам с наиболее высоким уровнем потребления относятся Россия, Латвия, Эстония, Финляндия, Ирландия, Польша, Литва. В этих странах также отмечается и самый высокий уровень заболеваемости алкогольными психозами.

Какие бы разнообразные алкогольные напитки мы ни пили, на самом деле мы пьем этанол — этиловый спирт. Алкогольную зависимость вызывает именно этиловый спирт, содержащийся во всех этих напитках. *Этанол* (этиловый спирт) относится к группе депрессантов, угнетающих ЦНС. В организме содержатся небольшие количества эндогенного этанола, в крови его концентрация 0,004–0,01%. Эмпирические исследования показывают, что умеренное потребление алкоголя в чем-то даже полезно для здоровья: у абстинентов и пьяниц смертность выше; умеренно пьющие реже страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями (U-образная кривая зависимости смертности от употребления). *Однако в общем выгода мала и распространяется только на некурящих [69].*

Сегодня можно говорить о появлении *пивного* и *«баночного»* алкоголизма. В отличие от алкоголизма традиционного, который формируется за счет употребления крепких алкогольных напитков (прежде всего водки и вина), пивной и баночный алкоголизм — следствие потребления слабоалкогольных напитков — пива, коктейлей и джин-тоников. Опасность этой новой разновидности «пьяной болезни» состоит как раз в том, что алкоголь затягивает человека незаметно. Согласно проведенным Госсанэпиднадзором исследованиям, на прилавках российских магазинов все большую долю пива составляют крепкие сорта этого напитка — с содержанием алкоголя более 6%.

В настоящее время уровень и структура наркологической проблематики в России претерпевают существенные изменения. Если в 2002 г. лишь 9% от общего количества пациентов наркологических стационаров в РФ были наркоманами, а остальные — алкоголиками, то в 2009 г. в структуре госпитализаций стало уже 36% наркоманов. Наркотизация населения, особенно молодежи и подростков, масштабы и темпы приобщения молодежи к потреблению наркотических средств сегодня таковы, что это угрожает национальной безопасности страны.

В этой связи большой интерес представляет опыт стран Запада, которые столкнулись с этой проблемой на несколько десятилетий раньше нас. По данным опроса американских школьников, регулярно проводимого Национальным институтом здоровья [117], в 2009 г. около половины (47%) выпускников старших классов признались, что

в течение некоторого времени употребляли запрещенные наркотические вещества. В отношении марихуаны (самый распространенный среди молодежи США наркотик) многолетний мониторинг показывает, что ее потребляют от 30 до 60% школьников выпускных классов. Уровень потребления имеет волнообразный характер, то есть он то растет, то падает в сложной зависимости от социально-экономических процессов. Такой же волнообразный характер потребления имеет место и в отношении других наркотиков, хотя их распространенность существенно ниже.

Общая деградация от приема наркотиков наступает в 15–20 раз быстрее, чем от алкоголя.

1.2. Социология и статистика феномена зависимости

На статистику алкоголизма искажающее влияние оказывает ряд факторов — например, в оценку душевого потребления не включается нелегально производимый алкоголь (включая самогон, технические спиртосодержащие жидкости и т. п.).

Статистика потребления алкоголя в дореволюционной России по понятным причинам фрагментарна; можно лишь приблизительно оценить ее в формате «годовое потребление на душу населения в пересчете на этанол, или 100% спирт». Официальные данные ЦСУ РСФСР, Госкомстата РСФСР с середины 1960-х и до 1988 года оставались секретными, при том что «регистрируемое потребление алкоголя» не учитывало потребление самогона [48].

Таблица 1.

Душевое потребление алкоголя в России и в СССР

Год	Потребление	Год	Потребление
1910 г.	3,1–3,4 л	1960 г.	3,9 л
1913 г.	3,4–4,7 л	1970 г.	8,3 л
1915 г.	0,2 л (введен «сухой закон»)	1980 г.	8,7–10,5 л
1925 г.	0,9 л	1984 г.	10,4–14,6 л
1928–32 гг.	1,0 л	1987 г.	3,9 л (10 л с учетом самогона и др.)
1940 г.	1,9 л	1999 г.	14,5 л

Скачок роста потребления алкоголя в стране был зафиксирован после 1945 г. С конца 50-х гг. наблюдается бурный рост женского алкоголизма [4]. В 80-х гг. при обследовании на промышленном предприятии

Москвы (выборка более 4 тыс. человек) выявилась следующая структура потребления алкоголя: «непьющих» оказалось 0,7% мужчин и 2,1% женщин; «пьющих без злоупотребления» — 62% м., 96% — ж.; «злоупотребляющих» — 31,7% м., 1,9% ж. «Обычная» одноразовая доза алкоголя по выборке (в пересчете на водку): 286 ± 45 г. для мужчин, 138 ± 46 г. для женщин. Максимальные дозы по выборке: около 500 г. и около 300 г. соответственно. При этом «половина опрошенных осудила бы знакомого, который пришел в гости без бутылки» [10].

Анонимное анкетирование школьников старших классов, проведенное в некоторых городах России в 90-х гг., показало: в 1992 г. употребляли алкоголь 78,4% мальчиков и 86,8% девочек, при этом доля регулярно употребляющих — не менее раза в неделю — составила для мальчиков — 34,6%, для девочек — 16,1% (г. Нижний Новгород).

На начало 21-го века население России составляет около 145 млн. человек, из них, по некоторым данным (В.Познер, ТВ-программа «Времена»), около 18 млн. человек (или 12,4%) являются алкоголиками. В 2001г. (по данным того же В. Познера) на каждого жителя РФ в возрасте от 15 лет и старше приходилось 18 л потребленного этанола.

По данным журнала «Вопросы статистики» (2006, № 11, с. 21–23), смертность населения РФ от причин, связанных с употреблением алкоголя, в 2005 году составила 104,6 тыс. чел. По расчетам эксперта по алкогольной смертности А.В. Немцова, 450 тыс. людей умирают в РФ ежегодно в результате прямых или косвенных последствий употребления алкоголя (Аргументы и факты. 07.04.2008).

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что уровень общей смертности в России положительно коррелирует с уровнем потребления алкоголя на душу населения ($r=0,54$; $P=0,009$). Обнаружена также высокодостоверная положительная корреляция между уровнем потребления алкоголя на душу населения и уровнем смертности от острых алкогольных отравлений ($r=0,82$; $P=0,000$), а также уровнем смертности от цирроза печени ($r=0,57$; $P=0,005$) [48].

Согласно данным проф. Е.А. Кошкиной (НИИ наркологии Минздрава РФ, Москва), динамика потребления алкогольных напитков на душу населения в России в последние годы свидетельствует о стабилизации показателя. Однако эта величина отражает только «потребление из государственных ресурсов». В то же время по данным научных исследований значительный удельный вес при потреблении составляет неучтенный алкоголь. Всего по сумме учтенного и неучтенного алкоголя на душу населения приходится около 15 л (на душу населения РФ, в пересчете на чистый этанол) [103]. Некоторые специалисты называют более высокие цифры — от 18 л и выше.

В 2009 году Министр здравоохранения и социального развития России Т. Голикова сообщила о том, что в нашей стране ежедневно употребляют алкогольные напитки, включая пиво, 33 % юношей и 20 % девушек. Доля людей, которые регулярно употребляют пиво, составляет сегодня 76 %. Пьянство и алкоголизм занимают третье место среди причин смертности населения страны, а в районах Крайнего Севера являются главной причиной смерти.

Еще один существенный аспект алкогольной ситуации в России состоит в том, что в середине XIX в. 54 % процента выручки от продажи алкоголя шло «в казну», а чистая прибыль откупщиков составляла 30 % [4]. В настоящее время (по данным депутатов Госдумы РФ) примерно две трети всего производства алкоголя в стране контролируется мафиозными структурами, вследствие чего доходы от продажи алкоголя в казну государства за последние 10–15 лет упали в 7 раз, а смертность от отравлений некачественной алкогольной продукцией возросла в 12 раз (37 200 смертей только в 2001 г.).

Доклад российских специалистов в области эпидемиологии (проф. Кошкиной Е. А. и проф. Корчагиной Г. А.) на международной конференции, проводимой под эгидой Управления ООН по наркотикам и преступности [102], содержит такие цифры:

Таблица 2.

**Число лиц, обратившихся в наркологическую службу
по поводу заболевания в 2008 г.**

Алкоголизм, включая алкогольные психозы	2 224 324
Алкогольные психозы	114067
Пагубное употребление алкоголя	503 183
Наркомания	358 120
Употребление наркотиков с вредными последствиями	191 457
Токсикомании	15 154
Пагубное употребление ненаркотических ПАВ	25 523
Всего наркологических расстройств	3 354 636

Невольно возникает вопрос: если в официальную наркологическую службу в 2008 году обратились 3,3 млн человек, то сколько же всего в РФ людей с наркологическими проблемами, считая и тех, которые в том году по каким-то причинам воздержались от обращения?

Возьмем за основу данные сайтов, которые приводят официальную статистику [96; 102; 103]. Согласно данным сайта www.mednet.ru, число больных, обращающихся за наркологической помощью в Российской Федерации, в течение 16-ти лет (1992–2008 годы) оставалось практически неизменным и составляло 3,3–3,5 млн человек ежегодно (2,4 % общей

численности населения). Между тем, по данным того же сайта, ежегодный прирост нового контингента больных (им впервые устанавливался диагноз) составлял около 200 тыс. чел. по алкогольной зависимости и около 33 тыс. чел. по наркозависимости. То есть за 16 лет наблюдения этот новый контингент составил $3,2 \text{ млн} + 0,5 \text{ млн} = 3,7 \text{ млн}$ человек. Отчего же не меняется общее количество ежегодных обращений за наркологической помощью? Возможны варианты ответа на этот вопрос:

1) «Больные выздоравливают» — ответ не может быть верным, поскольку химическая зависимость неизлечима, а ремиссия редко бывает продолжительной;

2) «Больные обращаются за помощью в частные клиники или к специалистам, ведущим прием анонимно» — вариант возможный, но лишь отчасти, т. к. такая помощь стоит существенно дороже и не по карману подавляющему большинству нуждающихся;

3) «В государственных больницах не хватает койко-мест» — тоже отчасти возможно, такие данные приводятся даже в обычных СМИ;

4) «Высокая смертность людей с химической зависимостью — 200–300 тыс. чел. ежегодно» — этот вариант представляется наиболее вероятным, если учесть, что более 70 тыс. чел. в РФ ежегодно погибает только от наркотиков.²

Статистика и фактология по проблемам наркотизма так же разнообразна, так же не всегда достоверна и так же противоречива. Это обусловлено сложностью явления и не в последнюю очередь особенностями рынка наркотиков. Существует множество объективных и субъективных причин, по которым данные из разных источников расходятся между собой на порядки в оценке степени наркоугрозы, поэтому реальная ситуация может оказаться еще хуже, чем это отражено в официальных документах. Как пишет известный специалист: «Наркологическая ситуация в России сохраняется стабильно напряженной, численность зарегистрированных в стране больных наркологическими расстройствами составляет 3,3 млн. человек, но реальные цифры намного выше» [101].

Согласно статистическим данным, проблема наркотизма³ в России возникла не ранее начала XX века. В СССР наркомания была «почти полностью ликвидирована», однако уже в 1965 г. в системе медучреждений

² Демоскоп Weekly. — <http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit03.php>.

³ Наркотизм — термин, относящийся ко всему комплексу негативных проблем, порожденных распространением и потреблением психоактивных веществ (ПАВ), запрещенных для немедицинского применения. Включает в себя незаконный оборот (производство, рынок сбыта и потребления) наркотиков, а также практику наркобизнеса и ее идеологическое обеспечение (прикрытие).

СССР было зарегистрировано 10 тыс. больных-наркоманов; в 1980 г. — 15,8 тыс. Фактически число наркоманов было значительно большим (до 500–800 тыс.), поскольку в среднем на одного учтенного наркомана приходится 30–50 нигде не учтенных [1; 115].

В Докладе Международного комитета ООН по контролю над наркотиками за 2010 год приводится следующая статистика: «Согласно Федеральной службе Российской Федерации по контролю над оборотом наркотиков, в этой стране насчитывается 2,5 миллиона наркоманов и свыше 5,1 миллиона пользователей иных, чем героин, наркотиков, что почти вдвое превышает показатели 2002 года. При этом доминирует злоупотребление героином и другими опиатами. По оценкам Федеральной службы по контролю над оборотом наркотиков, ежегодно 10 000 героиновых наркоманов умирают от передозировки» [93].

Социологи [107] отмечают радикальное изменение статуса молодежи в современном обществе. Молодежь и подростки стали одним из самых активных и самостоятельных субъектов на расширяющемся потребительском рынке. *Во-первых*, молодежь получила возможность самостоятельно зарабатывать деньги (как легально, так и нелегально). *Во-вторых*, она намного быстрее взрослых научилась использовать новые социальные сети и коммуникации. *В-третьих*, она освоила те культурные пространства и практики, о которых их родители не имели в их возрасте (отчасти и не имеют до сих пор) никаких представлений. Это привело к нарушению существовавшей до этого «естественной» цепочки передачи от поколения к поколению материального, культурного и ценностного опыта. Глобальный рынок делает сегодня ставку на молодежь, на ее импульсивность, легкомыслие, стремление к удовольствиям, материальным ценностям, достатку, быстрому и легкому успеху. Именно молодежь является главной мишенью для рекламодателя, именно на ее сознание и подсознание обрушивается вся креативная мощь манипулятивных приемов рекламно-индустрии. Гипертрофия потребительских установок делает свое дело, и молодежь сегодня составляет подавляющее покупательское большинство. На потребительской активности молодежи выстраивают свое благополучие шоу-индустрия (концерты, дискотеки, клубы, видео- и аудиокассеты, диски с музыкой и компьютерными играми), индустрия моды (одежда, аксессуары), питания (фастфуд), табачно-алкогольный рынок и, в завершение всего, рынок сбыта наркотиков.

Социологические опросы молодежи Санкт-Петербурга (служба профилактики наркозависимости Комитета по делам семьи; НИИ комплексных социологических исследований СПбГУ и т. д.) показывают:

- 47% опрошенных считают наркотизацию одной из самых страшных проблем; 44% допускают возможность легализации «легких наркотиков»; 12% имеют четко сформированное негативное отношение к употреблению наркотиков;

- 36,6% хотя бы раз в жизни «пробовали» наркотики (в основном препараты конопли), 53,4% из них пробовали повторно; 4,3% признались, что употребляют наркотики регулярно; 2,6% считают себя наркоманами;

- 71% верят в возможность полного излечения; 30% не знают о медицинских последствиях употребления наркотиков.

- 8,7% рассматривают торговлю наркотиками как приемлемый «способ заработать».

Показательны результаты социологического опроса, проведенного НИИ комплексных социальных исследований факультета социологии СПбГУ в 2009 году. Исследователей интересовало, как часто горожанам приходится в своей повседневной жизни сталкиваться с потребителями наркотиков. Около половины опрошенных считают, что практически не пересекаются (34% — «никогда» и 16,3% — «очень редко») в своей повседневной жизни с потребителями наркотиков. По опросам предыдущего года доля таких горожан была значительно больше (50% — «никогда» и 18,3% — «очень редко»). В целом по выборке процент «постоянно» сталкивающихся в повседневной жизни (в районе своего проживания) с наркопотребителями вырос более чем в три раза — с 4,83% в 2008 г. до 17,7% в 2009.

Изучалось также личное отношение горожан к потреблению наркотиков. На вопрос «Согласны ли Вы с мнением, что употребление наркотических веществ является личным делом человека, который их потребляет?» ответы по возрастным группам опрошенных распределились следующим образом:

Таблица 3.

Распределение положительных ответов по возрастным группам

Возрастная группа	15–17 лет	18–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60 лет и старше
согласен	48,7%	47,2%	31,2%	21,1%	16,2%	15,5%

Из таблицы можно видеть, что практически половина опрошенной молодежи в возрасте до 30 лет не видит в наркопотреблении социальной проблемы, поскольку считает, что это вопрос личного выбора. При этом лишь очень немногие опрошенные во всех возрастных группах согласны с утверждением «Согласны ли Вы с мнением, что употребление наркотических веществ может быть безвредным для человека?».

Таблица 4.

Распределение положительных ответов по возрастным группам

Возрастная группа	15–17 лет	18–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60 лет и старше
согласен	3,9%	5,5%	5,5%	4,5%	2,9%	4,1%

Зарубежная статистика тоже не «страдает» излишним оптимизмом. Ежегодное репрезентативное исследование американских подростков [69] свидетельствует, что 43 % восьмиклассников употребляли алкоголь в течение последнего года, а около 20 % употребляли наркотики. Среди учащихся 12-х классов алкоголь употребляли 73 %, а пробовали наркотики хотя бы однажды — 54 %. Среди старших школьников 6 % ежедневно употребляют марихуану, а 3 % — спиртное. Каждый 3-й учащийся 12-х классов, каждый 4-й десятиклассник, каждый седьмой восьмиклассник отмечали при опросе состояние тяжелого опьянения за последний месяц.

В отчете Главного врача США говорится, что «алкогольные проблемы имеет каждый пятый американец» [69]. По данным американских авторов, около 50 % смертей в ДТП — следствие употребления алкоголя (около 4 тыс. молодых людей до 25 лет в течение года). Снижение норм ПДК алкоголя в крови с 0,1 % до 0,08 % дало снижение числа ДТП по вине пьяных водителей на 6 %. Со злоупотреблением алкоголем связана также смертность при обморожениях (90 %); при падениях с высоты (63 %); при ожогах (42 %); при отравлениях (27 %); 50 % утопленников были под действием алкоголя [69].

Годовое потребление алкоголя на душу населения в некоторых странах мира в пересчете на этанол:

Таблица 5.

Душевое потребление алкоголя в некоторых странах

Франция — 16 л	Замбия (1981) — 3,4 л
Испания — 15,8 л	Мексика — 2,7 л
Англия (1976) — 8,4 л	США(1997) — 8 л

1.3. Социология молодежной субкультуры

Субкультура — «культура групп, объединений, сообществ», противопоставивших себя системе ценностей традиционной культуры или той культуре, которая доминирует в данном обществе; социальные группы носителей этой культуры. Субкультура отличается от доминирующей культуры собственной системой ценностей, языком,

манерой поведения, одеждой и другими особенностями. Различают субкультуры, формирующиеся на национальной, демографической, профессиональной, географической и других базах. Типичным примером субкультур являются этнические сообщества (анклавы в мегаполисах), а также молодежные субкультуры.

Субкультуры на базе определенного рода деятельности — явление, имеющее давние исторические корни: признаками обособленной культуры обладали союзы средневековых ремесленников, монашеские и военные (рыцарские) ордена, странствующие торговцы (офени, коробейники), бродячие скоморохи и музыканты и т. п. Современные субкультуры, особенно молодежные, формируются, скорее, на базе «бездельности», то есть досуга и неформального времяпрепровождения.

Субкультуры привлекают людей со схожим образом жизни, которых не удовлетворяют общепринятые стандарты и ценности. По мнению некоторых авторов, субкультурное самоопределение присуще той молодежи, у которой досуг и отдых, как ведущие формы жизнедеятельности, вытеснили труд в качестве важнейшей потребности. Для психологии молодежных субкультур характерны как протест, так и эскапизм (бегство от реальности).

Интересной в этом смысле представляется работа английских авторов [90], основывающаяся на пятилетнем лонгитюдном исследовании нескольких сотен обычных молодых людей, чья подростковая жизнь большей частью пришлась на 90-е годы. Мониторинг был посвящен месту и значению алкоголя и наркотиков в структуре досугового времени молодежи. Основное внимание исследователи уделили пользователям «развлекательных» наркотиков, к которым авторы относят анаболики, амфетамины, ЛСД и экстази. Тяжелые наркотики из этого ряда выпадают, поскольку в качестве просто «развлечения» их не рассматривают даже сами потребители. Авторы показывают, как легко и быстро эти «развлечения» маргинальных групп трансформируются и переходят в разряд обыденных практик молодежного досуга, ассимилируясь средой тинэйджеров. По мнению исследователей, процесс «нормализации» потребления наркотиков следует пока рассматривать только как тенденцию. Эти практики частично все еще экстраординарны, однако в ближайшем будущем нам придется столкнуться с ситуацией, когда большинство подростков будет пробовать и употреблять запрещенные наркотики. Беспроblemная доступность наркотиков создает необходимую почву для начала процесса «нормализации». Нормативность природы наркотических практик подтверждается исчезновением гендерных и социально-классовых перегородок среди потребителей.

Появление и развитие молодежных субкультур часто связывают с роком и альтернативной музыкой, которые, в свою очередь, являются эффективным способом маркетинга наркотиков [28]. Одной из первых музыкально-молодежных субкультур современности были хиппи — молодежное движение пацифистов и поклонников рок-музыки. На Ямайке возникло религиозно-музыкальное движение Растафари («растаманы»), которое, помимо музыки рэгги и специфического имиджа, обладало определенной идеологией. В частности, среди убеждений растаманов — пацифизм и легализация марихуаны. В Нью-Йорке, благодаря эмигрантам с Ямайки, появилась «хип-хоп» культура со своей музыкой, имиджем и образом жизни. Согласно представлениям растаманов, «тот, кто курит ганжу (коноплю), становится мудрее, обретает внутреннюю свободу, расширяет свое сознание». Для растаманов «ганжа — не наркотик, а вещество, имеющее эзотерический смысл, составная часть ритуалов, направленных на самосовершенствование». Культовая фигура культуры растафари Боб Марлей, «звезда рэгги», записавший рекордное число дисков, обрел множество подражателей по всему миру, пропагандируя употребление каннабиса как социальную, культурную и религиозную норму.

В 1970–80-е годы в рок-музыке сформировались «металлисты» и «панки». Первые культивировали личностную свободу и независимость. Последние же обладали ярко выраженной политической позицией: девизом панк-рока была и остается идеализированная анархия. С появлением в 1980-х годах готик-рока возникла субкультура «готов». Характерные ее черты — мрачность, культ меланхолии, эстетика фильмов ужасов и готических романов.

В 90-е годы заметными молодежными субкультурами стали «эмо-киды» и «кибер-панки». Эмо предпочитают яркие чувства и демонстративность поведения, большинство представителей этой субкультуры — несовершеннолетние. Киберы, как ответвление индастриал-рока, увлечены идеями скорого техногенного апокалипсиса и засилием технократии.

Входя в конфликт с основной культурой, субкультуры могут носить агрессивный и даже экстремистский характер. Такие движения, вступающие в конфликт с ценностями традиционной культуры, называют контркультурой. Одной из старейших контркультур является контркультура преступного мира. К объединениям экстремистской направленности относят как праворадикальные, так и леворадикальные группировки, а также футбольных фанатов («хулиганы», «ультрас»).

Наличие большого количества субкультурных сообществ, их заметность и социальная активность в больших городах стимулируют

рынок, появляются специализированные магазины, обслуживающие, например, футбольных хулиганов, графферов, рэйверов или скинхедов (конечно, «официальных» скинхедских магазинов нет, но в ряде торговых предприятий существуют отделы, где продается соответствующая одежда, атрибутика, журналы, аудио- и видеопродукция).

Вряд ли есть смысл говорить о наркоманах как об отдельной «субкультуре», скорее можно дифференцировать различные субкультуры по их отношению к наркотикам. К субкультурам «группы риска» относятся растаманы, хиппи, панки, рейверы (субкультура рейв-музыки), рэперы (субкультура музыки рэп), эмо, готы, байкеры и др. Нейтральными в отношении к наркотикам считаются субкультуры любителей аниме, натурастов, нудистов, а также «ролевики», толкинисты, и т. д.

Существуют субкультуры, в структуру убеждений которых входит запрет на потребление наркотиков. К таковым относятся объединения неонацистской и шовинистической направленности, а также субкультура Straight Edge (англ. — четкая грань, сокращенно sXe). Стрейт-эдж — это мировоззренческое, этико-философское течение, основными принципами которого являются здоровый образ жизни (отказ от наркотиков, от курения, от алкоголя), разборчивость в половой жизни, самоконтроль. Движение возникло как противовес традиционному панк-мировоззрению с его слоганом «живи быстро, умри молодым». Слоган отказа: «Drug free» (англ. — «свободен от наркотиков»). Отказ обосновывается не просто вредом, причиняемым потреблением наркотиков, а главным образом протестом против глобального корпоративного капиталистического мира, внешнего манипулятивного контроля, против потребительской культуры, навязываемой для получения прибыли. С помощью воздержания человек обретает способность самостоятельного критического мышления, контроль над своим телом и духом. Некоторая часть представителей этой субкультуры приемлет секс только в целях продолжения рода.

Молодежные субкультуры представляют собой действующие и технологически весьма эффективные механизмы социализации тинэйджеров, но социализации преимущественно неформальной, альтернативной или контркультурной. Западные исследователи обращали внимание на выработку устойчивой зависимости не только от самого наркотического эффекта, но и от разнообразных культурных артефактов вокруг него: «фенечек» и приспособлений, где физические ощущения (эйфория, снятие напряжения и др.) подпитывают субкультурные убеждения, и наоборот. Прием разных видов наркотиков предполагает овладение особыми, относящимися только к ним языками и обучение особым социальным и телесным практикам, сопровождающим

подготовку, прием и выход из героинового, кокаинового и других подобных состояний [90].

Субкультурные феномены давно уже привлекают внимание исследователей своим разнообразием и неоднозначным влиянием на общество в целом. Угол зрения исследователя и степень детализации анализа этих явлений могут быть различны. Так, рассматривая молодежную субкультуру, сформировавшуюся в Российской Федерации в постперестроечное время, под углом зрения девиации правосознания и традиционных ценностей, И. В. Староверова, сотрудник Института социологии РАН, определяет носителей этой субкультуры как потерянное (для общества в целом) поколение [70]. До «либеральных реформ двух последних десятилетий, — утверждает автор статьи, — отечественная система формирования сознания и поведения молодежи базировалась на приоритете традиционной морали и нравственности». Новые программы и учебники, а также средства массовой информации способствовали «очернению отечественной истории, дегероизации поколений дедов и прадедов — строителей экономического и оборонного могущества советской сверхдержавы». В результате возникла массовая ценностно дезориентированная субкультура молодых людей. Обобщая результаты конкретных социологических исследований, автор так описывает социальную структуру исследуемого феномена: «В стране действительно уже третье десятилетие последовательно воспроизводятся «потерянные поколения» молодых граждан. Первое из них, повзрослев, так и не выбралось из состояния «потерянности», превратившись в поколение 35–45-летних; переболевшие пепси-коловским наваждением его представители на ином возрастном уровне воспроизвели свою социально-политическую инфантильность, общественную расхлябанность и свою общую неприкаянную неуверенность. Второе поколение рубежа прошлого и текущего десятилетий (группа нынешних 25–34-летних россиян) почти адекватно воспроизвело эти же черты социального инфантилизма. Немногие из них с пользой для себя и отечества усвоили нравственные нормы «цивилизованного» рыночного, то есть нацеленного на достижение экономического благополучия общежития, большая же часть пытается сегодня компенсировать свою потерянность неумеренным пьянством, безалаберностью, лакейством, мелким шkodничеством. Между тем в сегодняшней России хаотически мечется нарождающееся третье «потерянное» поколение молодежи (не считая, естественно, небольших, преимущественно карьеристских сколков с нее: эти-то знают, чего хотят, только от их целеустремленности блага России не прибавится). Однако надо признать, что новое (третье с начала перестройки) поколение российской молодежи

существенно отличается от двух первых: скажем, явственными тенденциями роста в нем леворадикальных настроений, на одном полюсе, экстремистских и даже фашистских — на другом. Это подтверждается данными социологических исследований самочувствия наиболее продвинутого отряда — студенчества». Статья завершается пессимистическим выводом: «Состояние правосознания и правоповедения современной российской молодежи не только не улучшается, а последовательно ухудшается. Главная причина — несостоявшиеся надежды на кардинальное улучшение уровня, качества и образа жизни в стране в целом, молодежи, в том числе».

Вообще, российская статистика — не только применительно к наркозависимости, но и к ее демографическому, социологическому базису — не дает поводов для оптимизма. Так, в статье из журнала «Социологические исследования» за 2008 год приводятся следующие цифры: «По оценкам специалистов, около 15 млн. наших сограждан являются «обитателями дна» (из них 4 млн. — «бомжи», 3 млн. — нищие, 4 млн. — беспризорные и брошенные дети, 3 млн. — уличные, привокзальные проститутки и т. д.). Здесь (среди этих групп населения) можно встретить обманутых вкладчиков, оставивших все свои сбережения криминальным «пирамидам»; людей, оставшихся не у дел в рыночной экономике, уволенных при ликвидации предприятий, беженцев, мигрантов, лишившихся жилья и работы и т. п. В жизни этих людей востребованы наркотики с тянущимся шлейфом криминальных эксцессов» [87]. Остается только надеяться, что статистика несколько «сгущает краски».

Наркообстановку на территории РФ в настоящее время можно охарактеризовать следующим образом:

- существует значительная сырьевая база для выработки наркотических веществ естественного происхождения;
- существуют возможности (производственные мощности, лаборатории, высококвалифицированные кадры) для производства синтетических наркотиков;
- произошло резкое ухудшение криминогенной обстановки, увеличение «ножниц» между растущей наркопреступностью и отстающим социальным, правовым и криминологическим контролем;
- устойчив рост объемов наркотиков, перемещающихся через границы России. Каждый год в 2 раза увеличивается объем наркотиков, конфискуемых на границе;
- растет число потребителей наркотиков (по данным Комитета ООН по контролю за наркотиками, Россия вошла в пятерку стран по наибольшему количеству наркоманов);

- в последние несколько лет произошло резкое увеличение масштабов деятельности международного наркобизнеса в РФ (по данным спецслужб, существует фактическая поддержка этого бизнеса со стороны правительственных кругов и политических сил ряда государств, которые ориентированы на российский наркорынок).

Оценивая вышеперечисленные тенденции, можно сделать вывод, что Россия попала в сферу влияния международного наркобизнеса и что угроза безопасности государства более чем реальна.

1.4. Борьба с наркоманией за рубежом и в России

Борьба с наркотизмом требует принятия комплексных мер и долговременной системы действий в рамках всего государства, всех общественных институтов, что предполагает огромные затраты человеческих ресурсов и материальных средств. А. В. Гоголева [17], говоря о «национальных моделях борьбы с распространением и потреблением наркотиков», подразделяет их на три группы: «жесткой политики», «жесткого контроля» и «либеральной политики».

Первая группа — «группа жесткой политики», в которой борьба ведется самыми жесткими средствами, вплоть до смертной казни, и законодательство в отношении распространителей наркотиков максимально ужесточено. К ним относятся, в первую очередь, Малайзия, Иран и Пакистан. Технология эта действует по принципу «дешево и сердито» и диктуется не столько психологическим расчетом, сколько идеологической системой государства и/или ограниченностью его возможностей, в том числе финансовых. Опыт такой антинаркотической политики имел место в Китае [95], где в 1950 году насчитывалось 20 миллионов активных потребителей опиума, что составляло 5% населения страны и 27% взрослого мужского населения. Это был самый высокий уровень массовой зависимости в мировой истории. После образования КНР в период с 1951 по 1953 г. был предпринят целый ряд репрессивных мер при одновременном жестком контроле за выращиванием, производством и использованием лекарственного опиума с тем, чтобы он использовался только для медицинских целей. Те, кто выращивал, производил или продавал опиум нелегально, подвергались наказанию в виде принудительного труда либо казни. К потребителям опиума применялись меры принудительного лечения. Около 10% наркопотребителей были направлены на работу в исправительные лагеря. Остальные наркопотребители прекратили употребление наркотиков из-за мощного социального давления. В результате таких мер удалось

значительно снизить число наркопотребителей и прекратить почти трехсотлетнюю эпидемию курения опиума в стране.

Можно предположить, что основным фактором китайского успеха была скорее жестокость мер, чем их жесткость. Однако, возможно, что решающую роль может играть менталитет общества, сложившийся под воздействием вековых традиций и еще не разрушенный чужеродным влиянием. Так, в Японии после окончания Второй мировой войны наблюдалась эпидемия амфетаминовой наркомании [95]. Она возникла в результате утечки запасов амфетамина с японских военных складов. Эпидемия достигла кульминации в 1954 г., когда, по расчетам специалистов, около 2-х из 100 млн жителей Японии злоупотребляли таблетками амфетамина и метамфетамина, и еще более полумиллиона человек вводили себе амфетамин внутривенно. Это вынудило правительство страны предпринять ряд жестких мер, направленных на сокращение распространения наркомании среди населения. В 1954 г. было введено наказание от трех до шести месяцев лишения свободы за хранение наркотиков для личного потребления, от года до трех лет — за продажу наркотиков, и до пяти лет — за нелегальное производство наркотиков. Одновременно было введено принудительное лечение наркозависимых. В результате этих мер в Японии произошло снижение численности потребителей амфетамина с 550 тыс. в 1954 г. до 32 тыс. в 1956 г. и до 271 человека в 1959 г. По расчетам японских специалистов, предпринятые меры коснулись лишь 5–15% от всех наркопотребителей, остальные прекратили злоупотребление амфетамином, опасаясь неотвратимости наказания за незаконное употребление наркотиков.

Вторая группа — «группа жесткого контроля». Здесь государством осуществляется жесткий контроль за всеми видами наркотиков, идет активное противостояние наркомафии, но крайние меры не предпринимаются. К этой группе стран относятся США, Великобритания, Франция. На этом пути борьбы с наркотиками наибольшего успеха добились США [17], где за десятилетие количество лиц, употребляющих наркотики, сократилось вдвое.⁴ Причина тому — борьба с наркотиками стала действительно общенациональной и включает в себя как усилия правительства, так и неправительственных структур, типа движения «За Америку, свободную от наркотиков».

⁴ Имеется, впрочем, и другая оценка: «В 90-е годы в США на борьбу с наркозависимостью тратилось \$60 млрд./год, но по признанию аналитических служб и органов госстатистики США — число наркоманов сокращается в основном лишь за счет их смертности» [Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей / Ред. А. Гаранский. Владос-Пресс, 2003].

Вот ключевые элементы этой борьбы:

- признание проблемы наркомании общенациональной и выработка долгосрочной программы-стратегии на десять лет;
- выделение необходимых финансовых ресурсов правоохранительным структурам для ведения активной борьбы как внутри страны, так и за ее пределами;
- широкое международное сотрудничество с целью предотвращения поступления наркотиков на территорию США;
- четко ориентированная пропагандистско-информационная кампания, направленная прежде всего на молодежь (начиная с десяти лет);
- целенаправленное и широкое подключение общественных движений и структур на всех уровнях от общенационального до местных коммун;
- привлечение к кампании против наркотиков наиболее значимых политических (включая Президента США) и общественных деятелей (в частности звезд кино- и шоу-бизнеса, спортсменов);
- максимальное использование семьи как основы противодействия наркотикам;
- стимулирование коммерческих и финансовых структур, принимающих участие в борьбе против наркотиков.

В США в большинстве штатов существует наказание не только за хранение и употребление, но даже за *попытку* приобретения наркотиков. В Англии и Франции наркоманов в судебном порядке отправляют на принудительное лечение (в СССР также существовала такая форма медицинской и трудовой реабилитации наркоманов и алкоголиков). Одновременно в этих странах борьба с наркотиками в сфере закона сочетается с мощнейшей антинаркотической пропагандой, направленной, прежде всего, на наиболее уязвимые категории населения — безработных, учащихся школ и студентов. Это связано с осознанием того, что наркомания несет гигантские потери для общества — как моральные, так и материальные.

Третья группа — «либеральная политика», частично легализующая некоторые виды «легких» наркотиков. Наиболее известными ее представителями являются Голландия, а также Швейцария. Начавшаяся с середины 1950-х годов легализация «мягких» наркотиков (прежде всего марихуаны) не привела, в конечном счете, к расширению списка разрешенных к распространению наркосредств. Количество противоправных действий, связанных с наркотиками, частично стабилизировалось, однако кардинального изменения не произошло. Более того, Голландия, в первую очередь Амстердам, превратилась

в «наркотическую яму Европы». В США, в штате Оригон в 1973 г. вывели из-под уголовной ответственности хранение марихуаны. Уже в течение первого года после этого число наркопотребителей увеличилось на 6 %, причем среди лиц молодого возраста это увеличение произошло на 12 %. На Аляске после легализации в 1987 г. дозы марихуаны весом 85 г уже через год 72 % учащихся употребляли каннабис. В Дании, где в настоящее время легализована доза гашиша весом 10 г, и в Голландии, где легализована доза гашиша весом 5 г, самый высокий уровень преступности по Западной Европе. В Испании, правительство которой в 1985 г. последовало за Голландией, за десятилетие число только зарегистрированных наркоманов возросло с 200 тыс. до 1,6 млн. человек.

В статье «Антинаркотическая политика: зарубежный и национальный опыт», размещенной на официальном сайте Государственного антинаркотического комитета РФ, Т.Б. Дмитриева⁵ с соавторами констатирует, что в Российской Федерации последние 15 лет в результате отсутствия государственной антинаркотической концепции фактически проводилась либеральная антинаркотическая политика [95].

«Антинаркотический либерализм в Российской Федерации впервые был заявлен 25 октября 1990 г., когда Комитет Конституционного надзора СССР приравнял потребление наркотиков к правам человека, который «ни перед кем не обязан отвечать за свое здоровье». Тогда же была исключена уголовная ответственность за потребление наркотиков. В 1991 г. были закрыты лечебно-трудовые профилактории, где осуществлялось принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманией, нарушавших социальные и административные нормы общежития.

В 1997 г. алкогольное и наркотическое опьянение во вступившем в силу УК России оказались исключенными из перечня отягчающих вину обстоятельств. Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации» было отменено принудительное лечение наркомании лиц, совершивших преступление. Все эти годы наркотики оставались легкодоступными для населения. Через средства массовой информации и через рекламу пропагандировалось толерантное отношение к наркотикам. В образовательных учреждениях под видом профилактических программ внедрялись программы скрытой пропаганды наркотиков. Все это в совокупности привело к формированию молодежной культуры с высоким уровнем толерантности к наркотикам и их

⁵ Т.Б. Дмитриева, директор ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России», профессор, академик РАН.

потребителям. Результатом такого либерального подхода к проблеме распространения наркомании является наличие в стране около 2,5 млн. наркопотребителей».

«В Швеции, — продолжают тему авторы [95], — на фоне подъема ультралиберальной волны в 1965–1967 г. хранение наркотиков стало рассматриваться не как преступление, а как проступок. Было введено понятие «допустимых» доз наркотиков, которые выводились за пределы правового регулирования». В 1965 г. вне любой ответственности было хранение 1–2 г гашиша, нескольких пакетиков амфетамина с дозами до 0,2 г. В последующие годы допустимая граница наркотиков отодвигалась в сторону увеличения разрешенных доз. Одновременно в Швеции были закрыты муниципальные органы по поддержанию трезвости, алкоголизм и наркомания были объявлены заболеваниями, дающими право человеку на больничный лист, а со временем — на преждевременное получение пенсии в полном объеме. Ограниченному кругу врачей было разрешено назначать препараты, содержащие наркотики, для «поддерживающей терапии». В результате таких либеральных законодательных инноваций уже в течение первого года после этого в Швеции наблюдалось удвоение числа наркозависимых с ростом тяжелых последствий алкоголизма и наркоманий в обществе.

Такой же подход был использован в Российской Федерации, когда было принято постановление Правительства Российской Федерации от 6 мая 2004 года № 231 «Об утверждении размеров средних разовых доз наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1 и 229 УК России», после чего только в одном Екатеринбурге за первые два месяца действия постановления смертность от наркотиков увеличилась в 18 раз. Этот либеральный антинаркотический закон продержался в России чуть больше года. В апреле 2005 года Правительство все же одобрило поправки в УК РФ, исключаящие из кодекса понятия «среднеразовая доза» потребления наркотиков. Поправки определяют, что крупный и особо крупный размеры наркотических средств и психотропных веществ будут утверждаться специальным постановлением правительства. Необходимость этого связана с тем, что при введении в законодательство РФ понятия «среднеразовая доза» не было обращено внимание на то, что определить размер такой дозы для каждого наркотика весьма затруднительно. Кроме того, использование в уголовно-правовой норме понятия «среднеразовая доза» наркотических средств могло формировать в сознании граждан мнение о легализации оборота наркотиков. Либеральные подходы к регулированию наркооборота приводят к тому, что уличная торговля наркотиками фактически легализуется, поскольку большая часть торговцев носит при себе только «допустимые дозы».

В Санкт-Петербурге действуют криминальные группы, которые специализируются на производстве и продаже синтетических наркотиков (метадона, фенамина и т. п.); действуют ночные клубы, даже не скрывающие своей специфической направленности. В 2009 году в социологическом опросе петербургские студенты назвали более 35 клубов города, в которых осуществляется распространение наркотиков.⁶

Из материалов пресс-конференции заместителя прокурора города Санкт-Петербурга, 9 сентября 2010 года: «По инициативе прокуратуры с 6 ноября по 6 декабря 2009 г. была проведена акция «Наш город». На протяжении месяца граждане имели возможность использования круглосуточного многоканального телефона 004, по которому могли, не называя свои данные, сообщать о местах сбыта наркотиков. Информация эта фиксировалась в электронном виде и автоматически в течение 5–10 минут поступала через ГУВД в районное управление внутренних дел, где принимались меры по ликвидации точек наркосбыта. За месяц поступило около 3 тыс. сообщений граждан. И только за один месяц акции было ликвидировано свыше 1 тыс. адресов наркосбыта с задержанием лиц и с изъятием большого количества наркотических средств».⁷

Можно себе представить, каковы же реальные масштабы наркотизма в нашем городе, если за один только месяц показательной акции было выявлено столько наркодилеров. Ведь у каждого такого дилера имеется не один десяток постоянных клиентов! Сколько точек продолжает функционировать — не сообщается, но, как заметил зампрокурора: «...некоторые участковые уполномоченные <...> доходили до маразма, они наклеивали объявления о том, что проводится акция, на дверях наркосбытчиков, и предлагали ЖЭКам усиленно мыть подъезды от шприцев». Завершает правоохранитель свой рассказ почти философски: «...все, что ни делается, все к лучшему, хотя бы подъезды помыли».

⁶ <http://www.gazeta.spb.ru/229087-0/>.

⁷ Информацию можно найти по адресу http://www.ecad.ru/mn-pl09_01.html.

ГЛАВА 2.

АДДИКЦИЯ КАК ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН

2.1. Критерии определения понятия «аддиктивное поведение»

Термин «наркотическое средство» как и «психотропное вещество» включает в себя три критерия: 1) медицинский, 2) социальный, 3) юридический.

Медицинский критерий предполагает, что средство/вещество оказывает такое специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т. д.), которое является причиной его немедицинского применения и вызывает патологическое привыкание.

Социальный критерий предполагает, что применение данного вещества в немедицинских целях приобрело социально значимый масштаб, что оно может представлять собой угрозу для здоровья населения и породить социальные проблемы.

Юридический критерий основывается на двух предыдущих и предполагает, что Министерство здравоохранения официально признает данное вещество наркотическим и включает его в список наркотических и психотропных средств.

Из этих дефиниций следует, что в категорию наркотиков, т. е. запрещенных для потребления населением психоактивных веществ, попадает лишь некоторая часть субстанций, вызывающих нежелательную психическую зависимость. Другие, часто не менее опасные субстанции, хотя и соответствуют медицинскому и социальному критерию, по тем или иным причинам законом не запрещены, и могут быть разве что ограничены для потребления лишь нормами морали, здравым смыслом и самоконтролем. Сюда относятся, например, алкоголь, табак или растущая с каждым днем линейка товаров из категории «химия в быту».

Согласно медицинской дефиниции, причиной употребления наркотиков является сам эффект воздействия некоторого стимула на сознание и самочувствие потребителя: возбуждающий, либо успокаивающий, либо порождающий в сознании яркие образы и т. п.

Общеизвестно, что подобные эффекты могут быть достигнуты и без применения химических средств, естественным путем. Они возникают как следствие достижения человеком значимого успеха «в труде и личной жизни»; как результат взаимодействия человека с природой, познанием, искусством; они сопровождают процессы творчества или возникают в ходе полноценного человеческого общения и, наконец, они могут сопутствовать хорошо организованному досугу или заслуженному отдыху. То есть живой, творческий, деятельный человек достигает состояния удовольствия и радости посредством своего труда, внутренней работы, получает это как награду за полноценность и осмысленность существования. Потребитель же специфической «химии» получает свою эйфорию «дуриком», «на халяву», как «бесплатный сыр в мышеловке». Состояние заслуженной радости, как и состояние наркотического кайфа, не могут длиться вечно, и человек-деятель вновь погружается в работу, в реальную жизнь; а потребитель химии может продолжить свой кайф, может уйти от реальности, не вставая с места, просто приняв очередную дозу. В итоге регулярного потребления человек превращает себя в лабораторную мышь, зависимую от внешнего воздействия и неспособную контролировать происходящее внутренним усилием. Химия (алкоголь, наркотик) всегда выходит победителем, а платой за искусственную эйфорию становится сама жизнь потребителя.

Если причиной потребления «химии» является производимый ею эффект (изменение сознания и самочувствия), то что же может быть причиной самого первого употребления наркотика, когда человек еще не имеет личного опыта химической эйфории? Согласно расхожему мнению и опросам самих потребителей, такими причинами могут быть любопытство, скука, жизненные трудности, неинформированность о последствиях и т. п. Но почему «любопытным» любопытно именно что-то съесть, или выпить, или «вкурить какой-нибудь дури», и не любопытно открыть учебник, чтобы «вкурить» немного астрономии, математики, физики или истории? Почему бы им не прогнать скуку интересной книжкой или забегом на 10 000 метров, спортивным состязанием дворовых команд на пустыре или турпоходом по родному краю? Почему «жизненные трудности» им надо запивать алкоголем (то есть тушить пожар бензином)? Можно предположить, что все дело как раз в информированности потенциальных потребителей, причем очень специфической. Эта информация поступает потенциальной жертве ежедневно в неограниченном количестве, и она является рекламой, стимулирующей потребление. Весьма эффективной является прямая реклама, исходящая от друзей, приятелей, сверстников, уже

испытавших на себе «халаявный кайф». Первые эксперименты такого рода часто настолько «сносят крышу», что преображают человека, особенно молодого и житейски неопытного, в восторженного поклонника нового образа жизни. Он чувствует себя как язычник, «причастившийся святых таин» и обращенный в истинную веру. Он и ведет себя как новообращенный, то есть, открыв для себя «новые горизонты познания», восторженно делится со своим окружением обретенным опытом, с энтузиазмом и почти бескорыстно пытается указать им верный путь к счастью. Такая искренняя реклама даже более эффективна, чем циничная, безжалостно расчетливая стратегия наркодилера. Удивительно, что даже развитый интеллект и профессиональный опыт психолога не служат гарантией человеку от ухода в мир наркотических иллюзий. В 1884 г. знаменитый Зигмунд Фрейд опубликовал статью, под названием «Über Coca» в которой, он расхваливал «преимущества» кокаина, называя его «магическим» веществом. При этом Фрейд сам регулярно принимал кокаин. Он прописал его своей подруге, посадил на кокаин своего лучшего друга, а также рекомендовал кокаин для всеобщего использования. Отмечая, что употребление кокаина приводит к «физическому и духовному упадку», Фрейд продолжал рекламировать его своим друзьям.⁸ По данным Википедии, умер Фрейд от передозировки морфином, «мучительно страдая от рака полости рта, вызванного курением». Не менее поучителен опыт другого «обращенного» — известного американского психолога Тимоти Лири, наркомана и «ЛСД-гуру», посадившего в 60-х годах прошлого века целое поколение молодых американцев на психоделики («кислоту»).

2.2. Наркозависимость и аддиктивное поведение

Если наркозависимость понимается как зависимость «химическая» и достаточно четко определяется тремя критериями — медицинским, социальным и юридическим, то «аддиктивное (зависимое) поведение» включает в себя и другие, не только химические факторы и приводные механизмы. Применительно к превентологии термин «аддиктивное поведение» используется в литературе для характеристики таких поведенческих нарушений, которые возникают в результате злоупотребления психоактивными веществами (наркотики, алкоголь

⁸ //www.narconon-standard.ru/narcon/kokain/.

⁹ <http://ru.wikipedia.org/>; Т. Вулф. Электропрохладительный кислотный тест. — СПб., 2000.

и другие ПАВ), изменяющими психическое состояние человека, однако речь здесь еще не идет о сформировавшейся психической и/или физической зависимости. Понятно, что никакой достоверной статистики относительно числа лиц с признаками аддиктивного поведения не существует, но можно догадаться, что число таких лиц в нашей стране могло бы поразить воображение. Недаром же исследователи говорят о «потерянных поколениях» молодежи в современной России [70]. И речь идет не только о тех детях и подростках, которые уходят в виртуальную реальность; наши дети уходят из самой жизни. Конечно, суицид — это крайняя точка саморазрушительного поведения, но ведь и оно мотивировано не столько фатальной патологией личности, сколько рукотворными психолого-социальными феноменами. «В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. В большинстве случаев это поведение психически нормального человека» [29].

С тезисом о «потерянных поколениях» нетрудно согласиться, посмотрев данные исследования ЮНИСЕФ «Смертность подростков в Российской Федерации» (статистика на Официальном сайте Уполномоченного по правам ребенка в Санкт-Петербурге):

- за последние 5 лет смертность подростков в возрасте от 15 до 19 лет находилась в пределах 108–120 человек на 100 000 населения данного возраста (это в 3–5 раз выше, чем в Европейских странах);
- 80 % смертей можно было бы предотвратить при своевременном обращении к специалистам;
- каждая четвертая смерть среди подростков связана с употреблением алкоголя, и возрастная планка экспериментирования с алкоголем неуклонно снижается (на сегодняшний день более 50 % детей в возрасте 11 лет уже пробовали спиртные напитки);
- уровень самоубийств среди подростков в России в 3 раза выше среднего мирового показателя (по уровню самоубийств среди подростков Россия занимает первое место в мире!);
- 92 % самоубийств у детей так или иначе связаны с неблагополучием в семьях.

Хотя приведенная статистика и отмечает роль алкоголя в суицидальном поведении, однако она ничего не говорит о связи его с другими аддикциями. Отсутствие этого аспекта можно понимать двояко: либо такая статистика действительно никак не поддается учету (без введения принудительного тестирования на наркотики в школах и вузах), либо те подростки, которые выбирают столь крайний способ «ухода и бегства», не были аддиктами. Но тогда можно предположить,

что аддиктивное поведение, будучи саморазрушительным, является все же своеобразным фактором защиты от крайних форм риска.

Таблица 6.

Оценка собственного здоровья подростками

Государство	Кол-во подростков (от 13 до 18 лет), считающих себя здоровыми
Швейцария	93 %
Франция	55 %
Германия	40 %
Россия	менее 28 %
Уровень депрессии среди подростков	
Западные страны	менее 5 %
Россия	около 20 %
Количество подростков, задумывающихся о суициде (Россия)	
Девушки	45 %
Юноши	27 %

Социально-психологическая трактовка понятия «аддикции» акцентирует прежде всего социально-нормативные аспекты этого вида девиантного поведения, трактуя его как «специфический способ изменения социальных норм и ожиданий посредством демонстрации личностью ценностного отношения к ним. Для этого используются особые приемы — сленг, символика, мода, манера, поступок и т. д. Девиантные действия подростков выступают как средство достижения значимой цели, самоутверждения и разрядки» [32; 29].

2.3. Наблюдаемые признаки развития аддиктивного поведения

Сигналы опасности — личностные изменения:

- резкие перепады настроения в короткий промежуток времени;
- нарастающие раздражительность, скрытность, враждебность, замкнутость, угрюмость, подавленность, беспокойство;
- потребность в немедленном удовлетворении своих желаний;
- отказ обсуждать с родителями свои проблемы;
- все возрастающая изоляция от семьи;
- нежелание знакомить своих новых друзей с родителями;
- все большее охлаждение к прежним друзьям;
- новые знакомства с теми, кто намного старше, с людьми со странностями или с очевидными наркоманами;

- равнодушие к учебе, спорту, прежним увлечениям;
- появление у детей чувства ущербности, комплекса неполноценности;
- нарастание социальной изоляции;
- отрицание того, что наркотики могут приносить вред;
- лживость;
- постоянные опоздания в школу и поздние возвращения домой;
- потеря чувства времени;
- усиливающаяся импульсивность.

Сигналы опасности — изменения в привычках и образе жизни:

- необъяснимые отлучки из дома;
- неспособность даже приблизительно определить время своего отсутствия;
- игнорирование семейных праздников;
- неожиданный рост аппетита и неожиданная потеря аппетита;
- страстная потребность в сладком;
- изменения в режиме сна и бодрствования: ребенок спит днем и бодрствует ночью;
- кражи и распродажи домашнего имущества;
- вымогательство денег;
- обильное употребление в речи сленга и терминов, непонятных взрослым;
- частое проветривание своей комнаты;
- использование благовоний, освежителей воздуха, дыхания, духов, дезодорантов — для устранения наркотических запахов;
- ухудшение успеваемости;
- сонливость на уроках.

Сигналы опасности — изменения в физическом состоянии:

- потеря веса;
- утомляемость;
- частые простуды, грипп, желудочные боли и судороги;
- утренняя слабость на фоне вечерней активности;
- сексуальное безразличие;
- сбои в менструальном цикле;
- бессвязная, невнятная или быстрая, торопливая речь;
- обмороки, потеря сознания;
- воспаленные, отекающие или «стеклянные» глаза;
- расширенные или суженные зрачки;
- недостаточная подвижность глаз;
- нарывы и болячки вокруг ноздрей;
- чихание;

- сухость во рту;
- кашель;
- следы уколов на теле;
- постоянное использование одежды с длинными рукавами;
- обесцвеченные пальцы;
- повышенная потливость;
- холодная липкая кожа;
- повышенная нервозность, сверхактивность;
- головокружения;
- пренебрежение личной гигиеной.

Сигналы опасности — специфические находки:

- порошок, упакованный в маленькие бумажные свертки;
- упакованные в целлофан кусочки темно-коричневой массы;
- зеленоватый порошок растительного происхождения (чаще всего упакованный в спичечные коробки);
- чайные, столовые ложки со следами подогревания на открытом огне;
- лекарственные препараты (снотворные, успокаивающие средства) в таблетках и ампулах;
- папиросы «Беломорканал» и упаковки от них;
- шприцы и упаковки от них;
- разноцветные таблетки с выдавленными на поверхности картинками и символами;
- марки, не очень похожие на почтовые.

В настоящее время существует ряд подходов к диагностике повышенного риска алкоголизма и наркомании у подростков, коррекции их поведения, эмоциональных нарушений [55]. Согласно *наркологическому* подходу, основными признаками риска считаются злоупотребление чаем, кофе, табаком, алкоголем, наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями. При *педагогическом* подходе признаками риска считаются вредные привычки (грызение ногтей, курение), педагогическая запущенность, воспитание в социально неблагополучных семьях. *Правоохранительный* подход в качестве основных признаков риска рассматривает определенные формы девиантного поведения: азартные игры, самовольные уходы из семьи, уклонение от учебы и работы, участие в асоциальных подростковых группах. *Психиатрический* подход основное значение придает психическим нарушениям: неврозам, психопатиям, депрессиям, органической мозговой патологии.

Подходя *психологически*, особенно с точки зрения возрастной психологии, к группе риска по отношению к наркозависимости следует

отнести всех детей и подростков в возрастном диапазоне от 10 до 18 лет, независимо от их личностно-психологических особенностей. Убедительных данных о преимущественной представленности каких-то специфических особенностей личности в преморбиде подростков, больных наркоманией, пока не существует. Для категории «группы риска» характерны личностные особенности, обусловленные во многом психологией самого этапа возрастного развития.

В сфере поведения этап характеризуется нестабильностью отношений с окружающими, ограниченным репертуаром реакций на фрустрацию, низкой стрессовой толерантностью, высоким уровнем притязаний при недостаточно критичной оценке своих возможностей.

В аффективной сфере характерны: эмоциональная лабильность, склонность к тревожным и депрессивным реакциям, нестабильность самооценки.

В мотивационной сфере: высокая потребность в самоутверждении, в принадлежности к референтной группе.

В когнитивной сфере: «аффективная» (основанная на эмоциях) и «селективная» (основанная на деталях, вырванных из контекста) логика, «генерализация» (склонность к обобщениям на основании единичных фактов), чрезмерная категоричность суждений (по типу «все или ничего»).

Морфологические и физиологические изменения в организме, обусловленные пубертатом, повышают риск психосоматических заболеваний, оказывают существенное влияние на самочувствие (тревога, повышенная утомляемость) и настроение подростков. Среди специфических факторов риска особо значимы следующие: дисгармоничные отношения в семье; неадекватный тип воспитания; неблагоприятные отношения в школьном коллективе, неблагополучная среда общения вне школы; хронические соматические заболевания и психологические травмы [17].

На возникновение наркомании в подростковом возрасте могут оказывать влияние и особенности характера, точнее его определенные акцентуации. Хорошо известны работы К. Леонгарда, П. Б. Ганнушкина, А. Е. Личко, в которых приведены результаты исследований по данной проблеме. Под *акцентуацией характера* авторы понимали крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера человека чрезмерно усилены. Так, например, высокий риск наркомании и тягу к азартным играм у *эпилептоидов* можно объяснить присущей им силой влечений. *Гипертимы* проявляют особый интерес к галлюциногенам и ингалянтам, которые способны вызывать яркие и красочные фантазии. Кроме того, им свойственны стремление «все

попробовать» и страсть к новым, неизведанным и все более интенсивным переживаниям.

А.Е. Личко и В.С. Битенский [40] полагают, что риск злоупотребления наркотиками наиболее высок для акцентуации характера по типу «неустойчивый». Неустойчивость — это характеристика не эмоциональной сферы, а поведенческие особенности: неспособность подростка занять себя чем-либо полезным и конструктивным, нерасположенность к систематическому труду, к учебе, гедонистические установки, отсутствие потребности планировать свою жизнь. Высок риск также для *истероидного* типа. При *шизоидном* типе акцентуации преобладает тенденция к применению опийных препаратов и гашиша, т. е. желание вызвать у себя эмоционально-приятное состояние. При *эмоционально-лабильном* типе риск в целом значительно ниже. При *циклотимной*, *сензитивной* и *психастенической* акцентуациях употребление наркотических и психоактивных веществ, по данным Личко и Битенского, встречается редко.

На поздних этапах развития наркомании индивидуальные различия между личностями наркоманов стираются, и все они становятся одинаковыми как в плане внешнего вида, так и в образе мышления, выражения мыслей, в отношении к жизни. Способность к аналитическому мышлению у большинства наркоманов нарушена, и они не в состоянии уяснить, что состояние их сознания не является нормальным. Состояние измененного сознания их не беспокоит, их больше беспокоят те, кто такого состояния не понимает.

Потребность в изменениях состояния сознания является характерной для рода человеческого вообще, но ведь не все же принимают наркотики, а тем более становятся наркоманами. Что толкает некоторых людей в кризисных ситуациях к наркотику? Зависимость представляет собой неспособность или нежелание человека контролировать свою жизнь и свое поведение, что неизбежно приводит его к утрате полноценных связей с реальностью, прежде всего социальной. С помощью наркотика аддиктивный подросток пытается компенсировать этот недостаток социально-психологической адаптации.

Не всякая аддикция может быть отнесена к сфере медико-биологической компетенции и описана как болезнь или патологический синдром. В то же время в социальном смысле любая аддикция так или иначе разрушительна для гармоничного функционирования личности и человеческого сообщества в целом. Наряду с психоактивными веществами (ПАВ), создающими почву для развития сначала аддикции, а затем и химической зависимости, существуют группы психоактивных агентов иной природы (прежде всего социально-психологической),

которые также могут порождать зависимое поведение: «власть», «деньги», «социальный престиж», «секс», «мода», потребление продуктов материальной и нематериальной природы, специально создаваемых для удовлетворения потребностей человека в игре, развлечении, в достижении максимально возможного уровня наслаждения, максимального физического и психологического комфорта. В этом смысле нельзя отказать в логике наркоманам, которые, не отрицая у себя зависимости, указывают своим обличителям на их собственную несвободу от чрезмерных пристрастий: стяжательство, вещизм, шопинг, «тусовки», пивные фестивали; коммерчески-спортивные зрелища с их «фанатизмом», развлекательные шоу и телесериалы, «криминальное чтение», порнопродукция и прочие «национальные особенности рыбалки и охоты».

Говоря о причинах, толкающих человека к наркотикам и, в более широком смысле, к утрате личной независимости, к зависимому поведению, исследователи называют обширный их список, начиная от простого детского «любопытства» до глубинных подсознательных влечений. Нам представляется, что основную причину «нащупал» еще Ф. М. Достоевский в «поэме» Ивана Карамазова о Великом Инквизиторе. Попробуем схематично сформулировать эту причину:

Человек наделен свободой воли, способностью выбирать между Добром и Злом. Путь Добра трезв и аскетичен, он связан с каждодневной ответственностью за свои поступки. Этот выбор по силам лишь немногим. Путь Зла легок и соблазнителен, но чреват общественным неустройством, муками совести, внутренним конфликтом. Если есть «волшебное» средство, способное «успокоить совесть», отключить ее, обеспечить переход в измененное состояние сознания, то слабый человек откажется от своей свободы в пользу зависимости от такого средства или в пользу силы, манипулирующей таким средством. Отключающим средством могут быть не только рекламные «волшебные пузырьки» и запрещенные таблетки, но и насаждаемая повседневно идеология «общества потребления».

«Пятнадцать веков мучились мы с этою свободой, но теперь это кончено и кончено крепко», — говорит Инквизитор Христу, вновь посетившему сей мир. — «...Знай, что теперь и именно ныне эти люди уверены более чем когда-нибудь, что свободны вполне, а между тем сами же они принесли нам свободу свою и покорно положили ее к ногам нашим».

ГЛАВА 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ: ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ, БИХЕВИОРИСТИЧЕСКИЙ, ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ

3.1. Психоаналитическая модель

Основатели психоаналитических концепций (З. Фрейд, А. Фрейд, А. Адлер, Э. Фромм) считают, что в основе формирования наркозависимости лежат дефекты (внутриличностные конфликты) в психосексуальном созревании, приобретенные на оральной и/или анальной стадии развития. Наркотическая зависимость рассматривается психоаналитиками как следствие регрессии, связанной с неосознаваемым внутренним конфликтом между «Ид» и «Суперэго», с невозможностью преодоления фрустрации, беспомощностью при встрече с трудностями и эмоциональной зависимостью от взрослых, прежде всего, матери. По Э.Эриксону, почвой для развития наркозависимости служит кризис идентификации (ролевой, этнической, сексуальной), который находит свое разрешение в компенсаторных свойствах аддикции.

Психоаналитическая теория рассматривает человека вообще как «невротика», с тем различием, что у «нормального» человека лучше сбалансирована структура личности. З. Фрейд включал в структуру личности три основные инстанции: Ид представляет собой область инстинктов, Эго — сферу рациональных (познавательных) процессов, Суперэго — систему интернализованной морали. Соответственно, Ид руководствуется принципом удовольствия, Эго — принципом реальности, а Суперэго выполняет функции самонаблюдения, совести и идеала. Общая энергия в организме распределяется среди трех подсистем таким образом, что каждая получает необходимое для ее нормального функционирования количество. В результате Эго имеет достаточное

количество энергии для адекватного восприятия реальности и приспособления к Суперэго, одновременно находя средства для удовлетворения Ид. Согласно психоаналитической модели, личность закономерно проходит в своем развитии оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную стадии. В основе формирования зависимости лежат дефекты (внутриличностные конфликты) в психосексуальном созревании, приобретенные в частности на оральной и/или анальной стадии развития. Человек под действием наркотического вещества регрессирует на более ранние стадии развития, избегая таким образом решения существующих конфликтов.

В соответствии с фазами развития сексуальности специфические невротические расстройства подразделяются на «оральные», «анальные» и «генитальные» неврозы. В оральной фазе главную роль играет дуальное отношение между ребенком и матерью; для генитальной фазы характерен треугольник отношений ребенка с матерью и отцом. Конфликтные ситуации, если они не могут быть решены в соответствии с типом конфликта, влекут за собой попытки решить их в соответствии с тем или иным характерологическим типом. Серьезные нарушения в отношениях между матерью и ребенком могут проявляться клинически в виде шизофрении или тяжелой депрессии, либо приводить к алкоголизму и наркотической зависимости. Сюда же относятся и нарушения, связанные с расстройством приема пищи (анорексия, булимия). «Оральная фиксация поведения людей с алкогольной зависимостью столь очевидна, — пишет П. Куттер, — что позволяет углядеть в этом продолжение поведения младенца по отношению к материнской груди. Как непосредственное поглощение, так и действие алкогольных напитков, выступают в качестве защитных механизмов, которые защищают алкоголика от невыносимых внутренних душевных состояний. Если алкоголики подвергаются психоанализу, что случается не так уж часто, то они демонстрируют разрушительные процессы (действовавшие до этого лишь в психике алкоголика) непосредственно в отношениях между анализандом и аналитиком» [36].

Невротическая личность страдает от серьезных бессознательных конфликтов, несет тяжелый груз тревоги и связывает большое количество энергии в защитных паттернах поведения. Психозащитные механизмы играют решающую роль в психодинамике. Невротики и нормальные люди различаются в способах психологической защиты. В норме сублимация инстинктов позволяет использовать энергию для созидания социально желательного (цивилизованного) поведения. С социальной точки зрения, сублимация является «успешной» тактикой защиты, поскольку она позволяет избегать конфликта

и тревоги и реализовывать то, что намечено процессом социализации. Нормальный человек располагает большим, чем у невротика, запасом сублимированной энергии и тем самым обладает большим количеством социально одобряемых паттернов поведения. Интеллектуализация в качестве защитного механизма в подростковом возрасте выступает против собственных инстинктивных влечений личности и до некоторой степени также может считаться «успешной» тактикой.

Наркотики, напротив, являются примером неуспешной тактики психологической защиты, хотя по-своему удовлетворяют потребность Эго в стабильности, нейтрализуют карающее Суперэго, дают идеализированный объект. Аддиктивное поведение существенно детерминировано: 1) потребностью контейнировать агрессию; 2) поиском удовлетворения желания символических отношений с материнской фигурой; 3) желанием ослабить депрессивные аффекты [57].

Действие наркотиков влияет на аффекты — страхи, чувства вины и стыда. Тем самым действие наркотиков подобно защитному механизму. То, что при неврозе делает защитный механизм вытеснения, при наркотической зависимости берет на себя наркотик: неприятные представления и чувства более не воспринимаются. В этом повинен тот самый негативный опыт, приобретенный лицами с наркотической зависимостью в раннем детстве. Вполне законные потребности ребенка в уважении, в любви и нежности отношений с родителями по тем или иным причинам не удовлетворялись [57].

Вместе с тем следует учитывать возможность, что приобретенные паттерны поведения могут мотивироваться сами по себе, без подавления или даже «успешной» защиты. Различные представители психоаналитической традиции подвергли критике положения Фрейда и поставили под сомнение жесткий биологический детерминизм Фрейда. По-видимому, Эго обладает большей самостоятельностью в вопросах контроля и интеграции поведения, а Суперэго не обязательно трактовать лишь в негативных терминах [56].

В индивидуальной психологии А. Адлера упор делается на решающей роли врожденного комплекса неполноценности и его компенсации. В качестве основного инстинкта человека и его целеполагания Адлер предлагал концепт «достижение превосходства». Успешно преодолеть чувство неполноценности возможно при развитии чувства общности. Индивиды с недостаточно развитым чувством общности составляют группу проблемных детей, преступников, душевнобольных, алкоголиков, наркоманов. Люди не могут справиться со своими проблемами и получать удовольствие от социального общения потому, что в детстве у них сформировался план, в основе которого лежит

защитная функция. Этот план препятствует личностным изменениям, так как представляет единственную форму адаптации, которую человек сумел для себя создать [38]. Чтобы обрести индивидуальность, человек должен освободиться от привязанностей раннего детства. Этот шанс дается человеку в период взросления.

По мнению Юнга, цель человеческого развития состоит в высвобождении возможностей коллективного бессознательного. Прогресс подразумевает под собой процесс индивидуации (саморазвития), в ходе которого субъект начинает постигать различия между сознательным и бессознательным, осознавать как свою собственную индивидуальность, так и свою принадлежность к человеческому роду. В результате субъект обретает способность думать, чувствовать и действовать в большей степени на уровне интегральной Самости, нежели на личном (Эго-защитном) уровне. Самость есть архетип целостности — наиболее полного человеческого потенциала.

Э. Фромм относит наркомана, аддикта к мазохистскому типу личности, которая является пассивной стороной симбиотической связи.

В транзактном анализе (Э. Берн) зависимость от алкоголя и наркотиков рассматривается как вариант игры «Алкоголик», в которую человек может играть всю жизнь. Он не боится потерять здоровье, т. к. это как раз то, чего он нередко и добивается, следуя своему сценарному предписанию: «Убей себя». У наркоманов и алкоголиков, по мнению Э. Берна, отчетливо проявляется зависимость от матери. Прекратить прием наркотиков для них равносильно разрыву симбиоза с матерью. Транзактный анализ трактует наркоманию как игру, в которой каждый игрок (сам «наркоман», его «преследователь», его «спаситель» и т. д.) получает свою выгоду, что и поддерживает психическую зависимость «главного игрока» от наркотика.

Согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона, личностное развитие продолжается всю жизнь. Дефекты предшествующих стадий развития манифестируются в подростковом возрасте во время кризиса идентификации личности или путаницы ролей (12–18 лет). От самой первой стадии (потребность в доверии себе и другим) актуализируется поиск людей, которым можно было бы верить, и люди должны доказать, что им можно верить. С другой стороны, подросток боится быть обманутым и может выражать эту потребность в циничном недоверии. Регресс к этой стадии означает возобновление борьбы между доверием и недоверием. В зависимости от смысла жизненных событий аналогичные регрессы могут быть и к другим стадиям, вплоть до пятой, где, собственно, и происходит кризис подростковой идентичности. В период этого кризиса подростки пытаются создавать свою

субкультуру, они озабочены тем, что их мнение не совпадает с мнением других людей. В поисках нового чувства преемственности и самостождественности, которое должно теперь включать половую зрелость, некоторые подростки вновь пытаются решить конфликты прошлых лет, прежде чем создать для себя окончательные идеалы.

Если подросток, молодой человек может идентифицировать себя с новыми ролями, предполагающими компетентность и творчество, если были положительно разрешены кризисы предшествующей идентичности, то этот период проходит сравнительно спокойно. Те же, кто не способен найти свое место в жизни, попадают в ситуацию ролевой неопределенности, которая соединяется с застарелым чувством безнадёжности. Результатом этой стадии является спутанность идентичности, и такие подростки часто пополняют группу деликвентных личностей.

3.2. Бихевиористическая модель

В бихевиористической парадигме различают два вида неадаптивного привычного поведения: органическое и выученное. К выученному поведению относят не только неадаптивные привычки (например, привычка грызть ногти), но также неврозы, психопатии (антисоциальные личностные расстройства) и аддикцию (алкоголизм, наркоманию).

Поведенческая терапия как «модификация поведения» впервые возникает как оппозиция фрейдистскому психоаналитическому подходу, доминировавшему в американской терапевтической практике в 30-е гг., и окончательно оформляется в самостоятельное направление в 50-е гг. XX века. Рассматривая историю возникновения поведенческой терапии, Д. Дэвисон выделяет три психологических направления, лежащих в основе ее становления: ставшие классическими работы Д. Вольпе и А. Лазаруса, основанные на принципах теории классического обусловливания И. П. Павлова и теории научения Халла; работы по оперантному обусловливаню Б. Скиннера и работы по когнитивному научению Л. Бандуры [12].

Дж. Вольпе в своей статье «На пути к созданию научной психотерапии» [84] пишет: «Распространенный образ отстраненного бихевиорального психотерапевта, интересующегося лишь механикой поведения, но никак не самим человеком и его проблемами, — это чистойшей воды вымысел!» С этим утверждением вполне согласны и ведущие специалисты в других областях психотерапии [84]. Современные теоретические модели девиантного поведения человека в значительной

степени пересекаются, совмещая в себе и бихевиоральный, и когнитивный, и психодинамический подходы. Не говоря уже о повсеместной практике заимствования эффективного технического инструментария, об эклектике в применении конкретных методических приемов психотерапии и психокоррекции поведения.

Многие поведенческие психотерапевты признают важность когнитивных и аффективных составляющих, а также сознания в целом. Так, с точки зрения современного бихевиорального подхода, у подростков нередко встречаются проблемы в установлении эмоциональных связей со сверстниками, что порождает фрустрацию, тревожность, стресс или депрессию. Низкая устойчивость к стрессам у наркоманов сочетается с очень высокой результативностью поведения, направленного на употребление наркотиков. При этом отказ от потребления наркотических средств рассматривается как поведение с высокой степенью неопределенности и отсутствием удовлетворительных поведенческих схем. Решение о необходимости использования в каждом конкретном случае определенного метода воздействия зависит, таким образом, от обстоятельств.

Благодаря работам А. Бандуры в американской поведенческой терапии укрепила свои позиции *когнитивная психология*. Вместе с тем в ходе развития когнитивно-поведенческой терапии отчетливо выступила и тенденция смыкания этого синтетического направления с психоаналитическим подходом, из которого заимствуются некоторые принципы и техники коррекционного воздействия, а традиционные психоаналитические процедуры получают описание в терминах теории научения. Теоретики когнитивной психотерапии, как и психоаналитики, полагают, что обычно при лечении расстройств личности более продуктивно выявлять «глубинные» структуры. Различие заключается в том, что представители психоаналитической школы считают эти структуры неосознаваемыми и труднодоступными для пациента. Когнитивные психотерапевты, напротив, придерживаются мнения, что данные явления в значительной степени осознаваемы и при специальной подготовке могут быть еще более доступны для осознания. Дисфункциональные чувства и поведение (согласно теории когнитивной психотерапии) в значительной степени обусловлены определенными схемами, которые лежат в основе искаженных суждений и сопутствующей им тенденции допускать когнитивные ошибки в некоторых типах ситуаций. Основная посылка когнитивной модели заключается в том, что главным источником дисфункциональных эмоций и поведения являются ошибки атрибуции. Так, поведенческий паттерн «зависимой личности» предполагает поиск удовольствий и избегание боли,

а также пассивную надежду на то, что другие люди удовлетворят эти потребности. В работах психиатров XIX века «зависимость» определялась как пассивность, неэффективность, чрезмерное послушание, и для описания зависимых использовались такие термины, как «беспомощные», «слабовольные» и «дегенераты». Согласно современной психодинамической трактовке, к чрезмерной и дезадаптивной зависимости могут вести чрезмерное потакание или депривация на оральной (младенческой) стадии развития, что ведет к развитию таких черт, как иждивенчество и недостаток инициативы.

Тотальный паттерн зависимого поведения включает по крайней мере пять признаков из следующих:

- 1) человек неспособен принимать повседневные решения без поддержки окружающих;
- 2) позволяет другим принимать за себя большинство важных решений, например, где жить, на какую работу устраиваться;
- 3) из-за боязни отвержения соглашается с людьми, даже когда полагает, что они не правы;
- 4) испытывает трудности с началом реализации своих намерений или самостоятельными действиями;
- 5) добровольно делает неприятные или унижительные вещи, чтобы понравиться другим людям;
- 6) ощущает дискомфорт или беспомощность в одиночестве либо идет на все, чтобы не оставаться одному;
- 7) чувствует опустошенность или беспомощность, когда заканчиваются близкие отношения;
- 8) часто озабочен боязнью того, что его бросят;
- 9) уязвим к критике или неодобрению.

Алкоголизм и другие формы злоупотребления психоактивными веществами также являются обычными проблемами у зависимых людей, так как эти вещества часто рассматриваются как легкий, пассивный способ решения проблем или, по крайней мере, бегства от них. Человек с зависимой ориентацией личности предрасположен к различным психопатологическим состояниям, включая депрессию, алкоголизм, переизбыток и зависимость от табака [5].

3.3. Экзистенциально-гуманистическая модель

Согласно этой модели, приобщение к наркотикам является реакцией личности на экзистенциальную фрустрацию, протестом против социального давления, бегством от скуки, невозможности

самореализации, стремлением «потреблять счастье в чистом виде». Причины же возникновения аддикции кроются в сниженном «внутреннем локусе контроля», утрате или отсутствии смысла жизни и фрустрации значимых потребностей. Аддикты, наркоманы — это жертвы установки «магического мышления»: с точки зрения наркозависимого субъективная реальность абсолютна и безусловна, она важнее, чем реальность внешняя. Наркоман нуждается в том, чтобы чувствовать себя защищенным, его зависимость — это образ жизни. Только изменение мировоззрения способно избавить его от зависимости.

Центральным понятием в гуманистическом психоанализе Э. Фромма является «отчужденность». Быть отчужденным — значит быть беспомощным, не владеть собственной жизнью и не влиять на ход событий. Отчужденность порождает тревогу, стыд и чувство вины. Самая глубинная человеческая потребность, по мнению Э. Фромма, это потребность преодолеть свою отчужденность, освободиться от чувства одиночества. В первобытных обществах, в эпоху древних цивилизаций Египта, Греции и Рима и далее вплоть до Нового времени человечество решало проблему отчуждения специально организованными коллективистскими действиями и ритуалами, посредством достижения «оргиастических состояний». Оргия (греч. *ὄργιον*) — религиозные обряды многих древних народов, ритуал, жертвоприношение, таинство, священнодействия в мистериях Деметры и Диониса, связанные с культами богов и носившие сексуальный характер. Оргиастические состояния часто имели форму транса, в который вводили себя участники празднеств посредством самовнушения или с помощью наркотиков. После оргиастического переживания человек мог на некоторое время расстаться с тягостным для него чувством отчужденности и беспомощности в окружающем его мире. Затем тревожное напряжение возникало вновь и постепенно нарастало до следующего во временном цикле празднества и исполнения ритуала. Чем больше человеческий род отделялся от природного мира, тем острее становилась потребность находить новые пути преодоления отчужденности. Пока эти оргиастические приемы были всеобщепотребительны для всего социума, они не порождали у человека чувства тревоги и вины. Ситуация совершенно меняется, когда подобное решение избирается индивидом в обществе, уже расставшемся с данной практикой. Современные нам массовые празднества, фестивали, карнавалы и прочие «мероприятия», пропитанные духом коммерции, уже не обладают прежним «магическим» значением и воспринимаются участниками скорее как развлечение, шоу. В неоргиастической культуре формами забвения своей отчужденности,

как правило, являются алкоголизм и наркомания. Находясь в алкоголе и наркотиках, люди чувствуют еще большее одиночество после того, как оргиастические переживания заканчиваются. В результате растет необходимость затуманивать свое сознание как можно чаще и интенсивнее. Выход из этой ситуации Э. Фромм видит в развитии творческой деятельности и истинной любви. Наркомана (зависимого человека вообще) он относит к мазохистскому типу личности, которая является пассивной формой симбиотической связи. Иными словами, наркоманией болеют люди, неспособные любить. Такие люди не принимают решений, покоряются судьбе, болезни, оргиастическим состояниям, вызванным наркотиками [77].

Гуманистические психологи акцентируют фундаментальное отличие сил, лежащих в основе человеческих влечений и мотивов, от инстинктивных побуждений животных. Такие побуждения, как духовное совершенствование, эстетические импульсы, поиск истины или смысла, альтруизм и т. п. считаются уникальной особенностью человеческих существ. Идея самоактуализации (Роджерс [61], Маслоу [42]) подразумевает, что источники развития находятся внутри самого человека. По мнению К. Роджерса, наше «Я» собирает в себе, как в фокусе, наши восприятия и переживания, ассимилирует их и, все лучше интегрируясь, движется в направлении от системы исключительно личного оценивания к «процессу непрерывного оценивания с позиций организма как целого». Полноценно функционирующая личность (fully functioning person) — это человек, полностью осознающий свое реальное «Я». Такой человек характеризуется следующими чертами: он открыт опыту, живет настоящим, доверяет своим интуитивным суждениям и внутренним импульсам. К. Роджерс трактует личность как человека-в-процессе, открытого новому опыту, в ситуации «здесь и сейчас», стремящегося к саморазвитию внутренних побуждений и способности принимать решения. Каждый опыт неконгруэнтности, несоответствия между Я-концепцией и реальностью ведет к возрастающей уязвимости личности, к усилению внутренних защит, создавая таким образом новые поводы для неконгруэнтности. Только возвратив себе подавленные или отрицавшиеся части себя, открыв внутренний «локус контроля», человек может вернуться к здоровью [58].

Если у К. Роджерса тенденция к самоактуализации представляет собой единственную и самодостаточную потребность человека или, точнее, живого организма вообще, то А. Маслоу выстраивает иерархию потребностей в виде широко известной «пирамиды». Низшие уровни пирамиды представляют собой дефицитарные потребности («потребности нужды»), а высшие — «потребности роста»: первые

обеспечивают выживание, а вторые — развитие личности. Маслоу называл невроз и психологическую разлаженность дефицитарными болезнями; он считал, что такие заболевания вызываются тем, что не удовлетворены некоторые основные потребности, точно так же, как отсутствие некоторых витаминов может вызвать болезнь. Жизнь на более высоких уровнях потребностей обуславливает и более высокую биологическую эффективность — большую продолжительность, лучшее здоровье, более высокий тонус. «Удовлетворение стремления к развитию делает человека здоровым», — пишет Маслоу [42]. Психологически здоровые, самоактуализирующиеся люди обладают гармонично функционирующей иерархией мотивов, в которой не существует конфликта, и где более высокие мотивы не блокируются требованиями мотивов более низкого порядка. Основные характеристики здорового человека — это спонтанность, простота, естественность; служение обществу в противоположность эгоцентрическим целям; автономность, независимость от культуры и среды, воля и активность; способность радоваться жизни; целостная (интегрированная) система ценностей. Поскольку с развитием человека как личности расширяются его возможности, потребность в самосовершенствовании никогда не может быть удовлетворена полностью. Поэтому и процесс развития мотивации неограничен, а высший уровень мотивации «принципиально ненасыщаем».

Маслоу в общих чертах определял понятие самоактуализации (self-actualization) как «полное применение талантов, способностей, потенциалов и т. д.». Самоактуализация — не застывшее состояние. Это действующий процесс, при котором способности индивида применяются полностью, творчески и радостно [42]. Давая характеристику самоактуализирующейся личности, А. Маслоу отмечает ее независимость, ориентацию на реальность, деловую направленность, оптимизм, идентификацию с человечеством, наличие богатого внутреннего мира, зрелые ценности, юмор, креативность, неконформизм. Маслоу обнаружил, что самоактуализирующиеся субъекты находили удовольствие в жизни, несмотря на боль, печаль и разочарования. Они проявляли больше заинтересованности, у них было меньше страха, тревоги или ощущения бессмысленности существования. Тогда как остальные люди лишь в редкие моменты жизни испытывали радость, ощущение триумфа или переживали вершинный опыт, самоактуализирующиеся люди, казалось, наслаждались жизнью в целом [42].

Собственно *гуманистическая* позиция в анализе феномена человека более оптимистична, чем позиция собственно экзистенциальная, которая в большей степени ориентирована на понимание жизненных

кризисов. «Экзистенциальные аналитики делают со структурой человеческого существования то же самое, что делал Фрейд со структурой бессознательного — они выводят ее из сферы случайного дара индивидов с развитой интуицией и переводят в область объяснения и понимания; также они пытаются обучать этому других людей» [86].

В. Франкл подвергал критике концепцию самоактуализации [56]. По его мнению, самоактуализация — просто сопутствующая награда, которую мы можем при этом получить в процессе поиска смысла. Центральной характеристикой подлинно человеческого является не самоактуализация, а самотрансценденция. «Расхожее понятие, предлагаемое большей частью литературы в области гуманистической психологии, — уточняет Франкл, — по-прежнему привязано к устаревшей психологии, которая реально представляет собой монадологию: рассмотрение человека как монады без окон, которые допускали бы самотрансцендирующие отношения» [75].

В жизни не существует ситуаций, в которых бы отсутствовал выбор между альтернативами, независимо от того, насколько безвыходным нам может казаться наше положение. Определение альтернатив является первым шагом на пути к свободе. Ни один человек никогда не сможет достичь абсолютной свободы, но всякий может стать более свободным.

В. Франкл отмечает, что проблемы свободы и смысла жизни особенно обострены в подростковом возрасте. Молодые люди демонстрируют свою взрослость тем, что ставят под сомнение смысл жизни. Подростку нужно преодолеть кризис идентификации, найти смысл жизни. «Смысл должен быть найден, он не может быть создан», — уточняет Франкл. Проблема поиска смысла осложняется тем обстоятельством, что в современном «обществе потребления» экзистенциальный вакуум стал широко распространенным явлением.

«Экзистенциальный вакуум проявляется прежде всего в ощущении скуки. Теперь мы понимаем Шопенгауэра, который говорил, что человечество обречено вечно колебаться между двумя крайностями — нуждой и скукой. В самом деле, скука в наше время создает для психiatров больше проблем, чем нужда. И эти проблемы растут с угрожающей скоростью, так как процесс автоматизации производства по-видимому ведет к значительному увеличению свободного времени. Беда в том, что большинство не знает, что с этим временем делать» [73]. Утрата смысла жизни, экзистенциальный вакуум особенно характерны для больных наркозависимостью и алкоголизмом. «В тяжелых случаях хронического алкоголизма можно констатировать, что 90 процентов страдают глубочайшим ощущением бессмысленности». Именно

поэтому логотерапия может принести таким пациентам значимое улучшение состояния. «Что касается наркотической зависимости, — продолжает В. Франкл [74], — то, как утверждают сотрудники реабилитационных центров, более 60 процентов наших пациентов жалуются, что в их жизни мало смысла. На основании тестирования 416 студентов было статистически доказано, что «образ слабого отца», который, по мнению психоаналитиков, лежит в основе наркотической зависимости, к этому не имеет никакого отношения, скорее, можно сделать вывод, что с индексом наркотической зависимости значимо коррелирует степень экзистенциальной фрустрации: этот индекс, в среднем, в случаях, где экзистенциальная фрустрация отсутствует, составляет 4,25 условных единиц, тогда как при наличии экзистенциальной фрустрации его среднее значение достигает 8,90 условных единиц, то есть он возрастает более, чем в два раза». Рассматривая экзистенциальную фрустрацию в качестве этиологического фактора наркозависимости, Франкл в реабилитационных целях предлагает использовать логотерапевтическое вмешательство. Эффективность этого метода он обосновывает следующими данными: «Среди всех молодых людей, страдающих наркотической зависимостью и проходивших наркологическое лечение в медицинских учреждениях Германии, можно считать вылечившимися не более 10 процентов. В США число вылечившихся, в среднем, составляет 11 процентов. Фрезер (E. Fraiser) применяет логотерапию в руководимом им калифорнийском Центре реабилитации наркоманов и может гордиться результатом — 40 процентов победивших зависимость».

Экзистенциальная парадигма в психологии и психотерапии возникла под воздействием идей философской антропологии и феноменологии. В числе основателей этого направления называют имена Сёрена Керкегора, Ф.М. Достоевского, Фридриха Ницше, Мартина Хайдеггера, Жана Поля Сартра и Эдмунда Гуссерля. Эта парадигма исходит из уникальности конкретной жизни человека, несводимой к общим схемам.

Экзистенциальный подход к проблеме зависимости предопределен системой фундаментальных базовых оппозиций философии человеческого существования. В качестве постулатов экзистенциального подхода обычно приводят парадигмы экзистенциального выбора, совершаемого индивидом в пространстве четырех оппозиций:

- проблемы жизни и смерти;
- проблемы детерминизма, свободы и ответственности;
- проблемы смысла и его утраты;
- проблемы общения и одиночества.

Как формулирует В. Франкл: «Экзистенциальный анализ признает человека свободным; однако он признает его не только свободным, но и ответственным. То, за что ответствен человек, — это осуществление смысла. Экзистенциальный анализ считает человека существом, ориентированным на смысл и стремящимся к ценностям (в противоположность ходячему психоаналитическому представлению о человеке как о существе, детерминированном преимущественно влечениями и стремящемся к наслаждению)».

Экзистенциально понимаемая сущность человека не задана изначально, как это следует из концепций А. Маслоу, К. Роджерса и других представителей собственно гуманистического направления, а обретается человеком в процессе индивидуального поиска собственной уникальной идентичности. С этой точки зрения в природе человека есть не только позитивный потенциал (на чем настаивают гуманисты), но и негативные, даже деструктивные возможности, — и поэтому все зависит от личных выборов самого человека, за которые он и несет персональную ответственность. Когда человек поддается своим влечениям, это значит, что он свободно отрекается от свободы, чтобы найти оправдание в своей несвободе.

Э. Гуссерль трактовал сознание интенционально (в смысле того, что оно всегда направлено *на что-то*, всегда *о чем-то*). В системе Мартина Хайдеггера интенциональность сознания трансформировалась в понятие «заботы». Согласно Хайдеггеру, человек — «пастух бытия»; без человека бытие обратилось бы в «ничто». (Разумеется, речь идет только о бытии в понимании человека, а не «инопланетных» сущностей, о которых нам до сих пор ничего не известно). Человек обречен быть свободным, он «зброшен в свободу».

В рамках «философии существования» представляет интерес подход Ф.М. Достоевского, который по праву признан одним из основателей экзистенциализма. У Достоевского «Великий Инквизитор»¹⁰ упрекает Христа, отвергнувшего выбор в пользу неких чудесных даров, с помощью которых легко было бы устроить человечеству беззаботное счастье на земле. Конечно, искушая Христа, «дух самоуничтожения и небытия» имел в виду именно «самоуничтожение и небытие» как приемлемую плату за кратковременное счастье. Но, по мысли инквизитора, Христос переоценил возможности человека, этого «недоделанного пробного существа», он не внял искушению «страшного и умного духа», отказался лично руководить человеком, а вместо этого наделил его даром свободы и бременем ответственности. Высказывая

¹⁰ Роман «Братья Карамазовы», ч. 2, кн. 4.

свои соображения о природе человека, инквизитор проводит такую мысль: человек «ищет не столько бога, сколько чудес», и больше всего страшится своей свободы, которую он ощущает как непосильное бремя ответственности. «Нет у человека заботы мучительнее, как найти того, кому бы передать поскорее тот дар свободы, с которым это несчастное существо рождается». То есть слабый (в подавляющей своей массе) человек сам ищет зависимости от некоей внешней силы (или власти), которая снимет с него экзистенциальную заботу о бытии, ибо свобода всегда оборачивается тягостной необходимостью брать эту ответственность на себя, либо испытывать муки совести.¹¹

Остается только пожалеть, что Достоевский не входит в число популярных авторов у современного читателя, а телевизионные версии его романов не способны передать ни глубину мысли, ни духовную мощь этого величайшего психолога.

¹¹ На бытовом, иронически-экзистенциальном уровне, похожую мысль выразил персонаж В. Высоцкого: «...Мне вчера дали свободу, / Что я с ней делать буду?»

ГЛАВА 4. СОВРЕМЕННАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ

4.1. Правовые аспекты наркологической помощи

Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изменениями и дополнениями), глава VII. Наркологическая помощь больным наркоманией:

Статья 54. Наркологическая помощь больным наркоманией

1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

2. Больным наркоманией наркологическая помощь оказывается по их просьбе или с их согласия, а больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет наркологическая помощь оказывается без их согласия, но по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Статья 55. Деятельность учреждений здравоохранения при оказании наркологической помощи больным наркоманией

1. Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

По мнению В. Иванова — директора Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, ресурсное обеспечение наркологической службы РФ, включающее в себя стимулирование

лечения и реабилитацию наркоманов, за последние 18 лет деградировало: «...при увеличении количества потребителей наркотиков с 1993 г. минимум в 20 раз коечный фонд из расчета на одного наркопотребителя сократился в 50 раз». Так, если в 2008 г. было 27,5 тысяч коек в лечебницах, то по данным на июнь 2009 г. — 26,5 тысяч коек на 2,5 млн наркозависимых, причем, большинство из них находится в лечебных учреждениях общего профиля («РИА Новости», 26.06.2009). Глава ФСКН отметил, что 99% услуг по лечению больных наркоманией сводится к детоксикации, то есть оказанию больному наркоманией первой помощи, а между тем детоксикация — это только первый уровень необходимой помощи. В дальнейшем больному необходимо длительное лечение, а после него — реабилитация и социализация, которыми должны заниматься реабилитационные центры.

При этом в России действуют только три федеральных реабилитационных центра для наркозависимых людей — в Северной Осетии, Тюменской и Курганской областях, для сравнения в Китае действует 600 государственных реабилитационных центров для наркозависимых («РИА Новости», 26.06.2009). По данным американских специалистов, «к 1980 году в США существовало свыше 5 тыс. центров лечения алкоголизма и наркомании, обслуживавших свыше 1 млн. больных в год с ежегодными затратами, превышающими 15 млрд. долларов» [56].

По мнению руководителя отделения судебно-психиатрических экспертиз при ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского Росздрава» Татьяны Клименко, в России очень низкая эффективность лечения от наркозависимости: 80–85% наркоманов обращаются в государственные медицинские учреждения только для детоксикации, первичной помощи при наркотической интоксикации, и отказываются проходить реабилитацию дальше. Нередко пациенты наркодиспансеров возвращаются на лечение по 5–6 раз и только 8,6% после курса лечения пребывают в ремиссии (воздерживаются от употребления наркотиков) в течение года.

4.2. Клинико-психологические особенности наркотической зависимости

Наркомания относится к заболеваниям прогрессивным, поступательно ускоряющимся. Хотя каждую форму наркомании характеризуют свои, только ей присущие нюансы, клиницисты все же выделяют диагностически значимые группы симптомов, общие для всех форм. Три главных синдрома («синдром измененной реактивности», «синдром психической зависимости» и «синдром физической

зависимости») вместе составляют «большой наркоманический синдром» [60]. Рассмотрим их по отдельности.

I. СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАТИВНОСТИ включает в себя:

1) *изменение формы потребления* — эпизодическое употребление наркотика сменяется регулярным, циклическим или систематическим, поскольку организм привыкает к наркотику, встраивает его в свои обменные процессы;

2) *изменение толерантности* — привыкание организма к наркотику сопровождается растущей переносимостью все больших и больших доз (так, толерантность к опиатам может возрастать до 100–300 изначальных доз);

3) *исчезновение защитных реакций при передозировке* — здоровый организм защищает себя от интоксикации рвотным рефлексом (при алкогольном эксцессе), зудом (при отравлении опиумом), икотой, повышением потоотделения, слюноотечением, чувством дурноты и т. п., привыкая постепенно к интоксикации, организм перестает себя защищать;

4) *изменение формы опьянения* — по мере привыкания и роста дозы физиологическое и психическое воздействие наркотика на человека меняет свой характер — снотворное теперь вызывает возбуждение, опиум уже не вызывает запоров и т. п., а интенсивность эйфоризации первоначальных доз сменяется просто тонирующим эффектом (повышение дозы не дает ожидаемого результата);

II. СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ состоит в том, что человек, привыкший употреблять то или иное психоактивное вещество (тем более наркотик), теряет способность испытывать удовольствие от жизни или даже просто чувствовать психологический комфорт, если действие вещества/наркотика прекращается. Синдром психической зависимости включает: обсессивное (навязчивое) влечение к наркотику, способность достигать состояния психического комфорта только в состоянии наркотической интоксикации. Обсессивное влечение является основной причиной безуспешности лечения наркомании и причиной рецидивов. Влечение к наркотику неспецифично, оно может удовлетворяться любым другим наркотиком.

III. СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ (возникает не при всех формах наркомании) представляет собой адаптивную реакцию организма на прекращение действия наркотика. Эта реакция выражается целым комплексом специфических расстройств или, на языке наркоманов, — «ломкой». Синдром физической зависимости включает:

1) физическое (компульсивное, непреодолимое) влечение;

2) способность достигать состояния физического комфорта только в состоянии наркотической интоксикации;

3) абстинентный синдром.

Одни вещества/наркотики вызывают преимущественно психическую зависимость (кокаин и другие стимуляторы), другие — преимущественно физическую, третьи порождают обе зависимости (препараты морфинного типа).

Основные этапы развития наркомании (без учета специфики ее формы):

На этапе первых «экспериментов» с наркотиками клиническая симптоматика еще отсутствует. Ведущим элементом этого этапа, провоцирующим дальнейший неблагоприятный сценарий, является состояние *эйфории*. Действие наркотика вызывает чувства удовольствия, наслаждения, прилива сил и т. п. Этап «эксперимента» незаметно для субъекта переходит в следующий этап — «продрома болезни». Острота эйфорического эффекта проходит, уступая место сложной динамике самочувствия. С ростом влечения растет частота и доза приема наркотика. Одновременно стабилизируется уровень высокого жизненного тонуса.

Первая стадия наркоманической зависимости наступает с формированием *синдрома измененной реактивности* к действию наркотика. Изменяется форма потребления — на фоне регулярного приема наркотика толерантность к нему растет, защитные реакции слабеют. Вскоре после начала регулярной наркотизации отмечается исчезновение защитной реакции. Наблюдается изменение формы опьянения, исчезает эйфорический эффект. Появляется психическое (обсессивное) влечение к опьянению, формируется *психическая зависимость*. С появлением синдрома измененной реактивности толерантность к наркотику резко возрастает (необходимая доза опиатов может превысить значительную дозу в 3–5 раз, барбитуратов — в 5–10 раз).

На *второй стадии* заболевания проявляют себя как минимум два синдрома: 1) синдром измененной реактивности, 2) синдром психической зависимости. Толерантность достигает своего пика. Могут проявиться признаки физической зависимости, абстинентный синдром.

На *третьей стадии* сформированы 2–3 основных наркоманических синдрома, в том числе *синдром физической зависимости* (компульсивное, влечение, абстинентный синдром). Некоторые виды наркотиков физическую зависимость не формируют, и это только подчеркивает, что основная проблема, которую создают наркотики — это психическая зависимость. На третьей стадии из-за крайней истощенности энергоресурсов организма толерантность падает до 1/3 прежней дозы. Режим приема наркотиков составляет 3–5 приемов в сутки. Именно на этой стадии больные впервые обращаются к врачу, поскольку не могут достать необходимого количества наркотика и страдают от абстинентного синдрома.

Максимума специфичности симптоматика наркомании достигается во II стадии болезни, поэтому во II стадии диагноз частной формы обычно безошибочен. Ведущим признаком болезни, который легко обнаруживает себя в условиях больницы, является абстинентный синдром. Он проявляется соматовегетативными и психоневрологическими симптомами: зевота, потоотделение, слезотечение, насморк, тремор, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышение температуры тела, учащение дыхания, мышечные спазмы, тягостная боль в мышцах, давление и ломота в суставах, обезвоживание организма и похудание. Для психического состояния больного характерны тревога, беспокойство, иногда безотчетный страх смерти, нарушение сна с кошмарными сновидениями. Настроение часто меняется: то эйфорическое, то пониженное, то раздражительно-гневливое [82].

По данным Минздрава России, за последние 10 лет смертность от наркотиков увеличилась в России в 12 раз, а среди детей — в 42 раза. Особенно тревожат темпы роста числа наркоманов среди подростков, девушек и молодых женщин.

4.3. Клинико-психологические особенности алкогольной зависимости

Существующие классификации злоупотребления алкоголем разработаны с учетом клинических, психологических, юридических и др. критериев. Наиболее проста классификация бытового пьянства, основанная на характере употребления (частота и количество) алкоголя [82]:

Таблица 7.

Классификация бытового пьянства

Категория лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Лица, не употребляющие или почти не употребляющие (до 100 г. вина 2–3 раза в год) спиртные напитки.
Случайно пьющие	Употребляющие в среднем количество, эквивалентное 50–150 г. водки (максимальная доза не превышает 250 г.) 2–3 раза в месяц или реже.
Умеренно пьющие	В среднем 100–150 г. водки (максимальная доза не превышает 400 г.) несколько раз в месяц.
Систематически пьющие	200–300 г. (максимальная доза не превышает 500 г.) 1–2 раза в неделю.
Привычно пьющие	500 г. водки и более 2–3 раза в неделю, но при этом не имеющие клинически выраженных нарушений.

Клиническая картина алкоголизма описывается теми же синдромами и характеризуется теми же стадиями заболевания, что и при наркотической зависимости.

В отличие от принятого в России «нозологического» принципа трактовки алкоголизма, в странах Западной Европы и США принят «синдромальный» подход, при котором вместо термина «алкоголизм» используется термин «синдром алкогольной зависимости». В соответствии с рекомендациями ВОЗ учитывают семь основных критериев, наличие которых указывает на формирование этого синдрома:

- 1) сужение репертуара приема алкоголя (употребление привычное, не имеющее повода);
- 2) поведение, направленное на поиск спиртного;
- 3) повышенная толерантность (на ранних стадиях развития синдрома);
- 4) повторяющиеся симптомы отмены (чаще всего это — тремор, тошнота, потливость и нарушения настроения);
- 5) стремление избежать симптомов отмены (для чего алкоголь употребляется уже рано утром);
- 6) субъективное чувство неизбежности выпивки (чувство неодолимого влечения к выпивке и потери контроля за количеством выпитого);
- 7) восстановление после абстиненции (психологическая подавленность в течение нескольких дней воздержания; употребление алкоголя быстро восстанавливает всю симптоматику).

В большинстве зарубежных классификаций на первый план выступают критерии социального характера и поведенческие особенности личности по отношению к алкоголю. Широко известна классификация Е. Jellinek'a (см. таблицу 8), модифицируемая целым рядом других авторов, например, В. Банщиковым (1969).

Bowman & Jellinek (1941), затем Jellinek (1960) на основе паттернов употребления алкоголя и личностных факторов предложили концепцию типов алкоголизма, включавшую 17 подтипов. Альфа- и Бета-подтипы относятся к нетяжелым формам алкоголизма, для них не характерна утрата контроля над количеством выпитого и похмельный синдром. Гамма-подтип является преобладающей формой и характеризуется психической и физической зависимостью, «тягой» или «патологическим влечением к алкоголю» (ПВА), абстинентным синдромом. Jellinek не усматривал здесь многомерности, считал этот подтип однородным. Сейчас делаются попытки классифицировать типы с помощью методов многомерной статистики. Так, выявлен тип-А — более характерный для женщин (умеренная выраженность, более позднее

начало заболевания, преобладание психических симптомов тревоги и депрессии) и тип-В: более характерен для мужчин (раннее начало, поведенческие проблемы в детстве, антисоциальность позднее).

Таблица 8.

**Классификация алкогольной зависимости
по Желлинеку**

Форма	Основные проявления алкоголизма
Альфа-алкоголизм	Психическая зависимость от алкоголя, который употребляется с целью снять эмоциональное напряжение, вызвать состояние эйфории. Потери контроля и повышения толерантности не наблюдается. Нарушения межличностных отношений в семье и на производстве.
Гамма-алкоголизм	Физическая и психическая зависимость от алкоголя с потерей контроля за количеством употребляемого спиртного. Возможно возникновение абстинентного синдрома. Ухудшение общественного и материального положения больного. Эта форма характерна для стран, где употребляют крепкие напитки.
Дельта-алкоголизм	Физическая зависимость. Регулярный прием индивидуально различных доз алкоголя, не вызывающих выраженного опьянения. Абстинентный синдром заставляет постоянно находиться «под хмельком». Количественный контроль и социальная адаптация сохраняются. Эта форма характерна для стран, где употребляют виноградные вина (Франция, Италия, Испания).
Эпсилон-алкогол-м	После алкогольного эксцесса (запойного характера) способность контроля на некоторое время восстанавливается и сохраняется до следующего эксцесса.
Дзета-алкоголизм	Физическая зависимость с частым, но нерегулярным потреблением, с частичной сохранностью контроля за количеством употребляемого спиртного.
Эта-алкоголизм	Психическая зависимость. Алкогольные эксцессы возникают без четкой мотивации. Выпивка может быть средством установления деловых и личных контактов.
Тэта-алкоголизм	Форма полинаркоманическая. Физическая и психическая зависимость от алкоголя, его суррогатов и других наркотических веществ, чаще всего барбитуратов.
Йота-алкоголизм	Психическая зависимость. Алкоголь употребляется для устранения навязчивых страхов и других невротических симптомов.

Личностные факторы учитываются в «психологических моделях» этиологии (происхождения) алкоголизма:

1. *Психоаналитические* модели — в психодинамике алкоголизм понимается как фиксация или регрессия к оральной стадии развития. Причинными факторами могут быть также неполноценность Эго или нарциссизм.

2. Модели — *поведенческая, когнитивная* и *модель социального научения* предполагают, что алкоголезависимое поведение формируется и поддерживается путем *обусловливания*: *классического* (повторяемые сочетания условных и безусловных стимулов) или *оперантного* (связь между подкрепляющими эффектами и предшествующим стимулом). Стимулами могут служить: плохое настроение, гнев и даже похмельные симптомы. С точки зрения *социального научения* алкоголизм является результатом неудачного решения личностью проблем совладания (*копинга*).

В социальном плане символической функцией алкогольных напитков является их функция знака или сигнала, определяющего границу между дневной рутинной и желаемым временем отдыха. Большинство обычных потребителей не использует алкоголь для опьянения, а только в символических целях. Злоупотребляющий алкоголем может символизировать таким образом широту взглядов, свободное восстание против предрассудков. Для бунтующего подростка, которому взрослые запрещают потребление алкоголя, выпивка становится символом протеста, а также символом причастности к группе (возрастной, субкультурной, неформальной и т. п.).

Пьющий человек может использовать алкоголь как «алиби», оправдывая таким образом свои неудачи как в собственных глазах, так и в глазах окружающих. Имея оправдание: «был пьян», можно избежать выполнения своих обязанностей и даже нарушить нормы поведения. Факты свидетельствуют, что в отношении мужчин такое алиби срабатывает довольно часто, но на женщин это алиби обычно не распространяют. Опьянение дает возможность для максимума импульсивного поведения при минимуме санкций. И чаще всего причинная связь обратна: пьяница пьет, чтобы вести себя подобным образом. Лабораторно выявлены следующие диспозиции (ожидания и установки) личности, связанные с употреблением алкоголя: облегчение социального функционирования, повышение сексуальности, повышение чувства собственного влияния (власти) и агрессии, социальное признание, релаксация а также «положительные последствия в целом». Эти ожидания отражают не только личный опыт, но формируются (начиная с раннего детства) под влиянием соответствующего окружения и наблюдений за поведением других людей. Они отчетливо выражены уже у детей 8–10 лет, что иллюстрирует так называемую «социальную зависимость от алкоголя».

Личностные особенности злоупотребляющего алкоголем человека могут отчетливо проявляться в формате «*алкогольного динамического стереотипа*». АДС — это выработанная в течение жизни форма

потребления спиртных напитков и поведения в состоянии опьянения. Особую роль здесь играют «релизеры» — факторы, запускающие всю цепочку АДС. Ими могут быть: внешний вид спиртного, привычный партнер, стандартная ситуация (получка и т. п.), место, время и т. д. Релизеры действуют на уровне подсознания, осознается только результат действия. Алкоголь, стоящий в домашнем баре, может не вызывать у привычного пьяницы желания выпить, если это не является для него релизером. На этапе развитого алкоголизма релизерами становятся внутренние механизмы на соматическом уровне. Максимального осознания внутренней картины болезни больной достигает только ко 2-й или 3-ей стадии заболевания, когда рушатся психологические защитные механизмы.

Психологические изменения при алкоголизме до сих пор остаются малоизученным вопросом в наркологии. Психологи говорят об изменениях отдельных сторон психической деятельности (память, внимание, интеллект и т. д.) при острой и хронической интоксикации алкоголем; клиницисты сосредоточены на особенностях патологического влечения к алкоголю и на описании специфических расстройств личности на последних стадиях болезни; однако результатов обобщающего характера почти нет [49].

Пивной алкоголизм развивается по законам обычного алкоголизма. В начале алкоголизации характерно повышение дозы — для расслабления одной–двух бутылок пива оказывается недостаточно. Со временем, человек становится не способен без пивного «допинга» чувствовать себя нормально. Теперь, если не выпить пива, нарушается самочувствие, снижается настроение, появляется напряженность, нарушается сон, ухудшаются взаимоотношения внутри семьи. Пиво реже, чем более крепкие напитки, приводит к асоциальному поведению — наоборот, действие пива проявляется больше в отупении (основной элемент пивного опьянения — состояние пришибленности, тупости). Пивной алкоголизм коварнее водочного, поскольку пиво очень «прилипчиво». Организовать процесс распития водки или вина не так просто. А пиво или те же баночные коктейли не требуют особых условий и ритуала: пошел с работы, купил в ларьке — «и немедленно выпил» (говоря словами героя поэмы «Москва — Петушки»).

Первый опыт потребления алкоголя люди приобретают рано, зачастую еще в детском возрасте. Как правило, это слабоалкогольные напитки за праздничным семейным столом. «Несанкционированный» алкогольный опыт подросток приобретает в группе сверстников, а психологической причиной злоупотребления становится сам фактор группы. Интенсивность потребления алкоголя максимальна для возраста от 25 до 55 лет. Пожилые обычно реагируют на алкоголь ухудшением

настроения, молодые — эйфорией. Половые различия в потреблении алкоголя минимальны для возраста 18–24 лет.

Рассмотрим социально-психологическую специфику *подросткового и юношеского алкоголизма*. В стране наблюдается увеличение числа криминальных, аморальных и неполных семей с искореженной системой воспитания. Растет беспризорность, безнадзорность, бродяжничество, преступность несовершеннолетних. Школа (учителя, психологи, социальные педагоги) дистанцируется от активного и ответственного воспитания детей группы риска, занимает позицию невмешательства в процесс алкоголизации и криминализации детей, перекладывая эти функции на плечи правоохранительных органов. Государство же почти полностью отказалось от ранее существовавшей системы профилактики алкоголизма и наркомании.

В последнее десятилетие особую тревогу вызывает «омоложение» алкоголизма. Средства массовой информации до определенного времени соревновались в рекламе крепких спиртных напитков, в настоящее время продолжается тотальная реклама пива и бесконтрольная его продажа. Резкий рост потребления пива вызвал такой же рост «пивного алкоголизма» — заболевания, распространенного в Германии, Чехии, Австрии. Пиво отнесено к категории слабоалкогольных напитков, и стало легко доступным для детей и подростков. Бутылка пива крепостью 5% об. адекватна 60 мл водки. То есть, когда наша средне-статистическая девочка по пути из школы выпивает из горлышка бутылку такого пива, она «принимает» четверть граненого стакана водки. Если пиво крепкое — скажем, «Балтика № 9», — где содержится 8% алкоголя, то бутылка 0,5 л адекватна 100 мл водки. Сейчас в наркологические больницы поступают подростки, для которых выпить до 3–5 л пива в день (!) — привычное дело.

Употребление алкоголя в детском и подростковом возрасте, независимо от дозы, следует рассматривать как отклоняющееся поведение. Особенность алкоголизации в этот период — отсутствие оснований для «умеренного потребления» — любая доза алкоголя для ребенка чрезмерна. К группе риска в значительной степени относится вся возрастная категория дети и подростки. Ранняя алкоголизация — индикатор социально-психологического неблагополучия ребенка.

Как показали результаты опросов среди подростков, злоупотребляющих спиртным, такое поведение понимается ими как «форма протеста». Их «алкогольный протест» указывает на отчужденность от семьи и общества. По этой причине злоупотребляющие алкоголем молодые люди оказываются более предрасположенными и к совершению правонарушений.

Факторы приобщения детей и подростков к алкоголю в основном те же, что и рассмотренные нами ранее применительно к проблеме наркотизма. Особое место среди них занимают специфические особенности поведения, характерные для данного возраста (потребность к группированию со сверстниками и т. д.).

Ранний, или подростковый, алкоголизм протекает в более злокачественной форме, чем у взрослых. Анатомо-физиологические и психологические особенности развивающегося организма особенно уязвимы для действия этанола. Отличительной особенностью раннего алкоголизма является большая зависимость от преморбидных свойств личности, в частности, от типа акцентуации характера (Личко А. Е.). При этом заболевании заостряются характерологические черты, нарушается социальная адаптация подростка, утрачивается привязанность к семье. В поведении отчетливы признаки повышенной возбудимости, мнительности, агрессивности.

По сравнению со взрослыми, подростки, употребляющие алкоголь, имеют меньший стаж употребления и, следовательно, для них не характерны тяжелые клинические осложнения. В некоторой части злоупотребления у подростков носят возрастной характер и с возрастом они прекращают употребление даже без специального лечения. В то же время подростки склонны употреблять любые доступные виды алкоголя и наркотиков, что влечет формирование *полинаркотической* зависимости и затрудняет диагностику, а также лечение и реабилитацию. В частности, при *эпилептоидном* типе акцентуации имеется склонность сочетать алкоголь с суррогатами и другими психоактивными веществами (клей, ацетон, барбитураты) [82]. По опросу 2000 г., у подростков в США отмечается тенденция к употреблению других наркотиков *вместо* табака и алкоголя [69].

Диагностические критерии для этой группы отличаются от критериев, принятых для взрослых. По всему диапазону отношения к алкоголю и наркотикам эту возрастную категорию можно разбить на 6 подгрупп: 1) «Воздерживающиеся» — никогда не пробовали и не имеют намерения делать это в дальнейшем; 2) «Экспериментаторы» — пробовали (обычно алкоголь или марихуану) однажды или дважды, но им не понравилось; 3) «Балующиеся» — употребляют алкоголь и/или другие наркотики время от времени, но еще могут остановиться; 4) «Регулярно употребляющие» — активно ищут, регулярно употребляют. Еще продолжают заботиться о своей репутации, для них значимы хорошие отношения с родителями; 5) «Зависимые» — употребляют постоянно. Для них характерны серьезные проблемы в школе и с родителями; интересы сосредоточены только вокруг алкоголя и/или

наркотиков; 6) «Алкоголики» — хронически пьют или употребляют наркотики, предпочитают сильные и быстродействующие препараты (крепкие напитки, кокаин и т. п.); испытывают психическую и физическую зависимость.

В последние годы в структуре заболеваемости населения неуклонно растет доля *женского алкоголизма*. Помимо пивного алкоголизма, современные врачи наблюдают и другой новый вид пьянства — баночный алкоголизм. Он развивается чаще всего у домохозяек, причем домохозяйки довольно состоятельных. Баночный алкоголизм — это эффект (или дефект), возникающий при постоянном употреблении так называемых «легких» алкогольных напитков, например, джин-тоников. Состоятельные дамы средних лет, запасаясь в супермаркетах продовольствием, покупают такие напитки целыми упаковками. И кажется, что все нормально, ведь это практически не алкоголь. Но баночки кончаются с каждым разом все быстрее...

Алкогольная зависимость у женщин развивается намного быстрее, чем у мужчин, и проблемы со здоровьем возникают раньше («телескопический эффект»). Это объясняют тем, что организм мужчины и женщины по-разному усваивает алкоголь: при сопоставимых пропорциях тела состояние алкогольного опьянения у женщин возникает при употреблении меньшего количества спиртного. Физиологическими причинами этого явления могут быть: масса тела, уровень абсорбции, ферменты желудка, соотношение жира и воды в человеческом организме (в организме мужчины даже при сопоставимой массе тела содержится больше жидкости, в результате чего концентрация алкоголя в крови у мужчины ниже). В плане последствий — женщины более уязвимы со стороны печени. Расщепление алкоголя в организме женщины замедлено, уровень ферментации ниже, риск алкогольного обезвоживания в желудке и тонкой кишке выше [99].

Как правило, женщины долго скрывают свое злоупотребление; при этом они легко теряют контроль над количеством выпитого, после вытрезвления либо стыдятся себя, либо, наоборот, бравировуют своим поведением [82].

Женщины чаще, чем мужчины начинают выпивать в пожилом возрасте; одинокие пожилые женщины выпивают чаще, чем замужние. Риск выше у овдовевших и у находящихся «в стесненных обстоятельствах». Степень риска злоупотребления алкоголем выше у курящих женщин по сравнению с некурящими [69].

Женщины, злоупотребляющие алкоголем, подвержены большему риску психических заболеваний, чем женщины, не употребляющие алкоголь (19% против 7%).

Телефонный опрос женщин фертильного возраста в США выявил, что 50,6% из них употребляют спиртные напитки, а 12,6% сообщили, что пьют часто и много (в среднем 7 или более порций спиртного в неделю или более 4-х порций «за один присест»). При этом женщины белой расы имеют более высокие нормы потребления алкоголя и большее количество проблем, связанных с алкоголем, чем женщины других расовых групп [69].

Алкогольный синдром плода — особый тип сочетания врожденных дефектов, связанных с нарушениями физического и умственного развития детей (замедление роста в постнатальном периоде, поражения ЦНС, когнитивные и поведенческие нарушения, задержки психического развития, характерные черты лица у ребенка). Алкогольная интоксикация родителей может влиять на потомство как в момент зачатия (воздействие на половые клетки), так и в период созревания плода, особенно в первом триместре беременности. Алкогольный синдром плода в последнее время считается основной причиной умственной отсталости у детей.

4.4. Проблема лечения химической зависимости

Некоторые исследователи, занимающиеся проблемой наркомании, свидетельствуют о бесперспективности медицинских способов лечения наркомании и низкой эффективности реабилитационных программ (за исключением, может быть, духовно-религиозных). Существующую практику частных наркологических услуг в медицинских кругах сейчас называют не иначе как «вторичный наркобизнес или медицинский аферизм».

Говоря о лечении наркозависимых, можно сформулировать задачу так: зависимого человека нужно вывести в состояние ремиссии и создать условия для того, чтобы она была пожизненной. Как пишет С. Б. Белогуров [6], с наркоманией бороться не поздно никогда, но психическая зависимость от наркотиков в настоящее время неизлечима. Поэтому «лечение» наркомании, если не сводить его к «фармакологической детоксикации» (т. е. временному восстановлению физических ресурсов), лежит в плоскости перестройки, перевоспитания личности наркозависимого. Случаи такой «перестройки» в литературе описаны, но они носят единичный характер, и надежных технологий (психотерапевтических, психокоррекционных, религиозных и т. п.) не существует.

По данным канала НТВ (программа «Сегодня», 17.10.10), на всю нашу страну приходится всего четыре действующих государственных

реабилитационных центра для наркоманов, чего никоим образом не достаточно, чтобы удовлетворить спрос всех, кто может и хочет обратиться за квалифицированной помощью. С другой стороны, медики признают, что большинство наркоманов обращаются к их услугам только за тем, чтобы снизить дозу. После детоксикации и «чистки» организма в больнице (а по времени это занимает около недели), больные в больнице не задерживаются, так как их цель достигнута: толерантность понизилась, доза, в которой нуждается наркоман, стала меньше и теперь более доступна.

Таким образом, в мировой клинической практике нет пока надежных методов лечения химической зависимости, которые обеспечивали бы полное выздоровление пациента. При этом более или менее общепризнанной является схема лечебного процесса. Лечение наркомании осуществляется поэтапно:

Первый этап лечения: дезинтоксикационно-стабилизационный. Этап обязателен для пациентов, страдающих абстинентным синдромом. Детоксикация предполагает обрыв наркотизации и купирование абстинентного синдрома, то есть выведение из организма продуктов распада наркотиков с одновременным облегчением «ломок» и коррекцией обмена веществ пациента в условиях отказа от наркотиков. В состав лекарственной терапии включаются сосудистые препараты, целый комплекс витаминов, анальгетиков, стимуляторов обмена веществ, точно подобранные дозы успокоительных препаратов, антидепрессантов и т. д. Этот этап рассматривают как подготовку пациента к дальнейшему продолжительному лечению. Как правило, за 5–10 дней удается полностью восстановить пациента физически и подготовить его к началу второго этапа.

Второй этап: противорецидивный, т. е. здесь осуществляется собственно противонаркотическое лечение. Антагонисты наркотических препаратов (налтрексон либо химические аналоги этого препарата) применяются с целью вызвать у пациента страх по отношению к приему наркотиков. Дело в том, что употребление, например, героина в период действия налтрексона резко приближает границу передозировки. Обычная доза наркотика не вызовет «прихода» и «кайфа», но может стать смертельно опасной за счет перегрузки дыхательного центра. У некоторых из этих препаратов имеются пролонгированные формы, т. е. антагонист после однократного введения продолжает находиться в крови от одного месяца до одного года. Сами наркоманы называют такое пролонгирование «блокировкой» или «химзащитой». Для подавления тяги к наркотику может применяться также «кодирование» (медицинские процедуры в сочетании с суггестивным

воздействием на психику). Цель этого этапа — помочь пациенту сдерживать позывы к употреблению наркотика. Лечение на этом этапе может проводиться как в стационаре, так и в терапевтической общине, а его продолжительность может составлять от одного месяца до одного года. Оптимальным результатом для этого этапа является выработка у пациента установки на отказ от потребления психоактивных веществ. В ряде стран (не в России) применяют также «заместительную терапию», в частности, «метадоновую».

Заключительный этап: реабилитационные мероприятия и подерживающая терапия. Опыт показывает, что действенными оказываются только те методы лечения, которые ставят своей целью научить человека жить без наркотиков. Болезненное желание принять наркотик длится до полугода, настроение и жизненные функции в это время снижены. Весь этот период больной в обязательном порядке должен наблюдаться врачом. Общеизвестной проблемой на этапе реабилитации является досрочное прекращение пациентом курса лечения. По разным данным от 25 до 50 % пациентов не выдерживают и нескольких недель воздержания, срываясь даже в условиях реабилитационного центра.

Критерием успешности лечения обычно считается год воздержания в катамнезе больного после его выписки из больницы.

Сейчас существует огромное количество различных реабилитационных центров и терапевтических общин — коммерческих, религиозных, центров, основывающихся на авторских методиках (как иностранных, так и отечественных), действующих по программе «12-шагов» (Калифорнийская модель); поселения наркоманов (подобие коммун) и т. п. Лечение зависимостей практикуют экстрасенсы, медиумы, народные целители и просто откровенные мошенники и шарлатаны: «Лечение наркомании и алкоголизма по фотографии!»).

Директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков РФ Виктор Иванов предложил создать федеральную сеть реабилитационных центров для наркозависимых людей. «Пора перейти к процессу реабилитации больных наркоманией системно и по государственному. Нужно создать в России федеральную сеть реабилитационных центров, в которых наркозависимым людям специалисты будут помогать возвращаться к полноценной жизни», — сказал Иванов, выступая в среду на выездном совещании в Амурской области. По его словам, при создании этих центров нужно объединить усилия государства, общества и бизнеса. «Реабилитационные центры должны помочь кардинально решить проблемы наркомании в России и не позволить сомнительным организациям, тоталитарным сектам, а не редко

и просто полубандитским элементам спекулировать на человеческой беде и в безвыходной для родственников ситуации предлагать небескорыстную помощь», — сказал глава ведомства.¹²

Как бы там ни было, проблема лечения наркозависимости не ограничивается только недостатком качественных реабилитационных центров. Основная проблема состоит в отсутствии эффективных методов преодоления психической зависимости от наркотика, именно в этом смысле слова наркомания сегодня неизлечима. Рассмотрим наиболее рекламируемые методы «лечения» наркомании.

*Метод «академика Назаралиева»*¹³ основан на «шестиступенчатой системе лечения», которая включает в себя: 1) «Пробуждение» (этап детоксикации); 2) «Самоисследование» (этап реабилитации); 3) «Погружение» (премедикация и аутизация); 4) «Освобождение» (кульминация всего лечения: прохождение сеанса «стрессоэнергетической психотерапии», или «катарсиса по Назаралиеву»; 5) «Озарение» (ритуал зажжения свечи); 6) «Выход» (реинтеграция в общество). Ключевой момент «стрессоэнергетической психотерапии» описан как «совместная агония оператора и пациента». Известно, что для лечения наркотической абстиненции Назаралиев использует так называемые атропиновые комы, что дает эффект сильнее психологического стресса. Комы, или «обмороки», несколько уменьшают «тягу» к наркотикам, а «ломки» в обморочном состоянии переносятся легче. Однако применение атропиновых ком считается крайне рискованным и не рекомендуется, поскольку, во-первых, смертельные дозы препарата крайне близки к тем дозам, с помощью которых вызываются комы; во-вторых, комы могут ухудшать и без того плохое состояние мозга больного наркоманией.

Второй этап метода Назаралиева опирается на специальные психотерапевтические приемы работы с наркоманом. Это директивные техники внушения, включающие в себя ту или иную форму наказания пациента при невыполнении им инструкций, даваемых врачом. Сюда относятся соблюдение крайне строгого и точного режима, длительное нахождение в неприятных и неестественных позах, выполнение неприемлемых для личности действий и т. д. Реабилитационный этап заканчивается тем, что больному вводится якобы разработанный доктором Назаралиевым препарат, провоцирующий смерть наркомана при приеме героина в период действия лекарства. «По завершении курса Назаралиев гарантирует больному год жизни без наркотиков» [6].

¹² РИА Новости, 09/12/2009.

¹³ Рекламная статья в газете «Коммерсантъ», №19, 5.02.02.

Независимые специалисты полагают, что метод доктора Назаралиева дает ту же результативность, что и методы, применяемые в обычных клиниках: 5–10% людей, прекративших прием наркотика более чем на 1 год.

В настоящее время стоимость лечения в Центре Назаралиева «приближается к среднемировым ценам лечения зависимостей и составляет от \$10 тыс. до \$18 тыс. при лечении героиновой наркомании и \$3–5 тыс. при лечении алкоголизма» (рекламная статья, там же).

Метод Маршака. Программа, предлагаемая С. Я. Маршаком и его центром «Кундала», содержит два этапа помощи больным наркоманией. На первом этапе проводится дезинтоксикация под наркозом, на втором — «духовная» психотерапия и реабилитация на основе «його-терапии» («кундалини») и «12-шаговой» программы движения «Анонимных алкоголиков» и «Анонимных наркоманов». Реабилитационным этапом руководят специалисты, приглашенные доктором Маршаком из США.

Профилактический (антинаркотический) подход доктора Маршака строится на биохимической концепции особенностей питания, пищевых добавок и пищевой диеты. С помощью особой низкогликемической диеты и пищевых добавок Маршак предлагает бороться с факторами риска наркозависимости у детей и подростков (в масштабе всего населения страны); больные в его клинике находятся на такой диете в обязательном порядке. Кроме того больных психологически ориентируют на «трезвость», имея в виду, что это не просто воздержание от употребления наркотиков, а образ жизни в ментальности «кундалини-йоги» («здоровье–счастье–праведные поступки»). Курс лечения в клинике длится 4–6 недель и завершается после прохождения всей 12-шаговой программы, а также усвоения гимнастики и идеологии «кундалини». Психологические упражнения с использованием энергии «кундалини» используются в центре для моделирования состояния наркотического опьянения. Предполагается, что человек тренируется произвольно вызывать у себя состояние наркотического опьянения без наркотиков.

Критики этого метода отмечают, что им «не до конца понятно», каким образом «центру Маршака» удастся совмещать бесплатные, альтруистические принципы «Анонимных наркоманов» (12-шаговая программа самопомощи, предполагающая активность самих наркозависимых без участия врачей и уж тем более не под их руководством) и стоимость лечения в \$5000. Скептики утверждают, что истинная, а не рекламная эффективность центра, несмотря на тщательный отбор «подходящих» больных, не превышает все тех же 5–10%.

Кодирование. Словом «кодирование» доктор А. Р. Довженко назвал разработанный им в середине 80-х годов «новый метод» лечения алкоголизма. На самом деле комплекс простейших процедур, называемый ныне «кодированием», известен с древних времен. В классической психотерапии он носит название «стрессовой терапии». Его целью является вселение в пациента чувства страха (или, наоборот, благоговения) по отношению к какому-либо явлению, веществу или человеку. Состоит этот метод из двух кратких этапов, которые, как правило, проводятся в один день друг за другом. На первом этапе психотерапевт читает для группы пациентов лекцию-внушение, во время которой монотонным гипнотическим голосом объясняет задачу терапии, например, прекращение употребления героина, и рассказывает о потрясающих результатах лечения (настраивает на эффект). После группового внушения проводится собственно «стрессотерапия» или «кодирование». Что именно с больным делают в этот момент, решающего значения не имеет. Главное, чтобы пациент испытал какие-либо резко отрицательные и неожиданные ощущения. Брызгая хлорэтилом в горло пациенту и надавливая одновременно на точки выхода глазного нерва в районе бровей, Довженко объявлял, что пациент теперь «закодирован» на определенный срок. И если он будет пить (употреблять наркотики) до истечения этого срока, то с ним могут возникнуть различные неприятности (инсульты, параличи и т. д. и т. п.). «Код» в этой процедуре больной себе ставит сам за счет своей веры в «кодировщика». Эффект кодирования — это эффект легко объяснимый человеческой слабостью и желанием снять с себя чувство ответственности за свои поступки.

Как только большое количество врачей разных специальностей поняли, что метод до смешного прост, тысячи врачей в России для увеличения заработков стали практиковать «кодирование». Большинство из них сразу поняли, что пользоваться для «кодирования» хлорэтилом вовсе не обязательно. «Кодировать» стали разрядом электрического тока, лекарствами, способными вызвать обморок, просто яркой вспышкой света... Этот подход на языке медицины звучит так: «Любая выданная за новую или являющаяся таковой систематизированная форма лечебной работы с наркоманом, неподтвержденная научными данными, будет некоторое время эффективнее, чем привычные методы». Причем повышенная эффективность метода будет держаться тем больше времени, чем дольше его истинное содержание будет «секретным». Как только метод кодирования «вышел в тираж», его эффективность резко упала. Стоит процедура кодирования от 100 до 500 долларов в зависимости от «техники», которая используется тем или иным центром.

Стереотаксическая операция на головном мозге, предлагаемая сотрудниками Санкт-Петербургского института высшей нервной деятельности им. В.П. Бехтерева, является еще более жестоким методом такой «психотерапии».

Мозг человека — самая большая загадка в мире. Все центры, описанные учеными в структуре центральной нервной системы человека, являются динамическими. Их расположение подвижно и изменчиво не только у разных людей, но и у одного и того же человека в различные возрастные периоды. Мозговые центры — понятие скорее вероятностное, чем анатомическое. Существование «центра удовольствия» — это гипотеза, предположение, а не доказанный факт. Но, если даже он существует, то удалить его из мозга невозможно, не рискуя сделать человека психическим инвалидом до конца жизни. «Остается только надеяться, — говорят скептически настроенные исследователи, — что никаких операций на самом деле и не производится. Больному проводится предоперационная подготовка, его укладывают в очень сложный аппарат для проведения стереотаксических операций и... все. Обстановка операции служит все тем же поводом для стрессовой «психотерапии». Лечебный эффект в этом случае дают все те же предоперационные и послеоперационные лекарства».

Программа «Детокс». Реклама этой программы обещает избавление от ломок за 6 часов. Больной проводит эти часы в состоянии сна, вызванного медицинским наркозом. Сутью самой процедуры «Детокс» является введение человеку, спящему под наркозом, препарата из класса опиоидных антагонистов. Препараты этой группы вытесняют остатки морфина из нервных клеток и окончаний. И самый болезненный период отмены наркотиков действительно протекает безболезненно и быстро.

На втором этапе, после такой дезинтоксикации больному, по его желанию, вводится «магический» эндорфиновый препарат, который должен на полгода удалить и «приход», возникающий у наркомана после приема героина, и патологическое влечение к наркотику.

Дело, однако, в том, что «эндорфинового препарата» не существует. Химический состав препарата, который вводит программа «Детокс», якобы, представляет собой «коммерческую тайну», хотя речь может идти всего лишь о препарате типа «налтрексон». Методы быстрой дезинтоксикации под наркозом — не секрет. Они широко распространены, особенно в той части медицинской службы Запада, которая тесно связана с полицией (арестованного наркомана необходимо быстро привести в себя для проведения следственных действий). Программой «Детокс» руководят не специалисты психиатры-наркологи, а врачи-анестезиологи. В последнее время под давлением медицинской

общественности коммерческая программа «Детокс» включила в состав своих предложений работу психолога и психотерапию.

Критики программы отмечают: «Наркоман "ломками" расплачивается за полученное удовольствие». Ощущение ломок помогает психотерапевту внушить страх и отвращение к наркотикам. Практика показывает — чем безболезненнее прошел наркоман период ломок, тем больше вероятность быстрого возобновления приема наркотиков. Поэтому, несмотря на то, что не только введение препаратов-антагонистов морфия под наркозом, но и многие другие медицинские методы позволяют полностью лишить наркомана ломок (может быть, только за более длительный срок), большинство врачей предпочитают сохранить в переживаниях и воспоминаниях пациента какую-то часть этих жутких впечатлений.

Подавляющее большинство специалистов-наркологов считает, что для достижения длительного эффекта, лечение не должно переноситься наркоманом, как нечто легкое и приятное. «Детокс» используется на Западе лишь в очень специальной сфере наркологической помощи. Это связано с тем, что при длительном применении такого метода, как основного, эффективность лечения наркоманов по сравнению со стандартной цифрой — 5–10% больных, которые прекратили принимать наркотик, не поднимается, а существенно падает. Нужно ясно осознать: сделать так, чтобы человек стал «независимым от наркотиков за шесть часов», современная наука, к сожалению, не в состоянии.

Метадоновая (заместительная) терапия. Суть заместительной терапии состоит в том, что наркоман переходит с нелегального употребления героина, которое сопровождается известными проблемами со здоровьем и преступлениями, на легальное употребление метадона. Заместительная терапия применима к наиболее тяжелым опиатным наркоманам, плохо удерживающимся в терапевтических программах иных типов.

Метадон является опиатом и обладает характерными для этого класса фармакологическими свойствами. От других опиатов метадон отличает более длительный период полувыведения (время за которое его содержание в крови понижается на 50% по сравнению с максимальным), который составляет 15–25 часов. Именно эта особенность и сделала возможным его использование для заместительной терапии опиатной, в частности, героиновой зависимости.

Известно, что лечение метадоном было впервые применено на ограниченном числе пациентов в Нью-Йорке в 1964 году. Успех был так велик, что уже через несколько лет в Америке возникла сеть клиник, предназначенных для большого числа наркозависимых, желающих

лечиться. Кроме того, метадон начал применяться и в других странах, причем методы его применения были везде разными. Хотя метадон до сих пор запрещен в некоторых странах Европы, в связи с эпидемией ВИЧ-инфекции его применяют в качестве средства от наркозависимости почти везде.

В рамках заместительной терапии контролируемый прием наркотиков позволяет, во-первых, уменьшить риск передозировок, ВИЧ-инфицирования и заражения гепатитом, во-вторых, создать платформу для начала проведения психологического консультирования с целью адаптации такого пациента к новой реальности, и, в-третьих, уменьшить криминогенность данного контингента потребителей ПАВ, учитывая тот факт, что основой их противоправных действий служила потребность как можно скорее ввести себе наркотическое вещество.

Сторонники заместительной терапии отмечают, что метадоновая программа не лишена недостатков, к которым следует отнести следующие:

- 1) лечение метадоном не уничтожает зависимости;
- 2) появляется вероятность проникновения метадона на «черный рынок»;
- 3) сосредоточение пациентов вокруг лечебного учреждения;
- 4) не полный отказ от нелегальных наркотиков лиц, проходящих заместительную терапию.

Опасности при приеме метадона те же, что и при приеме героина. Он очень быстро вызывает зависимость, он способен вызвать передозировку и угнетение дыхательного центра, причем с большей вероятностью, чем героин.

Перечисленные недостатки несомненно влияют на вероятность принятия той или иной страной решения о внедрении заместительной терапии. Так, заведующий отделом «заместительных программ» Германии доктор К. Якобовски в интервью газете «Аргументы и факты» (№33 за 2003 год) сказал: «...Мы не отрицаем того, что метадон, как и героин, создает у человека физическую зависимость. Но метадон не дает эйфоризирующего эффекта, голова у больного остается ясной, он может управлять автомобилем,... жить в семье, т. е. интегрируется в обществе...» В России метадон запрещен законом, и все предложения лечения с помощью метадона — нелегальны. Некоторые отечественные СМИ и даже отдельные депутаты Госдумы явно лоббируют введение заместительной терапии и в нашей стране. Однако отечественные специалисты придерживаются другой позиции: «...мы можем с уверенностью утверждать о специфическом наркотизирующем действии метадона, быстро развивающейся метадоновой зависимости, более тяжело

протекающем абстинентом синдроме при нем и очень тяжелом выходе из сформировавшейся психической зависимости». По мнению главного нарколога Минздрава РФ А. Надеждина, «...лечение метадоновой зависимости куда затратнее и тяжелее, чем лечение той же самой героиновой наркомании... Имеются данные, что до 90 % наркоманов после безуспешного метадонового лечения возвращались к приему героина, неопиоидных наркотиков, транквилизаторов... Да и сама концепция замены одного наркотика на другой для большинства моих коллег неприемлема, поскольку введение подобной программы фактически навсегда консервирует наркоманию в обществе. Это уже не борьба с ней, а смирение».

Спонтанные ремиссии при наркоманиях, как правило, не наблюдаются. При лечении ремиссия отмечается (по данным разных авторов) у 10–50 % больных и зависит от формы наркомании, ее стадии развития, сроков употребления и т. п. К сожалению, речь идет, собственно, не об излечении, а о воздержании наркомана от употребления наркотика на протяжении одного года после завершения курса лечения.

Ремиссии при лечении алкоголизма несколько более вероятны и в основном более продолжительны. В СССР одним из самых известных методов психотерапевтического лечения алкоголизма являлся разработанный В. Е. Рожновым метод «коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии». Он предполагает выработку у больных во время сеанса коллективного гипноза условнорефлекторной рвотной реакции на вкус и запах алкоголя. После 10–12 сеансов условная реакция возникает на одно только слово «водка». К сожалению, сама по себе условная реакция не может решить проблемы радикально — уже хотя бы потому, что со временем всякая неподкрепляемая реакция угасает.

Долговременный успех лечения может базироваться только на радикальной перестройке личности в целом. Современные психотерапевтические подходы, призванные способствовать такой перестройке, весьма разнообразны. Врач-психиатр или психолог, занимающийся наркологией, волен выбирать те психотерапевтические методы, которые ближе его личности, его представлениям о психиатрии; которые отвечают его характеру, мировоззрению, интересам. Он может использовать когнитивно-поведенческие методики, нейролингвистические техники (НЛП), эмоционально-рациональную терапию, эриксоновские техники наведения транса, гештальт-терапию, методологию экзистенциальной психотерапии, роджерсовский гуманистический подход и множество других методик. Любой из таких подходов может быть использован, как в индивидуальном, так и групповом формате.

4.5. Медико-социальные технологии реабилитации

Медико-социальная, а также социально-психологическая реабилитация личности алкоголика и наркомана предполагает реализацию условий, обеспечивающих перевод внешнего социализирующего влияния среды во внутреннюю структуру и изменение личностных характеристик лиц, страдающих химической зависимостью. На базе такой интериоризации социальных норм формируются содержательные характеристики мотивационной сферы и индивидуального сознания. Социализирующая реабилитация проводится после медикаментозного и/или психотерапевтического воздействия (лечения) на этапе устойчивой, продолжительной ремиссии.

Внешними факторами социализации служат общественные потребности, ценности, отношения, нормы. Сюда относятся традиции, социальные нормы и поведенческие стереотипы референтных групп: семьи, терапевтического сообщества, лечебной группы, трудового коллектива. Не менее значимы межличностные отношения внутри группы и отношения группы с другими социальными общностями; детско-родительские отношения, личностные и профессиональные характеристики лиц, осуществляющих лечебные и реабилитационные мероприятия (врачи, психотерапевты, психологи, работники социальных служб).

К внутренним факторам социализации относятся составляющие мотивационной сферы личности: потребности в безопасности и привязанности, самоуважении и компетентности, ценности и смыслы, жизненные цели и планы. Многие решают индивидуально-личностные особенности человека и степень сохранности его интеллектуальных ресурсов.

Медико-социальные программы помощи наркологическим больным включают в себя *профилактические, лечебные и специализированные аспекты* [14; 72]. В реализации медико-социальных программ активное участие принимают *специалисты по социальной работе*. Совместно с врачом они разрабатывают индивидуальные планы социальной реабилитации пациентов, составляют психолого-социальную характеристику каждого пациента, создают терапевтическую среду в стационарном или амбулаторном учреждении, а также проводят индивидуальную и групповую психокоррекционную работу методами групповой психотерапии, арттерапии, семейной психотерапии и т. п.

Профилактические программы предполагают раннее выявление групп наркологического риска и направление на лечение больных с наркологической проблематикой. Направленность этих программ предусматривает удержание больных в режиме трезвости или отказа

от приема наркотиков, проведение мер вторичной и третичной профилактики, включающих восстановление физического, личностного и социального статусов больного. В рамках этих программ осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и ближайшему окружению клиентов, возможно также оказание помощи клиентам «на рабочих местах» (на предприятиях, в учреждениях, организациях).

Специализированные программы предусматривают реабилитацию, имея целью процесс реинтеграции клиента в макро- и микро-социум с учетом ресурсных возможностей реабилитируемой личности и его социального окружения.

Критериями успешной реализованности программ реабилитации могут служить:

- изменения в мотивационной, ценностно-смысловой сферах личности, снижение силы патологического влечения, отказ от аддиктивных устремлений;
- возвращение к здоровому образу жизни, отсутствие срывов, длительность ремиссии;
- моральная удовлетворенность качеством трезвой жизни;
- принятие себя и в целом позитивное отношение к себе;
- восстановление утраченных в ходе болезни социальных позиций (статуса, должности, социальной сети);
- субъективно положительные оценки происходящих изменений со стороны ближайшего окружения;
- устойчивость произошедших изменений.

4.6. Наркотическая зависимость у подростков

В основной своей массе в наркоманию вовлекаются подростки, в том числе дети из «элитных» семей и вполне «благополучных» школ. По данным Санкт-Петербургского фонда «Возрождение» первые пробы наркотика могут иметь место и в младшем школьном возрасте, но пик таких проб приходится на возрастной диапазон 12–15 лет (почти три четверти среди опрошенных наркозависимых начинали именно в этом возрасте). Свои первые дозы школьники, как правило, получают бесплатно. Мотивация первой пробы формируется на основе «любопытства», склонности к риску, «поиску приключений» или просто импульсивных бездумных желаний но, чаще всего, под действием внешнего фактора: давление группы и ее «норм» поведения, или значимого для подростка авторитета, или просто «за компанию» (например, с подругой, которая уже попробовала). Под влиянием складывающейся

внутренней мотивации наркотик поначалу может восприниматься подростком как «лекарство» от сильных негативно окрашенных аффектов (страх, ненависть, обида, одиночество); первый опыт может мотивироваться и подростковой демонстрацией протестных реакций на действия родителей или старших.

Пока потребление остается эпизодическим, развитие и течение болезни в этом возрасте характеризуется замедленным становлением истинного влечения. Прогноз при прекращении интоксикаций благоприятный: при достаточном контроле подросток не возвращается к употреблению, «он как бы перерастает болезнь» [82]. При ином течении болезни (под действием факторов дополнительного риска: доступность наркотика, неблагоприятная наследственность, криминальная среда, акцентуации характера и т. п.) влечение и, соответственно, наркозависимость формируются гораздо быстрее, чем у взрослых.

Для наркоманий подросткового возраста характерны нечеткость симптоматики, размытость границ синдромов и этапов болезни, не позволяющая выделить стадии наркозависимости; преобладание психопатологических симптомов, быстрота развития психического дефекта. Недоступность дорогостоящих наркотиков заставляет подростков обращаться к поискам зелья самого низкого качества, грубо разрушающего и психику, и внутренние органы — мозг, печень, сердце и легкие.

Помимо наркозависимости самих больных, проблемой также является созависимость (обычно матери и других близких) от больного. Созависимость — это комплекс особых черт характера и поведенческих стереотипов, возникающий у родственников и близких наркомана в результате постоянной психической травмы и попыток приспособиться к травмирующей ситуации. Созависимость не только вредит здоровью человека, находящегося в тесном контакте с наркоманом, но и препятствует осознанию проблемы самим наркоманом. «Созависимый» принимает на свои плечи весь груз ответственности за случившееся и тем самым избавляет от ответственности личность наркозависимого, позволяя ему оставаться в положении беспомощной «жертвы».

ГЛАВА 5.

МАССЫ И СМИ В ЭПОХУ «ПОСТМОДЕРНА». РЕКЛАМНАЯ ИНДУСТРИЯ КАК ДВИГАТЕЛЬ РЕГРЕССА

Передовые в научно-техническом отношении страны мира вышли из стадии индустриального развития, бывшего когда-то авангардом прогресса (модерном) и перешли в стадию постиндустриальную. За неимением более удачного термина, эту стадию называют эпохой «постмодерна», а соответствующую цивилизацию обозначают термином «постиндустриальное общество». Это общество, в экономике которого в результате научно-технической революции и существенного роста доходов населения приоритет перешел от преимущественного производства товаров к производству услуг. Производственным ресурсом становятся информация и знания. Научные разработки становятся главной движущей силой экономики. Наиболее ценными качествами человека в таком обществе являются уровень образования, профессионализм, обучаемость и креативность работника. Для культуры этой новейшей цивилизации характерны эстетический эклектизм, фетишизация предметов потребления и другие отличительные черты постиндустриального общества. Умберто Эко сказал: «Постмодернизм — это ответ модернизму: раз уж прошлое невозможно уничтожить, его нужно переосмыслить, иронично, без наивности». Постмодернизм — эпоха, пришедшая на смену европейскому Новому времени, одной из характерных черт которого была вера в прогресс и всемогущество разума.

Именно в эту эпоху наркобизнес и повсеместное злоупотребление психоактивными веществами стали едва ли не главной социальной проблемой современного человечества. По данным ООН (90-е гг. XX века), *один доллар, вложенный в наркоторговлю, дает \$12240 годовой прибыли*. Официальные структуры, специализирующиеся на контроле наркотрафика, на борьбе с наркоторговцами признают, что из общего объема наркотрафика различными спецслужбами и силами правоохранительного порядка изымается не более 10%, остальной объем наркотиков все-таки доходит до своего потребителя. Организованные преступные кланы наркоторговцев приобрели серьезную власть в обществе — как

финансовую, так и политическую. Сфера охвата населения наркобизнесом неуклонно растет, цены на зелье неуклонно падают.

Борьба с наркотизмом и полноценная профилактика аддиктивного поведения невозможна без участия в ней средств массовой информации — авторитетного и популярного в массах источника общественного мнения. На представителей мощной индустрии СМИ 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 легальную досуговую форму ухода от проблем реального мира в целом и проблем подросткового возраста в частности.

5.1. СМИ о проблеме наркотизма

Нельзя сказать, что СМИ игнорируют или замалчивают проблему наркотизации страны. Напротив, в последние годы информации по этой проблеме стало достаточно много, ее содержательный уровень повысился, заметно возросло качество анализа проблематики, в новостных сообщениях зазвучали тревожные, а то и алармистские ноты. Вот несколько примеров.

Аргументы и факты. Здоровье (сентябрь-октябрь, 2003 год): «Сегодня Россия — лакомый кусок для наркобизнеса, поскольку наши границы «прозрачны», милицейские чины зачастую склонны к коррупции, серьезные навыки борьбы с наркобаронами и наркокурьерами еще не сформированы».

Аргументы и факты, №32 за 2003 год: «Недавно сотрудники Социологического института РАН совместно с психологическим факультетом СПбГУ завершили исследование уровня наркотизации среди петербургских студентов....Пик пробы, который происходит на втором курсе вуза, связан с тем, что студенты не справляются с социальной жизнью... Учеба в институте сама по себе — стресс, и студенты используют наркотики как способ преодоления жизненных трудностей...».

Новая Газета, №37 от 21 мая 2007 г.: Энергетические напитки вошли в массовое употребление сравнительно недавно. Студенты, клубные тусовщики и спортсмены считают их важной частью своего образа жизни. После употребления нескольких баночек данного напитка они чувствуют прилив сил и бодрость духа. Вещества, которые содержатся

в энергетических напитках, вызывают привыкание. Поскольку «концентрация ингредиентов в напитке превышена», он «может приводить к эффекту, близкому к наркотической стимуляции». Энергетик нельзя употреблять людям с заболеванием сердца, гипертонией и беременным женщинам. «Поэтому в Европе энергетические напитки продают в аптеках как лекарственный препарат».

<http://www.inopressa.ru/guardian/2010/09/14/13:58:00/drugs>: Газета The Guardian сообщает, что ВИЧ/СПИД широко распространились среди российских наркоманов и проституток, темпы инфицирования нарастают. По данным газеты, в России сейчас около 1 млн. ВИЧ-инфицированных. Восточная Европа и Центральная Азия лидируют в мире по темпам распространения ВИЧ, причем 60–70% эпидемии приходится на Россию. Если в Индии и ряде африканских стран количество заражений стабилизировалось или сокращается, то в России с 2004 года эпидемия вновь неуклонно ширится, говорится в статье. В прошлом году зафиксировано 58448 случаев заражения — на 8% больше, чем в 2008-м. Эксперты указывают на конкретные причины: «Примерно две трети заражаются при инъекциях наркотиков, но превентивные меры типа пунктов обмена шприцев препоручены неправительственным организациям, которые далеко не покрывают всей территории страны». Издание также указывает, что в России запрещено использовать метадон для замещения героина у наркоманов. Группы риска — мигранты, заключенные, проститутки — в основном игнорируются государственными программами. По словам Дениза Броуна, директора UNAIDS по Европе и Центральной Азии, главная беда России — отсутствие государственных программ профилактики ВИЧ у групп риска. В западных странах среди лиц, которые употребляют наркотики внутривенно, 1–2% ВИЧ-инфицированных, в России же — 16%, а в эпицентрах вроде Петербурга — 60%. Нарастает угроза, что при передаче половым путем эпидемия перекинется на широкие слои населения, подчеркнул Броун.

РИА Новости, 18/03/2010: «Смертность от передозировки наркотиками в Москве выросла за прошедший год почти на 50%, сообщил РИА Новости главный нарколог Минздравсоцразвития РФ, директор Московского научно-практического центра наркологии Евгений Брюн. В 2008 году от передозировки наркотиками умерло 555 человек, а в 2009 году эта цифра выросла до 825 человек. С чем связан такой подъем смертности, мы сейчас выясняем», — сказал он.

Эти данные кардинально расходятся со статикой Управления ФСКН по Москве, по которой число лиц, погибших от наркотиков в 2009 году, снизилось по сравнению с 2008 годом на 30%».

Это же агентство, 11/03/2010: «По данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), ежегодно в России почти 75 тысяч человек впервые пробуют наркотики, а 30 тысяч — погибают вследствие их потребления». При этом, как отметил директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков РФ Виктор Иванов, более 90 % наркозависимых, прошедших лечение и реабилитацию, продолжают употреблять наркотики.

Очевидно, что средства массовой информации бывают разные — от серьезно-аналитических, респектабельных до гламурно-порнографических и бульварных. У читателя, слушателя и зрителя действительно есть широкий выбор на любой вкус. Вопрос лишь в том, что читает-смотрит-слушает наша молодежь. Нетрудно догадаться, что основная масса молодежи и особенно подростков «не особо заморачивается» чтением серьезных газет «для взрослых», не смотрит новостных программ «первых каналов» ТВ, не анализирует содержание информационных лент Всемирной Сети. Глобализация и потребительский рынок сделали свое дело: молодежь читает «эсэмэски» в своих мобильных телефонах, слушает пустопорожний контент радиовещания в FM-диапазоне¹⁴ и смотрит в телевизоре разве что МТВ. Согласно рейтинговым оценкам Google и Yandex, наши подростки, как и подростки большинства стран мира, проводят свободное время не за чтением классиков художественной литературы, а за компьютером во Всемирной Паутине, где их с нетерпением поджидают ярко раскрашенные приманки с указанием: «Кликни меня!». И так легко «залипнуть» в этом увлекательном игрушечном мире он-лайнных «стрелялок», заблудиться в электронном Зазеркалье и запутаться в ловко расставленных ловушках порносайтов.

<http://science.compulenta.ru/515680/> (подготовлено по материалам *Daily Telegraph*): «В Великобритании открылась первая реабилитационная клиника для детей, зависимых от Интернета, компьютерных игр и мобильных телефонов. Услуги по избавлению детей от нездоровых пристрастий оказывают в больнице Carlo Nightingale, что в центральном Лондоне. Подростков 12-ти лет и старше учат справляться с зависимостью и посвящать компьютеру и телефону ограниченное время. Также тинейджерам будут прививать навыки общения в реальной жизни.

¹⁴ Только в Санкт-Петербурге действует около трех десятков развлекательно-музыкальных радиовещательных программ в FM- и УКВ-диапазонах. Даже их названия «как бы намекают»: «Кекс FM», «Радио Рокс», «Радио Monte Carlo», «Ди Эф Эм», «Metro», «Love Радио», «Юмор FM» и т. п.

Пациентов клиники заставят задумываться о своем отношении к сотовым, компьютерным и видеоиграм и социальным сетям. Кроме того, врачи будут заниматься физическим здоровьем подростков, если окажется, что зависимость негативно отразилась на самооценке пациента, уровне его физической активности и питания. Курс стационарного лечения можно проходить в групповом или индивидуальном порядке.

Сегодня портрет среднего британского веб-зависимого пользователя выглядит так: молодой человек около 21 года, большую часть времени проводящий на порнографических и игровых сайтах, а также в онлайн-обществах. Врачи уверяют, что депрессия у подобной публики в пять раз сильнее, чем у всех прочих.

Кстати, в Китае веб-зависимостью страдает каждый седьмой интернет-пользователь».

5.2. Индустрия рекламы

Эрих Фромм говорил: «Инкорпорирование какой-либо вещи, которое человек осуществляет, например, съев или выпив ее, представляет собой архаичную форму владения этой вещью. На определенной ступени своего развития ребенок стремится засунуть в рот любую вещь, которую ему хочется иметь. Это чисто детская форма обладания, характерная для периода, когда физическое развитие ребенка еще не позволяет ему осуществлять другие формы контроля над собственностью. Конечно, большинство объектов не может быть инкорпорировано в физическом смысле. Существует много других форм инкорпорирования, не связанных с физиологическими потребностями, а значит, ни с какими ограничениями. Суть установки, присущей потребителю, состоит в стремлении поглотить весь мир. Потребитель — это вечный младенец, требующий соски.

Потреблению присущи противоречивые свойства: с одной стороны, оно ослабляет ощущение тревоги и беспокойства, но, с другой стороны, оно вынуждает его потреблять все больше и больше, так как всякое потребление вскоре перестает приносить удовлетворение. Желания потребителей формируются производителем. И, несмотря на существование конкурирующих фирм, общее воздействие рекламы направлено на стимулирование жажды потребления. Все фирмы помогают друг другу в этом посредством рекламы; у покупателя остается лишь сомнительная привилегия выбора между несколькими конкурирующими марками товаров. Более того, промышленность оказывает влияние на вкусы населения также и тем, что не производит товары,

которые были бы более полезны людям, но менее прибыльны» [76]. Бесконечный поток одурманивающей суггестивной рекламы, — продолжает свою мысль Фромм, — это наступление на разум и чувство реальности. «Он преследует человека повсюду, не давая ему передышки ни на миг: и во время многочасового сидения у телевизора, и за рулем автомобиля, и в ходе предвыборной кампании». Специфический эффект воздействия этих суггестивных методов на массовую аудиторию отмечают и сами пользователи СМИ-контента, что отражается в характерных прозвищах, даваемых домашнему аппарату для производства трансенных ментальных мутаций: «зомби-ящик», «дебиллятор», «дуроскоп», «электронная канализация».

Тотальное воздействие вездесущей рекламы на сознание массового потребителя призвано актуализировать в его подсознании установку на приобретение товара. В принципе — любого товара, за рекламу которого уплачено. Реальная необходимость данного товара для реальной жизни имеет второстепенное значение, на первый план выдвигается само потребление как принцип, как образ жизни. Реклама настаивает, что потребитель товара (любого, который сейчас в кадре) не просто доволен, а воистину счастлив в процессе его потребления. Рекламный видеоклип демонстрирует нам это счастье в самых ярких красках. Счастливая семья, купившая новую сковородку. Счастливые дети, потребляющие какую-то простоквашу под именем «чудо-йогурт». Счастливый мужчина в своем новеньком автомобиле: «— Вам точно нужна эта машина? — Нет. Но я ее хочу!». Счастливая девушка, «достойная» всего того, что проделала с нею «лучшая на свете» косметика. Счастливый парень, у которого от крутой шипучки «сносит крышу». Счастлива даже «ваша киска», потому что ей купили, наконец, вожделенный «вискас»...

Идея потребления как образа жизни крайне проста для понимания: каждый человек достоин счастья, а счастье — это достижение максимального удовольствия минимальными затратами усилий. Ты любишь футбол? Нет ничего проще: хороший телевизор + отличное пиво + плюс сухарики — и будет тебе счастье! Вариант «гонять мячик самому» даже не рассматривается.

«Ред Булл окрыляет!» («Red Bull — Gives You Wings — No Red Bull, No Wings»). Почему этот жидкий химический энергетик¹⁵ «окрыляет»?

¹⁵ Энергизирующими ингредиентами напитка являются кофеин и таурин. Последний используется как одна из составляющих БАД (биологически активные добавки) к пищевым продуктам, а также к кормам для животных. Для кошек является незаменимой аминокислотой и обязательно входит в состав кошачьих кормов, изготовленных из бедных таурином компонентов [ru.wikipedia.org].

Очевидно потому, что он «улетный». А есть что-нибудь еще в этом мире, что окрыляет человека? Может быть, любовь? Или освоенный тобой дельтоплан? Или мечта о покорении космоса? Нет, конечно, только доза энергетика! Ибо: «Нет Ред Булла, нет и крыльев» (девиз компании [ru.wikipedia.org/wiki/Red_Bull_GmbH]).

«Навалилась скука? Лень убила волю? Жажда одолела?» — спрашивает телереклама, адресованная умственно неполноценным подросткам и молодежи. И дает суггестивную команду: «Замочи эту скуку!» Как? Употребив дозу химиката под названием «Крейзи-Кола», от которой почему-то расширяется зрачок. Крейзи-кола («безбашенный энергетик») для крейзи-поколения? «Ма-а-а-а-а-а-а-а! Купи крейзи колу!!!»

Приобщение детей, подростков и молодежи к потреблению химических средств, «позитивно» изменяющих настроение и сознание, начинается с рекламы — легальной, скрытой, либо нелегальной. Маркетинговая стратегия наркодельцов ничем не отличается от стратегии легальных производителей, рекламирующих свою психоактивную продукцию (алкогольные напитки, табачные изделия, отдельные сильнодействующие лекарственные препараты): она направлена на завоевание начинающего потребителя — молодежи. Международные наркокартели, обладающие опробованной многолетней практикой маркетинговой стратегии по завоеванию потенциальных наркорынков, эффективно стимулируют массовый интерес к наркотическому продукту, формируют потребительский спрос. В последнее время все настойчивей (особенно в электронных СМИ) звучат голоса сторонников легализации наркотиков: «Марихуана и гашиш безвредны»... «Криминализация приема наркотиков, а не сами наркотики, приводит к страданию наркоманов»... «Легализация устранил мафию от рынка наркотиков»...

5.3. Зарубежный опыт исследования воздействия рекламы на общество

В современной американской «Психологической энциклопедии» авторы статей на темы «Психология торговли», «Психология потребителя» и т. п. ровным безоценочным тоном освещают узловые моменты рекламы — ее вековой практики и прикладной к ней науки [56].

В исследовании американских социальных психологов Стентона Пила и Арчи Бродски «Любовь и зависимость» освещена другая сторона проблематики: воздействие этой практики и науки на социум [53]. Тон авторов здесь совсем иной.

Сопоставим два подхода: позицию #1 и позицию #2.

Позиция #1. Термин «психология потребителя» (consumer psychology) правильнее было бы употреблять в случаях, когда ставится вопрос о том, почему потребители ведут себя именно так, а не иначе. Существует два основных аспекта поведения потребителя: удовлетворение потребностей и исполнение желаний. Ответы на вопрос «почему» чаще имеют отношения к желаниям, нежели к потребностям. При использовании вопросов «почему» респондента склоняют дать объяснение собственной мотивации, что часто оказывается невозможным. Метод, применяемый в современных исследованиях психологии потребителя, заключается в том, чтобы позволить респондентам как можно подробнее описать свое поведение, избегая при этом «самодиагностики». Вместо того чтобы спрашивать человека, почему он купил именно этот автомобиль, исследователь побуждает его рассказать как можно подробнее об этом периоде своей жизни, начиная с первого момента принятия решения о приобретении нового автомобиля и до заключения договора о покупке; это позволяет исследователю проанализировать действительную мотивацию потребительского поведения.

Позиция #2. Реклама автомобилей, одежды и сигарет изображает владельца продукта полностью изменившимся человеком по сравнению с тем, каким он был обычно: покупатель становится уверенным в себе, притягательным для противоположного пола и способным выйти за пределы маленького мирка, частью которого он является. Подобная реклама подчеркивает неполноценность человека, который не обладает данным продуктом или не использует его.

Позиция #1. Строгие исследования психологии потребителя начинаются с выдвижения четких конструктивных гипотез относительно потребительского поведения. Эти гипотезы могут брать начало в культурологии, глубинной психологии, футурологии или символизме. Вопрос «почему потребитель покупает ту или иную марку мыла?» может стать вполне правомерным аспектом изучения психологии потребителя. Мы применяем первый принцип, начиная с анализа привычек и ритуалов поведения, связанного с мытьем и купанием. Мыло может вызывать у потребителей не просто ощущение физической чистоты. Купание при крещении или ритуальное омовение очищает человека от грехов и вины.

Позиция #2. Чувствительные области, подобные желанию человека быть принятым другими, эксплуатируются путем изображения бедствий, происходящих из-за грязной одежды или дома, перхоти или несвежего дыхания. У человека, который ощущает свою неполноценность, реклама вызывает импульс искать в некоем снотворном или

примочке, в одежде или в автомобиле дополнительное достоинство человеческого существа. Владение продуктом или использование его становится вознаграждением, поскольку снижает тревожность человека и искусственно поддерживает его позитивное представление о себе. Такие образы прямо аддиктивны, и рекламодатели используют их именно так.

Позиция #1. За каждым товаром стоит идея. То, что остается в представлении потребителя после массированного воздействия рекламы конкретной марки товара, — это образ товара: мелодия, ритм, общая конфигурация, фон, кандидат или страна. Это более чем расплывчатый феномен. Многие научные исследования показали, что мы склонны мгновенно менять свое мнение и интерпретацию нейтрального утверждения, когда узнаем, что с ним ассоциируется человек, который нам нравится или не нравится. Мы реагируем скорее на сигнатуру (идентификационную характеристику) сообщения, чем на его содержание.

Позиция #2. Через телевизионные программы, ориентированные именно на них, дети осаждаемы вторгающейся со всех сторон рекламой. Видные атлеты, телевизионные знаменитости и мультипликационные герои рекомендуют витамины, делающие их сильнее и здоровее, игрушки и другие продукты, которые могут служить предметом зависти других детей. Между такими коммерческими вставками мультипликационные сериалы подчеркивают надежду на героические фигуры и волшебные решения дилемм, с которыми сталкиваются любимые детские герои. Несмотря на аддиктивный эффект и остановку нормальной детской активности — анестезию перед телевизорами — родителям трудно сопротивляться устройству, которое успокаивает детей, поддерживая в доме тишину и порядок.

Позиция #1. Потребитель часто приобретает образ товара, а не его реальные преимущества. До тех пор пока мы пытаемся лишь понять поведение потребителя, все выглядит более или менее приемлемым. Но организации, заинтересованные в определенном поведении потребителя, часто пытаются побудить его приобрести тот или иной вид товара или совершить те или иные действия. Экономисты считают, что человек ограничен в своих потребностях и желаниях. Современные исследования психологии потребителя, однако, показывают, что было бы более верным рассматривать эти желания и потребности как постоянно растущие. Развитие индустрии звукозаписи началось сразу после возникновения радио. Появление возможности воспользоваться услугами множества каналов при помощи простого нажатия кнопки должно было бы, по идее, значительно сократить размеры этого рынка.

Но оказалось, что нужды потребителя регулируются законами психологии иного свойства: чем больше музыкальных и других развлечений открывают для себя потребители, тем больше они хотят иметь.

Позиция #2. Изготовители седативных средств внушают, что нормальные человеческие события — такие, как свадьба, визиты родственников, собеседование на работе — могут быть пережиты только при помощи некоторых отупляющих веществ. Психоделическая реклама пытается убедить потребителей в том, что они могут найти «молодость» в затяжке сигаретой. Эти объявления исходят из предпосылки о том, что нормальное человеческое существование неинтересно.

Позиция #1. По соображениям здравого смысла, во время экономического упадка объемы продаж предметов роскоши должны сокращаться, фактически же они, наоборот, возрастают. Чисто логического объяснения здесь недостаточно. В периоды, когда человек чувствует себя незащищенным, он нуждается в символах качества и постоянства, а потому — может он это себе позволить или нет — он все равно покупает более дорогие товары, например, «Мерседес-Бенц», драгоценности, круизы. В будущем, возможно, придется все чаще говорить о психологической экономике как о новой научной дисциплине.

Позиция #2. Мужчина, переживая депрессию, будет стремиться купить некое средство для красоты и здоровья или, возможно, что-то более существенное. Таким образом, он, так или иначе, верит, что разобрался со своими межличностными проблемами, в то время как на самом деле — с точки зрения истинного понимания аддикции — он создал себе еще большие трудности, наделав долгов. Его поведение похоже на поведение женщины, которая покупает платье, когда впадает в уныние. Эта привычка также может служить аддикцией. Она может приобрести впечатляющие размеры: есть женщины, покупающие одежду день за днем только для того, чтобы возратить большинство своих покупок обратно и, таким образом, бесконечно продолжать развлекающее их занятие.

Позиция #1. Вопрос о специфической группе телезрителей (детях) втянул правительственные регламентирующие органы, потребительские объединения, средства массовой информации и рекламщиков в противоборство. Движение за детское телевидение добилось исключения рекламы витаминов, запрета на использование героев детских передач в качестве «продавцов» товара (массовая продажа), разделения коммерческого и программного времени и сокращения почасового рекламного времени в детских программах. В 1978 г. управление Федеральной торговой комиссии выпустило доклад, в котором рекомендовалось следующее: а) запрет на любую телевизионную рекламу,

предназначенную для детей, «которые еще слишком малы, чтобы осознать рекламную цель, заключающуюся в продаже товара»; б) запрет на телевизионную рекламу, имеющую своим объектом «сахаросодержащие продукты, потребление которых представляет особенно серьезную опасность для здоровых зубов».

Позиция #2. Телевидение приносит модели аддиктивного поведения в наши дома, равно интенсивно вторгается в сознание как детей, так и взрослых. Кто может сомневаться, видя ребенка, прикованного к вспышкам на экране, что установлен паттерн компульсивного поведения? Взрослые также обнаруживают свою зависимость, приходя домой с энергией и мотивацией, которых хватает лишь для того, чтобы включить свой телевизор. Они нуждаются в телевидении, чтобы скоротать время, облегчить отношения с окружающими и скрыть пустоту своей жизни. Обычные телезрители, которые лишены своего любимого времяпрепровождения, могут переживать абстиненцию — симптомы отнятия, включающие дезориентацию в главных областях личной жизни. Они не могут общаться со своими семьями, теряют интерес к сексу и так далее.

«Телевидение действительно может быть аддикцией, — настойчиво повторяют Стентон Пил и Арчи Бродски. — Главными способами распространения наркотической зависимости и аддиктивной установки вообще являются реклама и средства массовой информации».

В современных условиях глобализации рынка и торжества культуры потребления бесперспективно табуировать алкоголь или запрещать табак. Остается лишь контролировать их производство и, в ограниченных пределах, регулировать уровень спроса. Более того, сегодня почти то же самое можно говорить о некоторых видах ПАВ, которые в быту получили статус «легких наркотиков». Эти наркотики — прежде всего, конечно, марихуана, — по факту уже укоренились на периферии культурного поля и не только в так называемых альтернативных и молодежных субкультурах. По данным ООН [93], в 2007 году число потребителей каннабиса во всем мире составляло порядка 143–190 млн. человек (4,4% мирового населения). Фактически легализация марихуаны в «цивилизованном мире» происходит уже сегодня (Голландия, Испания, Бельгия, Чехия, Канада и др.), а завтра рассчитывать на успех запретительной формы профилактики этого наркотика будет поздно. Затем нетрудно предсказать обвальную легализацию и других «легких наркотиков», которые хлынут в пробитую брешь.

Приведем данные Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) за 2009 год по результатам опросов населения [116]:

Таблица 9.

**Распространенность потребления каннабиса
среди населения некоторых европейских стран
(возрастная группа 15–24 лет)**

Страна	Употребляли в прошедшем году	Употребляли в прошедшем месяце
Чехия	28,2 %	15,4 %
Испания	24,1 %	16,9 %
Италия	22,6 %	11,5 %
Франция	21,7 %	12,7 %

Общее число жителей Европы, имеющих тот или иной опыт потребления каннабиса, по данным мониторинга EMCDDA составляет 74 миллиона.

ГЛАВА 6.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК УЩЕРБНАЯ ФОРМА САМОРЕАЛИЗАЦИИ

Самореализация есть результат продвижения человека по лестнице (пирамиде) потребностей (мотивов развития, ценностей) от дефицитарных (физиологические потребности, потребность в безопасности, социальные потребности) до потребностей бытийных (духовных), за которыми стоят такие ценности, как истина, добро, красота и т. п. Каждая новая ступенька все дальше отстоит от предыдущей, поэтому подъем с каждым шагом дается все труднее. Фрустрация на пути очередной базовой потребности преодолевается либо посредством психологических защит, либо использованием копинг-стратегий. Успешное преодоление всех препятствий на пути роста возможно лишь посредством трансцендирования (выхода за пределы личности) в область духовных, бытийных ценностей.

Ущербная форма самореализации может быть спровоцирована фрустрацией на любом уровне пирамиды потребностей, расположенном ниже уровня самотрансценденции. Чем ниже уровень, на котором произошла остановка развития, тем более ущербна, неполноценна форма самореализации. Механизм развития такой ущербной самореализации напоминает тот, который в психоанализе описан как «фиксация» на стадии психосексуального развития или как регресс к более ранней стадии. С точки зрения З. Фрейда, фиксация, ведущая к возникновению невроза, есть не что иное, как остановка частного влечения на ранней ступени психосексуального развития. Чем прочнее какая-либо фиксация на пути развития, тем больше вероятность того, что человек может регрессировать до этой фиксации. Регрессия к точкам фиксации легко происходит при определенных видах стресса или фрустрации определенной базовой потребности.

6.1. Потребности и их фрустрация

Согласно А. Маслоу, потребность нижестоящего в иерархии уровня проявляет себя сильнее, чем потребность более высокого уровня, и при фрустрации этих потребностей первая явно доминирует

в организме. «Физиологические потребности (взаимоотношения между которыми также подчиняются внутренней иерархии) насущнее, чем потребность в безопасности, которая сильнее, чем потребность в любви, которая, в свою очередь, сильнее потребности в уважении, более сильной, чем потребности в осуществлении своей самобытности, которые мы обобщаем в рамках одной потребности — потребности в самоактуализации» [42].

«При рождении человек обладает одними лишь физиологическими потребностями и, возможно, в очень слабой, зачаточной форме — потребностью в безопасности, которая проявляется в реакции испуга и наличие которой косвенно может быть подтверждено общим наблюдением, согласно которому ребенок развивается лучше, если окружающий его мир отличается стабильностью и регулярностью. Только спустя несколько месяцев ребенок начинает выказывать первые признаки социальной привязанности и избирательной любви, и еще позже, если чувствует себя в безопасности и если окружен любовью родителей, обнаруживает стремление к самостоятельности, независимости, потребность в достижении, в уважении, в оценке, в похвале. Что касается потребности в самоактуализации, то даже Моцарт обрел ее не раньше, чем в трех-четырёхлетнем возрасте. Депривация высших потребностей не вызывает таких отчаянных реакций самозащиты, как депривация низших потребностей. По сравнению с пищей и безопасностью уважение кажется просто роскошью.

Удовлетворение высших потребностей приводит человека к субъективно желанному состоянию, он испытывает чувство покоя, умиротворенности, счастья, богатства внутренней жизни. Удовлетворение потребности в безопасности в лучшем случае может принести чувство облегчения и расслабленности, но не может подарить человеку мгновений экстаза, высших переживаний, исступленного счастья, восторга, как не может вызвать чувства умиротворенности, понимания, гордости и тому подобных чувств» [42].

Вот здесь начинающий потребитель наркотика может уверенно возразить автору знаменитой «пирамиды»: все эти замечательные чувства и даже сверх того: «блаженство», «экстаз всего тела», «расширение сознания до галактических размеров» и т. д. можно испытать под воздействием чудесных таблеток или «дозы», не будучи ни Моцартом, ни Эйнштейном. Легко. А любой состоявшийся наркозависимый может сказать, что наркотик и все, что с ним связано, это и есть его самореализация, его смысл жизни. С ним придется согласиться, если только уточнить, что такая самореализация ущербна. Ведь наркотики — это болезнь, деградация и преждевременная смерть, а «жизнь на высших

мотивационных уровнях, поиск удовлетворения высших потребностей означает движение в сторону здоровья, прочь от психопатологии» (А. Маслоу). С этим придется уже согласиться наркоману.

Честная, полноценная самореализация несоизмеримо сложнее и благороднее, чем короткая, хотя и яркая карьера наркомана. Для того, чтобы реализовать хотя бы потребность в уважении и статусе, человек должен взаимодействовать с большим числом людей, должен иметь более широкую арену деятельности, должен ставить перед собой долгосрочные задачи и уметь достигать отдаленных целей. Жизнь на высших мотивационных уровнях и удовлетворение высших потребностей приносит не только личное удовлетворение, но способствует благополучию и развитию всего общества. Чем выше потребность, тем она менее эгоистична. «Голод чрезвычайно эгоцентричен, утоление голода — это всегда самоудовлетворение. Но стремление к любви и уважению обязательно предполагает взаимодействие с другими людьми. Более того, его невозможно осуществить, не осознав необходимость удовлетворять потребности других людей. Люди, в достаточной мере удовлетворившие свои базовые потребности (потребность в пище и в безопасности), устремленные к любви и уважению, обнаруживают такие черты, как верность, дружелюбие, гражданское самосознание; именно из таких людей получают хорошие родители, супруги, учителя, общественные деятели и т. п.» [42].

Наркозависимый, напротив, ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста. Наркотических и алкогольных аддиктов характеризует неспособность сформировать прочные межличностные связи, они не доверяют людям; наркотики — единственная вещь в их жизни, на которую, как они чувствуют, они могут положиться. Не уверенный в своей собственной идентичности аддикт видит в других людях объекты для удовлетворения своих потребностей. Наркоман социально деструктивен, люди для него — только средство для других целей; аддикт использует людей, эксплуатирует их чувства. В некоторых случаях аддикцией становится само обладание людьми (патологическое властолюбие либо ревность), и тогда эта цель достигается путем манипуляций с межличностными отношениями [53].

Любая угроза базовым потребностям, тем более жизни человека, может вызвать реакцию тревожной враждебности, которая повышает вероятность агрессивного и деструктивного поведения. Деструктивность — это неадекватная защитная реакция на фрустрацию. У термина фрустрация (от лат. *frustratio* — «расстройство (планов), крушение (замыслов, надежд)») два значения:

1) акт блокирования или прерывания поведения, направленного на достижение значимой цели;

2) эмоциональное состояние человека, возникающее после неудачи, неудовлетворения какой-либо сильной потребности. Оно сопровождается возникновением сильных эмоций: враждебности, гнева, вины, досады, тревоги.

Фрустрацию вызывает непреодолимое для человека препятствие, блокирующее достижение поставленной им цели. В одних случаях фрустрация мобилизует, усиливает мотив достижения цели, при этом формы поведения могут носить импульсивный и иррациональный характер. В других случаях фрустрация демобилизует человека, который либо стремится путем замещающих действий уйти от конфликтной ситуации (запрещенная или недостижимая цель выполняется мысленно, либо только частично), либо вообще отказывается от деятельности.

Типы реагирования на фрустрацию. Согласно С. Розенцвейгу, фрустрация по своей направленности имеет три поведенческие формы (реакции): экстрапунитивную, интрапунитивную, импунитивную.

Экстрапунитивная форма связана с возникновением внутреннего «подстрекателя» к агрессии, с направленностью реакции искать виновного вовне. Человек обвиняет в случившемся обстоятельства, других людей. У него появляются раздражительность, досада, озлобленность, упрямство, стремление добиться поставленной цели во что бы то ни стало. Поведение вследствие этого становится непластичным, примитивным, используются его ранее заученные формы, даже если они и не приводят к нужному результату. На основании этого возникла даже фрустрационная теория агрессии, которую предложили Дж. Доллард и др. Авторы полагают, что агрессия — это не столько влечение, сколько реакция на препятствия, стоящие на пути целенаправленных действий субъекта.

Интрапунитивная форма фрустрации характеризуется аутоагрессией, когда человек обвиняет в неудаче самого себя, у него появляется чувство вины. В результате рождаются подавленное настроение, тревожность, человек становится замкнутым, молчаливым. При решении задачи он возвращается к более примитивным формам, ограничивает виды деятельности и удовлетворение своих интересов.

Импунитивная форма реагирования связана с отношением к неудаче либо как к неизбежному, фатальному, либо как к малозначимому событию, исправимому со временем. Человек не обвиняет ни себя, ни других.

По данным Н. В. Тарабриной и К. Д. Шафранской, примерно в 50 % случаев преобладают экстрапунитивные реакции, почти вдвое реже

встречаются интрапунитивные (27%) и еще реже импунитивные (23%). У мужчин больше экстрапунитивных реакций, а у женщин — интрапунитивных. Лица со слабой нервной системой чаще проявляют интрапунитивную форму фрустрации, с сильной нервной системой — экстрапунитивную (агрессию). В. Е. Василенко утверждает, что экстрапунитивные реакции связаны с интеллектом отрицательным образом, а интрапунитивные и импунитивные — положительным. В. Хармаз выявил у эмигрантов из Ирака, живущих в Швеции, выраженную импунитивную направленность, особенно у мужчин. У их детей преобладали эгозащитные и интрапунитивные реакции, что В. Хармаз связывает с особенностями воспитания этих детей (повышенная зависимость от более старших, склонность к подчинению, послушанию). У русских детей, по данным того же автора, с возрастом уменьшается число экстрапунитивных реакций, что свидетельствует, по его мнению, о снижении потребности непосредственно и открыто выражать свои эмоции.

Как показано М. А. Гулиной, экстрапунитивные реакции наиболее характерны для лиц экстравертированного и тревожного типа, высокоэмоциональных; интрапунитивные же свойственны в большей мере интровертам со средним уровнем тревожности и в меньшей — интровертам с повышенной тревожностью и эмоциональностью.

Аддиктивное поведение, в зависимости от объекта аддикции и характеристик конкретной личности, может рассматриваться как специфическая форма реагирования на фрустрацию: как социально-обусловленное научение, либо как компенсаторная форма поведения, либо как неадекватная форма *психологической защиты*.

6.2. Механизмы психологической защиты

Защитные механизмы — это неосознаваемые личностью психологические стратегии, с помощью которых человек избегает или снижает интенсивность таких негативных состояний, как конфликт, фрустрация, тревога и стресс. Основным отличием защитных автоматизмов от копинг-стратегий является бессознательное включение первых и сознательное, целенаправленное использование последних.

Понятие «защитные механизмы» было введено З. Фрейдом для обозначения техники, которую Эго использует в конфликтах, ведущих к неврозам. При неврозе пациенты жалуются на эмоциональные расстройства, в основе которых лежит переживание человеком внутреннего конфликта, столкновение особо значимых отношений личности с противоречащими им обстоятельствами жизненной

ситуации. Неспособность человека разрешить такой конфликт вызывает рост внутреннего напряжения и дискомфорта. З.Фрейд показал, что в этот трудный для человека момент активизируются специальные психологические механизмы, которые защищают сознание от неприятных, травмирующих переживаний. Включение механизмов защиты сопровождается субъективным ощущением облегчения или снятия напряжения.

Анна Фрейд (дочь З. Фрейда) акцентировала роль механизмов защиты в разрешении внешних, то есть социогенных конфликтов; эти механизмы рассматриваются ею как продукты развития и научения. А. Фрейд выдвинула представление о том, что набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированности личности. Впоследствии защитные механизмы стали рассматриваться не только как невротический симптом, но и как функция Я сознательной части личности любого человека. При угрозе целостности личности именно защитные механизмы отвечают за ее интеграцию и приспособление к реальным обстоятельствам.

Психологический защитный механизм обеспечивает защиту «Я» от осознания явлений, порождающих тревогу. Для авторов не психоаналитической ориентации он означает внешне наблюдаемые паттерны поведения, для психоаналитика — внешне наблюдаемые и регистрируемые паттерны защитного поведения, чувства и мысли, связанные с ними, являются всего лишь внешними, иногда даже частными проявлениями внутреннего, скрытого интрапсихического процесса, который, собственно, и является истинным защитным механизмом.

Виды механизмов психологической защиты. К настоящему времени описано более двух десятков защитных механизмов, но самыми изучаемыми оказались восемь: отрицание, вытеснение, компенсация, регрессия, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование.

Н. М. Никольская и Р. М. Грановская [51] дифференцируют в своем исследовании 11 механизмов защиты.

Вытеснение — избирательное преднамеренное забывание информации, связанной с конфликтом и напряжением. Это вытеснение неприятного (желаний, мыслей, чувств, вызывающих тревогу) из памяти. Фрейд считал такой механизм главным способом защиты инфантильного «Я». Вытесненные импульсы, не разрешаясь в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. Например, типична ситуация, когда содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, и человек вытесняет сам факт какого-либо неблагоприятного поступка, но интрапсихический

конфликт сохраняется, а вызванное им эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как внешне немотивированная тревога. Именно поэтому вытесненные влечения могут проявляться в невротических и психофизиологических симптомах. Наиболее часто вытесняются личностные свойства, качества и поступки, не делающие личность привлекательной в глазах самого человека и других людей, например завистливость, недоброжелательность, неблагодарность и т. п. Психотравмирующие обстоятельства или нежелательная информация вытесняются из сознания субъекта, переходя в подсознание, хотя внешне это может выглядеть как сознательное противодействие воспоминаниям и самоанализу.

Отрицание — механизм психологической защиты, с помощью которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо меняет свое толкование ситуации, чтобы воспринимать ее менее угрожающей. Отрицанию подвергаются те аспекты внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью (например, человек при сообщении о гибели родственника не воспринимает это известие, не хочет в это верить). Не воспринимается та информация, которая тревожит, противоречит основным установкам личности, угрожает ее самосохранению, самоуважению или социальному престижу и может привести к внутреннему конфликту. Как процесс, направленный вовне, отрицание часто противопоставляется вытеснению — психологической защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. Отрицание характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

Подавление — в этом случае человек избегает тревожащих мыслей, старается не сосредотачиваться на них. Подавление обычно предполагает переключение на что-то другое, отвлечение внимания от неприятных мыслей (избегающее мышление). Таким образом, при подавлении неприятные мысли блокируются иными, нейтральными или приятными (при вытеснении же мысль полностью недоступна сознанию).

Регрессия — механизм психологической защиты, благодаря которому личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги, переходя на тип реагирования, присущий более ранней стадии жизни. При этой форме защитной реакции личность, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившейся ситуации. З. Фрейд выделял два типа регрессии. В одном случае заменяется объект, который не может удовлетворить потребность. Например, рассорившись с кем-то, человек может

вернуться к старому приятелю, с которым уже были прекращены всяческие отношения. Во втором — неудовлетворенность какой-либо деятельностью может побудить человека вернуться к прежнему роду занятий. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет возможности преодоления конфликтных ситуаций. Этот вид психологической защиты скорее присущ психопатическим личностям с их импульсивностью и слабостью волевого контроля.

Идентификация. Задействуя этот механизм, человек принимает личностные характеристики (особенности поведения) другого лица. Скажем, не имея достаточно мужества, человек идентифицирует себя с героической личностью, что придает ему больше уверенности в своих силах. Может подражать поведению культовой фигуры — это увеличивает значимость в собственных глазах. Таким образом, идентификация как механизм психологической защиты проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта личности другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и переструктурирования и поэтому не становятся частью самой личности.

Компенсация. Хотя этот механизм психологической защиты нередко объединяют с идентификацией, ряд авторов считает его одной из самостоятельных форм защиты от комплекса неполноценности. Человек прилагает значительные усилия, чтобы достичь успеха в той области, где он чувствует свою неполноценность. Другое проявление компенсаторных защитных механизмов — преодоление фрустрирующих обстоятельств или ситуаций благодаря сверхудовлетворению в других сферах. Например, физически слабый или робкий человек, который не способен ответить на угрозу расправы, находит удовлетворение за счет унижения обидчика с помощью изощренного ума или хитрости.

Проекция. В основе этого защитного механизма лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли приписываются другим субъектам. Нередко человек приписывает агрессивность окружающим, чтобы оправдать свою собственную агрессивность или недоброжелательность, проявляемую будто бы в защитных целях. Хорошо известны примеры ханжества, когда кто-то постоянно приписывает другим собственные аморальные стремления. Реже встречается другой вид проекции, при которой значимым лицам (чаще из микросоциального окружения) приписываются позитивные, социально одобряемые чувства, мысли или действия.

Замещение. Действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева) на объектах, представляющих меньшую опасность или более доступных, чем те, что вызвали отрицательные эмоции. Например, открытое проявление досады, злости на какого-то человека может быть чревато нежелательным с ним конфликтом, поэтому гнев переносится на иной объект, более доступный и неопасный. В большинстве случаев замещение разряжает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели. Во многих отношениях замещение идентично сублимации. Ряд исследователей включают в этот защитный механизм не только замену объекта действия, но и самого действия, подразумевая под этим различные варианты замещающей деятельности. В результате энергия, возникшая под влиянием одного побуждения, разряжается в другой деятельности, например, злость или половое влечение разряжается при выполнении физической работы. З. Фрейд считал замещение одним из базовых способов функционирования бессознательного.

Интеллектуализация. Этот защитный механизм часто (особенно в психотерапевтической литературе) обозначают понятием «рационализация», хотя по существу они несколько отличаются. Так, действие интеллектуализации проявляется в чрезмерно умственном способе преодоления фрустрирующей ситуации — без переживаний, лишь на основании анализа фактов. Личность отсекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного.

Рационализация. Отличие интеллектуализации от рационализации, по мнению Ф.Е. Василюка, в том, что она, по существу, представляет собой уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций. При рационализации же личность создает логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она (личность) не может признать из-за угрозы потерять самоуважение. Этот защитный механизм связан с использованием хорошего, а не реального обоснования своего поведения. По существу, речь идет о мотивировке, с помощью которой скрываются реальные мотивы поведения и пытаются избежать порицания или наказания.

Реактивное образование. По З. Фрейду, если существует опасность возвращения в сознание вытесненного угрожающего побуждения, человек может усилить вытеснение, ведя себя диаметрально противоположным этому побуждению образом. Например, если кому-либо

угрожают вытесненные гомосексуальные побуждения, то, чтобы усилить их вытеснение, этот человек может выбрать чрезмерную гетеросексуальную деятельность. По сути, реактивное образование это контрмотивированное поведение. Такой вид психологической защиты нередко отождествляют с гиперкомпенсацией.

По данным разных авторов, выраженность защитных механизмов неодинакова. У Р. Плутчика с соавторами на первом месте стоит механизм интеллектуализации (63 %), за ним следуют регрессия (51 %), проекция (42 %) и компенсация (34 %). Согласно Т. В. Тулупьевой, наиболее выражены в ранней юности проекция (67 %), интеллектуализация (53 %) и компенсация (52 %).

Имеются данные о роли типологических особенностей в использовании тех или иных видов психологической защиты. Лица с преобладанием первой сигнальной системы по И. П. Павлову (или эмоциональный тип по Лазарусу) используют отрицание и подавление, а лица с преобладанием второй сигнальной системы (рациональный тип по Лазарусу) — проекцию, вытеснение и рационализацию.

Фрейд указывал, что существуют два основных способа справляться с тревогой. Первым, более здоровым способом, он считал взаимодействие с порождающим тревогу явлением: это может быть и преодоление препятствия, и осознание мотивов своего поведения, и многое другое. Вторым же, менее надежным и более пассивным способом является преодоление тревоги за счет бессознательной деформации реальности — способом формирования какого-либо защитного механизма. В современной психологии эта идея обрела новое звучание в виде разделения понятий «защитные стратегии» и «стратегии совладания» со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями. Стратегии совладания могут быть различны, но они всегда осознаны, рациональны и направлены на источник тревоги (например, студент, тревожащийся по поводу конкретного экзамена, может выбирать различные стратегии для подготовки к нему и успешного его прохождения). Защитные же стратегии предполагают бессознательное, нерациональное поведение [33].

6.3. Копинг-стратегии

Реакции совладания нацелены на то, чтобы повлиять либо на окружающий мир, либо на самого себя, либо на то и другое. Для обозначения сознательных усилий личности, предпринимаемых в ситуации психологической угрозы, используют понятия копинг-поведение, или копинг-стратегии (coping). В качестве видов совладающего поведения

выделяют: копинг, ориентированный на проблему (problem focused); копинг, сфокусированный на эмоциях (emotion focused); копинг, направленный на поиск социальной поддержки и избегание. В последнем случае имеет место эмоциональное реагирование на ситуацию, которое не сопровождается конкретными действиями, поскольку человек пытается не думать о проблеме вообще, стремится забыться во сне, отвлечься от отрицательных эмоций, принимая алкоголь, наркотики или, например, поглощая еду.

Некоторые авторы характеризуют совладание как целенаправленные, гибкие и адекватные реальности адаптивные действия, а защитные процессы понимает как навязанные, ригидные и искажающие реальность [31].

Копинг-стратегии, то есть сознательно сформулированные способы совладания, успешно осуществляются при соблюдении трех условий [51]:

- 1) достаточно полном осознании возникших трудностей;
- 2) знании способов эффективного совладания именно с ситуацией данного типа;
- 3) умении своевременно применить их на практике.

Некоторые авторы рассматривают стратегии совладания не только как осознанные варианты бессознательных защит, но и как родовое, более широкое понятие по отношению к ним, включающее в себя как бессознательные, так и осознанные защитные техники. В рамках этого подхода автоматизмы психологической защиты выступают как один из возможных способов реализации копинг-поведения. Так, проекцию и замещение можно трактовать как часть стратегии совладания по типу конфронтации, отрицание — как часть стратегии по типу отдаления и т. п. В основе каждой из копинг-стратегий может лежать не один, а несколько различных защитных интрапсихических механизмов. Например, когда человек сознательно игнорирует неприятную ситуацию или даже подшучивает над ней, это частично может основываться на отрицании, частично на рационализации. В случае сознательного ухода в работу неосознанно включаются защитные механизмы замещения и/или сублимации [31; 51].

Типы поведения людей в конфликтных ситуациях. К. Томас (K. Thomas) для описания типов поведения в конфликте применил двухмерную модель. основополагающими измерениями в ней выступают кооперация (внимание человека к интересам других людей) и напористость (акцент на защите собственных интересов). Соответственно этим двум измерениям К. Томас выделил следующие способы регулирования конфликтов:

- 1) соперничество (конкуренция) — стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому;
- 2) приспособление — принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого человека;
- 3) компромисс, то есть взаимные уступки;
- 4) избегание, для которого характерно отсутствие как стремления к кооперации, так и тенденции к достижению собственных целей;
- 5) сотрудничество — когда участники ситуации приходят к решению, полностью удовлетворяющему интересы обеих сторон.

Стратегия соперничества связана с высоким уровнем эмоциональности в коммуникативной сфере, экстернальным локусом контроля и выраженным ожиданием негативного отношения со стороны окружающих.

Стратегия приспособления характерна для людей с низкими показателями предметной (т. е. направленной на дело) и коммуникативной активности.

Стратегия избегания связана с низкой предметной активностью, высокой эмоциональностью, негативным отношением к себе и низким уровнем самоуправления.

Стратегию сотрудничества предпочитают люди, характеризующиеся высокой предметной энергичностью (потребностью в напряженной работе), более низкими показателями эмоциональности, интернальностью локуса контроля и позитивным отношением к себе и к другим.

Очевидно, что с риском химической зависимости наименее связана стратегия сотрудничества.

И. М. Никольская и Р. М. Грановская [51] установили, что взрослые чаще всего используют следующие способы совладания с внутренним напряжением:

- взаимодействуют с продуктами человеческого творчества (читают книги, слушают музыку, ходят в музей) или сами рисуют, сочиняют стихи, поют, т. е. творчески самовыражаются;
- ищут поддержку у друзей и знакомых;
- погружаются в работу;
- сменяют вид активности с психической на физическую (занятия спортом, прогулки, водные процедуры) или используют так называемые приемы «за-» («заесть», «заспать», «залюбить», «загулять», «затанцевать»);
- обдумывают возникшую ситуацию.

6.4. Мотивационные аспекты зависимого поведения

Под мотивом понимается то, что побуждает деятельность человека, ради чего она совершается. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из основных понятий, которые используются для объяснения движущих сил поведения. В роли мотива могут выступать потребности, интересы, влечения, эмоции, установки, идеалы. В работах отечественных психологов мотив понимается и как осознанная потребность, и как предмет потребности, а также отождествляется с потребностью.

Можно предположить, что использование психоактивных веществ, начиная от кофе и сигарет, продолжая снотворными, транквилизаторами и другими «легкими» ПАВ и заканчивая тяжелыми наркотиками, выполняет функцию универсального механизма «защиты» от напора цивилизации. Аддиктивное поведение может быть понято как универсальная, хотя и ущербная, «копинг-стратегия» (осознанное бегство в виртуальную реальность), как тип поведения в конфликтной ситуации, как стиль и образ жизни человека в «эпоху постмодерна». А сформировавшаяся, клинически выраженная зависимость, в силу того, что она практически необратима, может рассматриваться как итоговая форма универсальной самореализации человека, остановленного в своем развитии глобальной («глобалистской») фрустрацией.

Кто может гарантировать сегодня, что получаемое образование действительно чего-то стоит, и что соответствующая ему работа действительно будет получена? Неизвестно, стоит ли на самом деле стремиться к созданию семьи, если все вокруг говорят о том, что это очень большой риск? Стоит ли стремиться к спортивным достижениям, если ты рискуешь превратиться потом в «развалину»? Употребление наркотиков, помещенное в этот контекст, выглядит более простым решением, чем принятие на себя ответственности за выбор смысло-жизненных ценностей.

«Сегодня считается вполне доказанным, что половина нынешнего молодого поколения пробовала запрещенные наркотики в течение своего подросткового возраста и что приблизительно четверть используют наркотики постоянно либо в качестве «развлекательного» компонента (клубные наркотики в Британии), либо являются героиновыми экспериментаторами (как в России). Это говорит о том, что мы нуждаемся в объяснении и понимании новых социальных трансформаций, происшедших в самых разных направлениях. Молодежная культура приспособила, «разместила» внутри себя использование наркотиков в качестве еще одного дополнительного развлечения. Примечательно,

что нелегальность использования наркотиков и их хранения редко кто из пользователей воспринимает как ключевой фактор риска. Не является таковым до определенного времени и собственное здоровье. Представления родителей о риске и опасности наркотиков, по мнению молодежи, настолько далеки от реальности, преувеличенны и мало информативны, что лучше вовсе не говорить правду, мистифицировать события, потому что взрослые просто не способны, в силу своего возраста и менталитета, разобраться в этих вопросах» [107].

В начале последней четверти XX века мир казался расколотым на две цивилизационные реальности. В одной реальности мировоззрение молодежи формировалось под слоганом «Секс, наркотики и рок-н-ролл» (англ. «Sex & Drugs & Rock & Roll» — хит британского рок-музыканта И. Дьюри (1977 г.), одного из основателей панк-движения¹⁶), в другой — под лозунгом «Ленин, Партия, Комсомол!» (хит А. Пахмутовой¹⁷, 1982 г.). Десять лет спустя выяснилось, что в противостоянии невольно, хотя и ненадолго победила А. Пахмутова (с ее хитом 1962 года: «Гайдар шагает впереди»), а уже в следующем году в России тоже началась «эпоха глобализации». Секс, рок-н-ролл, а потом и наркотики стали самым ходовым товаром на глобальном рынке и едва ли не основным контентом культурной жизни российских «тинэйджеров».

Это произошло в результате «нормализации» обществом (фактическое признание приемлемости) таких способов проведения молодежного досуга, которые диктовались интересами бизнеса, моды, медиа, музыкальной и «питьевой» индустрии, — «всего того, что так пышно расцветало на молодежных потребительских рынках конца XX века» [107].

Как согласуются между собой тезис о саморазрушительности аддиктивного поведения и та реальность, в которой потребление наркотиков молодыми людьми признано повсеместной и по факту едва ли не «нормативной» для этого возраста практикой?

Канадский психофизиолог, автор многократно переизданного учебника по психологии мотивации, утверждает: «Многие люди годами принимают наркотические вещества, но все же не превращаются

¹⁶ Из рекламного сопровождения к фильму с одноименным названием, вышедшему на экраны мира и РФ в 2010 году: «Это были годы небывалого стремления к свободе и ошеломляющей популярности рок-н-рола. Его идолы возводились на пьедестал, им поклонялись и подражали. Раскованная, пьянящая музыка Иэна Дьюри стала символом поколения.

¹⁷ «Если дело отцов станет делом твоим, —//Только так победим. Только так победим. //Слышишь юности голос мятежный, //Слышишь голос заводов и сел: // Ленин, Партия, Комсомол!».

в наркоманов» [78, с.319]. Фрэнкин объясняет это тем, что потребители ПАВ делятся на две категории: 1) гедонистов, ищущих в наркотике эйфории, и 2) психоневротиков, пытающихся с помощью наркотиков избавиться от тревоги, депрессии и страхов. Первая категория, по его мнению, способна контролировать свое потребление, вторая же становится рабом зависимости. Таков же, по мнению автора учебника, и механизм зависимости от алкоголя: те, кто использует его для повышения тонуса и настроен на позитивные эмоциональные переживания (т. е. употребляет алкоголь только для развлечения, либо на основе гедонистического мотива), менее подвержен риску зависимости, чем люди, пытающиеся устранить с помощью алкоголя негативные переживания.

Впрочем, Фрэнкин признает, что между первой моделью поведения (усилить позитивный настрой) и второй (ослабить негативный) имеется значимая положительная корреляция, а, следовательно, обе стратегии могут совмещаться одним и тем же человеком, и дело обстоит сложнее, чем хотелось бы. Гипотеза о неподверженности риску некоторой части потребителей наркотиков получила, якобы, подтверждение в связи с проблемой ветеранов вьетнамской войны. Многие американские солдаты, имевшие опыт употребления наркотиков во время войны, без видимых проблем забывали о них в мирной жизни. Врачи с удивлением констатировали, что лишь 15% солдат-ветеранов не избавились от героиновой зависимости. Однозначного объяснения этому факту не найдено. Как бы то ни было, профессор Фрэнкин, как и некоторые другие западные исследователи проблемы зависимости, склонен считать, что социальный контроль в сочетании с хорошей социальной адаптацией, а также, по-видимому, самоконтроль (как особый тип когнитивной копинг-стратегии) являются достаточно эффективными факторами противодействия риску наркозависимости. Подводя итоги своему исследованию о связи мотивации и зависимости от ПАВ, Р. Фрэнкин среди прочих тезисов формулирует такие, с которыми не все, пожалуй, согласятся:

- наркозависимость формируется у людей и животных только в том случае, если не удовлетворены их базовые психолого-социальные потребности;
- подростки, хорошо адаптированные в социальном отношении, могут экспериментировать с марихуаной без особого риска стать наркозависимыми;
- вероятность избавления от зависимости с помощью медицины или специализированных программ помощи наркоманам не превышает 5–10%; если человек выбирает собственный путь преодоления зависимости («идет своим путем»), вероятность успеха повышается.

В связи с обозначившимся (прежде всего в западной литературе) трендом к «более взвешенной» позиции в оценке уровня «наркоугрозы», представляет интерес социологическое исследование «Молодежь и наркотики», проведенное совместно рядом европейских университетов и научных центров трех стран — Германии, Испании и Украины [45].

Первый этап (наркоэпидемии на Украине) характерен бурной динамикой, стремительным ростом эпидемических показателей, — отмечает социолог И. Руценко [65]. «В обществе резко нарастает состояние тревоги, этому способствуют средства массовой информации, которые из конъюнктурных соображений усиливают ощущение страха и неуверенности. Алармистская фаза характерна резконегативным отношением к наркоманам, что не удивительно, поскольку деление мира на «Мы» и «Они», подозрительное отношение к чужакам, тем более к тем, кто уже априори определен, как опасный для общества человек — кроется в самой нашей природе. В сознании большинства людей интуитивно формируется норма: никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять наркотики». В то же время «на Западе в силу различных дискуссий и собственного опыта люди более четко разграничивают так называемые «легкие» и «тяжелые» наркотики. Например, обсуждается вопрос о легализации марихуаны, марихуана сравнивается со спиртным или сигаретами». «В среде украинских наркологов и в общественном сознании такого четкого разделения нет», — с явным сожалением констатирует украинский автор. Как видно, социолог И. Руценко не склонен поддерживать «алармистские» настроения украинских наркологов. А наркологи-эксперты (статья в том же сборнике) отнюдь не видят обещанной И. Руценко стабилизации, даже снижения, уровня наркотизации населения Украины: «Эпидемия из стадии взрывообразного роста перешла в стадию роста пропорционального», и только. До 50, а то и до 70 % всей молодежи уже имеют опыт потребления наркотиков, говорят эти эксперты. «Наркомания стала модой, атрибутом молодежной субкультуры, без марихуаны, «экстази» и других психостимуляторов многие уже не представляют себе дискотеку и другие формы молодежного досуга» [54].

Из всего вышесказанного следует: либо тезис о возможности безопасного, контролируемого употребления наркотиков ошибочен, либо те, кто его продвигает, каким-то образом ангажированы в этом вопросе: коммерчески, политически и т. п. Что касается И. Руценко, то его ангажированность явно имеет политическую окраску: «Данные наших исследований показывают несостоятельность новых идеологических мифов, которые рождаются, в частности, в головах некоторых российских деятелей антизападной ориентации, которые рассматривают

эпидемию наркомании как форму агрессии Запада против России. Высказывания по этому поводу просто уникальны. Например: "наркотики — это оружие геноцида четвертой мировой войны, по существу уже начавшейся. Победители в холодной войне повернули стрелку наркобизнеса на Россию, напустили на нас международную наркомафию..."» [65].

6.4.1. Мотивация потребления

Под воздействием алкоголя или наркотиков в мезолимбических отделах мозга происходит интенсивный выброс катехоламиновых нейромедиаторов, в первую очередь дофамина, что усиливает возбуждение системы подкрепления. Оно сопровождается мощными положительными эмоциональными переживаниями, составляющими «базис» влечения. Повторные приемы ПАВ ведут к истощению запасов нейромедиаторов, вследствие чего «нормальный» импульс уже не вызывает достаточного возбуждения в системе подкрепления. Результатом этого становятся психофизический дискомфорт, падение настроения, ощущение вялости, слабости, скуки. Прием ПАВ на этом фоне вновь вызывает дополнительный выброс нейромедиаторов из депо и временно компенсирует деятельность лимбических структур мозга. Субъективно ощущаются улучшение состояния, эмоциональное оживление, психическая активизация. Однако свободные катехоламины вновь быстро разрушаются, что ведет к новому ухудшению психофизического состояния и, соответственно, к стремлению вновь принять наркотик [63].

Дофаминэргическая система активируется также действиями иных факторов: экстремальным риском, азартом игрока или охотника... Она вознаграждает наши усилия и обеспечивает ощущение удовольствия, необходимое для полноценной жизни. Она же способствует и формированию зависимости от наркотика. Кроме дофаминовой системы, в регуляции настроения участвует еще и опиоидная (эндорфиновая), которая вырабатывает эндогенный морфин и тем самым снижает симптомы стресса [78].

Мотивы потребления алкоголя, пожалуй, более разнообразны и лучше изучены, нежели мотивация приема наркотиков, где, как считается, с самого начала доминирует стремление к эйфории.

Классификация мотивов потребления алкоголя по В. Ю. Завьялову [27]:

А. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ

1. Традиционные (праздники, годовщины и т. п.).

2. Субмиссивные (подчинение давлению других людей, особенно референтной группы).

3. Псевдокультурные (определяются алкогольными ценностями специфической среды).

Б. ЛИЧНОСТНЫЕ МОТИВЫ

1. Гедонистические (эйфория, расслабление).

2. Атарактические (нейтрализация негативных переживаний, снятие стресса, тревоги).

3. Гиперактивации поведения («для храбрости», «от скуки» и т. п.).

В. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ

1. Похмельный мотив («подлечиться с утра», снять проявления абстинентного синдрома).

2. Патологическое влечение к алкоголю (ПВА).

3. Самоповреждение, стремление пить «назло всем».

Традиционная мотивация — употребление алкоголя по санкционированным в данной среде поводам (праздники, банные дни, банкеты, деловые встречи и др.) Алкоголики умело используют любой удобный повод для выпивки и искусно создают питейные ситуации, ловко втягивая в них окружающих, что долго маскирует их патологическую потребность в опьянении.

Субмиссивная мотивация — употребление алкоголя связано с повышенной подчиняемостью, неспособностью незрелой личности противостать натиску пьющих, оградить себя от негативных влияний, с нежеланием отвечать за свои действия. Овладевает стадное чувство «быть как все, не выделяться, не быть белой вороной». Не сопротивляясь внешнему давлению, люди не могут контролировать внутренние импульсы, то есть являются внутренне зависимыми. Субмиссивная мотивация, таким образом, только маскирует остающиеся неосознанными побуждения к опьянению.

Псевдокультурная мотивация — употребление алкоголя отражает желание привлечь к себе внимание окружающих утонченным знанием редких напитков, особых рецептов коктейлей, изысканностью ритуалов выпивки, желанием почувствовать принадлежность к высшему обществу, к золотой молодежи.

Гедонистическая мотивация — прием алкоголя связан с жадой удовольствия, стремлением к чувственным наслаждениям, с эпикурейскими наклонностями. По-видимому, во все времена данный вид мотивации был одним из наиболее распространенных, о чем свидетельствуют памятники литературы.

Атарактическая мотивация — алкоголь употребляется с целью смягчить состояние эмоциональной напряженности, тревоги,

беспокойства, подавленности, страхов, неуверенности. Прием алкогольных напитков мотивируется стремлением «отключиться» от горьких воспоминаний, навязчивых опасений, тревожных предчувствий. Объясняется необходимостью «разрядиться, расслабиться, успокоиться, собраться с мыслями, перевести дух». Такая мотивировка свидетельствует об очевидных аффективных нарушениях.

Мотивация гиперактивации поведения — алкоголь употребляется в качестве допинга для того, чтобы поднять тонус, стимулировать воображение и творческую деятельность, улучшить работоспособность.

Заметим, что классификацию мотивов потребления алкоголя, предложенную В. Завьяловым, вряд ли можно использовать применительно к наркотикам. Во-первых, в данном случае «потребление» не может иметь адекватной социально-психологической мотивации, поскольку речь идет о нелегитимных средствах. Во-вторых, с учетом фактора нелегитимности и асоциальной направленности наркопотребления, группа личностных мотивов автоматически переходит в разряд строго «патологических» мотивов. С другой стороны, наркотики, точнее, психотропные препараты, широко применяет современная медицина как раз в целях лечения пациентов, а, следовательно, не исключено, что те, кто употребляет их без назначения врача, могут понимать это как «самолечение». В. В. Шабалина [81] показывает, что на разных стадиях развития наркотической зависимости доминируют разные функции ПАВ:

- познавательная функция (удовлетворение любопытства, изменение восприятия, расширение сознания);
- гедоническая функция (получение удовольствия);
- психотерапевтическая функция (релаксация при наличии стрессовых ситуаций или эмоционального напряжения; повышение уровня комфортности; снятие барьеров в поведении);
- компенсационная функция (замещение проблемного функционирования в сферах сексуальной жизни, общения, развлечений и др.);
- стимулирующая функция (повышение продуктивности деятельности);
- адаптационная функция (приспособление к группе сверстников, употребляющих наркотики);
- анестетическая функция (избегание боли).

Личко и Битенский полагают, что у подростков мотивация потребления в определенной степени зависит от типа акцентуации характера. Так, подросток неустойчивого типа просто ищет еще один способ по-развлечься. Истероида и гипертима влечет необычность переживаний, возможность выделиться из общей массы и привлечь к себе внимание.

Шизоид использует наркотик, чтобы приглушить внутренний конфликт, облегчить контакты со сверстниками, стимулировать аутистические фантазии. Эмоционально-лабильный подросток использует наркотик для снятия стресса [40]. В зарубежной литературе мотивы злоупотребления иногда делят на три группы: позитивные (наслаждение), негативные (снятие стресса и тревоги) и нейтральные (приспособление к окружению). Также известно, что среди части подростков популярен миф о том, что некоторые наркотики повышают творческий потенциал личности.

6.4.2. Мотивация воздержания

Если мотивация потребления ПАВ изучена и даже классифицирована довольно подробно, то о мотивации воздержания этого сказать нельзя. Можно предположить, что применительно к алкоголю единственным надежным мотивом воздержания является биологическая непереносимость (физиологическое отторжение): а) извращение психотропного действия алкоголя — вместо эйфории он вызывает дисфорию, депрессию; б) непереносимость алкоголя как пищевого вещества — токсические и токсикоаллергические реакции; в) появление соматических нарушений, как в состоянии опьянения, так и после — кардиолгии, цефалгии, диспепсии и др. Что касается «сознательного воздержания» от алкоголя: по религиозным соображениям, при социальном табуировании (у пуритан и т. п.), по идеологическим или морально-нравственным причинам (разновидности аскетизма), у лиц, «завязавших» с алкоголем после лечения и т. п., то полное воздержание в течение всей жизни здесь все же не гарантировано. «Непьющими» (так называемыми «абстинентами» по классификации Э.Е. Бехтеля) считаются лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющее до 100 г вина два–три раза в год; их доля в составе населения не превышает 2% [10]. По-видимому, реальным мотивом воздержания для остальной части человечества является воздержание от *злоупотребления* алкоголем или, что то же самое, — контролируемое потребление.

В отношении наркотиков реальным мотивом воздержания является страх превратиться в наркомана, осознание невозможности контролировать потребление со всеми вытекающими отсюда фатальными последствиями. Кроме того, согласно данным Личко и Битенского, сенситивный и психастенический типы акцентуаций характера «отличаются даже повышенной устойчивостью в отношении соблазна алкоголизации, наркотизации и употребления иных токсических средств.

Аддиктивное поведение, как и делинквентность в подростковом возрасте им не присущи» [40]. Следует, однако, заметить, что способность к воздержанию в этих случаях нельзя целиком отнести к благоразумию или другим позитивным качествам личности; воздержание здесь носит, скорее, вынужденный характер. Так, «сенситивным подросткам присущ комплекс неполноценности, робость, заниженная самооценка и трудности в контактах»; психастеникам свойственна «тревожная мнительность в отношении будущего («как бы чего не вышло»)». Преимущества такого типа развития личности и характера в социальном отношении не очевидны. Оптимальной мотивацией воздержания могла бы стать ориентация на «здоровый образ жизни», на самоактуализацию, на личностный и духовный рост. Однако такая мотивация возможна лишь на основе социально зрелой, сформировавшейся в благоприятных условиях личности. Реальность же сегодняшней жизни такова, что личность с младенческого возраста и до пенсии формируется тотальным влиянием СМИ (масс-медиа) и массовой культуры, контент которых почти целиком посвящен соблазну потребителя. Установка на гедонизм, на бездумное потребление исчерпаемых ресурсов никак не способствует становлению социальной зрелости. К тому же, как было показано выше, некоторые специалисты в области наркологии демонстрируют не совсем понятный оптимизм в оценке степени угрозы повальной наркотизации, провоцируя таким образом нездоровые тенденции. Особенно опасным такой «оптимизм» выглядит по отношению к инфантильной части общества (а это не только дети), для которой приоритетным мотивом жизнедеятельности становится поиск удовольствий и развлечений, способных скрасить повседневный досуг. Противостоять этой опасности можно лишь методами жесткого социального контроля. Во всяком случае, так считали еще в 70-х гг. прошлого века: «Изучая причины курения марихуаны студентами Гавайского университета, Дэвид Тейкучи (David Takeuchi, 1974) предположил, что любой студент станет курить марихуану, если нет сдерживающих факторов. Исследование Тейкучи дало интересные результаты. Было зафиксировано, что курят марихуану преимущественно мужчины, проживающие отдельно от родителей, не азиаты. Общество всегда строже относится к женщинам, чем к мужчинам, и поэтому пол можно рассматривать как один из сдерживающих факторов. Азиатская субкультура на Гавайях более чем другие субкультуры приветствует послушание и соблюдение законов, поэтому принадлежность к этой субкультуре также можно рассматривать как сдерживающий фактор. И, наконец, препятствует курению марихуаны постоянный родительский контроль» [45].

ГЛАВА 7.

ВОЗРАСТНЫЕ, ПОЛОВЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Повсеместное распространение всевозможных наркотических средств, показывает, что не существует простого объяснения тому, какие факторы приводят подростков к употреблению или зависимости от алкоголя и наркотиков. Мотивы начала употребления наркотиков, а также продолжения их приема могут быть разными: поиск острых ощущений, давление сверстников и желание заслужить их одобрение, бегство от стресса, бунт против авторитета взрослых. Мотивами могут быть и философские обоснования, такие как стремление к самопознанию, самосовершенствованию, творчество, духовное просветление и расширение границ познания. Если эти мотивы рассматривать в контексте теории Эриксона, то станет понятна их связь с чувством недостаточной идентичности. Переживая «кризис идентичности», подростки, не знающие, что они собой представляют, могут найти опыт приема алкоголя и наркотиков весьма привлекательным в «нащупывании» внешних границ своего «Я». В опыте наркотического транса они пытаются обнаружить такое измерение себя, которое ускользает от них, когда они находятся в трезвом, «правильном» мире [79].

Подростковый возраст, его психологические особенности рассматривают как фактор риска для развития девиантного поведения, в том числе для употребления наркотиков. Этот возрастной этап развития индивида является кризисным в отношении всех аспектов взросления: биологического, психологического, психосоциального. Глобальной характеристикой подросткового возраста, согласно этому подходу, является амбивалентность. Физиологическое развитие организма вынуждает подростка психологически приспособляться не только к телесным изменениям (рост, пропорции, наружные признаки полового созревания, функциональные и морфологические изменения различных систем и органов), но и к динамике отношений в референтной группе сверстников, к изменениям в статусно-ролевых позициях. Старшие подростки стремятся к самостоятельности и независимости, прежде всего от родителей и воспитывающих взрослых.

Происходит дифференциация способностей, интересов, вырабатывается мировоззрение, определяется психосексуальная ориентация. Однако целеустремленность и настойчивость в этот период сочетаются с импульсивностью и неустойчивостью; чрезмерная самоуверенность и категоричность с чувствительностью и неуверенностью в своих силах; стремление к широким социальным контактам с желанием быть в одиночестве; бесцеремонность со стеснительностью; романтизм с прагматизмом и цинизмом; потребность в нежности с садизмом [39].

7.1. Подростки в кризисе идентичности

Л. Хьелл и Д. Зиглер полагают, что американские подростки более уязвимы в отношении проблем идентичности, чем подростки в странах традиционных культур с их жесткими социальными нормами (например, в странах ислама), где действует большое количество предписанных социальных и половых ролей. «Американское же общество предоставляет своей молодежи гораздо более широкое разнообразие потенциальных профессиональных, идеологических и социальных возможностей». У американских подростков не только больше времени для поиска своей идентичности, но и больше альтернатив, из которых можно выбирать. Проблема идентичности современного подростка «неизмеримо усложняется» в связи с быстрыми техногенными и социальными изменениями, требующими от человека пересмотра основных ценностей и норм. Длительное обучение, часто связанное с финансовой зависимостью от родителей на время обучения, ощутимо удлиняет период созревания молодого человека, отдаляя начало взрослой жизни. Кризис идентичности в этих условиях все чаще проявляет себя употреблением наркотиков, химической аддикцией. «Нет сомнений в том, что широкое распространение алкоголя и наркотиков мы будем наблюдать и в обозримом будущем» [79].

В современной России в «кризисе идентичности» пребывает, кажется, само гражданское общество. Продолжается растянутый во времени период общественного неустройства. В результате ряда последовательных неустойчивых процессов («Перестройка», «Реформа», «Модернизация» и т. п.) произошла девальвация многих морально-нравственных ценностей, выработанных предыдущими поколениями. Более всего страдают от этого самые незащищенные члены общества — дети и подростки. По оценкам МВД, «в последнее время число беспризорников возрастает, и сейчас составляет 2,17 % от общего числа детей, то есть 2 из 100 детей в России — беспризорники». Эти данные

сообщила руководитель комиссии по социальным вопросам и демографической политике Общественной палаты РФ Елена Николаева, передает ИТАР-ТАСС. «Ежегодно появляется 115–120 тыс. сирот в России; 200–220 (детей) ежедневно отбирается у нерадивых родителей; 600 тыс. в настоящее время находятся в интернатных заведениях разного вида. Всего в России сейчас 28 млн. детей». По мнению Николаевой, существующая система опеки детей «заинтересована в осваивании финансовых средств, но не заинтересована в судьбах детей».¹⁸

Дефицит внятной перспективы общественного развития, идеологический вакуум, социальная неустроенность, материальное неблагополучие большей части населения, криминал, коррумпированность всех ветвей государственной власти и т. п. провоцируют девиантное поведение значительной части нашей молодежи и подростков. Дети превращаются в бомжей-беспризорников, голодают, ночуют, где придется, становясь легкой добычей для преступников, потому что большинство социально-дезадаптированных детей и подростков согласны пойти на любую крайность — заниматься проституцией, воровством, грабежами, даже убийствами, чтобы выжить. В свою очередь, криминальный мир организованной преступности нуждается в новом пополнении, особенно из числа несовершеннолетних, которые до 14-летия не несут уголовной ответственности даже за тяжкие преступления. Дети нередко используются в роли наводчиков и соучастников в кражах, грабежах, изнасилованиях и убийствах. Детьми легко манипулировать, используя любые средства принуждения, в том числе приобщая их к алкоголю и наркотикам. «В 1999 году более 500 тысяч юных соотечественниц из России в возрасте до 25 лет занимались проституцией в западно-европейских странах на положении секс-рабынь. По данным гинекологического осмотра девочек 15 лет из восьми школ города Ярославля, проведенного в 1995 году, половой жизнью живут до 52 % из них, в том числе 34 % имеют воспаление половых органов, связанные в основном с венерическими заболеваниями. В группе 17-летних число учениц, живущих половой жизнью, составило 80 %. Лишь 5 % мотивом вступления в половую жизнь назвали любовь; 10 % считает себя жертвами насилия; мотивация остальных 85 % — следование установкам своей неформальной группы» [80].

Отклоняющееся поведение детей и подростков становится специфическим способом протеста против несправедливых социальных норм и проявляется посредством демонстрации негативного ценностного отношения к ним. На основе диагностики ценностных

¹⁸ //palm.newsru.com/Russia/26may2010/besprizor.html.

ориентаций может быть предложена типология уровней девиантного поведения [80]:

I. *Первичный уровень отклоняющегося поведения.* В неустойчивых ценностных ориентациях приоритетами являются: друзья, семья, здоровье, ум, профессия, любовь, творчество; отвергаются — воровство, агрессия, вредные привычки. Социальные связи еще достаточно объемны (100–120 объектов), количество референтных связей (5–10), но уже обозначена конфликтность с окружением. Я-концепция неустойчива, так как на первичном уровне девиаций система представлений о самом себе у подростка является одновременно положительной и отрицательной. В сфере поведения имеются отдельные нарушения дисциплины и социальных норм: курение, употребление алкоголя, наркотиков.

II. *Уровень «рецидивно-некриминальный».* Происходит деформация ценностных ориентаций, приоритетами становятся красивая одежда, внешность, фирменные вещи. Отвергаются: послушание, дисциплина, семейные нормы. Подросток имеет итоговую неуспеваемость по 1–2 предметам. Я-концепция становится полностью отрицательной. Количество связей уменьшается: социальных 70–100, референтных 3–5, а конфликтных — увеличивается (3–5). Начинаются контакты с негативными неформальными группами. Эпизодически не выполняется до половины критериев позитивного социального поведения, замечается пристрастие к вредным привычкам: наркомания, токсикомания, половая распущенность. Отмечается систематическая недисциплинированность. У подростков рецидивно-некриминального уровня девиаций в поведении отсутствует сопротивляемость отрицательному влиянию, велика вероятность асоциального поведения.

III. *Асоциальный уровень.* Приоритетами у подростков становятся материальные ценности, деньги, развлечения; понятия — труд, семья, школа, как правило, отвергаются. Образуются устойчивые обратные связи саморегуляции в асоциальной сфере, возникают фрустрации пассивного (лень) или активного (агрессия) типа. Количество социальных связей уменьшается (25 и менее), увеличивается число конфликтных связей (15–30). Референтными становятся группы асоциальной направленности. Характерно аутсайдерство — потеря авторитета у социально-позитивных групп. Самооценка личности у подростков асоциального уровня девиаций неадекватна — либо крайне завышенная, либо заниженная. Отмечается постоянное невыполнение более половины критериев норм поведения. Отсутствует владение начальными навыками позитивных коммуникативных контактов с людьми.

IV. *Предпреступный уровень.* Приоритетами становятся — физическая сила, внешность, деньги, развлечения; понятия дружбы, чести,

любви презираются, получают извращенный смысл; труд, образование, творчество — презираются. Социальная сеть становится уродливо-бедной (5–25 связей, из них большинство конфликтных). Подростки предпреступного уровня девиации в поведении имеют устойчивую принадлежность к криминальной группе и действуют в ее составе; нарушая все нормы социального поведения, не несут уголовной ответственности, так как она не предусмотрена для них Уголовным кодексом. Для данного уровня девиаций характерно резкое неприятие общепринятых нравственных и правовых норм, деградация моральных качеств личности.

V. Рецидивно-криминальный уровень. Признаются лишь гипертрофированные «ценности» делинквентной среды: неограниченная власть, агрессивная физическая сила, развлечения, деньги; презираются: физический и другой труд, любовь, искусство, интеллигентность, книги, половая мораль. Происходит полный разрыв связей с учебным процессом. Я-концепция обращена на устойчивые связи в сфере подсудного криминала, в отношениях с другими проявляется высшая степень эгоистического комплекса. Для рецидивно-криминального уровня девиаций характерно: принадлежность к криминальной группировке и освоение криминальной субкультуры, систематически-повторяющееся криминальное, уголовно наказуемое нарушение норм поведения.

По данным авторов исследования [80], в общей картине отклоняющегося поведения распределение подростков по уровням девиаций имеет ярко выраженную закономерность: количество девиантов резко снижается от первичного уровня к делинквентному приблизительно по экспоненциальному закону. В исследованном массиве: I уровень — 45 %, II — 27 %, III — 20 %, IV — 6 % и V — 2 %.

7.2. Половые и гендерные аспекты аддиктивного поведения

Повсюду в мире гораздо больше мужчин, чем женщин, употребляют наркотики. Однако ситуация постепенно меняется. Например, в ходе проведенного в США в 1999 году обследования по вопросам употребления наркотиков было опрошено 25,5 тыс. молодых людей в возрасте от 12 до 17 лет и установлено, что 16 процентов девушек и 16,7 процента юношей употребляли наркотики [97]. Медицинская статистика свидетельствует о неуклонном росте числа женщин, потребляющих наркотические вещества. Их доля среди общей популяции больных наркоманией колеблется от 20 до 38 %. Согласно официальным данным количество женщин с впервые установленным диагнозом

«наркомания» увеличилась в России в период 1993–2002 гг. более чем в 10 раз [91].

Исследование полоролевых различий, характерных для наркотических практик, проводилось американскими социологами еще в 1970–80-х годах. Например, Д. Кандел с коллегами (Колумбийский Университет) проинтервьюировали 1004 молодых людей из 10-х и 11-х классов нью-йоркских школ. Их исследование показало, что употребление запрещенных таблеток как мальчиками, так и девочками «имеют похожую этиологию и играют сходные роли в их жизнях» [107].

Область половых различий — поле для жарких дискуссий, на котором в последние десятилетия развернута полемика о преимущественной роли природы либо, наоборот, воспитания в становлении гендерной идентификации. Вместе с тем большинство занимающихся этой проблемой ученых считают половые различия продуктом взаимодействия биологических и социальных факторов.

С целью выявить, какие именно половые различия существуют в психике мужчин и женщин, Элеонора Маккоби и Кэрол Джеклин проанализировали психологическую литературу, охватывающую свыше 1000 исследований в более чем 50 тематических областях. Они пришли к выводу, что устойчивые половые различия можно обнаружить лишь в четырех областях: мальчики превосходят девочек по уровню математических способностей, а также в сфере зрительно-пространственной ориентации; девочки превосходят мальчиков в вербальной способности; мужчины вообще являются более агрессивными по сравнению с лицами женского пола. Менее убедительны данные о том, что девочки обладают более высокой тактильной чувствительностью; что лица мужского пола более активны, особенно в компании других; что девочки чаще или охотнее сообщают о своих страхах, робости или тревогах; что лицам мужского пола более свойственна состоятельность и доминантность, а девочки склонны быть более уступчивыми. Некоторые авторы полагают, что данные по этой теме часто противоречивы и недостаточно репрезентативны по объему, а обобщения в области половых различий нередко основываются на стереотипных предположениях о том, какими они «должны» быть [56].

Р.М. Грановская и И.М. Никольская выявили ряд половых различий в использовании детьми психологических защит и копинг-стратегий. «Природно обусловленные половые особенности детей находят свое отражение в их защитном поведении. Так, отличающая мальчиков (и мужчин всех возрастных групп) большая потребность в калориях и способах их расходования находит свое отражение в том, что копинг-стратегия «ем или пью» помогает им лучше, чем девочкам.

И стратегию «сплю» они предпочитают использовать чаще. Различие по фактору социальной агрессии проявляется в большей склонности мальчиков прибегать для разрядки внутреннего напряжения к стратегиям «борюсь, дерусь» или «дразню кого-нибудь». С другой стороны, слабость и подчиненность девочек как представителей женского пола выражается в их большей потребности в тесной привязанности, в эмоциональной разрядке через слезы и жалость к себе и другим, в желании решать проблемы, опираясь на силу другого лица (стратегии «обнимаю, прижимаю, глажу», «плачу, грущу», «молюсь», «говорю с кем-нибудь») [51]. Мальчики, согласно этим данным, чаще прибегают к стратегиям: «мечтаю, представляю», «смотрю телевизор», «прошу прощения, говорю правду», «стараюсь расслабиться, оставаться спокойным». Девочки используют стратегии: «обнимаю, прижимаю, глажу», «плачу, грущу», «смотрю телевизор, слушаю музыку», «стараюсь расслабиться, оставаться спокойной». Мальчики в два раза чаще используют стратегию «борюсь, дерусь», и в 1,5 раза активнее — «дразню кого-нибудь». Они чаще девочек прибегают также к стратегиям «сплю», «ем или пью». Девочки же предпочитают такие, как «молюсь», «говорю сама с собой», «говорю с кем-нибудь».

В самом общем смысле половые роли можно определить как «совокупность образцов поведения и характеристик, понимаемых как а) типично женские или мужские полоролевые стереотипы и б) желательные для женщин или мужчин полоролевые нормы». Сюда относятся черты личности, ценности, навыки и способности, интересы и виды деятельности, выполняемой в рамках семейных или профессиональных ролей.

В начале 30-х гг. были разработаны шкалы маскулинности–феминности для оценки расположения индивидуумов в гипотетическом континууме, охватывающим диапазон характеристик от типично мужских до типично женских. В 40-е и 50-е гг. влияние психоаналитических идей привело теоретиков к разграничению сознаваемых и несознаваемых аспектов половой типизации. Гендерная (полоролевая) идентификация указывает на то, до какой степени индивидуум интернализировал черты и образцы поведения, считающиеся адекватными для человека его пола. Более современные теории гендера вобрали в себя концепцию маскулинности и феминности как двух независимых психологических параметров. Теория социального научения придает особое значение физическим и социальным качествам родителей, а также характеру процессов подкрепления в процессе усвоения детьми половой роли. Родители и другие значимые фигуры из окружения ребенка подкрепляют моделируемое поведение, когда оно считается соответствующим полу

ребенка, и игнорируют или наказывают за неадекватное его полу поведение. По всей вероятности, усвоение полоролевых стереотипов связано как с действием механизмов социального научения, так и с влиянием определенных аспектов когнитивного развития. Воздействие практик социализации в родительской семье может модифицироваться такими переменными, как физические особенности ребенка, количество детей и порядок их рождения, пол сиблингов и т. д. [56].

Эмпирические исследования показывают, что дети приобретают понимание различных аспектов пола в относительно неизменной последовательности. Первым достигается примитивный уровень отнесения ребенком себя к определенному полу, затем объектом категоризации становится другой того же пола и, наконец, таким объектом становится другой противоположного пола. Половые роли являются важным источником представлений о себе (Я-концепций). Половая, или гендерная, идентичность (есть некоторые разногласия по поводу того, какой из этих терминов лучше употреблять), вероятно, является важным фактором в обработке информации о себе и других. Уже окончательно доказано, что маркирование по полу выполняет важные когнитивные функции в нашем обществе. Родители подбирают игрушки, соответствующие полу их сыновей и дочерей, даже в тех случаях, когда являются поборниками равноправия полов. Сверстники играют особо важную роль в регулировании следования своей половой роли на протяжении отрочества. В период взрослости эти роли могут сохраняться за счет действия ситуационных факторов и разного распределения полов в трудовой и бытовой средах. Полоролевые представления превращаются в полоролевые стереотипы, когда люди используют эти характеристики как нормы и применяют их практически ко всем лицам мужского и женского полов [56].

В технологически развитых культурах полоролевые стереотипы довольно сходны. Стереотипы феминности включают качества, которые можно отнести к категории экспрессивных. Стереотипы маскулинности включают качества, обычно ассоциирующиеся с деятельностью. В половых ролях и сопутствующих им стереотипах наблюдаются существенные вариации при переходе от культуры к культуре. Маргарет Мид изучала особенности личности и поведения мужчин и женщин в трех культурах Новой Гвинеи. В каждой культуре имелись свои половые роли и стереотипы, но они не соответствуют феминно-экспрессивным и маскулинно-инструментальным половым ролям и стереотипам технологически развитых стран. Это разнообразие половых ролей — первый признак того, что многие связанные с ними характеристики не обусловлены биологически и передаются по каналам конкретной культуры [56].

Когнитивные теории делают акцент на когнитивных процессах, придавая гораздо меньшее значение внешним средовым воздействиям. Следуя созданной Ж. Пиаже модели когнитивного развития, Л. Колберг предложил модель возрастных изменений, происходящих в процессе развития — от появления гендерной идентификации (правильного маркирования себя и других по полу) в возрасте около 2–3 лет до формирования со временем (примерно в 7 лет) гендерного постоянства (понимания невозможности изменения пола). Сторонники когнитивного подхода утверждают, что после достижения гендерного постоянства оно становится механизмом самоподкрепления для полоролевого поведения, одобряемого в данной культуре; по существу, дети начинают сами готовить себя к социальной жизни в соответствии с содержанием половых ролей, санкционированным их культурой. После нескольких лет обучения в начальной школе детям становятся известны большинство аспектов полоролевых стереотипов своей культуры [56].

Гендерная идентичность отражает личное восприятие человеком себя относительно своего номинального пола. Поскольку это личное восприятие, оно чрезвычайно трудно поддается измерению. Аномальная гендерная идентичность диагностируется у людей, особенно у лиц мужского пола, которые ведут себя в разрез со своими санкционированными культурой половыми ролями и потому часто привлекают к себе внимание окружающих; к таким лицам чаще всего относят изнеженных, женоподобных мальчиков, гомосексуалов, транссексуалов и трансвеститов. Однако гендерные различия в представлениях обоих полов могут постепенно стираться, о чем свидетельствуют данные, собранные за последние десятилетия [56]. Это стирание гендерных различий отмечается и на уровне конкретных исследований. Например, в немедицинском употреблении «риталина» (препарат, назначаемый для коррекции синдрома дефицита внимания) и других ПАВ признаются от 2,2 до 5,1 % опрошенных в США школьников. При этом гендерные различия в потреблении наркотиков школьниками таковы: девочки начинают пробовать некоторые наркотики (амфетамины, транквилизаторы, а также алкоголь) даже раньше, чем мальчики, поскольку предпочитают общаться с юношами постарше, а их одноклассники-мальчики «догоняют» этот уровень только в старших классах [117].

Некоторые защитные факторы и факторы риска могут быть в равной степени значимыми и для мальчиков, и для девочек (например, социальная поддержка, академическая успеваемость, нищета), но они могут проявляться по-разному. В детстве поведенческие расстройства и СДВ возникают у мальчиков чаще, чем у девочек, вследствие чего они могут в более раннем возрасте, чем девочки, связываться

с неблагополучными сверстниками и раньше начинать принимать наркотики. Другие факторы риска являются более значимыми для девочек; к их числу относится негативное представление о себе или заниженная самооценка, обеспокоенность собственным весом, раннее половое созревание, повышенный уровень тревоги или депрессия. В подростковом возрасте девочки, как правило, придают большее значение социальным связям, чем мальчики, а также оказываются более подверженными влиянию друзей, потребляющих наркотики. Некоторые защитные факторы, такие как родительская поддержка и соблюдение строгой дисциплины, оказываются для девочек более значимыми, чем для мальчиков.

7.3. Поздний подростковый и ранний взрослый возраст

«Переход от детства через подростковость к взрослости и полному гражданскому статусу занимает сегодня намного больше времени и представляет собой более запутанный и неопределенный путь, чем прежде. Не столь важно, как мы называем этот переход от детства к взрослости — молодостью, подростковостью, поздней подростковостью или ранней зрелостью. То, что мы определяем — есть долгий период полузависимости, когда молодые люди проводят большую часть времени в различных видах обучения и переобучения, продолжительное время живут вместе с родителями, переносят на будущее женитьбу, замужество, партнерство и так далее» [107].

В период взросления множественность установок, побуждений, противоположных мнений, недостаточность в понимании себя и мира переживается особенно остро. Исследователи отмечают устойчивую связь между химической зависимостью и такими характеристиками, как повышенная чувствительность и пониженная способность переносить стресс [47]. На такой почве легко возникают психические расстройства, «психический инфантилизм», депрессивная симптоматика. Депрессивные переживания усиливают чувства безнадежности, одиночества, неопределенности желаний и побуждений, физические недомогания. Наркотики выступают лекарством от депрессии, средством «лечения» психической дезадаптированности, растерянности в «осколочных» мирах разнородных культурных оснований.

В качестве причин, побуждающих молодых людей впервые обратиться к наркотику, многочисленные опросы чаще всего выявляют «любопытство» (более 50 %), а также «за компанию» (30–40 %); среди других частых причин называют стремление уйти от неприятной

реальности, «убежать от проблем», подавить чувство тревоги; отсутствие видимых жизненных перспектив и разочарование в жизни. Чаще всего провоцируют попробовать «друзья в компании» (54%), «друзья» просто (30%); на самостоятельный выбор указывают 7%.

Исследования показывают, что наиболее значимым фактором риска развития наркозависимости является несформированность у молодого человека развитой сферы потребностей. Фактором риска развития девиаций в поведении подростков можно считать также и установку, согласно которой нужно «жить сегодняшним днем», не думая о будущем. В наше время можно сказать, что, как правило, молодые люди более склонны выбирать в качестве основных ценностей достижение комфорта и внешние проявления благополучия, отодвигая на второй план источники успеха внутри самих себя. Существует также довольно большая категория молодых людей, которые не знают конструктивных способов реагирования на состояние скуки. Они пассивны, не умеют себя занять и «ждут забав от других». Мощным превентивным ресурсом для них могло бы стать формирование духовного потенциала. Развитие этого потенциала происходит, прежде всего, в деятельности, соотнесенной со способностью к выбору профессии и иных форм созидательной деятельности, которые удовлетворяют потребности общества. Это согласуется с идеями А. Адлера, который высказывал мысль о том, что социальный интерес является «барометром нормальности» качества жизни человека. По-настоящему здоровые люди беспокоятся о других, их стремление к превосходству обязательно включает в себя стремление сделать что-то для благополучия всех людей. Хотя они признают несовершенство мироустройства, они готовы брать на себя задачу «улучшения участи человечества». Здоровые люди, по А. Адлеру, понимают, что их жизнь не представляет абсолютной ценности, пока они не посвятят ее своим современникам и потомкам [3].

ГЛАВА 8. ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АДДИКЦИЙ

8.1. Алкогольная и наркотическая аддикции

Теория психиатрии и клинической психологии не предоставляет каких-либо научных критериев для дифференциации понятий употребления и злоупотребления психоактивными веществами. В настоящее время не имеется серьезных диагностических указаний на то, в каких случаях непатологическое, или физиологическое, влечение (если такое существует) сменяется патологическим. Продолжает использоваться нравственный или количественный подходы к решению данного вопроса. В МКБ-10¹⁹ отсутствует научно обоснованная регламентация оценки патологичности влечений [43].

Зависимость от психоактивных веществ этиологически сложное, мультифакторное заболевание, детерминированное как генетическим предрасположением, так и совокупностью внешних и внутренних средовых факторов. К настоящему времени в ходе биологических, клинических и генетических исследований накоплены данные, позволяющие выделить из общей популяции тех лиц, которым в наибольшей степени грозит развитие зависимости от психоактивных веществ. Эта группа называется группой высокого риска развития зависимости. Термин «группа риска» неправилен, поскольку в популяции нет лиц, абсолютно защищенных от развития зависимости, т. е. лиц с нулевым риском. Термин «группа риска» может употребляться лишь для краткости. В действительности, речь идет о различении лиц с высокой и низкой степенями риска развития зависимости. Какие бы факторы риска не использовались, можно с большей или меньшей точностью очертить группу людей с высоким риском заболевания, но необходимо помнить, что это будет групповой риск, а не индивидуальный прогноз.

¹⁹ Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

Некоторыми факторами риска можно управлять, минимизировать их и, тем самым, помогать предотвращению заболевания [46].

8.1.1. Социальные факторы и механизмы аддикции

Отечественные специалисты в области социальной психиатрии и экологии человека (П.И. Сидоров и др.) описали некоторые механизмы действия негативных факторов, формирующих аддиктивное поведение.

Механизм неспецифичности проявляется в том, что независимо от природы этих факторов (социальной или биологической, психологической или моральной), искажающих психологическое развитие и нравственное становление личности подростков, они приводят к одному результату — быстрому развитию полиморфного аддиктивного поведения и социальной дезадаптации.

Механизм «генерализации» негативных факторов в генезе аддиктивного поведения заключается в том, что степень выраженности аддикции обратно пропорциональна возрасту, в котором проявилось их воздействие. Чем раньше обнаружатся отрицательные биологические или социальные факторы, тем выше риск накопления к подростково-юношескому возрасту критической массы негатива, дезадаптирующей личность. Например, в формировании раннего алкоголизма у подростков с резидуально-органической церебральной недостаточностью рано обнаруживается задержка психического развития, предопределяющая в свою очередь школьную дезадаптацию, асоциальное поведение и т. д.

Механизм «псевдоадаптации». У абсолютного большинства злоупотребляющих алкоголем или токсикантами подростков наблюдается патологическая отягощенность преморбида — органическая церебральная недостаточность, формирующиеся психопатии, патохарактерологические развития и др. У этой группы несовершеннолетних алкоголь на короткое время дает бодрость и активность, смелость и уверенность в себе. Стимулирующе-растормаживающий эффект этанола создает иллюзию адаптации и самореализации, приводя к накоплению алкогольных проблем и последствий.

Механизм «деформации». Большинство трудных подростков не имеют нормального семейного воспитания: отсутствует контроль за их обучением, недостаточно поощряется развитие интеллекта и формирование нравственных ценностей. У них рано утрачивается интерес к учебе. Это неизбежно приводит к отсутствию у подростков социально-значимых установок, увлечений и духовных запросов, узкому кругу

и неустойчивости интересов, уходу от ответственных ситуаций и решений. Формируется такая направленность личности, в основе которой лежит неспособность подростков к сложной деятельности, с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения, склонность к злоупотреблению алкоголем. При более широком подходе можно говорить о формировании изначально аструктурной [10] личности, имеющей равно высокий риск самореализации в любой форме аддиктивного поведения.

Механизм «индукции». На начальном этапе формирования алкоголизма позволительно говорить о психогенном (в широком смысле этого понятия) формировании симптомов зависимости: утраты контроля, изменении форм потребления и форм опьянения. Гротескные, индуцированные симптомы «клиники до болезни» имитируют и потенцируют последующие биологические проявления заболевания. Этот механизм реализуется во многом за счет известных подростковых реакций группирования и имитации [40] и легко узнаваем в любой форме аддиктивного поведения.

Возникающая при опьянении эйфория не является прямым следствием только интоксикации. Это психическое состояние, формируемое во многом *механизмами само- и взаимоиндукции*; это состояние определяется ситуацией и зависит от общего уровня культуры личности. Если человеку под предлогом какой-либо инъекции ввести внутривенно этанол, то можно наблюдать легкое возбуждение и повышение тонуса, сменяемое последующей релаксацией и сонливостью без очерченного эмоционального компонента. В норме эйфория является внутренним (и зависимым) следствием внешних социально-психологических характеристик ситуации. Не алкоголь как таковой, не его взятое само по себе физиологическое действие, а прежде всего проекция психологического ожидания и мотивов на психофизиологический фон опьянения создает ту внутреннюю субъективную картину, которую человек начинает приписывать действию алкогольного напитка. Именно в этом «опредмечивании» первоначально неоформленного состояния и заключается то зерно, из которого вырастает психологическая привлекательность алкоголя. Отсюда начинается крайне опасный по своим жизненным последствиям и кардинальный для геноза пьянства процесс — все большая децентрация, искажение восприятия: человек начинает видеть главный источник привлекающего его состояния только в алкоголе.

По тем же механизмам проекции психологической predisпозиции возникают представления о других «незаменимых» свойствах и функциях алкогольных напитков. Так, алкоголь употребляют не только в связи с радостными, но и в связи с печальными событиями, например на поминках. Со временем диапазон субъективных причин

употребления алкоголя становится все шире — пьют и «для храбрости», и «с обиды», и чтобы «поговорить по душам», и «чтобы расслабиться», и чтобы «взбодриться», и чтобы «обмыть успех», и чтобы «облегчить деловой контакт» и т. п. Социальные факторы и условия в развитии алкоголизма и наркомании играют ведущую роль преимущественно на донологических этапах употребления и злоупотребления [67].

Существуют также этнические и культурные различия в распространенности отдельных форм зависимостей от психоактивных веществ. Например, среди восточных народов чаще, чем в европейских популяциях, встречается непереносимость алкоголя. Это обусловлено их генетическими особенностями и связано с недостаточной активностью изоферментов АДГ и АЛДГ²⁰ [46].

8.1.2. Личностно-психологические особенности аддиктов

Изучение лиц, которые позднее стали «проблемно пьющими», показало, что им свойственны неконтролируемая импульсивность, экстравертированность, подчеркивание своей мужественности, низкая продуктивность. Юноши характеризовались как беспокойные, повышено чувствительные и легко подверженные социальным влияниям. Эти данные согласуются с неоднократно отмеченным фактом наличия синдрома детской гиперактивности как в анамнезе больных алкоголизмом, так и у детей больных алкоголизмом родителей. Синдром детской гиперактивности с плохой способностью к концентрации внимания, импульсивностью и возбудимостью, отвлекаемостью и низкой толерантностью к фрустрации довольно часто отмечаемая рядом авторов особенность «преалкогольной» личности, и поэтому этот синдром вошел в число факторов риска развития зависимости.

Исследования личности больных алкоголизмом, проведенные в рамках психодинамического направления, можно резюмировать следующим образом. Для личности больных алкоголизмом типичны следующие особенности:

- слабость Эго с недостаточной идентификацией собственной половой принадлежности, психопатические черты, враждебность,

²⁰ Основным местом метаболизма этанола является печень. До 85% этанола окисляется ферментом алкогольдегидрогеназой (АДГ) до ацетальдегида. Ацетальдегид, в свою очередь, подвергается дальнейшему окислению при помощи фермента альдегиддегидрогеназы (АлДГ) до ацетата. Женщины более чувствительны к токсическому действию алкоголя из-за меньшей активности их АДГ.

негативная концепция собственного Я, незрелая импульсивность, низкий уровень толерантности к фрустрациям;

- усиление возбудимости, повышенная чувствительность, склонность к ипохондрии, страх смерти;
- выраженная полезависимость, что увеличивает пассивность, общую эмоциональную зависимость;
- невротические признаки с проявлением страха, депрессии, истерии и склонности к ипохондрии.

Неоднократно отмечалось, что больные алкоголизмом по сравнению со здоровыми более склонны к агрессии, обладают меньшим самоконтролем. Констатировали также склонность больных алкоголизмом ко лжи. При уточнении этой последней особенности оказалось, что больные алкоголизмом по сравнению с другими больными терапевтического профиля лгут даже меньше во всем, за исключением области, связанной с их алкоголизмом.

Исследования личностно-психологических особенностей лиц из группы высокого риска выявляют у них плохо контролируемое поведение, черты импульсивности, агрессивности, бунтарства, склонность к риску. У детей 7–12 лет преобладает внешний локус контроля, однако на взрослых это не подтвердилось. Лицам из группы высокого риска свойственна алекситимия — дефицит опыта переживания и выражения аффекта.

Несмотря на многочисленные попытки дифференцировать типологию личностей больных алкоголизмом, эти попытки не увенчались успехом. По-видимому, в области наркологической патологии личности столь различны, что речь может идти о континууме типов личностей, не отграниченных четко один от другого. Указывают лишь на тенденцию различать «невротический» и «социопатический» типы «преалкогольных» личностей.

Социологические теории алкоголизма в какой-то мере объясняют высокую частоту заболевания в отдельных группах населения или в различных культурах и субкультурах. Однако социологические теории не в состоянии объяснить, почему у данного индивида возник алкоголизм, а у многих других членов той же группы заболевание не развилось. В этиологии алкоголизма и других зависимостей существенная роль принадлежит различным социокультурным факторам. Это влияние группы первичной социализации, т. е. семьи, влияние референтной группы, социального слоя общества, профессии и современного индустриального общества в целом с его прогрессирующей дезинтеграцией, утратой традиций; ослаблением внутрисемейных связей и т. п.

8.1.3. Семейные и индивидуальные факторы риска

Семейные факторы. Все исследования, проведенные на семьях, включая семьи с приемными детьми, свидетельствуют о том, что самым мощным провозвестником зависимости от психоактивных веществ является наличие зависимости в семейном анамнезе. Алкоголизм родителя — серьезный фактор риска как алкоголизма, так и наркомании их детей. В то же время следует придавать значение не только самому факту семейной отягощенности, но и числу больных родственников, а также учитывать наличие зависимости среди братьев и сестер больного. Чем больше число больных в семье и чем ближе степень родства с больным, тем выше риск для еще не заболевшего члена семьи. В качестве факторов риска развития зависимости от ПАВ в ряде работ регистрировались и такие, как ранняя смерть отца, развод родителей, т. е. «неполный дом». Эти факторы, действительно, имеют тенденцию к накоплению в семьях с зависимостью, однако, следует обращать особое внимание на то, что «неполный дом» часто является уже следствием зависимости от психоактивных веществ одного либо обоих родителей.

К семейным факторам следует отнести и внутрисемейные взаимоотношения. С будущим алкоголизмом или наркоманией ассоциированы такие взаимоотношения в семье, при которых отмечается недостаток эмоциональной привязанности между отцом и матерью, конфликтные взаимоотношения между ними, а также подобные взаимоотношения между родителями и сыном или дочерью, в отношении которых определяется риск.

Что касается отношения родителей к употреблению подростком алкоголя, то с развитием в дальнейшем алкоголизма ассоциировались две крайние позиции — либо категорический запрет, либо потакающее, разрешительное отношение. В отношении к наркотикам также наблюдаются колебания позиций родителей от безмятежно-благодушного «нам это не грозит» до патологически выраженной тревоги уже в тот период, когда дети еще не употребляют наркотики. Психологи считают, что страх и тревога как бы приглашают беду в дом. Полное же отсутствие тревоги у родителя при задержании подростка в состоянии опьянения алкогольного или наркотического также можно отнести к факторам риска.

Пол больного родителя, по-видимому, имеет определенное значение. Наличие алкоголизма у отца равным образом повышает риск зависимости у сыновей и дочерей. Наличие же алкоголизма у матери более значимо в этом отношении для дочерей. Полный разрыв взаимоотношений с родителем, больным алкоголизмом, не защищает

нисходящее поколение от трансмиссии алкоголизма либо развития другой зависимости от ПАВ.

Индивидуальные факторы. В эту группу факторов входят те, которые могут быть обнаружены в анамнезе индивида или в его статусе, при условии, что эти факторы достоверно чаще ассоциированы с развитием зависимости, чем в группе индивидов с отсутствием подобных факторов, при прочих равных условиях.

Как в общей популяции, так и в группах высокого риска мужчины чаще, чем женщины, страдают зависимостью от психоактивных веществ, несмотря на рост частоты этих заболеваний среди женщин. Следовательно, важным фактором является *мужской пол*.

Синдром гиперактивности в детстве и некоторые другие проблемы внимания ассоциированы с развитием зависимости в зрелом возрасте. Проблемы внимания называют медиаторами генетического риска алкоголизма и наркомании.

Часто отмечаемыми особенностями развития детей из алкогольных семей являются разнообразные поведенческие девиации, исключение из школы, юношеская делинквентность. Признано, что именно с этими характеристиками совпадает более частое возникновение зависимости от психоактивных веществ.

Многие дети из алкогольных семей выявляют *когнитивный дефицит*, плохо успевают в школе, слабо мотивированы на учебу и на другую социально одобряемую деятельность, что может способствовать социальной дезадаптации и опосредованно служить развитию зависимости.

Самая важная индивидуальная характеристика, с которой связывают повышение вероятности развития зависимости от ПАВ, это *психопатическая структура личности* с выраженной импульсивностью, агрессивностью, склонностью к неоправданному риску и совершению криминальных действий.

Говоря о факторах риска наркозависимости, необходимо учитывать доступность ПАВ, его наркогенную силу, отношение общества и ближайшего окружения к употреблению таких веществ, «моду» на употребление наркотиков в данной стране; в среде подростков имеет большое значение психологическое давление референтной группы.

8.2. Другие (нехимические) формы аддикции

Как уже было сказано, реакция на принятый наркотик определяется личностью, культуральным фоном, а также ожиданиями и чувствами по поводу данного вещества. Другими словами, источники

аддикции находятся не столько в наркотике, сколько в личности. Аддикт — это человек, не научившийся целеустремленности в отношениях с миром, который поэтому ищет стабильности и уверенности в некоторой повторяющейся, ритуализированной деятельности. Эта деятельность, во-первых, обеспечивает ощущение комфорта и благополучия; во-вторых, по мере того как формируется зависимость, обеспечивает аддикту общее ухудшение его жизненной ситуации. Поскольку остальные жизненные альтернативы сокращаются, аддикция усиливается, пока не вытеснит все остальное.

Стентон Пил и Арчи Бродски [53] пишут, что аддикция является «основной проблемой в Америке — более, чем где-либо еще в мире». Она коренится в специфических особенностях североамериканской истории и культуры. Авторы имеют в виду всепоглощающую страсть к обладанию. Не уверенный в своей собственной идентичности, химический аддикт видит в других людях объекты для удовлетворения своих потребностей. Но для наркомана использование людей — только средство для других целей; для аддикта из среднего класса обладание людьми и есть цель.

Как правило, другие человеческие существа играют гораздо большую роль в жизни представителя среднего класса, чем для низшего. Анализ героиновых аддиктов Нью-Йорка показывает, что они не доверяют людям; наркотики — единственная вещь в их жизни, на которую, как они чувствуют, они могут положиться. Даже принадлежащие к среднему классу опиатные аддикты, в общем, отчуждены от других людей. И хотя эта неспособность сформировать прочные межличностные связи характеризует наркотических и алкогольных аддиктов из любого социального класса, ослабленная и нестабильная социальная сеть все же более обычна в экономически депривированных группах. Употребление опиатов привлекает в первую очередь представителей низших социальных и экономических слоев, особенно расовые меньшинства. Белые из низшего класса чаще всего пользуются алкоголем как способом бегства. Американцы из среднего класса, не будучи достаточно склонными к алкоголизму и, конечно, не интересуясь героином, не менее подвержены аддиктивным тенденциям; только они проявляют их по-разному. Рейнуотер проясняет эту разницу в статье «Изучение личностных различий подростков среднего и низшего класса». Там он утверждает, что «представитель низшего класса менее зависим от людей и более ориентирован на те виды удовлетворения, которых можно достичь без осложняющей кооперации с другими человеческими существами». Среди детей среднего класса проявился отчетливый паттерн, объясняющий, как люди могут быть «наркотиком». Две трети этих детей показали признаки «конstellляции социальной зависимости». Последняя может быть определена как потребность

цепляться за «человеческий объект» для получения любви и поддержки. Причем этот объект может даже быть не реальной личностью, а лишь концепцией личности.

Когда люди экономически обеспечены, но все еще ощущают большой недостаток в своей жизни, их стремления вынуждены быть более экзистенциальными, чем материальными. В «Расколоте Я» Лэйнг утверждает, что шизоидное отчуждение является не только обычной современной формой безумия, но также и превалирующей характеристикой жизни в современном обществе. «Онтологическая тревога» — неуверенность в самом нашем существовании, о которой говорит Лэйнг, и есть то самое, что заставляет некоторых из нас компульсивно искать отношений. Человек, чувствующий эту внутреннюю пустоту, должен стремиться заполнить ее. В отношениях это может быть сделано только путем включения чьего-то чужого бытия внутрь себя, или позволения кому-то другому включить тебя. Результат этого — полностью оформившаяся аддикция, где каждый партнер тянет другого назад при любом признаке ослабления тех сил, которые держат их вместе.

С онтологической тревогой связано, по-видимому, и непомерное потребление лекарств. От 50 до 80 процентов взрослого американского населения употребляет по крайней мере одно какое-либо лекарство в сутки. Склонность обращаться к лекарствам символизирует культурно санкционированные методы реагирования на мир. Как показало изучение плацебо, люди, верящие во власть лекарств над собой, также охотно принимают руководство авторитетных институций — например, больниц и церквей. Одним из примеров является использование риталина (Ritalin) и других «изменяющих поведение» препаратов для лечения гиперактивных детей. Оправдывается это утверждением, что препараты «просто повышают бдительность». В другой интерпретации, они в какой-то степени корректируют «минимальную мозговую дисфункцию», хотя убедительных данных о связи органических дисфункций с гиперактивностью нет. Фактически, гиперактивность может быть формой поведения, которая имеет много причин — от слабой адаптации к школьной ситуации до чудовищной скуки. И то, что называется гиперактивностью, может быть просто здоровым проявлением переизбытка энергии [53].

8.2.1. Классификации нехимических аддикций

Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц. П. Короленко [34]. Он выделил в качестве таковых азартные игры (гэмблинг), аддикцию отношений, сексуальную, любовную аддикции;

аддикцию избегания, работоголизм, аддикцию к трате денег, ургентную аддикцию (проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени); а также промежуточные аддикции, например, аддикцию к еде (переедание и голодание). Впоследствии этот список существенно расширился, главным образом, за счет различных так называемых технологических аддикций: интернет-аддикций, аддикции к мобильным телефонам, развлекательным автоматам, телевидению и т. д. [26].

А. Ю. Егоров с соавторами [98] предложил следующую классификацию нехимических аддикций:

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
2. Эротические аддикции:
 - 2.1. Любовные аддикции;
 - 2.2. Сексуальные аддикции.
3. «Социально приемлемые» аддикции:
 - 3.1. Работоголизм;
 - 3.2. Спортивные аддикции (аддикция упражнений);
 - 3.3. Аддикция отношений;
 - 3.4. Аддикция к трате денег (компульсивный шоппинг);
 - 3.5. Религиозная аддикция.

Рассмотрим категорию «социально приемлемых» аддикций подробнее.

Работоголизм. 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, что она выполняет в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа не является и одной из составных частей его жизни — она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности. У трудоголиков существует компульсивный драйв добиваться признания и успеха, который, однако, может привести их к неверным решениям и личностному краху. Трудолюбивый человек имеет перед собой цель, ему важен результат своего труда, для него профессиональная деятельность всего лишь часть жизни, способ самовыражения и средство самообеспечения, создания материальных благ. Для трудоголика все наоборот: результат работы не имеет смысла, работа — это способ заполнения времени, он нацелен на производственный процесс. Семейные отношения, сама семья трудоголиком воспринимаются как помехи, которые отвлекают от работы, и это вызывает раздражение и досаду.

Спортивные аддикции (аддикция упражнений). Эту аддикцию определяют как тягу к физической активности в свободное

время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется физиологическими и/или психологическими симптомами.

Выдвинуто три психофизиологических объяснения возникновения аддикции упражнений: термогеническая гипотеза, катехоламиновая гипотеза и эндорфиновая гипотеза. Термогеническая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и снижает соматическую тревогу. Катехоламиновая гипотеза предполагает, что физическая нагрузка приводит к выработке катехоламинов, которые в значительной мере включены в контроль за вниманием, настроением, движениями, а также за реакциями эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Кроме того, считается, что высокий уровень катехоламинов связан с состояниями эйфории и повышенным настроением. Третья гипотеза — эндорфиновая — является наиболее известной, признанной и эмпирически исследованной. Эта теория предполагает, что физические упражнения способствуют выработке эндогенных морфинов (эндорфинов), что приводит к повышению настроения.

Аддикция отношений. Характеризуется привычкой человека к определенному типу отношений. Аддикты отношений создают «группу по интересам». Члены этой группы постоянно и с удовольствием встречаются, ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с друзьями [34]. В рамках «интернет-зависимости» очень характерны аддиктивные отношения, которые часто возникают между пользователями «социальных сетей».

Реабилитационные терапевтические сообщества, поботающие по программе 12-ти шагов, такие как АА (анонимные алкоголики) и АН (анонимные наркоманы), при всей безусловной пользе в плане воздержания от приема ПАВ делают их членов аддиктами общения в данном сообществе. Выход из сообщества, как правило, заканчивается рецидивом. Жизнь, в том числе даже проведение досуга, отпуска, становится невыносимой без постоянного общения с себе подобными. Нечто похожее наблюдается и в ряде реабилитационных центров, особенно религиозной направленности, вне которых бывшие химические зависимые практически не могут существовать. В них можно констатировать возникновение аддикции отношений наряду с религиозной аддикцией.

Аддикция к трате денег (компульсивный шоппинг). Аддикция к покупкам (компульсивные покупки) стала привлекать широкое внимание исследователей в последние десятилетия. Такая аддикция могла

приобрести массовый характер только в созревшем обществе потребления, которое представляют собой современные развитые страны и к которому неуклонно, по крайней мере в крупных городах, движется и Россия. В обществе тотального дефицита развитие аддикции к покупкам выглядит проблематично как массовое явление. Большинство исследователей сходится во мнении, что аддикция к трате денег чаще всего встречается среди представителей среднего класса. Среди других социальных факторов, способствующих развитию аддикции к покупкам, называют рекламу в средствах массовой информации, легкий доступ к кредиту в магазинах, оплата покупок с помощью кредитных карточек. По данным американских социологов, эта аддикция встречается у 2–8% в общей популяции, из которых женщины составляют 80–95%. Это поведенческое расстройство приводит к накоплению больших долгов (58,3%), неспособности погашать задолженность (41,7%), негативной реакции окружающих (33,3%), судебным и финансовым последствиям (8,3%), криминальным проблемам с законом (8,3%), чувству вины (45,8%). 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. Положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки. Иногда аддикция реализуется через интернет-покупки, которые совершаются не в супермаркетах, а в виртуальных магазинах.

Аддикция к покупкам часто сочетается с тревожным расстройством (50%), химической зависимостью (45,8%), в том числе алкоголизмом (20%) и пищевыми аддикциями (20,8%), депрессией (18%). Имеются сообщения об эффективности применения программы Анонимные Должники (Debtors Anonymous), созданной на основе 12-ти шаговой программы для Анонимных Алкоголиков.

Религиозная аддикция. В последние годы проблема зависимости от религиозных организаций получила широкое распространение в связи с расширением деятельности самых разнообразных религиозных организаций, в том числе и тоталитарных религиозных сект. Хотя религиозная аддикция может развиваться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потенциалом, безусловно, обладают секты, причем секты тоталитарные, применяющие разнообразные психотехники при вербовке неопитов и проведении религиозных ритуалов.

Большая часть людей попадает в секты в состоянии психологического кризиса, отчаянья. Секты используют именно это состояние, чтобы реализовать потребность заполнить душевный вакуум, снизить

тревогу, обещая быстрое и окончательное решение вопросов. Секты стремятся к контролю, посредником между Богом и членами общины выступает некий учитель, гуру, нередко наделенный практически неограниченной властью. Религиозную зависимость как раз 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. По мере вовлечения в деятельность секты у адепта на фоне выраженной астенизации отмечается нарастание психологической дезадаптации с постепенной заменой индивидуальных форм реагирования на групповые.

Уже упомянутые американские авторы С. Пил и А. Бродски [53] посвятили свою монографию главным образом «межличностной, или любовной аддикции. С точки зрения этих авторов, она является наиболее распространенной, хотя и наименее признанной формой зависимости. Речь при этом идет не о «любви», а, скорее, о некоей ее противоположности. «Любовь — это противоположность межличностной аддикции». Человек, пристрастившийся к любовнику, чувствует в сущности ту же самую неадекватность, что и наркотический аддикт, с той лишь разницей, что в качестве объекта аддикции он выбирает другого человека, а не наркотик. При этом настоящий аддикт всегда движется по направлению к мономании, будь объект аддикции наркотиком или любовником. Страстное желание оставаться вместе большей частью является страхом и избеганием синдрома отмены. Зависимость от личности — только продолжение социального проявления всех аддикций. Когда люди сохраняют поведение, вредное для их собственного благосостояния, благосостояния объектов их заботы, и, наконец, благосостояния других людей — это признак аддикции.

«Почему люди так сильно привязаны к своим домашним животным? И почему так много крупных животных помещается в обстановку переполненных улиц и маленьких квартир, с которой они совершенно несовместимы? Ответ таков: домашние животные хорошо подходят для того, чтобы быть объектами для поиска эмоциональной уверенности. Немногие вещи столь же последовательны и предсказуемы, как поведение домашнего животного. Многие из их приверженцев пытаются минимизировать различие между любовью животного и любовью человека (вспомним рекламу корма для домашних животных, которая их персонифицирует и делает вас жестоким, если вы не балуете своего любимца). Некоторые люди фактически предпочитают компанию животных. Один мужчина охарактеризовал свою собаку как «единственное живое существо, которое действительно беспокоится обо мне; которое

отреагировало бы, если бы я умер; которое любило бы меня вне зависимости от того, что происходит со мной в мире или каким бы плохим я ни был по отношению к нему». Чтобы добиться этого вида преданности, необходимо только кормить собаку и иногда ласкать ее» [53].

Некоторые авторы особо выделяют *Интернет-зависимость* и ее более узкую разновидность — кибер-аддикцию.

Выявлено, что использование компьютера и Интернета для игр и развлечений связано с определенными чертами личности: высокая доминантность, низкая терпимость, низкая самооценка и т. д. Установлено, что существует отрицательная корреляция между кибер-аддикцией и положительной самоидентичностью. Особенность идентичности Интернет-зависимых пользователей состоит в стремлении избавиться от требований социального окружения и удовлетворить потребность в эмоциональной поддержке. По данным некоторых исследований, почти 9% учащихся в возрасте 15–17 лет имеют компьютерную зависимость. [38].

Newsru.com: 02/09/2010: Американский геймер Крейг Смоллвуд, подал в суд на южнокорейскую компанию NCSoft и обвинил ее в своей зависимости от игры Lineage II. Смоллвуд, проживающий в штате Гавайи, в своем иске называет продукцию NCSoft слишком «аддитивной» и превращающей геймеров в «безвольных рабов виртуального мира». Он утверждает, что в общей сложности потратил на игру 20 тысяч часов и в итоге получил серьезное эмоциональное расстройство, потребовавшее специального лечения, утратив возможность самостоятельно функционировать, вставать по утрам, одеваться, мыться и нормально общаться с друзьями и членами семьи. Нынешнее разбирательство в тexasском суде — далеко не первый случай, когда геймеры выдвигают обвинения против производителей любимых игрушек. Например, в 2008 году американец Джонатан Ли Ричес обвинил компанию Blizzard в том, что ее игра World of Warcraft толкнула его на преступления. В своем иске, поданном уже из тюрьмы Южной Каролины, он утверждал, что зависимость от WoW толкнула его на мошенничество, кроме того, из-за своей зависимости он не смог найти приличную работу и перестал адекватно воспринимать окружающую его реальность.

Исследование социологов о характере использования школьниками (Москва) информационных технологий выявило некоторые особенности поведения подростков:

1) в сфере игр и развлечений — «игроки» для общения между собой активно используют специфическую терминологию — суррогат русских и английских слов, игровой сленг. Это обедняет их

повседневную речь, снижает культуру общения. В реальном мире, за пределами виртуального общения, они теряются и чувствуют себя некомфортно;

2) в учебе — школьники, использующие компьютер для учебной деятельности, работу с компьютерными обучающими программами предпочитают живому общению с учителем;

3) в профессиональной сфере — контраст первым двум группам составляют школьники, вовлеченные грамотными педагогами в проектную и исследовательскую деятельность (Малая академия МГУ им. М. В. Ломоносова). У респондентов данной группы проявилось разумное сочетание традиционных видов общения с общением в Интернете. Общение для данной группы молодых людей не просто приятное времяпрепровождение, но значимое духовное и культурное явление, личностная ценность которого весьма высока [66].

8.2.2. Гэмблинг как универсальная модель аддиктивного поведения

По своим проявлениям и последствиям гэмблинг более всего напоминает аддикции химические, поэтому эту зависимость еще называют «моделью» аддикций вообще. Патологическое влечение к азартным играм (pathological gambling) относят к поведенческой зависимости. Объектом зависимости здесь является не психоактивное вещество как при химической зависимости (алкоголизме, наркомании), а поведенческий паттерн [98].

В МКБ-10 патологическая зависимость от азартных игр рассматривается в разделе «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», в рубрике F60-F69 «Расстройства привычек и влечений» (F63), наряду с пироманией и kleptomанией. Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) в МКБ-10 описывается как «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и ruинирование личной жизни.

Более широко диагностические признаки патологического влечения к игре представлены в американской классификации психических расстройств DSM-IV. Согласно этой классификации, диагноз патологического гэмблинга ставится при наличии 5 и более следующих признаков:

1. Поглощенность гэмблингом: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гэмблинга, предвкушение и готовность

к реализации очередной возможности гэмблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.

2. Продолжение игры при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.

3. Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к гэмблингу, играть реже или совсем прекратить.

4. Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры.

5. Обращение к игре связано с желанием уйти от проблем или снять проявления депрессии (чувство вины, тревоги, ощущение беспомощности).

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

7. Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гэмблинг.

8. Наличие криминальных действий таких, как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гэмблинга.

9. Аддикт (зависимый) 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.

Эпидемиология. Азартные игры распространены во всем мире. Так в США, по данным широкомасштабных эпидемиологических исследований, большинство людей время от времени играет в азартные игры. Однако всегда находятся те, кто рискует больше других, теряя при этом контроль над своим поведением. В 1970-х годах в Англии даже возникла проблема низкой посещаемости кинотеатров, вплоть до необходимости их закрытия, ввиду возрастающей популярности залов игровых автоматов. В США количество «проблемных гэмблеров» (патологических игроков), зависимых от игровых автоматов, составляет от 2 до 5 % населения. В связи с всеобщей интернетизацией в последние годы все большей популярностью у игроков пользуется онлайнный, или Интернет-гэмблинг. По данным S. Wharry [98], более 4,5 миллиардов долларов зарабатывалось в этой сфере ежегодно на начало тысячелетия, и, по прогнозам, эта цифра может удваиваться каждые два года.

Обращает на себя внимание то, что большинство исследований, посвященных патологической азартной игре, ориентировано на мужчин, которые преобладают среди патологических азартных игроков.

Так соотношение мужчин-женщин в группах «Анонимные игроки» 7:1 или даже 10:1. В то же время изучение распространенности среди всего населения показывает соотношение мужчин и женщин 2:1 или 3:1. При этом имеются данные, что у женщин патологическое влечение к игре носит более тяжелые формы. Они втягиваются в опасное увлечение игрой в три раза быстрее, чем мужчины и тяжелее поддаются психотерапии; развитие расстройства у них более прогрессивно по стадиям: социальный гэмблинг; интенсивный гэмблинг; проблемный гэмблинг.

Патологические игроки-женщины предпочитают бинго, а игроки-мужчины — игральные автоматы. Изучение возрастных особенностей распространенности гэмблинг-зависимости выявило, что среди подростков и молодежи гэмблинг встречается в 2–4 раза чаще, чем среди взрослых. По данным австралийских исследователей, гендерных различий по распространенности гэмблинга в подростковой популяции обнаружено не было. S. Fisher [98], исследуя особенности патологического гэмблинга среди подростковой популяции в 10 000 человек в возрасте от 12 до 13 лет из 114 школ в Англии и Уэльсе, установил, что подростки играют практически в те же игры, что и взрослые, но предпочитают игровые автоматы (fruit machines), которые в настоящее время стоят во всех игорных залах России. Выявлено, что злокачественное развитие патологического гэмблинга при использовании игровых автоматов отмечается чаще, чем при традиционных формах игры (рулетка, карты, бинго и т. д.).

Зависимость от игры в последние годы стала одной из серьезных социальных и медицинских проблем в российском обществе. Нарастающая распространенность патологической зависимости от игры многих людей в России привела к нищете, а кого-то и к самоубийству. В то же время большинство российских врачей недостаточно знакомы с психопатологией данного расстройства, не изучены особенности формирования и течения данной болезни в нашей стране, не разработаны и действенные методы терапии этой патологии.

Р. Браун предложил шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикции, которые впоследствии были уточнены М. Гриффитсом: сверхценность (salience), изменения настроения (mood changes), рост толерантности (tolerance), симптомы отмены (withdrawal symptoms), конфликт с окружающими и самим собой (conflict), рецидив (relapse) [26].

Отечественные авторы также выделяют ряд характерных признаков, свойственных азартным игрокам. К таковым они относят:

1) постоянную вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры;

2) изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями;

3) «потерю контроля», выражающуюся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей;

4) состояние 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 у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания;

5) характерное 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.

Многие авторы находят сходство между гэмблингом и алкоголизмом или потреблением наркотиков (например, между тенденцией увеличивать ставки и увеличением дозы наркотиков и алкоголя).

Патологические игроки с давних пор стали объектом внимания психоаналитиков. Современные психоаналитики считают, что патологическое влечение к азартным играм питает мощная сила подсознания, и это придает ему такие качества, как непреодолимость, требовательность, ненасытность и импульсивная безусловность исполнения. За нелогичной постоянной уверенностью игроков в выигрыше скрываются инфантильные фантазии всемогущества, ожидания неограниченного удовлетворения своих желаний. Постоянное возвращение к игре означает протест, бессознательно агрессивное отношение к реальной действительности, не желающей подчиняться этим фантазиям. При этом проигрыш не возвращает к реальности, а, наоборот, бессознательно воспринимается как неправомерный отказ в удовлетворении желания и обоснованный повод для протеста, т. е. очередной ставки. Отмечается, что остановиться при проигрыше еще труднее, чем при выигрыше.

Берглер выделил шесть характеристик азартных игроков:

1. Игроку свойственно испытывать судьбу.

2. Игра вытесняет все другие интересы (большой расход энергии и денег на игру делает ее центром всей жизни, центром фантазий и снов).

3. Игрок полон оптимизма и никогда не думает о возможном проигрыше (он не перестает играть, несмотря на частые проигрыши).

4. Игрок никогда не останавливается, когда он выигрывает; его цель, по крайней мере осознаваемая, выигрывать непрерывно, постоянно.

5. Несмотря на изначальную осторожность, в дальнейшем игрок рискует все большими суммами, причем для каждого увеличения ставки он находит рациональное объяснение.

6. В промежутки времени между ставкой и исходом игры игрок испытывает приятно-мучительное ощущение возбуждения, которое является основным и незаменимым элементом. У азартных игроков при невозможности играть наблюдаются дискомфорт и раздражительность. Часто проигрыш, как и невозможность далее финансировать игру, становится для игрока непереносимым. Не случайно многие исследователи отмечают у азартных патологических игроков депрессию. Так появляется склонность к суицидному поведению. Именно по наличию депрессии ряд авторов отделяют патологических игроков от непатологических. Правда, некоторые авторы рассматривают связь гэмблинга и депрессии по-другому: игра оказывается средством борьбы с депрессией, т. е. низкоадаптивной копинг-стратегией.

Выделяют три стадии развития гэмблинга. Для первой типичен относительно крупный выигрыш, формирующий последующую зависимость от влечения. На второй весь уклад жизни постепенно структурируется вокруг игры с прогрессирующим снижением как социального приспособления, так и психологических навыков в игре (появление нерасчетливых ходов, неоправданного риска). Последнее служит главной причиной дезадаптации, поскольку патологические игроки в принципе обладают весьма высоким техническим мастерством в игре.

В течение 10–15 лет может наступить третья стадия полной декомпенсации, сопровождающаяся абсолютной финансовой несостоятельностью и криминальным поведением.

Индивидуально-личностные особенности азартных игроков.

Гринберг [31] выявил у игроков уровень интеллекта выше среднего, развитый дух соперничества, трудолюбие, успешность в профессиональной деятельности, часто склонность к трудоголизму, использование таких защитных механизмов, как рационализация

и отрицание. Отмечают у них и стремление избегать скучных ситуаций. Возникновению влечения к азартным играм способствуют следующие факторы: утрата родителей в возрасте до 15 лет, неадекватный родительский стиль воспитания (безразличие, непоследовательность, чрезмерная строгость), фетишизация денег в семье или отсутствие планирования бюджета, ситуативная доступность азартных игр для подростка. У патологических игроков нередко отмечается эмансипационный конфликт с родителями в подростковом возрасте, в дальнейшем неприятие авторитарных фигур. Вовлеченность в азартные игры повышается в периоды социального стресса.

Лечение патологического азартного поведения. Современные методы лечения в основном опираются на групповую психотерапию, просвещение, терапию различными видами деятельности и разработку планов возвращения денежных долгов, возникших в результате игры. Д. Лестер провел анализ поведенческих методов, таких, как аверсивная терапия, в которой делание ставок связывается с ударом электрическим током, и парадоксальная интенция, при которой терапевт предписывает пациенту играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом. Однако патологическое азартное поведение зачастую демонстрирует высокую устойчивость в отношении любых форм лечения [56].

ГЛАВА 9. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ АДДИКТИВНОГО КЛИЕНТА

Психологическое консультирование иногда определяют как совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Н. М. Berks и В. Steffle [35] предложили более широкое определение: «Консультирование — это профессиональное отношение квалифицированного консультанта к клиенту, которое обычно представляется как «личность–личность», хотя иногда в нем участвуют более двух человек. Цель консультирования — помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера».

Психологи, врачи, педагоги сталкиваются в своей практике с множеством психологических проблем, которые трудно или невозможно охарактеризовать клиническими терминами и нельзя решать в рамках традиционной психиатрии. Это проблемы повседневной жизни, связанные с трудностями развития и приспособления личности, дисгармонией межличностных отношений, социальными девиациями (наркомания, алкоголизм, распад семьи, СПИД и др.), возрастными кризисами. Широкий круг таких проблем и составляет предмет профессиональной области психологического консультирования, выделенного из клинической психологии и психотерапии.

Психологическое консультирование помогает клиенту принимать решения и действовать по собственному усмотрению, обучаться новому поведению, способствует личностному росту. В консультировании акцентируется ответственность клиента, т. е. признается, что независимый, ответственный индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант лишь помогает клиенту найти доступ к его собственным внутренним ресурсам.

Представления о целях и методах консультирования могут различаться в зависимости от «школы» и теоретических ее оснований.

В психоаналитическом подходе разработаны методы для достижения следующих целей:

- перевести в сознание вытесненный из него материал;
- помочь клиенту воспроизвести ранний опыт и проанализировать вытесненные конфликты;
- реконструировать базисную личность.

Адлериаанское направление, в соответствии с теоретическими представлениями его основателя, задачи консультирования понимает так:

- трансформировать цели жизни клиента;
- помочь ему сформировать социально значимые цели и скорректировать ошибочную мотивацию посредством обретения чувства равенства с другими людьми.

В поведенческом подходе преследуется стратегическая цель — исправить неадекватное поведение и обучить эффективному поведению.

Цели *рационально-эмоциональной стратегии* (терапия по А. Эллису):

- устранить «саморазрушающий» подход клиента к жизни и помочь ему сформировать толерантный и рациональный подход;
- научить применению научного метода при решении поведенческих и эмоциональных проблем.

Экзистенциальный подход видит свои цели в том, чтобы помочь клиенту осознать границы свободы и ответственности, понять собственные возможности; идентифицировать блокирующие свободу факторы.

К. Роджерс, известный американский психотерапевт, выделил три основных принципа *клиент-центрированного подхода*:

- а) каждая личность обладает безусловной ценностью и заслуживает уважения как таковая;
- б) каждая личность в состоянии быть ответственной за себя;
- в) каждая личность имеет право выбирать ценности и цели, принимать самостоятельные решения.

Сердцевиной консультирования в этом подходе является «консультативное взаимодействие» между личностью клиента и личностью консультанта. Ориентированный на клиента консультант ставит перед собой следующие цели:

- создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих личностному росту;
- поощрять открытость клиента опыту, уверенность в себе и спонтанность.

9.1. Процесс психологического консультирования

Применение медицинской модели идентификации проблем в современном психологическом консультировании едва ли оправдано. Между отдельными школами психологического консультирования и психотерапии существуют довольно явные противоречия в отношении диагностики. Представители разных теоретических ориентаций, как правило, выносят на первый план аспекты затруднений клиента. Например, аналитически ориентированный консультант большее внимание уделяет психодинамике, бихевиорист — внешним поведенческим проявлениям, а представитель экзистенциальной терапии — субъективному миру.

Противники диагностического подхода, особенно психологи экзистенциально-гуманистического направления, полагают, что диагноз в консультировании не только не обязателен, но даже вреден, поскольку:

- диагноз обычно выражает экспертный взгляд консультанта со стороны на поведение и переживания клиента без принятия во внимание субъективного значения событий;
- диагноз игнорирует сложность человека.

По мнению К. Роджерса, большинство диагнозов упрощают поведение и субъективный мир; кроме того, происходит ориентация не на индивидуальность, а на сходство между людьми, и тем самым игнорируются потенциальные возможности каждого человека и отдается предпочтение стереотипизации. Большинство клиентов, с которыми имеет дело консультант, нельзя причислить ни к одной диагностической категории. Клиенты нуждаются не в классификации, а в помощи, чтобы восстановить способность преодолевать свои проблемы. Кроме того, диагноз сужает поле зрения консультанта по отношению к клиенту, мешает ориентироваться на потенциальные возможности человека, на рост его личности. Когда психологические проблемы, за которые клиент обязан принять на себя ответственность, превращаются в диагнозы, клиент, по сути, освобождается от ответственности за свои действия, превращается в пациента.

Еще одна опасность, связанная с диагностикой, возникает, когда в консультировании мы сталкиваемся с представителями разных культур, потому что нормой обычно считаются доминирующие культурные стереотипы. Так, клиенты азиатского происхождения в американской среде могут оцениваться как сильно заторможенные, поскольку они не любят раскрываться, проявляют неуверенность и эмоциональную сдержанность [35].

Тем не менее консультант может разобраться в причинах возникновения у клиента проблем только в контексте достаточно полной информации о нем. Эта информация составляет содержание *психологического анамнеза*. Однако невозможно собрать всю нужную информацию о клиенте за одну встречу, поэтому в процессе всего консультирования следует дополнять «портрет» личности клиента новыми деталями. Собираение анамнеза начинается с рассказа клиента о себе и своих проблемах. Дополнительная информация может быть получена из наблюдения за поведением клиента и других материалов (сны, рисунки, сочинения).

Необходимость психологического анамнеза не вызывает принципиальных возражений, хотя представители экзистенциальной ориентации больше исследуют современную жизненную ситуацию и не требуют от клиента столь детальных сведений о себе, как, например, психоаналитики. Схема сбора психологического анамнеза включает три основных блока информации о клиенте:

1. Демографическая информация:

- возраст клиента;
- семейное положение;
- профессия;
- образование.

2. Актуальные проблемы и нарушения:

- возникновение, развитие и продолжительность затруднений;
- события в жизни, обусловленные возникновением и наличием неразрешенных проблем;
- возраст, в котором возникла проблема;
- изменение отношений личности (особенно к значимым людям), перемена интересов, ухудшение физического состояния (сон, аппетит), обусловленные проблемной ситуацией;
- непосредственная причина обращения клиента;
- предшествующие попытки разрешения проблем (самостоятельно или с помощью других специалистов) и результаты;
- употребление лекарств;
- семейный анамнез (особенно психические болезни, алкоголизм, наркомания, самоубийства).

3. Психосоциальный анамнез (значимые межличностные отношения):

- детство (братья и сестры, основные воспитатели, отношения в семье);
- дошкольный период (значительные события в семье, первые воспоминания);

- средний детский возраст (успехи и неудачи в учебе, проблемы с учителями и ровесниками в школе);
- отрочество и юность (отношения с ровесниками, лицами другого пола, родителями, успехи и неудачи в школе, идеалы и устремления);
- взрослый возраст (социальные отношения, удовлетворенность работой, браком, отношения в семье, половая жизнь, экономические условия жизни, утрата близких людей, возрастные изменения, употребление алкоголя, наркотиков, психологические и экзистенциальные кризисы, планы на будущее).

Объем информации зависит от конкретного случая и диктуется критериями разумной необходимости.

Следует иметь в виду, что консультант собственным влиянием может спровоцировать ложную информацию, если он выделяет в рассказе клиента ожидаемое или желаемое, но не замечает нежелательное. С другой стороны, если излишне формализовать и структурировать сбор информации, то можно не увидеть уникальность клиента, и беседа станет похожей на анкетирование или тестирование.

Вопрос о *тестировании* противоречив и является предметом таких же дискуссий, как и проблема постановки диагноза. Точка зрения представителей экзистенциальной и роджерсовской ориентации на тестирование соответствует их взглядам на диагностику. Тестирование, по их мнению, инструмент внешнего понимания и не способствует успешному консультированию. Представители более умеренных взглядов считают, что использование тестов в процессе консультирования позволяют получить больше информации о клиенте и предоставить дополнительную информацию самому клиенту, чтобы тот смог принять более реалистичные решения. Brammer и Shostrom [35] являются сторонниками активной роли клиентов в тестировании и приглашают их участвовать в выборе тестов. Они внедряют в практику следующие положения:

- клиент и консультант во время беседы решают, какая информация, доступная с помощью тестов, может оказаться необходимой при решении проблем клиента;
- консультант знакомит клиента с разными типами тестов;
- консультант рекомендует клиенту тесты, которые помогут получить искомую информацию, и указывает на бесполезные в данном случае тесты;
- консультант дает возможность клиенту высказать свои сомнения и отрицательные чувства по отношению к отобранным тестам; сомнения и чувства обсуждаются совместно.

9.2. Процедуры и техники консультирования

Получение информации о клиенте и побуждение его к самоанализу не возможны без умелого опроса. Как известно, вопросы обычно разделяются на закрытые и открытые. Закрытые вопросы используются для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в одном–двух словах, подтверждение или отрицание («да», «нет»). Открытые вопросы служат не столько для получения сведений о жизни клиентов, сколько позволяют обсуждать чувства.

Открытые вопросы дают возможность делиться своими заботами с консультантом. Они передают клиенту ответственность за беседу и побуждают его исследовать свои установки, чувства, мысли, ценности, поведение, т. е. свой внутренний мир.

Выделяют основные моменты консультирования, когда используются открытые вопросы:

1. Начало консультативной встречи (*«С чего сегодня Вы хотели бы начать?»*, *«Что произошло за ту неделю, пока мы не виделись?»*).

2. Побуждение клиента продолжать или дополнять сказанное (*«Что Вы почувствовали, когда это случилось?»*, *«Что еще Вы хотели бы сказать об этом?»*, *«Не можете ли добавить что-нибудь к тому, что сказали?»*).

3. Побуждение клиента проиллюстрировать свои проблемы примерами, чтобы консультант мог лучше их понять (*«Не сможете ли Вы рассказать о какой-либо конкретной ситуации?»*).

4. Сосредоточение внимания клиента на чувствах (*«Что Вы чувствуете, когда рассказываете мне?»*, *«Что чувствовали тогда, когда все это произошло с Вами?»*).

Постановка вопросов является важной техникой консультирования. Но любой вопрос должен быть обоснован — задавая его, надо знать, с какой целью он задается. Если опрос превратить в основную технику консультирования, то и консультирование превратится в допрос или следствие. В такой ситуации клиент покинет кабинет консультанта с чувством, что был не столько понят, сколько допрошен.

Чересчур большая склонность расспрашивать во время консультирования нарушает живую ткань диалога и тем самым:

- превращает беседу в обмен вопросами-ответами, клиент начинает постоянно ждать, чтобы консультант спросил еще о чем-нибудь;
- заставляет консультанта принять на себя всю ответственность за ход консультирования и тематику обсуждаемых проблем;
- переводит беседу от эмоционально окрашенных тем к обсуждению фактологии жизни.

По этим причинам начинающим консультантам вообще не рекомендуется задавать клиентам вопросы, исключая самое начало консультирования. Еще несколько правил, которые следует иметь в виду, задавая вопросы клиентам:

1. Вопросы «Кто, что?» чаще всего ориентированы на факты, т. е. вопросы такого типа увеличивают вероятность фактологических ответов.

2. Вопросы «Как?» в большей мере ориентированы на человека, его поведение, внутренний мир.

3. Вопросы «Почему?» нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании. Задав вопрос такого типа, чаще всего можно услышать ответы, опирающиеся на рационализацию, интеллектуализацию, поскольку не всегда легко объяснить действительные причины своего поведения (а на них прежде всего и бывают направлены вопросы «почему»).

4. Следует избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены другие вопросы). Например, «Почему Вы пьете и ссоритесь со своей женой?» Клиенту может быть неясно, на какой из вопросов отвечать, потому что ответы на каждую часть двойного вопроса возможны совершенно разные.

5. Не следует один и тот же вопрос задавать в разных формулировках. Неточность, неопределенность консультанта при постановке вопросов свидетельствует о его тревоге. Консультант должен «озвучивать» только окончательные варианты вопроса.

6. Нельзя своим вопросом предопределять ответ клиента. Если на открытый вопрос: «Как обстоят Ваши дела?» клиент дает неопределенный ответ («Неплохо»), консультанту нужно уточнить: «Что для Вас значит «неплохо»?» Это важно, так как часто в одни и те же понятия мы вкладываем довольно разное содержание.

Эти техники очень важны для создания и укрепления консультативного контакта. Приободрить клиента можно краткой фразой, означающей согласие и/или понимание. Такая фраза побуждает клиента продолжить повествование. Например: «Продолжайте», «Да, понимаю», «Хорошо», «Так» и т. п. Довольно распространена выражающаяся одобрением реакция: «Ага», «М-мм». В развернутом виде это звучало бы примерно так: «Продолжайте, я нахожусь с Вами, я внимательно слушаю Вас». Ободрением выражается поддержка — основная составляющая консультативного контакта. Атмосфера поддержки, в которой клиент чувствует себя свободно, позволяет исследовать особенно проблемные и тревожные аспекты личности.

Другой важной составляющей поддержки клиента является успокаивание, которое вместе с ободрением позволяет ему поверить в себя и рисковать, чтобы изменить некоторые аспекты самости, испытать новые способы поведения. Это тоже короткие фразы консультанта, выражающие согласие: «*Очень хорошо*», «*Не волнуйтесь из-за этого*», «*Вы поступили правильно*», «*Время от времени каждый чувствует себя так же*», «*Вы правы*», «*Я не уверен, однако думаю, что Вы можете попытаться*», «*Я знаю, что будет тяжело, но Вы не только можете, но и обязаны это сделать*» и т. д.

Однако, успокаивая клиента, нельзя забывать, что, как и любая техника, этот метод может использоваться правильно и неправильно. Частой ошибкой «успокаивания» является то, что консультант предлагает себя в качестве «подпорки» тревожному клиенту. Это ограничивает возможности клиента самостоятельно решать свои проблемы. Рост личности всегда связан с чувством неопределенности и некоторой долей напряжения и тревоги. Кроме того, если успокаивание используется чрезмерно и слишком часто, т. е. начинает преобладать в консультировании, оно создает зависимость клиента от консультанта. В этом случае клиент перестает быть самостоятельным, не ищет собственных ответов, а полностью полагается на одобрение консультанта, т. е. ничего не делает без его санкции. Консультант также не должен злоупотреблять распространенной в нашем повседневном лексиконе фразой «все будет хорошо». Вместо того, чтобы успокоиться, клиент может ощущать недостаток эмпатии.

Перефразирование и обобщение. Отражая содержание высказываний клиента, обычно их перефразируют и/или обобщают. Отражение содержания показывает клиенту, что его активно выслушивают и что он понят. Отражение помогает и самому клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках. Это наиболее широко используемая техника консультирования, независимо от теоретической ориентации консультанта.

Перефразирование наиболее приемлемо в начале консультирования, потому что побуждает клиента более открыто обсуждать свои проблемы. Однако, с другой стороны, оно недостаточно углубляет беседу.

При перефразировании надо помнить три простых правила:

1. Перефразируется основная мысль клиента.
2. Нельзя исказить или заменять смысл утверждения клиента, а также добавлять что-либо от себя.
3. Надо избегать механического воспроизведения высказываний клиента, желательно мысли клиента выражать своими словами.

Хорошо перефразированная мысль клиента становится короче, яснее, конкретнее, а это помогает клиенту самому понять, что он хотел сказать.

Пример перефразирования:

Клиент: *В этом году несчастья следуют одно за другим. Болела жена, а потом та авария, которая переполнила чашу, ну а теперь эта операция сына... Мне кажется, что неприятности никогда не кончатся.*

Консультант: *Кажется, что проблемы никогда не закончатся, и Вы спрашиваете себя, всегда ли так будет.*

В обобщении выражается основная идея нескольких мало связанных между собой утверждений или долгого и запутанного высказывания. Обобщение помогает клиенту систематизировать свои мысли, вспомнить то, что было сказано, побуждает к рассмотрению значимых тем. Если перефразирование охватывает только что высказанное утверждение клиента, то обобщению подлежит целый этап беседы или даже вся беседа.

Идентификация и *отражение чувств клиента* представляет собой одной из главнейших техник консультирования. Это даже больше, чем техника, это неперенная составляющая отношений двух людей. Чувства очень важны в процессе консультирования, но не являются самоцелью, хотя достижению целей помогают именно сильные чувства: страх, боль, тревога, жалость, надежда и др. Отражение чувств тесно связано с перефразированием, разница лишь в том, что при отражении чувств внимание сосредоточивается не на содержании, а на том, что скрыто за содержанием. Желая отражать чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразирует отдельные утверждения, тем самым ориентируясь и на чувства, высказанные клиентом в признании.

Важно обратить внимание на баланс фактов и чувств в консультативной беседе. Нередко увлекшись вопросами, консультант начинает игнорировать чувства клиента. Например:

Клиентка: *Мы с мужем дружим с детства и после окончания университета поженились. Я думала — какой замечательной будет супружеская жизнь! Но все оказалось совсем не так...*

Консультант: *Сколько лет Вы в браке?*

В этом случае создается впечатление, что консультанта больше интересует формальный факт продолжительности брака, а не то, как клиент переживает свою супружескую жизнь. Продолжение беседы могло бы быть явно продуктивнее, позволив консультанту продолжать признание или, уловив удлиненную паузу, задай он вопрос: «Что для Вас значит «совсем не так»?»

В консультировании существует правило, что при вопросе о чувствах клиент часто рассказывает факты из жизни, но когда мы спрашиваем только о событиях жизни, практически нет никаких шансов услышать что-либо о чувствах. Это правило ясно указывает на приоритетную важность вопросов о чувствах и на существенную роль отражения чувств в консультировании.

Отражая чувства клиента, консультант концентрирует внимание на субъективных аспектах его признаний, стремясь помочь клиенту разобраться в своих чувствах и/или испытать их полнее, интенсивнее, глубже. Отражение чувств означает, что консультант является как бы зеркалом, в котором клиент может увидеть смысл и значение своих чувств. Отражение чувств способствует возникновению межличностного, эмоционального контакта, потому что показывает клиенту, что консультант старается познать его внутренний мир. Эффективное отражение чувств помогает клиенту лучше разобраться в своих нередко противоречивых чувствах и тем самым облегчает разрешение внутренних конфликтов.

Желание отражать чувства предполагает их распознавание. Для этого необходимо обращать внимание не только на содержание рассказа клиента, но и на его эмоциональный тон, позу, выражение лица. Также важно помнить, что чувства могут таиться не только в том, что рассказано, но и в том, что не рассказано, поэтому консультант должен быть чутким к различным намекам, умалчиваниям, паузам.

Отражая чувства, следует учитывать все эмоциональные реакции клиента — положительные, отрицательные и амбивалентные; направленные на самого себя, других людей и консультанта. Для точного отражения чувств важно использовать соответствующие понятия, определяющие разнообразные чувственные нюансы.

В консультировании важно не только отражение чувств, но и обобщение их. Оно позволяет определить эмоциональный тон беседы, синтезировать эмоциональные аспекты опыта клиента. Очень часто в беседе мы сталкиваемся с противоречивыми, а иногда и с полярными чувствами по отношению к значимым для клиента ситуациям или объектам любви. Здесь очень ценно обобщение чувств для показа клиенту действительного единства противоположностей в эмоциональной сфере.

Можно сформулировать несколько обобщающих принципов, охватывающих не только отражение чувств клиента, но и выражение чувств консультантом:

1. Консультант обязан как можно полнее и точнее идентифицировать чувства как свои, так и клиентов.

2. Не обязательно отражать или комментировать каждое чувство клиента — любое действие консультанта должно быть целесообразным в контексте процесса консультирования.

3. Обязательно обращать внимание на чувства, когда они:

- вызывают проблемы в консультировании;
- могут поддержать клиента, помочь ему.

В первом случае особенно выделяются страх, тревога, злость, враждебность. Например, озлобленность клиента может блокировать нормальное общение, поэтому следует обратить его внимание на это чувство (*«Сегодня Вы кажетесь довольно злым»*), чтобы обсуждение способствовало устранению препятствия для поддержания консультативного контакта. Такое обсуждение имеет смысл и для клиента, поскольку помогает ему допустить нормальность своих отрицательных чувств, а также уменьшить их интенсивность. Важно помочь клиенту выразить отрицательные чувства еще и потому, что самому клиенту легче контролировать открыто выраженные чувства. Во втором случае мы оказываем клиенту эмоциональную поддержку. Например, если клиент, которому трудно уйти с работы раньше времени, приходит на консультативную встречу вовремя, следует это отметить: *«Как хорошо, что Вы смогли прийти вовремя!»*

4. Вслушиваясь в свои чувства, возникающие в ходе консультирования в качестве реакции на поведение клиента, консультант может получить о нем много ценной информации. Выражение чувств помогает поддерживать глубокий эмоциональный контакт, в условиях которого клиент лучше понимает, как другие люди реагируют на его поведение.

Однако консультант выражает лишь те чувства, которые прямо связаны с темой беседы. Если клиент задает вопросы, выходящие за рамки консультационного дискурса, например, интересуется личной жизнью консультанта — не нужно спешить отвечать. На такой вопрос лучше ответить вопросом: *«Почему Вы спрашиваете меня об этом?»*

5. Порой надо помочь клиентам контролировать свои чувства, особенно когда они слишком интенсивны. Это касается как положительных, так и отрицательных чувств.

Большинство людей испытывает смущение, когда в беседе возникает пауза и затягивается молчание. Начинаящий консультант тоже может чувствовать себя в такой ситуации неуютно, поскольку ему кажется, что он постоянно должен что-то делать. Однако умение молчать и использовать тишину в терапевтических целях — один из важнейших навыков консультирования. Хотя тишина в консультировании иногда означает нарушение консультативного контакта, тем не менее, она бывает и глубоко осмысленной. Как известно каждому

из повседневной жизни, хорошим друзьям необязательно все время разговаривать, молчание лишь свидетельствует о глубине их отношений. Для консультанта, научившегося быть чутким к различным смыслам тишины и умеющего сознательно создавать и использовать паузы в консультировании, молчание становится особенно терапевтически ценным, ибо оно:

- увеличивает эмоциональное взаимопонимание консультанта и клиента;
- предоставляет возможность клиенту «погрузиться» в себя и изучать свои чувства, установки, ценности, поведение;
- позволяет клиенту понять, что ответственность за беседу лежит на его плечах.

Обычно различают «содержательное» и «бессодержательное» молчание. В последнем случае увеличивается тревога клиента, он не может усидеть на месте, начинает нервничать. Каковы важнейшие смыслы молчания в консультировании?

1. Паузы молчания, особенно в начале беседы, могут выражать тревогу клиента, плохое самочувствие, растерянность из-за самого факта консультирования.

2. Молчание далеко не всегда означает отсутствие реальной активности. Во время пауз молчания клиент может искать нужные слова для продолжения своего повествования, взвешивать уже сказанное, анализировать возникшие во время беседы догадки. Консультанту также нужны паузы молчания для обдумывания прошедшей части беседы и формулировки важных вопросов. Периодические паузы молчания делают беседу более целенаправленной, помогают не пропускать важные вопросы.

3. Пауза молчания, особенно если она субъективно неприятна как клиенту, так и консультанту, может означать, что оба участника беседы и вся беседа оказались в тупике, и происходит поиск выхода из создавшейся ситуации, нового направления для беседы.

4. Молчание в некоторых случаях выражает сопротивление клиента процессу консультирования. Тогда оно по отношению к консультанту имеет манипулятивный смысл. Здесь клиент ведет свою игру: *«Посмотрим, что он теперь будет делать!»*.

5. Молчание иногда подразумевает глубокое обобщение без слов, когда оно бывает более осмысленно и красноречиво, чем слова.

Должен ли прерывать молчание сам консультант? Да — если это молчание пустое, и нет — если оно продуктивно. Если молчание чересчур затянулось, уместно замечание консультанта: *«Вы, кажется, очень задумались. Не хотите поделиться, что Вы сейчас чувствуете?»*

Предоставление информации. Информирова клиента, консультант высказывает свое мнение, отвечает на вопросы клиента, сообщает ему нужные сведения о разных аспектах обсуждаемых проблем. Информация, как правило, связана с процессом консультирования, поведением консультанта или условиями консультирования (место и время встреч, плата и т. п.). Предоставление информации в консультировании иногда бывает очень важным. Особенно существенны вопросы, за которыми кроется тревога клиентов о своем будущем, здоровье, например: «*Как противостоять давлению со стороны друзей (или партнеров по бизнесу)?*», «*Наследуется ли алкоголизм?*» На такие вопросы следует реагировать серьезно и хорошо обдумывать ответы на них. Нельзя превращать вопросы в шутку, отвечать формально или вообще уходить от ответа. Желательно проявлять компетентность и избегать упрощений, чтобы не утратить доверия клиентов и не увеличить их тревогу.

Предоставляя информацию, консультант не должен забывать, что клиенты порой спрашивают с целью уклониться от обсуждения своих проблем и «заболтать» важное. Надо отличать вопросы, указывающие на озабоченность клиентов, от стремления манипулировать консультантом.

Интерпретация. Личность постоянно как-то выражает себя словами, тоном голоса, жестами, позой, и от компетентности консультанта зависит, сможет ли он «прочитать» эти психологические письмена. Клиент — не букварь, а трудночитаемая рукопись, где все ново и вначале трудно поддается пониманию. Хоть как-то ориентироваться в этом тексте консультанту помогает техника интерпретации — пожалуй, самая сложная методика консультирования.

В консультировании важно понять базисные основания проблемы клиента, не ограничиваясь поверхностным анализом его повествования. Внешнее содержание, конечно, тоже значимо, однако гораздо важнее то, что слова клиента скрывают. Для этого используется интерпретация повествования. Интерпретационные утверждения консультанта придают смысл ожиданиям, чувствам, поведению клиента, помогают ему установить причинные связи между поведением и переживаниями. Это помогает клиенту увидеть себя со стороны, понять свои жизненные трудности в новой перспективе и новым способом.

Техника интерпретации в большой мере зависит от теоретической ориентации консультанта. В клиенто-центрированной терапии уклоняются от прямых интерпретаций, не желая снимать с клиента ответственность за процесс консультирования. Совершенно противоположного взгляда на интерпретацию придерживаются представители психоаналитической ориентации. Здесь интерпретационные техники

занимают центральное место, поскольку в психоанализе интерпретируется практически все — перенос, сопротивление, сны, свободные ассоциации, умалчивание и т. п. В «гештальт-терапии» сам клиент побуждается к интерпретации своего поведения, то есть остается полностью ответственным за объяснение.

Выделяют пять типов интерпретации:

1. Установление связей между, якобы, отдельными утверждениями, проблемами или событиями. Например, клиенту, который говорит о страхе публичного выступления, низком уровне самооценки и трудностях в отношениях с другими людьми, консультант указывает на взаимосвязь этих проблем.

2. Акцентирование каких-либо особенностей поведения или чувств клиента. Клиент, например, постоянно отказывается от работы, хотя высказывает желание работать. Консультант может сказать ему: *«Вы, казалось бы, радуетесь появившейся возможности, однако когда сталкиваетесь с неизбежными трудностями, убегаете».*

3. Интерпретация способов психологической защиты, реакций сопротивления и переноса. В вышеприведенном примере возможна интерпретация: *«Судя по нашей беседе, бегство является для Вас способом борьбы со страхом неудачи».* Таким образом, здесь интерпретируется психологическая защита (бегство, уход) от тревоги (страха неудачи). Интерпретация переноса представляет собой основную технику психоаналитического лечения. Клиенту стараются показать, что прошлые отношения (обычно с отцом или матерью) он переносит на восприятие чувств, поведения и установок консультанта.

4. Увязывание нынешних событий, мыслей и переживаний с прошлым. Консультант помогает клиенту увидеть связь теперешних его проблем и конфликтов с прошлым опытом.

5. Предоставление клиенту иной возможности понимания его чувств, поведения или проблем. Например:

Клиент: *Он ничего не делает дома, а все время ходит пьянствовать с друзьями. Я вынуждена одна заботиться о детях и делать все сама.*

Консультант: *Похоже, таким образом он как-то удерживает Вас от принятия решений о своей нынешней и будущей жизни?*

Интерпретирование должно проводиться с учетом стадии консультативного процесса. Эта техника мало пригодна в начале консультирования, когда предполагается установление доверительных отношений с клиентом, но позднее она весьма полезна для раскрытия психодинамики проблем клиента. Хорошая интерпретация, как правило, не бывает слишком глубокой. Она должна связываться с тем, что клиент уже знает. Действенность интерпретации также определяется

своевременностью, готовностью клиента ее принять. Какой бы мудрой и точной ни была интерпретация — если она представлена в неподходящее время, эффект будет нулевым, поскольку клиент не сможет понять объяснений консультанта.

Эффективность интерпретации зависит и от личности клиента. Клиенты, имеющие высокий уровень самоуважения и образованности, более чувствительны к интерпретациям и даже в случае несогласия принимают их во внимание. Консультант обязан уметь понимать реакции клиентов на суть интерпретаций. Эмоциональное равнодушие клиента должно заставить консультанта подумать о соответствии интерпретации и действительности. Однако, если клиент прореагировал враждебно и сразу отверг интерпретацию как неправдоподобную, есть основание предполагать, что интерпретация затронула корень проблемы.

Несмотря на значение интерпретирования, не следует им злоупотреблять; когда в процессе консультирования слишком много интерпретаций, клиент начинает защищаться от них и сопротивляется консультированию. Интерпретационные утверждения неуместно формулировать авторитарным, категорично-поучительным тоном. Клиенту легче принимать интерпретации, формулируемые как допущения, когда ему позволено отвергать их. Лучше всего интерпретативные положения начинать словами «полагаю», «вероятно», «почему не попробовать посмотреть так» и т. п.

Каждый консультант время от времени вынужден в терапевтических целях вступать **в конфронтацию с клиентом**. Конфронтацией называют любую реакцию консультанта, противоречащую позиции клиента. Чаще всего противостояние бывает направлено на двойственное поведение клиента: увертки, «игры», хитрости, извинения, «пускание пыли в глаза» — на все то, что мешает клиенту видеть и решать свои насущные проблемы. Конфронтацией добиваются показа клиенту способов психологической защиты, которые он использует в стремлении приспособиться к жизненным ситуациям, но которые ограничивают становление его личности. В центре конфронтации обычно оказывается стиль межличностного общения клиента, отражающийся в консультативном контакте.

George и Cristiani [35] выделяют три основных случая конфронтации в консультировании:

1. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на противоречия в его поведении, мыслях, чувствах, или между мыслями и чувствами, намерениями и поведением и т. п. На первом шаге конфронтации идентифицируют определенный аспект поведения клиента. На втором — словами «но», «однако» констатируют противоречие.

2. Конфронтация с целью помочь увидеть ситуацию такой, какова она есть в действительности, без субъективных искажений. Например, клиент утверждает: *«Вообще-то я пью как все... ну, бывает, что срываюсь, на нервной почве. В последний раз — из-за того, что поругался с женой».* Реальная ситуация такова, что жена пригрозила подать на развод, если клиент не бросит пить. Переживая по этому поводу, клиент вместо того, чтобы решать проблему своего злоупотребления, принялся «заливать пожар керосином».

3. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на его уклонение от обсуждения некоторых проблем. Например, консультант высказывает клиенту удивление: *«Мы уже дважды встречались, но Вы ничего не говорите о сексуальной жизни, хотя во время первой встречи выделили ее как свою важнейшую проблему. Всякий раз, когда мы приближаемся к основной теме, Вы уходите в сторону. Я раздумываю, что бы это могло означать».*

Конфронтация является сложной техникой, требующей от консультанта утонченности и опытности. Она часто воспринимается как обвинение, поэтому применима лишь при достаточном взаимном доверии, когда клиент чувствует, что консультант понимает его и заботится о нем, поэтому:

1. Конфронтацию нельзя использовать как наказание клиента за неприемлемое поведение. Это не средство выражения консультантом враждебности.

2. Конфронтация не предназначена для разрушения механизмов психологической защиты клиентов. Ее назначение — помочь клиентам распознать способы, которыми они защищаются от осознания реальности. Стиль психологической защиты многое говорит о личности клиента, и здесь важнее понимание, а не разрушение, которое раздражает клиента и вызывает его сопротивление. Перед использованием техники конфронтации важно разобраться в защитных механизмах клиента и спросить себя:

- как глубоко укоренились и насколько долго действуют эти механизмы?
- какие мотивы личности скрываются за психологической защитой?
- насколько защитные механизмы необходимы человеку для успешного приспособления к повседневности?
- что произошло бы без механизмов психологической защиты?

3. Конфронтацию нельзя использовать для удовлетворения потребностей или самовыражения консультанта. Консультирование не та ситуация, где консультант должен демонстрировать свою мудрость и силу в целях самовозвеличивания. Задача консультанта не победить

клиента, а понять его и оказать помощь. Неправильное применение техники конфронтации часто свидетельствует о том, что в процессе консультирования специалист решает личные проблемы.

Конфронтация с клиентом ни в коем случае не должна быть агрессивной и категоричной. Желательно чаще использовать фразы: «*мне кажется*», «*пожалуйста, попробуйте объяснить*», «*если я не ошибаюсь*», которые выражают определенные сомнения консультанта и смягчают тон конфронтации.

Чувства консультанта и самораскрытие. Консультирование требует не только опыта, прозорливости, но и эмоциональной вовлеченности в процесс. Тем не менее, очень важно, чтобы эмоциональное участие было уместным и служило интересам клиента, а не самого консультанта. Желанию полнее понять проблемы клиента не должна сопутствовать утрата объективности. Посредством выражения своих чувств консультант раскрывается перед клиентом. Раскрыться — значит показать свое эмоциональное отношение к событиям и людям. Ранее в психологическом консультировании и психотерапии преобладала точка зрения, что консультант не должен раскрывать свою личность перед клиентом. Это обычно аргументировалось двумя соображениями. Во-первых, когда клиент слишком много знает о консультанте, он значительно меньше проецирует, фантазирует и т. п., а консультант теряет важный источник информации о клиенте. Второй аргумент состоит в том, что откровенность подразумевает разделение своих проблем с клиентами, что антитерапевтично. Откровенность консультанта может увеличить тревогу клиента и недоверие к консультанту. Конечно, в приведенных аргументах содержится доля правды. Тем не менее, представители экзистенциально-гуманистической ориентации трактуют откровенность консультанта как важный аспект современного консультирования и психотерапии, помогающей сложиться искренним отношениям между консультантом и клиентом. Спускаясь с высокого пьедестала анонимности, консультант придает смелости клиентам в раскрытии значимых событий и увеличивает взаимное доверие. Откровенность клиентов часто зависит от обоюдности, т. е. от степени эмоционального участия специалиста в консультировании. Jourgard пишет: «Мы обнаруживаем положительную корреляцию, когда изучаем обоюдную откровенность в общении» [35]. Иначе говоря, откровенность вызывает откровенность. Например, консультант может получить ценную информацию в ответ на свое признание: «Иногда, вот как сейчас, мне трудно выбрать, как реагировать на Ваши слова, чтобы это имело смысл для Вас; мне грустно и тревожно, что Вы постоянно спотыкаетесь и занимаетесь самоуничижением» и т. п.

Раскрываясь, консультант в любом случае должен быть искренним, спонтанным и эмоциональным. Рассказывая о своем опыте, лучше опираться на нынешнюю жизненную ситуацию, а не говорить о прошлом, не связанном с проблемой консультирования. Рассказ о своих переживаниях не должен отвлекать внимание от клиента. Техника самораскрытия используется лишь при наличии хорошего контакта с клиентами, и, как правило, на поздних стадиях консультирования.

Структурирование консультирования. Эта процедура проходит через весь процесс консультирования. Структурирование означает организацию отношений консультанта с клиентом, выделение отдельных этапов консультирования и оценку их результатов, а также предоставление клиенту информации о процессе консультирования. Закончив один этап, мы вместе с клиентом обсуждаем результаты, формулируем выводы. Необходимо убедиться, что оценки результатов данного этапа консультантом и клиентом совпадают.

Структурирование происходит в течение всего консультирования. Работа с клиентом осуществляется по принципу «шаг за шагом». Каждый новый этап начинается с оценки того, что достигнуто. Это способствует желанию клиента активно сотрудничать с консультантом, а также создает возможность в случае неудачи на отдельном этапе вновь вернуться к нему. Таким образом, суть структурирования — участие клиента в планировании процесса консультирования.

«Психолог не дает советов» — так гласит правило, похожее на логический парадокс. Ведь клиент, особенно если он впервые на приеме у психолога, приходит к нему именно за советом, такова бытовая логика. «Не дает советов, но помогает клиенту получить доступ к его (клиента) собственным ресурсам», — находчиво дополняют правило специалисты в области НЛП. Действительно, сторонние советы не только неэффективны, но бывают и просто вредными. Раздача советов только увеличивает зависимость клиента от консультанта и тем самым отдаляет от окончательных целей консультирования. Большинство личностных проблем не имеет простых решений. Идет ли речь о женитьбе, выборе работы или об отношении к алкоголю, тем более о вопросах нравственного порядка — принять однозначное решение здесь может только сам вопрошающий. Консультант может только помочь клиенту принять самостоятельное решение, опираясь на собственные намерения и подлинные чувства. Кроме того, люди часто просят совета, уже приняв решение. В этом случае любой противоречащий совет воспринимается как неправильный и вызывает сомнения в компетентности консультанта.

Когда клиент настойчиво спрашивает, как ему вести себя, правомерны встречные вопросы: «Что Вы сами об этом думаете?», «Какие

видите возможности для разрешения проблемы?», «Если я сейчас предложу ответ, что Вы будете делать со своими проблемами в будущем?», «Вы хотите, чтобы я принял на себя ответственность за Вас?» Когда консультант поощряет ответственное поведение клиента и помогает ему, клиент склонен самостоятельно решать свои проблемы.

Известно, что не бывает правил без исключений. Консультант обязан давать прямые советы, когда клиент не способен сделать выбор и представляет повышенную опасность для себя и окружающих. В случае сильного беспокойства и дезорганизации поведения конкретные советы помогают взять ситуацию под контроль. Наконец, клиенты нередко просят советов в вопросах, которые не являются проблемами личности. Предоставление помощи в таких проблемах зависит от дополнительных познаний, но это нельзя назвать консультированием.

Консультанту следует также иметь в виду, что проблема, которую заявил клиент в начале беседы, может оказаться не самой важной и вообще не той, из-за которой он обратился. Предложение клиенту однозначных решений нередко означает сведение сложностей его жизни к элементарным проблемам. К. Роджерс говорил, что консультант должен уважать не только клиента, но и сложности его жизни. Попытки решать проблемы вместо клиента свидетельствуют о неверии в него как человека, способного самостоятельно ответить на вопросы, поставленные жизнью.

Завершение консультирования. Прекращение консультативного контакта чаще всего происходит естественно, когда клиент начинает ясно осознавать свои проблемы и свободу выбора решений, или когда проблемы исчерпываются в ходе консультирования. Вопрос о прекращении консультативных встреч клиент и консультант решают вместе. Последняя встреча должна быть посвящена подведению итогов и установлению важнейших результатов терапии. Лучше, чтобы первым это сделал сам клиент. Только он способен сформулировать действительные результаты. Консультант должен помочь клиенту точнее и конкретнее обозначить изменения, которые произошли за период консультирования. Именно конкретность свидетельствует об осознанном принятии клиентом происшедших перемен.

Однако мнения клиента и консультанта о сроке окончания консультирования иногда не совпадают. Здесь возможны два варианта. В первом варианте консультанту кажется, что пора прекратить консультирование, но клиент чувствует себя не готовым к этому и хочет продолжать встречи. Единственным способом продлить консультирование становится тогда сохранение проблем или даже возникновение новых затруднений. Поэтому консультанту важно разобраться в причинах и степени желания клиента продолжать консультирование. Как

правило, все объясняется зависимостью клиента от консультанта, а нередко и эффектом переноса. Не выяснив до конца мотивы настойчивости клиента, нельзя прерывать консультирование.

Во втором варианте к окончанию консультирования стремится клиент, хотя, по мнению консультанта, необходимые результаты еще не достигнуты. Консультант опять же должен разобраться в действительных причинах побуждений клиента и разъяснить ему возможные последствия несвоевременного окончания консультирования. Нередко причина желания клиента поскорее прекратить консультирование состоит в неудовлетворенности консультативным контактом. Другая причина заключается в расхождении поставленных клиентом и консультантом целей: клиент добивается краткосрочных, ближайших целей (решения конкретной проблемы, ослабления симптома и т. п.), а консультант — долгосрочных, перспективных целей. Разумеется, приоритет отдается целям клиента. Во всяком случае, консультант не может заставить клиента продолжать консультирование против его воли.

Порой возникает вопрос о необходимости встреч с клиентом по окончании консультирования. Нужно оставить возможность клиенту обращаться к консультанту в случае надобности, при возникновении новых проблем, но с другой стороны, не стоит поощрять такие обращения. Если консультирование было эффективным, у клиента не должно возникнуть потребности в новых встречах.

Оценка результатов консультирования. Одно из важных этических требований, предъявляемых консультанту, — это осознание истинных результатов своей работы и эффективности применяемых в консультировании методов. Какое позитивное воздействие оказало на клиента психологическое консультирование? На этот, казалось бы, простой вопрос ответить нелегко. Как отмечает Corey [45], существует несколько трудностей. Во-первых, консультанты в силу личностных особенностей исходят в своей работе из разных предпосылок и используют различные методы для достижения целей консультирования, поэтому почти невозможно хоть сколько-нибудь объективно оценить эффективность результата. Во-вторых, результаты в значительной степени зависят от клиентов, и если их активность во время консультирования деструктивна, если они не соблюдают требования консультанта или вообще отказываются принимать на себя ответственность за решение своих проблем, то последствия будут отрицательны независимо от усилий консультанта. Наконец, в-третьих, на результаты консультирования оказывают влияние неопределенные факторы окружения. Например, весь эффект консультирования может быть нейтрализован неконтролируемыми воздействиями членов семьи клиента. Очень

трудно конкретно оценить реализацию таких целей, как усиление самовыражения, повышение самооценки, перестройка структуры самости. Наконец, большинство консультантов собственно оценку результатов рассматривают как процедуру, угрожающую их профессиональному достоинству, и часто предпочитают иллюзорную жизнь действительности. С другой стороны, знание истинных результатов своей работы способствует профессиональному росту.

Для оценки результатов консультирования конкретного клиента можно использовать ряд критериев:

- социальная приспособленность;
- личностные особенности;
- профессиональная приспособленность;
- успешность учебы.

Критерий социальной приспособленности широко используется, поскольку большинство клиентов и обращаются к консультанту из-за возникших трудностей в социальном приспособлении, как правило, по причине внутренних конфликтов личности. Улучшение социального приспособления способен оценить сам клиент, но к оценке можно привлечь друзей клиента, членов семьи, учителей (если мы консультируем ребенка). Личностные критерии охватывают изменение самооценки и множество других параметров, обычно измеряемых тестами. Профессиональная приспособленность включает профессиональные достижения, удовлетворенность работой и т. п. Критерии учебной деятельности используются в консультировании учащихся и отражают динамику успеваемости.

Обычно основным источником информации об эффективности консультирования является сам клиент, представляемая им оценка своего состояния. Такая оценка имеет определенные ограничения, но все же объективнее всего отражает истинное положение. Важно, чтобы оценка результатов самим клиентом была достаточно конкретна. Вообще говоря, завершение консультирования и сводится к обсуждению и согласованию оценок достигнутого эффекта, представленных клиентом и консультантом.

9.3. Консультирование клиентов с химической зависимостью

Как уже было сказано, аддиктивность всегда проявляется нарушением социальных отношений. Чем сильнее выражена зависимость, тем ярче проявления социальной дезадаптации. Асоциальность и сама по себе может стать причиной развития химической аддикции

у «психопатической» или «социопатической» личности. Социопаты плохо социализованы, они живут во имя удовлетворения своих инстинктивных потребностей, не обращая внимания на нормы морали, требования общества, склонны постоянно нарушать правила и законы общежития, не считаясь с возможным наказанием. Хотя признаки асоциального поведения могут проявиться задолго до отроческих лет, именно в юности асоциальность особенно заметна и выражается в агрессивности, беспорядочном сексуальном поведении, в склонности к употреблению алкоголя и наркотиков.

Асоциальная личность смотрит на других людей как на источник опасности или наслаждения, она переживает собственные побуждения как неотложные и неумолимые, откладывание реализации которых или замена чем-либо другим невыносимы. Удовлетворение побуждений ведет к состоянию пресыщения, но не к переживанию счастья и самоуважения. Асоциальная личность ориентирована на сиюминутное удовольствие. Она может украсть потому, что в данный момент не имеет с собой денег или просто не хочет утруждать себя получением желаемого законным способом. От асоциальных действий не удерживает и угроза наказания. Импульсивности в удовлетворении потребностей сопутствуют приступы агрессивности в ситуациях фрустрации. Из-за отсутствия эмпатии, их агрессивным реакциям свойственны жестокость, даже садизм. Асоциальные индивиды могут только брать от других, но ничем не хотят жертвовать, и это порождает семейные неурядицы. Асоциальная личность нередко паразитирует на окружающих, используя свою способность манипулировать ими. В силу перечисленных причин консультанту трудно проявлять эмпатию к таким клиентам, а недостаток искренности в отношениях препятствует получению пользы от консультирования. Асоциальные личности редко попадают к консультанту по собственному желанию. Обычно их направляет школа или другие организации, поэтому консультанту сначала следует выяснить причины прихода клиента на консультирование. Устанавливать контакт с асоциальными клиентами очень трудно, потому что они привносят свой повседневный стиль жизни и общения в консультирование. С самого начала консультирования такие клиенты имеют склонность обманывать консультантов, особенно неопытных, своей мнимой доброжелательностью, умением подольститься. Консультант в стремлении помочь может перестараться и сделаться объектом манипуляции клиента. В этом смысле для неопытного консультанта асоциальная личность представляет опасность. По мнению Coleman [45], асоциальная личность имеет склонность избегать ответственности за неприемлемое поведение за счет рационализации и перекладывать вину на других (проекция). Продолжительное общение с таким человеком

всегда вызывает неудовлетворенность, напряжение и раздражение. При работе с асоциальными клиентами консультанту очень важно в любой момент идентифицировать свои чувства и полагаться на них, потому что это единственное средство избежать манипуляций со стороны клиента и выполнять работу, не обращая внимания на большие трудности.

Консультирование при алкогольной аддикции. Поскольку спиртные напитки действительно помогают временно уменьшать эмоциональное напряжение, употребление алкоголя может стать привычным средством снятия стрессов. По мере развития зависимости новые проблемы оказываются значительно серьезнее тех, ради избавления от которых потребовался алкоголь. Выбор способов конкретной помощи алкоголику зависит от осведомленности консультанта в проблеме алкоголизма, от его взгляда на этиологию алкоголизма и личность алкоголика.

Алкогольная потребность становится патологической только тогда, когда в обычных условиях человек не может ее подавить собственными усилиями, и она становится навязчивой или компульсивной. В связи с интенсификацией пьянства возникает внутриличностный конфликт, который приводит к актуализации «психологической защиты» («отрицание», «рационализация», «вытеснение» и т. д.). Самой распространенной ПЗ при наличии алкогольной проблематики является «алкогольная анозогнозия» (игнорирование и отрицание реальных алкогольных проблем).

Консультанты, которые видят причины алкогольной аддикции в стремлении человека убежать от трудной и болезненной реальности, направляют свои усилия на раскрытие реальных проблем, избегаемых клиентом. И большинство алкоголиков охотно говорят о своих трудностях — тяжелом, бездомном детстве и отрочестве, неудавшемся браке, проблемах на работе и т. п. Это нередко вызывает сочувствие. Большинство алкоголиков имеют низкий уровень самооценки, вплоть до самоуничтожения. Чрезмерное злоупотребление алкоголем часто отражает ненависть к себе и стремление к саморазрушению, но в той мере, в какой алкоголик остается человеком, он достоин уважения, как любое человеческое существо. Для успешного консультирования необходимо за отталкивающим и деструктивным поведением алкоголика все же увидеть лицо человека. Консультанту необходимо обратить внимание на сексуальную сферу алкоголика. Больным алкоголизмом присущи страхи по поводу половой потенции вообще полноценности своей половой жизни. Раскрыть перед консультантом содержание своего внутреннего мира алкоголику нелегко. Опасаясь, что его страхи, тайны половой жизни станут доступны постороннему человеку, клиент может почувствовать себя униженным, даже оскорбленным, что может вызвать с его стороны агрессивную реакцию.

Как ни парадоксально, но сходным образом алкоголик воспринимает и поверхностный подход консультанта, попытку избежать обсуждения острых вопросов, отказ от проникновения в его внутренний мир. Консультант по существу оказывается в безвыходном положении — что бы он ни делал, все заканчивается одним результатом — возвращением клиента к алкоголю. Это ранит профессиональное самолюбие и является одной из главных причин, почему многие консультанты и психотерапевты отказываются помогать алкоголикам.

Берясь за работу с алкоголиком, консультант должен учитывать принцип: консультирование может происходить только при условии, что клиент уже некоторое время (хотя бы неделю-другую) воздерживается от алкоголя. Пьющему клиенту помочь невозможно, поскольку он думает, что может контролировать как свое пьянство, так и жизнь вообще, хотя в действительности это уже не так.

Э. Берн [9] отмечал, что алкоголик всегда готов ускользнуть от влияния психотерапевта, «сорваться», поскольку психологически потребление алкоголя для него большая ценность, чем здоровье. Поэтому в начале психотерапевтического вмешательства практикуется «заключение договора о лечении» между врачом и пациентом. Таким образом врач избегает опасности стать партнером пациента в его специфической игре, называемой в транзактном анализе «Алкоголик».

Сценарий этой игры предполагает следующее распределение ролей: «Алкоголик» (главная роль), «Преследователь» (обычно жена), «Спаситель» (чаще всего лицо своего пола, иногда врач, выступающий с репризой «я только пытаюсь Вам помочь...»), но подсознательно желающий доказать самому себе, что все люди неблагодарны), «Покровитель, или Болванчик» (часто это мать алкоголика, но может быть и официант); «Поставщик, или Подстрекатель» (лицо, заинтересованное в сбыте). Для игрока в «Алкоголик» выпивка лишь попутное удовольствие, кульминация игры — похмелье. Психологический выигрыш — страдание, наказание, а, следовательно, и прощение. Разновидности этой игры: «Пьяный и гордый» (я-то завтра просплюсь, а вот вы-то все...); «Пьяница» (я — жалкий человек, никто меня не любит, потому пью...); «Пропойца» (вариант суицидального поведения).

Консультирование при наркозависимости. При работе с наркозависимыми нередко возникает чувство безнадежности, поскольку кажется, что вложенные усилия бесполезны. Консультант должен четко понимать, что он может лишь помочь зависимому стремиться к трезвости, но не способен заставить его быть трезвым. Понимая действительность, консультант должен установить допустимые пределы проступков клиента и условия, при соблюдении которых возможно консультирование.

Если условия не будут приняты, консультирование необходимо прекратить, но все же оставить открытой дверь для возвращения клиента.

В работе с наркозависимым клиентом консультанту лучше придерживаться объективной, нейтральной по тону позиции, избегая как излишней морализации (осуждения), так и мягкосердечной эмпатии. В последнем случае консультант очень легко можно стать жертвой манипуляций клиента, поскольку наркозависимые отличаются умением вызывать сочувствие, и всегда готовы вовлечь в свою игру очередного «доктора», соблазнив его ролью «спасителя» (см. сценарий транзактной игры «Алкоголик»).

Мотивационное интервью. Применение техник мотивационного интервью при обсуждении с аддиктивным клиентом его проблем можно рассматривать и как альтернативу классическим техникам консультирования, и как дополнение к ним же. Все зависит от конкретных обстоятельств и конкретной личности аддикта.

Основой техники мотивационного интервью при обсуждении с клиентом его аддиктивного поведения является эмпатический стиль. Мотивационное интервью — это неконфронтационный способ ведения беседы, предполагающий передачу информации в форме, снижающей сопротивление клиента. Консультанты часто озабочены сопротивлением клиентов при обсуждении проблемы зависимости. Сопротивление же вызвано угрозой социальной стигматизации, опасением получить ярлык «алкоголик» или «наркоман». Содержание и стиль общения консультанта оказывают сильное воздействие на мотивацию пациента к изменению аддиктивного поведения.

Исследования в области алкоголизма показывают, что применение мотивационного интервью по сравнению с традиционным конфронтационным подходом приводит к следующим результатам: а) меньшему сопротивлению; б) большему согласию с рекомендациями врача; в) более редкому преждевременному прекращению лечения; г) меньшему пропуску сессий пациентом; д) большей продолжительности периода ремиссии. Ранние исследования мотивационного интервью были сосредоточены только на злоупотреблении алкоголем, в настоящее время показана эффективность его применения в работе с другими зависимостями (наркомании, азартные игры).

Основные принципы мотивационного интервью:

- рекомендуется:

1) проявлять эмпатию и поддержку: *«Похоже, Вы раздражены тем, как окружающие реагируют на ваши взаимоотношения с алкоголем»;*

2) задавать открытые вопросы: *«Опишите, что хорошего приносит Вам употребление алкоголя и что в нем плохого?»;*

3) отражать состояние клиента в диалоге: *«Похоже, что Вы не очень довольны тем, что Вас направили в нашу клинику»;*

4) строить фразы в нейтральном ключе, чтобы избежать сопротивления и мотивировать клиента к изменениям: *«Расскажите мне о Вашем стиле употребления алкоголя»*, или: *«Складывается впечатление, что Вы не всегда можете контролировать свое потребление?»*, или: *«Как изменились Ваши отношения с близкими и на работе за последний год?»;*

5) развивать чувство когнитивного диссонанса: *«Если Вы будете продолжать употреблять алкоголь так же, как в этом году, как Вы думаете сложится Ваша жизнь через 2–3 года?»;*

6) усиливать диссонанс в неконфронтационном стиле: *«Вы не рассматриваете свое употребление алкоголя как проблему, но готовы подумать о возможности уменьшить потребление, если это может повлиять на Ваше здоровье»;*

7) поддерживайте поведение с правильной мотивацией: *«Несмотря на досадный срыв на прошлой неделе, Вы все-таки сумели продержаться дольше обычного. Как Вам это удалось?»* (Предоставление клиенту возможности озвучить перемены усиливает его ощущение собственной значимости и способности к изменениям).

- не рекомендуется:

1) Осуждать: *«Кажется, Вы недостаточно серьезно относитесь к своим выпивкам»;*

2) Задавать закрытые вопросы (предполагающие ответы «да» или «нет»): *«Есть ли у Вас проблемы с употреблением алкоголя?»;*

3) Применять ярлыки: *«То, как Вы пьете, показывает, что Вы — алкоголик»;*

4) Вступать в конфронтацию, морализировать или «читать нотации»: *«У Вас есть серьезная проблема с алкоголем, которую Вы почему-то отрицаете»;*

5) Угрожать: *«Если не прекратите свое пьянство, окончательно погубите свою жизнь».*

9.4. Специфика консультирования подростков

Большинство подростков-потребителей алкоголя или наркотиков можно отнести к категориям «экспериментаторов» и «балующихся». Они редко попадают в поле зрения специалистов-наркологов, за исключением экстренных случаев (острое опьянение, несчастный случай).

В качестве причин употребления алкоголя (как и других психоактивных средств) сами подростки часто приводят: облегчение общения с друзьями; снижение напряженности и тревоги, особенно при общении с противоположным полом; уменьшение скуки. Первоначальный прием наркотиков в большинстве случаев носит психологически понятный характер. Многие начинающие действительно ищут избавления от чувства беспокойства, усталости, душевной пустоты и скуки, которые могут возникнуть у любого человека в силу тех или иных жизненных обстоятельств, но особенно характерны для старшего подросткового возраста. Для подростка, попробовавшего алкоголь или наркотики в качестве эксперимента, может оказаться достаточным серьезное обсуждение последствий продолжения употребления.

Существуют значительные различия между подростками и взрослыми по отношению к алкоголю и наркотикам: в поведении, в глубинных мотивах и в самом характере проблематики. Например, употребление наркотиков и алкоголя для подростка может быть средством включения в группу сверстников, способом установить автономию, отделиться от родительской семьи, средством разрешения тревоги, связанной с трудностями переходного возраста и т. п. Подростки «группы высокого риска» представляют собой неоднородную группу и различаются по возможным последствиям употребления наркотика; по контексту, в котором происходит употребление, по индивидуальным факторам риска (которые могут как облегчать процесс лечения и коррекции, так и затруднять) и т. п. Консультирование наркозависимых подростков, как правило, должно дополняться консультированием семьи наркозависимого. Наркомания несовершеннолетних является своего рода индикатором кризисных процессов, которые происходят в семье.

Семейное консультирование — это система психологических воздействий на семью как на живую открытую систему с целью оптимизации ее функционирования. Необходимость такого рода работы с семьей наркозависимого обусловлена следующими причинами:

- сам симптом рассматривается как показатель наличия проблемы у всей семьи;
- наркозависимый подросток выполняет определенную функцию внутри семьи;
- борьбе аддикта с наркотической зависимостью часто мешает реакция членов семьи.

Психологическая коррекция установок на свободный от наркотиков, а также от созависимости образ жизни необходима не только самим наркозависимым, но и членам их семей. Семейное консультирование направлено на паттерны семейного взаимодействия и коммуникации

между родителями и аддиктом. Проблема часто заключается не только в аддикции, но и в разобщенности внутрисемейных отношений, поэтому необходимы изменения в функционировании семьи.

Процедура оценки алко- и наркопроблематики подростка должна начинаться с краткого интервью с подростком и его родителями относительно их понимания проблемы, процесса и динамики ее развития, причин возникновения. Важно сосредоточиться на проблемах, которые имеются у подростка в связи с употреблением алкоголя и/или наркотиков, не настаивая на точности информации о количестве и частоте употребления. Если описание проблематики родителями и подростком не совпадают или противоречат, следует, не склоняясь к одной из версий, просто констатировать сам факт расхождения. По результатам оценки следует составить резюме, которое должно включать: оценку уровня готовности подростка и его родителей к положительным изменениям; оценку степени риска в связи с выявленной проблематикой [69].

При консультировании аддиктивных подростков необходимо учитывать особенности их психологической сферы: трудности в установлении контактов, тревожность, раздражительность, агрессивность, повышенную чувствительность, асоциальные наклонности, негативный опыт проблемно-разрешающего поведения. Некоторые специалисты рекомендуют в консультативной работе с наркозависимыми подростками придерживаться следующих принципов:

1. Чем более глубокими являются психические и психологические нарушения у наркозависимых, тем более простыми должны быть применяемые психологические приемы.

2. По сравнению с консультированием взрослых в психотерапии подростков должен применяться более директивный подход [55].

Оказываемая подростку помощь должна быть направлена на предотвращение рецидивов, на создание нового образа поведения и новых навыков, на повышение самооценки. Консультант (совместно с родителями и ближним окружением подростка) помогает ему лучше осознать свою личную систему ценностей и систему ценностей семьи и общества; консультант анализирует и корректирует особенности общения в семье, с целью повысить эффективность воздействия на подростка и его семью. По возможности следует задействовать также ресурсы общества и ближайшего окружения семьи.

Специалисты считают, что консультирование ребенка в возрасте до 15 лет бессмысленно: он еще не может отвечать за себя и быть продуктивной личностью. Более того, сама личность еще не сформирована, а, следовательно, к детям применима не консультативная, а психотерапевтическая или психокоррекционная помощь [83].

ГЛАВА 10. ПСИХОКОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ располагаются в континууме: аддиктивное поведение (переходная стадия наркомании у подростков) — употребление с вредными последствиями — злоупотребление ПАВ — зависимость [59]. Соответственно уровню развития зависимости, т. е. деградации личности и ее социальной адекватности, эффективность методов психокоррекции снижается, а ее формы видоизменяются. Вместе с тем определения понятия «психологическая коррекция» разнообразны, неоднозначны и, порой, противоречивы.

Словарь практического психолога [112] дает такое определение: «Коррекция психологическая (психокоррекция) — понимается как деятельность по исправлению (корректировке) тех особенностей психического развития, кои по принятой системе критериев не соответствуют «оптимальной» модели. Сюда же можно отнести и психотерапию».

Учебное пособие по психологическому консультированию [83]: «Психологическая коррекция — организованное воздействие на клиента с целью изменения показателей его активности в соответствии с возрастной нормой психического развития».

Психотерапевтическая энциклопедия [59]: «Психологическая коррекция — направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида». Статья в энциклопедии отмечает, что термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 70-х гг. как способ обойти препятствия на пути легализации психологов, когда их, едва ли не ведущая, роль в психотерапевтической (лечебной) практике стала очевидной. «Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили преимущественно теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время за счет базового психологического образования более подготовлены

к такого рода деятельности, в частности в области групповой психотерапии» [59].

На практике, то есть в практической работе психолога с клиентом, термины «консультирование», «психокоррекция», «психотерапия», а также «модификация», «вмешательство» (психологическая интервенция) зачастую используются как синонимы, и одно часто переходит в другое — легко и незаметно.

Современная тенденция, согласно цитируемой «Психотерапевтической энциклопедии», состоит в стирании границ между психотерапией и психологической коррекцией. Тем не менее, поскольку существует терминологическая путаница, авторы статьи в энциклопедии рекомендуют различать близкородственные понятия с позиций транзактного анализа. В этом смысле можно понимать так, что «психологическое консультирование» проводится психологом в позиции «Ребенок — Ребенок», психотерапия — «Родитель — Ребенок», а психокоррекция — в позиции «Взрослый — Взрослый».

Если психологическое консультирование делает акцент на межличностных отношениях консультанта и клиента, либо на отношениях консультанта и группы, то психологическая коррекция ставит перед собой более конкретные цели: исправления, приведения к норме отклонившихся характеристик поведения и личности. Разумеется, такое строго направленное вмешательство не всегда возможно, во-первых, ввиду неоднозначности самого понятия «нормы», во-вторых — за отсутствием однозначных методов, точно реализующих заданные цели. Как иногда принято говорить, «некоторые психотехнологии в некоторых случаях помогают некоторым клиентам достичь некоторых успехов».

Несколько упрощая, в процессе консультирования основная работа сводится к пониманию актуальной проблематики клиента (или группы), установлению доверительных межличностных отношений; совместному поиску ресурсов клиента (внутренних и внешних), которые клиент сможет самостоятельно использовать для решения собственных проблем. В процессе психокоррекции психолог с помощью специальных методов (тестов) идентифицирует характер и степень отклонений психологических параметров клиента от «оптимума», от некоторой «нормы» и предлагает конкретные пути достижения нужного результата. Основные методы и техники психокоррекции определяются тем набором психотехнологий, которыми владеет психолог, и теми теоретическими концепциями, которые он исповедует.

10.1. Этап оценивания проблемы клиента

Оценка личностных проблем, а также перспектив психокоррекции аддикта должна быть многомерной. Она включает исследование поведения клиента, его личности, а также социальных факторов. На стадии оценки важно понять уровень готовности клиента к работе и к достижению позитивного результата. При этом учитываются:

- типы ситуаций, настроений, поведения, сопряженных с наибольшим риском рецидива;
- слабые и сильные стороны индивидуальных и социальных ресурсов клиента;
- уровень готовности к изменению.

Оценка, например, ситуаций, сопряженных с риском, позволяет совместно с клиентом разработать программу коррекции, специфичную именно для его проблематики.

Для оценивания используются соответствующие инструменты, включающие шкалы, опросники, скрининговые методики. В США, например, разработаны и приняты стандартные шкалы — «алкогольной зависимости», «стадий готовности к изменению и желанию лечиться», «анкета ситуационной уверенности». Довольно просты, но удобны в обращении всякого рода стандартизованные «перечни»: «Перечень последствий употребления алкоголя», «Перечень ситуаций употребления алкоголя», «Перечень параметров настроения», «Перечень ответных реакций на решение проблемы» и т. п.

10.1.1. Личностно-психологические факторы и мотивы злоупотребления ПАВ

Негативные личные качества (лживость, манипулятивность, склонность винить во всем других, безответственность, низкая самооценка либо преувеличение своих достоинств и т. д.) могут провоцировать аддикцию или быть ее продуктом. Наибольшим рискам всякого рода социальных отклонений и, соответственно, риску химической аддикции подвержена так называемая *аструктурная личность* — человек с малодифференцированной структурой потребностей, с отсутствием выраженных интересов в сфере культуры, не имеющий осознанной потребности в социально-позитивной самоактуализации. В силу того, что этот тип личности, как правило, экстернализован (внешний локус контроля), эффективной профилактикой против злоупотребления здесь является социальный контроль: общественная нетерпимость

к алкогольным эксцессам и отклоняющемуся поведению. Замечено, что «хорошее воспитание», внутренняя культура почти исключают антисоциальное поведение в состоянии опьянения. С другой стороны, специалисты отмечают, что у аддиктов еще в детстве отмечаются трудности в усвоении социальных ролей, зачастую это выражается в асоциальной и даже антисоциальной направленности поведения.

Вместе с тем не выявлено специфических когнитивных нарушений у лиц группы риска и на ранних стадиях зависимости. Не все исследователи согласны и с тем, что на основе существующих данных о корреляции между самооценкой и употреблением ПАВ можно сделать однозначный вывод о том, что низкая самооценка является одним из наиболее существенных факторов наркомании [68].

Более наглядны поведенческие особенности, связанные с темпераментом: с риском злоупотребления алкоголя и психоактивных веществ положительно связаны детская гиперактивность и синдром дефицита внимания. В числе наследуемых свойств темперамента, повышающих степень риска, называют также уровень поведенческой активности, общительность, эмоциональность и правдивость [69]. Людям, чьи личностные свойства близки к популяционной норме, легче сохранять контроль над своим поведением, в том числе в отношении потребления психоактивных веществ.

Выделяют четыре группы факторов, способствующих развитию отклоняющегося поведения в целом и алкоголизации/наркотизации в частности [55]:

1. *Нравственная незрелость личности*: отрицательное отношение к обучению, отсутствие социально одобряемой активности и социально значимых установок; узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов; неопределенность в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установки на трудовую деятельность, дефицит мотивации достижений; уход от ответственных ситуаций и решений; утрата «перспективы жизни», видения путей развития своей личности; терпимость к пьянству, наркотикам.

2. *Нарушенная социальная микросреда*: неполная семья; сильная занятость родителей; отсутствие братьев и сестер; искаженные семейные отношения, приводящие к неправильному освоению социальных ролей, неправильное воспитание; раннее (12–13 лет) начало самостоятельной жизни и преждевременное освобождение от опеки родителей; легкий и неконтролируемый доступ к деньгам и непонимание того, как они достаются; алкоголизм или наркомания у кого-либо из близких родственников или близких людей; низкий образовательный уровень родителей.

3. *Индивидуально-биологические особенности личности*: наследственная отягощенность в отношении психологических заболеваний и алкоголизма, тяжелые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем детстве; органические поражения мозга, умственное недоразвитие и психологический инфантилизм.

4. *Индивидуально-психологические особенности и нервно-психические аномалии личности*: низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, повышенная тревожность, импульсивность, склонность к рискованному поведению, недостаточная социальная адаптация, особенно в сложных условиях, акцентуации характера — преимущественно конформного, гипертимного, неустойчивого типов; неврозы и психопатии.

Аддиктивный эксперимент часто провоцируется подростковыми реакциями протеста, склонностью к бунту против родительского контроля и социальных норм, ограничивающих активность. Отмечается высокая степень нарциссизма и переход от преувеличения собственных достоинств к самоуничтожению; могут появляться садомазохистские интеракции. Непросто определить, что возникает сначала — актуальные деструктивные межличностные отношения и неустойчивая самооценка или аддиктивная практика. Чрезмерно пассивные молодые люди в особенности уязвимы к давлению со стороны сверстников. Аддикция может также быть следствием сильной потребности подростков в лидерстве среди сверстников, когда они не в состоянии приобрести статус лидера иным путем. Аддиктивное поведение становится в таком случае формой псевдолидерства. Высококонформная аддиктивная личность оказывается довольно тревожной, отягощенной чувством вины, эмоционально неустойчивой, неуверенной в своей Я-концепции и в то же время управляемой, послушной по отношению к своей группе и ее лидеру. Независимая личность уступает влиянию группы, когда оно представляется уместным, но сопротивляется неуместным или необоснованным попыткам оказать на нее влияние.

Средства массовой информации могут способствовать аддикции, рекламируя аддиктивную практику как способ достижения успеха или совладания с болью, конфликтами, напряжением, стрессом. Информационное пространство забито сообщениями о радостях беззаботного бытия, о счастье потребительского образа жизни, о настоятельной необходимости «жить на яркой стороне», то есть немедленно удовлетворять свои сиюминутные импульсы и желания.

Чтобы понимать и лечить аддикции, надо учитывать ее многофакторную этиологию, динамику и межличностные отношения. Нужно

исследовать аддиктивный процесс, описать и диагностировать его. Необходимо определить также специфические пусковые механизмы процесса. Процесс имеет биографическую историю, в которой могут происходить переключения с одной аддикции на другую или разные аддикции могут сосуществовать вместе [56].

10.1.2. Скрининговые и тестовые методики выявления риска аддикции

Скрининг (от англ. screening «просеивание») — общее название методов массовых специальных проверок. В медицине под скринингом понимают проведение простых и достаточно эффективных методик обследования населения с целью выявления групп риска развития той или иной патологии.

Понятие «нормы» потребления алкоголя очень трудно определить. «Среднестатистическая норма» дает слишком большой разброс индивидуальных значений. Понятие нормы как «целесообразного процесса адаптации» или как «состояния организма, при котором он способен полноценно выполнять свои функции» (функциональное определение) мало подходит к алкогольной проблеме и совсем не подходит к немедицинскому потреблению наркотиков.

Американская «стандартная порция спиртного» определена как 0,5 унции (~14 г.) чистого спирта, что эквивалентно: 0,34 л пива; либо стакану вина (~140 г.); либо ~42,5 г. виски либо водки [69]. «Диетическое руководство» (Питание и Здоровье), обновляемое каждые 5 лет, рекомендует американцу умеренное потребление (если человек вообще употребляет алкоголь), то есть не более 1 порции в день для женщин и людей старше 65 лет и не более 2 порций для мужчин до 65 лет. Чрезмерным считается употребление алкоголя, если разовая доза равна (для женщин) или превышает (для мужчин) 4 порции спиртного, поскольку возможны последствия — ДТП и прочие несчастные случаи. Зоной риска также считается:

- для мужчин: потребление более 14 порций спиртного в неделю (эквивалентно 0,6 л. водки);
- для женщин: более 7 порций спиртного в неделю (эквивалентно 0,3 л. водки);
- для пожилых: более 7 порций спиртного в неделю (или более 1 порции за один раз);
- для детей, подростков и беременных женщин — любое количество алкоголя является очевидным риском.

Стандартизованные интервью. В США скрининговое интервьюирование в практике психолого-социальной работы рассматривается как экспресс-метод определения уровня алкогольных проблем клиента [69]. Этот метод могут применять специалисты, не имеющие специального медицинского образования; он применим как в клинике, так и в социальной работе с обычными клиентами. Такого рода интервью представляет собой краткую, структурированную беседу. Оно обязательно включают в себя вопросы о количестве / частоте употребления алкоголя:

— *Вы употребляете алкоголь? Сколько дней в неделю (в среднем выражении)?*

— *Сколько порций в день?*

— *Каково Ваше максимальное потребление за один день в прошлом месяце?*

На достоверность ответов влияет степень алкоголезависимости клиента, наличие или отсутствие гарантий конфиденциальности и т. п. В отличие от универсальных и общеупотребимых психологических тестов стандартизованный экспресс-анализ оценивает только уровень алкогольной проблематики, как он воспринимается самим клиентом. К преимуществам стандартизации относят то, что она задает эталон для сравнения данных, поскольку такое интервью менее субъективно, чем традиционная беседа; стандартизация обеспечивают единство терминологии и эффективность взаимодействия специалистов [69].

В Приложении представлены четыре стандартных скрининг-опросника: CAGE, CRAFT (*скрининг аддиктивных проблем подростков*), TWEAK (*скрининг проблем злоупотребляющих женщин*) и AUDIT. По данным американских специалистов, обследование пациентов с помощью CAGE способно идентифицировать до 95 % больных алкоголизмом. Некоторые исследователи оценивают диагностическую ценность теста CAGE даже при одном положительном ответе на 62 % и считают его простым, чувствительным и специфичным средством для выявления злоупотребления алкоголем. [105]. Тест «The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)» [89] был разработан на основе кооперативного проекта ВОЗ с участием 6 стран как инструмент для выявления лиц, употребляющих вредное для здоровья количество алкоголя, а также связанных с этим проблем.

В литературе описано также структурированное диагностическое интервью для выявления алкоголизма, включающее 7 разделов: демографическая информация; история жизни с акцентом на антисоциальное поведение, что позволяет поставить диагноз антисоциальной личности; алкогольный анамнез; наркотический анамнез; семейная

отягощенность психическими расстройствами, алкоголизмом и наркоманиями; психиатрический анамнез. Надежность методики в пределах от 0,765 до 1,0.

Западные наркологи отдают предпочтение скрининговым методам, полагая, что психологические тесты избыточно трудоемки, а результат их применения слишком зависит от установки (агравация-диссимуляция) опрашиваемого.

Э.Е. Бехтелем [10] были систематизированы исследования по идентификации злостного пьянства с помощью Миннесотского многопрофильного опросника (ММРП). Еще в 50-х годах на его основе были разработаны 3 шкалы. Однако позже было выявлено, что эти шкалы в основном определяют дезадаптацию личности, а не выделяют больных алкоголизмом. ММРП и сегодня остается одним из наиболее распространенных методов исследования уровня риска; продолжается работа по совершенствованию шкал алкогольной и наркотической аддикции. Одной из модификаций ММРП является шкала SAP, представленная двумя типами опросников из 36 и 42 пунктов и позволяющая диагностировать синдром алкогольной зависимости в 85% случаев [105]. Как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях личности с помощью опросника ММРП отмечено, что по сравнению с контрольной группой (здоровые люди) у алкоголиков значительно выше показатели по шкале Pd (психопатия), а также по шкалам D (депрессия) и Pt (психастения). При этом некоторые авторы подчеркивают различия между алкоголиками и наркоманами как «совершенно разными личностными типами, у которых общим является только свойственное всем делинквентам повышение по шкале психопатии, но имеются безусловно значимые различия по шкалам коррекции (K), гипомании (Ma), показатели которых выше у наркоманов, и лжи (L), достоверности (F) и психастении (Pt), показатели которых выше у больных алкоголизмом» [49].

По-видимому, на ранних стадиях заболевания наиболее наглядны изменения в сфере мотивации.

В Приложении приведены несколько отечественных тестов для выявления риска алкогольной зависимости. В.Ю. Завьяловым разработана методика для диагностики мотивации потребления алкоголя, включающая 45 вопросов, объединенных в 9 мотивационных шкал (по 5 утверждений для каждой из 9-ти категорий мотивов), позволяющая косвенно судить также о степени алкоголизации личности. Опросник, разработанный К.К. Яхтиным и В.Д. Менделевичем, позволяет выявить группу лиц, которых можно отнести к систематически пьющим [105].

10.1.3. Социальные факторы и мотивы потребления ПАВ

Социальные аспекты наркоситуации изучаются посредством социологических методов. Наркоситуацию в вузах страны рассмотрим на примерах социологических исследований в Екатеринбурге и Санкт-Петербурге [94].

В исследовании 1999 года, проведенном в Екатеринбурге, была предпринята попытка осмыслить отношение студентов к распространению наркомании в их среде. На основе полученных данных были выделены основные типы (модели) поведения молодежи в отношении потребления наркотических веществ. Почти половина (46,7 %) имели тот или иной опыт употребления наркотиков. Основным типом отношения студентов к проблеме употребления наркотиков является «равнодушие». При этом исследователями была отмечена наметившаяся тенденция к большему распространению наркомании среди женщин, чем это было еще в недавнем прошлом. Среди «экспериментаторов» юношей и девушек оказалось практически поровну. В группе «любителей» и «наркоманов» соотношение полов 2М:1Ж. «Наметившаяся тенденция не только очевидна, — комментируют исследователи, — но и опасна: мужчины, будучи по своей природе экспериментаторами-первопроходцами, осваивают социальный опыт (в том числе и негативный), а женщины — закрепляют его (консервируют)». Вследствие этого данный опыт обретает более устойчивый и необратимый характер.

Опрос показал, что на первом месте среди популярных наркотиков — анаша (73 % ответов), на втором — героин (53 %), на третьем — ханка (ацетилованный опий; 30 %). Выявлен сложившийся стереотип отношения: «Ничего плохого в том, чтобы покурить травку, нет, это легкий наркотик, от него ничего серьезного не будет». Наркотический опыт растет от каждого курса к последующему на 2–3 % и стабилизируется на четвертом курсе, что можно объяснить завершением процесса личностного самоопределения, приобретением функций взрослого человека и более взвешенным отношением к собственным поступкам.

Исследование наркотизации студентов Санкт-Петербургского Государственного Университета было выполнено в декабре 2002 г. С целью обеспечения репрезентативности предварительно была создана модель квотной выборки объемом 400 человек, учитывающая следующие характеристики студентов: изучение гуманитарных или естественнонаучных дисциплин, пол и курс обучения. Опрос осуществлялся студентами-психологами в здании факультетов. Число пригодных для статистической обработки анкет составило 400. Мужчины

и женщины были представлены в выборке в равных долях, возраст 19–24 лет. Респонденты представляли студентов геологического, физического, философского и филологического факультетов, курсов с 1-го по 4-й, с равным представительством (по 25 % всех факультетов и всех курсов). Уровень материальной обеспеченности почти у 2/3 опрошенных таков, что «обеспечивает нормальную жизнь». У 1/20 материальное положение «бедственное», и 1/5 «с трудом сводит концы с концами». Только 1/7 считает себя «вполне обеспеченными людьми».

Среди всех опрошенных наркотические и/или токсические препараты не по назначению врача пробовали когда-либо в жизни 29 %. Значительно чаще это мужчины. По отдельным препаратам удельный вес пробовавших их студентов таков (от числа пробовавших хотя бы один раз в жизни, в порядке снижения их доли):

- каннабиолы («план», марихуана, анаша, гашиш) — 89 % (пробовавшие их значительно чаще проживают одни, причем это студенты младших курсов);
- стимуляторы (эфедрон, «джеф», «винт», «экстази», «скорость», амфетамин) — 33 %;
- ненаркотические анальгетики (трамал, парацетамол) — 30 %;
- галлюциногены (ЛСД, «грибы») — 28 %;
- атропиноподобные препараты (димедрол, астматол, циклодол) — 21 %;
- кокаин (включая «крэк») — 10 %;
- опиаты (опий-сырец, «кокнар», кодеин, морфин, промедол, героин) — 9 %.

Возраст, в котором произошла первая проба, для половины опрошенных составил 17–19 лет, и еще для 35 % — 14–16 лет. На актуальное, то есть в течение последних 30-и дней, употребление препаратов указали 22 % студентов.

Места, где употребляются препараты, распределились по частоте упоминания студентами-наркопотребителями следующим образом:

- в гостях у друзей, знакомых — 57 %;
- в местах отдыха (клубы, дискотеки) — 39 %;
- в учебном заведении — 32 %;
- в парке, парадной, то есть вне жилого помещения — 21 %;
- дома — 19 %.

Большинству студентов (54 % из числа никогда не пробовавших наркотики) хотя бы однажды предлагали их попробовать. Среди студентов, которым никто и никогда не предлагал попробовать наркотики, 77 % считают, что сразу бы отказались от такого предложения. Около 1/10 при принятии соответствующего решения ориентировались бы

на вид наркотика, и чуть больше — на ситуацию, в которой делалось бы подобное предложение, а также на свое эмоциональное состояние.

Из общего числа опрошенных студентов 85% воспринимают наркоманию, то есть сформировавшуюся зависимость от наркотика, как серьезную социальную угрозу, и только 9% — как индивидуальную угрозу для «слабых» людей. Риск систематического употребления наркотиков студенты осознают достаточно адекватно.

Социальные установки по отношению к наркопотребителям изучались посредством проективного вопроса: «Если бы ваш близкий друг (подруга) стали бы употреблять наркотики...» Более половины опрошенных стремились бы убедить его (ее) отказаться от наркотизации; еще 1/5 посоветовала бы обратиться за помощью к специалисту и более 1/10 не изменили бы своего к нему (к ней) отношения. Только 2% обрвали бы в этом случае все контакты с другом (подругой). Приведенные данные свидетельствуют о довольно высоком уровне толерантности студентов к наркопотребителям.

Проба опьяняющих препаратов студентами очень сильно связана с уровнем стресса в процессе учебной деятельности. Соответственно, возраст первой пробы тем меньше, чем выше стресс.

Понимание студентами жизненного успеха может быть представлено так: счастливая семейная жизнь (65%); реализация своих возможностей (56%); независимость (47%); деньги (33%); уважение окружающих (24%); дети (22%); известность, слава (9%); успех у противоположного пола (9%); высокая должность (9%); авторитет среди коллег (6%); уважаемая в обществе профессия (5%); владение какими-то вещами, имуществом (2%). К инициальному употреблению наркотических препаратов предрасполагает высокая для личности ценность денег при низкой ценности уважения со стороны окружающих и профессионального самоуважения.

Знакомство студентов с акциями антинаркотической пропаганды, в целом, очень низко, и колеблется от 1,0 до 1,7 по 3-х балльной шкале. Столь же низка и оценка способности подобных акций повлиять на отношение молодежи к наркотикам, которая колеблется от 1,9 до 2,7 по 4-х балльной шкале. Говоря о неэффективности антинаркотической пропаганды, авторы исследования объясняют это неверным определением наиболее адекватных видов и технических приемов пропаганды применительно к студенческой молодежи.

Несмотря на высокую потребность студентов в психологической помощи, обращаемость за ней мала, даже при относительно высокой доступности такой помощи в условиях Санкт-Петербурга. Подобная низкая обращаемость объясняется несформированностью установки

на обращение за профессиональной помощью. В этих условиях функции оказания психологической помощи студентам нередко берут на себя служители культов, в том числе и альтернативных признаваемым государством религиям [94].

10.2. Этап психолого-социального вмешательства

От этапа оценивания проблемы переходят к *вмешательству*. Психологическим вмешательством (или, в другой терминологии, психокоррекцией) можно считать только такие случаи, когда о своем беспокойстве или «проблеме» заявляет сам человек, вследствие чего он и называется клиентом. В большинстве случаев клиент — добровольный, принимающий самостоятельные решения участник процесса вмешательства, который обратился за помощью в разрешении возникших у него затруднений [56]. Практика показывает, что ни одна специфическая методика вмешательства не является универсальной, однако специалисты полагают: «Клиенты непременно найдут лечение приемлемым, если они должны уделить достаточно времени, сил, денег и желания для того, чтобы перенести все трудности и стрессовые нагрузки», которые ждут их на этом пути [69].

Несмотря на отсутствие единства в применяемых психотехнологиях, все подходы направлены на облегчение или разрешение проблем клиента и в целом могут быть реализованы посредством единого стратегического алгоритма, состоящего из нескольких последовательных шагов [56]:

1. *Определение текущего состояния клиента.* Этот шаг предполагает получение реалистической и детальной оценки того, какие симптомы, поведенческие реакции, социальные или средовые факторы наиболее точно характеризуют изложенную клиентом проблему. Проводящий вмешательство специалист помогает клиенту прояснить картину того, что вызывает у него озабоченность, используя данные непосредственного наблюдения или другие показатели, чтобы уточнить детали и проверить достоверность сообщаемых клиентом фактов. Специалист собирает всю доступную ему информацию об индивидуальных особенностях клиента, учет которых важен при подборе методов воздействия.

2. *Построение концепции потребного будущего.* После того как прояснено и описано текущее состояние клиента, дальнейшая деятельность сосредоточивается на построении концепции потребного будущего: гипотетических представлений о том, как могла бы сложиться

последующая жизнь клиента при условии разрешения его проблемы. Назначение этого шага — идентифицировать цели, которых должно достичь вмешательство, чтобы избавить клиента от выражаемой им озабоченности настоящим положением дел. Формулируя цели вмешательства, специалист опирается на устоявшиеся представления о нормальном или более желательном поведении (с поправкой на знание потребностей клиента и его способности к изменению). Нередко специалист по вмешательству вступает в сотрудничество с клиентом, обсуждая с ним промежуточные цели как необходимые условия решения проблемы. Как только концепция того, что представляется решением проблемы, сформирована, появляется образ результата, которого клиент с помощью процесса вмешательства и должен достичь.

3. *Определение того, что способствует сохранению проблемы.* На этом шаге определяется, что удерживает клиента от устранения несоответствия между текущим положением дел и желаемым образом будущей жизни. На этом шаге специалист идентифицирует причину расхождения «желаемого» и «действительного», ищет возможность воздействовать на причину адекватными стратегиями воздействия, подходящими для решения проблемы клиента.

4. *Определение и выбор методов воздействия.* После того как установлены причины проблемы и определены условия ее стойкости, диапазон возможных стратегий воздействия значительно сужается. В конечном счете, специалист отбирает один или несколько способов решения проблемы и даже может совместно с клиентом выбрать тот конкретный способ, в эффективность которого клиент верит больше всего.

5. *Стратегия вмешательства.* На этом шаге предпринимаются непосредственные действия по решению изложенной клиентом проблемы. При некоторых воздействиях для достижения желаемого изменения может потребоваться сотрудничество клиента и специалиста по вмешательству. Другие воздействия специалист может оказывать самостоятельно и незаметно для клиента через действия, предпринимаемые для информирования, инструктирования, подкрепления и оказания других форм поддержки клиента. Каким бы ни был баланс ответственности за осуществляемое воздействие, специалист оказывает прямое влияние на поведение клиента, используя его внутренние ресурсы, а также доступные факторы внешней среды.

6. *Мониторинг и оценка состояния клиента.* В процессе проведения любого из воздействий, включенных в стратегию вмешательства, специалист отслеживает реакцию клиента. Для обеспечения непрерывной обратной связи в отношении эффектов вмешательства специалист

может применять такие методы, как наблюдение, интервьюирование, опросники, тесты и т. п. Если воздействие было успешным, обратная связь это подтвердит, и процесс вмешательства в отношении заявленной проблемы можно прекратить. Если воздействие оказалось частично или полностью неэффективным, процесс может быть повторен специалистом в поисках новых исходных данных, позволяющих скорректировать воздействие.

Развитие аддиктивного процесса от первых проб начинающего «экспериментатора» до стадии формирования устойчивой клинически выраженной зависимости сопровождается закономерными изменениями в сфере потребностей личности, мотивации ее поведения и, наконец, в структуре ее ведущих жизненных ценностей. Если конструктивное развитие индивида и личности представить как восхождение по ступеням «пирамиды Маслоу», то деструктивному развитию (личностной деградации) аддикта будет соответствовать путь вниз: от потребностей более высокого уровня (эстетических, познавательных потребностей, потребностей в самоуважении, социальной значимости, привязанности) до низших уровней — потребности в безопасности и физиологического выживания. Соответственно, на вышестоящих уровнях иерархии методы психологического вмешательства будут направлены на коррекцию ценностных ориентаций личности, на фасилитацию личностного роста, на поддержание тенденции к самоактуализации и, уже как следствие, на профилактику аддиктивного поведения (употребление ПАВ, злоупотребление алкоголем и т. п.). На нижних уровнях, когда поведение аддикта определяется уже не ценностями роста, а потребностями химического гомеостаза, усвоенными поведенческими стереотипами алкогольного или наркогенного характера, психологическая коррекция будет направлена главным образом на угашение дезадаптивных стереотипов, на выработку адекватных стратегий совладания с патологическим влечением и, наконец, на профилактику возможных срывов и отказов.

Таким образом, задача психокоррекции лиц группы риска («повышенного риска») относится к области первичной и, отчасти, вторичной профилактики, и эта задача может быть решена психологическим вмешательством средствами личностно-ориентированной, экзистенциально-гуманистической, логотерапевтической и т. п. направленности. Задача психокоррекции аддиктивного поведения у лиц с клинически выраженными признаками зависимости решается в рамках реабилитационного процесса и осуществляется главным образом средствами когнитивно-поведенческой терапии в разных ее модификациях.

10.3. Методы индивидуальной психокоррекции аддиктивного поведения

Психокоррекционная работа с наркозависимыми клиентами в рамках реабилитационного процесса предполагает решение трех основных задач:

Первая задача состоит в преодолении отрицания зависимости от наркотиков, в преодолении «психологической защиты» клиента, направленной на оправдание своего образа жизни и своей зависимости.

Вторая задача — коррекция мотивации. Дело в том, что большинство клиентов, признав у себя наркозависимость, отказываются от прохождения реабилитационного курса в условиях предлагаемого режима, заявляя, что сами перестанут употреблять наркотики. Однако на практике самостоятельно осуществить это им не удается. Случаи спонтанных ремиссий (самостоятельного прекращения употребления наркотиков) редки.

Третья задача — убеждение клиента в том, что единственная возможность излечения — это полный отказ от употребления каких бы то ни было наркотиков навсегда, на всю жизнь. При этом клиента ориентируют на создание новых социальных отношений с новыми группами людей, не употребляющих наркотики, на перестройку в этом направлении своего поведения.

Формирование устойчивой установки наркозависимых клиентов на ремиссию (полное воздержание) понимается как стратегическая цель всего лечебно-реабилитационного процесса. Это трудоемкий и длительный процесс, который проводят в условиях стационара (больница, реабилитационный центр или община) на протяжении нескольких месяцев, в условиях строгого контроля поведения наркозависимого и массивного психолого-социального воздействия на его личность. После выписки из стационара поддерживающая психокоррекционная работа продолжается амбулаторно. В качестве *ресурсов преодоления проблемы зависимости* важно оценить потенциал клиента в следующих аспектах:

- жизненные навыки аддикта, способность решать свои проблемы, принимать на себя ответственность; его представление о жизненных ценностях;
- наличие здоровых альтернатив — виды деятельности, занятий, увлечений, не связанных с наркотиками или алкоголем;
- Информированность относительно ближайших и долгосрочных последствий употребления алкоголя и наркотиков.

В процессе психокоррекции ожидаемый клиентом результат нуждается в уточнении. Если клиент сформулировал свою цель так:

«Я хотел бы не пить, никогда не употреблять наркотики и т. п.», он сообщает нам негативный результат. Это означает, что он еще не думает о том, на что он потратит освободившуюся энергию и время. В поисках нового результата человек непроизвольно отталкивается от прошлого отрицательного результата и всеми силами стремится уйти от него. Это стремление можно условно обозначить как *движение от*. Как правило, этот вариант малоэффективен. Поскольку клиенту нужен позитивный результат, необходимо уточнить: Что будет тогда, когда вы перестанете пить? Чем займетесь, когда станете свободным от наркотика? Важно пробудить у клиента стремление *двигаться к* чему-либо позитивному. Например, улучшить взаимоотношения в семье, сохранить здоровье, материально обеспечить семью, развиваться как личность, изменить общественный статус и т. п. Размышляя о движении *от* и *к*, клиент невольно затрагивает вопрос о ценностях, которые он реализует, отказавшись от объекта своей зависимости, то есть о том, ради чего он существует. Человек вынужден задумываться и размышлять о смысле своей жизни, о человеческих ценностях. Идентифицируя ту глубинную ценность, ради которой он решил отказаться от ценностей ложных, клиент соприкасается с новыми, позитивными чувствами. На этой основе необходимо сформировать мощную мотивацию отказа. Поскольку у каждого человека свои ценностные приоритеты, необходимо двигаться от одного приоритета к другому, уточняя, что является для клиента более важной ценностью по сравнению с предыдущей.

10.3.1. Поведенческие методы психокоррекции

Среди всех теоретических и технологических подходов, используемых в психокоррекции аддикций, наиболее распространены и детально описаны практики поведенческой терапии.

Согласно Джозефу Вольпе [15], поведенческая терапия в целом оправдана лишь при тех синдромах, которые обязаны своим существованием научению — включая сюда же неадаптивные выученные привычки и наркотическую зависимость. Данные, полученные в экспериментах на животных, были перенесены Д. Вольпе на объяснение человеческого поведения, что позволило ему предложить в качестве коррекционного *метод систематической десенсибилизации*, основанный на механизме контробусловливания (угасания условных реакций). Другим источником поведенческой терапии стали работы Б. Скиннера по оперантному обусловливанию. Коррекция дезадаптивного поведения путем систематического формирования нового социально желаемого поведения

параллельно с угасанием девиантного поведения стала широко практиковаться при работе с детьми в школах, с больными в психиатрических больницах и исправительных учреждениях. Цели коррекции в поведенческой терапии формулируются либо как научение новым адаптивным формам поведения, либо как угасание, торможение имеющихся у субъекта дезадаптивных форм. А. Бандура выделяет четыре основные модели терапии в рамках поведенческого подхода: 1) подавление (вытеснение) дезадаптивной реакции; 2) актуализация (освобождение) подавленной адаптивной реакции; 3) фасилитация реакции, заторможенной негативными социальными санкциями; 4) приобретение адаптивной реакции. Первые три модели объединяет то, что конечная цель коррекции — требуемое адаптивное поведение — изначально содержится в поведенческом репертуаре субъекта в латентном виде. Задача коррекции сводится к подбору стимулов, способствующих переходу латентного поведения в актуальную форму. Четвертая модель принципиально отличается от предшествующих тем, что в ней задачи коррекции определяются как научение новым формам поведения.

Первая модель представлена аверсивной терапией — классическое обусловливание нежелательного поведения отрицательными стимулами, приводящее к устранению дезадаптивного поведения.

Вторая и третья модели включают такие широко известные техники, как метод систематической десенсибилизации и импловзивную терапию. Систематическая десенсибилизация осуществляется в три этапа: релаксационная тренировка, конструирование иерархии вызывающих тревожность стимулов и собственно десенсибилизация. На первом этапе ставится задача научить пациента переходить в состояние глубокой релаксации, несовместимой с тревожностью. На втором этапе терапевт в тесном сотрудничестве с клиентом решает задачу построения иерархии стимулов, ранжированных по степени близости к ключевому стимулу и, соответственно, интенсивности возрастания тревожности, и представляющую собой последовательность конкретных поведенческих ситуаций. Основным принципом построения такой иерархии является систематическое градуирование стимулов, вызывающих тревожность. На этапе собственно десенсибилизации терапевт организует чередование состояний релаксации и визуализации всех элементов иерархии, начиная с низшего. При малейшем возникновении тревожности визуализация прекращается и предъявляется ослабленная версия вызвавшего тревожность элемента. Если визуализация представлений и образов вызывает у клиента значительные трудности, то используется процедура систематической десенсибилизации «в натуре» — стимулы, вызывающие тревожность, предъявляются в виде реальных

физических объектов или ситуаций. Процедура десенсибилизации дополняется демонстрацией «правильных» образцов адаптивного поведения в тех или иных поведенческих ситуациях. При этом предусматривается определенная последовательность включения в «тревожащую» ситуацию: сначала клиент наблюдает за моделью адекватного поведения, затем включается в совместную с терапевтом деятельность и, наконец, пытается справиться с ситуацией самостоятельно при эмоциональной поддержке терапевта [12].

Имплозивная терапия — разновидность поведенческой терапии, основанной на гипотезе, что невротическое поведение, в особенности сильная тревога, формируется в результате вытеснения из сознания психотравмирующих переживаний, и что устойчивость тревоги становится возможной благодаря относительному успеху избегания. При лечении добиваются повышения тревоги пациента и поддержания ее на почти непереносимом для него уровне путем мысленного представления пациентом серии провоцирующих сцен, задаваемых терапевтом или самим пациентом с помощью терапевта, до тех пор, пока тревога не исчезнет. Сторонники использования этой методики полагают, что она усиливает контроль тревоги и угашает связанные с ней реакции избегания [56]. С психотехнологической точки зрения этот подход требует высокого уровня развития воображения у клиента.

Четвертая модель поведенческой терапии представляет наибольший интерес, поскольку здесь цели коррекции формулируются в терминах научения новому поведению, отсутствующему в поведенческом репертуаре клиента, необходимость приобретения которого диктуется требованиями общества. К четвертой модели терапии можно отнести оперантное научение («жетонные» программы коррекции), поведенческий тренинг, когнитивную терапию в таких ее формах, как рационально-эмотивная терапия и пр. Кульминацией теории оперантного обуславливания в прикладной психологии являются «жетонные» программы, получившие благодаря усилиям Б. Скиннера широкое распространение в США. Цель коррекции в «жетонных» программах формулируется как изменение поведения в соответствии с социальной ролью, предписанной индивиду обществом. «Жетонная экономика» представляет собой такую форму внешней организации поведения индивида, при которой он в контролируемой среде получает привилегии, деньги или какие-либо другие материальные блага в обмен на «жетоны», которыми он вознаграждается за выполнение социально одобряемого поведения.

«Жетонная» программа включает пять основных компонентов:

1) систематическое наблюдение за поведением индивидов, для которых проектируется коррекционная программа; 2) описание социально

требуемого поведения; 3) определение круга положительных стимулов, которые могут служить подкреплением для индивида; 4) введение «жетонов», дающих право на получение положительного подкрепления, и правил обмена «жетонов» на привилегии; 5) контроль за поведением индивидов, оценка поведения, выдача «жетонов», реализация правил обмена.

Осуществление «жетонных» программ, требующих строгого внешнего контроля поведения и его незамедлительного подкрепления, оказывается возможным лишь в условиях жестко контролируемой среды — в школах, больницах, тюрьмах.

Ликвидация разрыва между внешним и «внутренним» поведением осуществляется посредством *когнитивной терапии*. Когнитивная терапия исходит из убеждения, что мысли, влияющие на восприятие клиентом действительности, приводят к возникновению отрицательных эмоций и поведенческим трудностям. Основные функции терапевта в коррекционном процессе состоят в том, чтобы идентифицировать специфические псевдоконцепции и проверить совместно с клиентом их разумность и валидность. Отсюда вытекают три терапевтические задачи: определение внешних событий и обстоятельств, обусловивших возникновение проблемы; определение специфических мыслительных паттернов, мешающих решению проблемы, и помощь в выборе более адекватных способов ее решения. Таким образом, когнитивная терапия стремится подойти к модификации поведения клиента, не прямо воздействуя на его внешнюю сторону, а опосредованно влияя на когнитивные составляющие. В настоящее время сложилась практика — объединять два подхода, т. е. когнитивную и поведенческую терапию для более уверенного достижения коррекционных целей [12].

10.3.2. Когнитивно-поведенческие методы психокоррекции

Современная когнитивно-поведенческая терапия начиналась с работ А. Эллиса, предложившего свою *рационально-эмотивную терапию* [56]. Согласно теориям рационально-эмотивной терапии (РЭТ) и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), главный вклад в эмоциональные и поведенческие нарушения вносят:

- а) тенденция действовать амбивалентно: как в пользу своих интересов и интересов своей социальной группы, так и против них;
- б) искаженные восприятия, нереалистичные наблюдения и выводы;
- в) иррациональные убеждения в том, что (1) некоторые неприятные ситуации не должны существовать, но (2) к великому ужасу, они существуют, и (3) люди, оказавшиеся в этих неприятных ситуациях,

совершенно не в состоянии им противостоять, а (4) те, кто вызывает такие ситуации — плохие люди;

г) непомерная эскалация людьми своих сильных желаний до размеров божественных предписаний, требований и настояний свыше;

д) образование у людей взаимосвязей и взаимодействий между нереалистичным мышлением, неадекватным эмоциональным реагированием и обреченным на неуспех поведением.

Методики КПТ и РЭТ включают:

а) демонстрацию клиентам того, что их эмоциональные проблемы вызваны не внешними условиями, а (сознательным или бессознательным) выбором создавать себе эти проблемы;

б) обучение клиентов различным когнитивным, эмоциональным и поведенческим методам изменения нереалистичного мышления, неадекватных чувств и дисфункционального поведения;

в) выполнение клиентами определенных домашних заданий;

г) десенсибилизацию в реальных, а также воображаемых условиях с постепенным приближением к вызывающим тревогу ситуациям;

д) использование подкреплений и штрафов для побуждения к изменению поведения;

е) разнообразные психопедагогические методики, такие как лекции, семинары, демонстрация аудиовидеозаписей, библиотерапия и т. п.

Модель А-В-С терапии РЭТ. Согласно концепции А. Эллиса, человек способен преодолеть собственные биологические и социальные ограничения, как это ни трудно, и действовать в направлении изменения и контроля своего будущего. В модели А-В-С элемент «А» (activating) соответствует активирующему событию или переживанию; «В» (beliefs) — системе убеждений индивида; С (consequences) — последствиям. Пример: собираясь в гости, вы намеревались «не пить лишнего», однако хозяин настаивает; это А (активирующее событие). В ответ на это событие вы можете подумать: «Этого НЕ ДОЛЖНО было случиться. Если я опять откажусь, он всерьез обидится, это УЖАСНО». Эти мысли соответствуют части В (система убеждений) модели. Следовательно, учитывая свои мысли, вы можете встревожиться, ощутить неуверенность в себе, или страх выказать себя «слабаком»; эти чувства соответствуют части С (последствия) вашего решения уступить напору хозяина. Таким образом, А не является непосредственной причиной С, последствия являются результатом системы ваших убеждений, т. е. среднего компонента модели А-В-С.

Система убеждений может быть рациональной или иррациональной. В случае рациональной, разумной, или реалистичной, системы убеждений (рац_В) последствия также будут рациональными или

разумными (рац_С). Если система убеждений иррациональна, неразумна, или нереалистична (иррац_В), тогда последствия также будут иррациональными или неразумными (иррац_С). Признание взаимоотношений А-В-С дает возможность изменения и контроля установок и поведения в ответ на обстоятельства.

КПТ считает аддиктивное поведение следствием иррационального, нелогичного мышления и связанных с ним эмоций. Поэтому когнитивно-поведенческое вмешательство (терапия) представляет собой комплекс специальных методик, который включает в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и методы предупреждения рецидивов. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения — действия — решение — поддержание изменений и предупреждение рецидивов. Базовый протокол вмешательства включает следующие фазы или этапы:

- 1) Оценка и выбор клиентов для лечения методами КПТ (с использованием балльной шкалы оценки степени тяжести зависимости).
- 2) Мотивирование пациентов для изменения поведения и усиление мотивации.
- 3) Управление изменением (управление поведением).
- 4) Предупреждение рецидивов.
- 5) Поддержание изменений в поведении.

Мотивационное интервьюирование предполагает особый способ общения с клиентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения клиента; выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация клиента [92].

10.3.3. Нейролингвистическое программирование (НЛП)

НЛП-технология сочетает в себе техники когнитивно-поведенческого подхода с техниками наведения транса Милтона Эриксона. Репертуар приемов и техник работы с клиентом, в том числе с наркозависимым, включает в себя:

1. Техника «присоединения» к клиенту. Назначение техники — установить отношения доверия; если «раппорт» установлен, клиент готов следовать инструкциям, погружаясь в состояние внутренней работы.
2. Техники наведения трансовых состояний (техники «эриксоновского гипноза»);

3. Работа с внутренними ресурсами клиента (опытом позитивных самоутверждающих переживаний клиента); клиент учится идентифицировать и актуализировать (подключать) по мере надобности свои внутренние резервы.

4. Техники «якорения» [21]. «Якорь» представляет собой внешний сенсорный стимул (визуальный, аудиальный, кинестетический), связанный с некоторым внутренним состоянием клиента (проблемным либо ресурсным). При актуализации установленного психотерапевтом «якоря» (например, повторным прикосновением с тем же усилием и в той же точке тела пациента) происходит воспроизведение заданного внутреннего состояния. Техника «скрещивания якорей» позволяет клиенту сделать выбор в пользу ресурсного варианта поведения и отказать от не эффективного (проблемного).

5. Техника «рефрейминга» (переформирования проблемы) [13]. В основе техники — трансовое погружение «внутрь себя», диалог клиента с субличностями. Цели рефрейминга: 1) отделить позитивное «намерение» субличности, отвечающей за нежелательное поведение, от негативной формы реализации этого намерения; 2) поиск иных, более конструктивных вариантов реализации позитивных намерений, осуществляемый «творческой субличностью»; 3) договор с проблемной субличностью о принятии на себя ответственности за новую форму реализации позитивного намерения. Рефрейминг предполагает переопределение смысла событий, намерения или поведения с целью расширить возможности клиента в выборе поведенческих стратегий и способствовать изменению его проблемной ситуации в нужном направлении. Хотя рефрейминг напоминает интерпретацию, его целью является достижение изменения, а не инсайта. Точность переопределения менее важна, чем его воздействие.

6. Работа с субмодальностями (техники «взмаха» и т. п.).

7. Работа с терапевтическими метафорами. Если клиент сознательно сопротивляется указаниям, одним из путей, позволяющих обойти сознание, являются метафоры, т. е. коммуникация при помощи аналогий. Если субъект сопротивляется прямому указанию А, то можно сконструировать такой метафорический аналог этого указания Б, против которого у клиента не найдется возражений, и он «спонтанно» актуализирует требуемую реакцию. Метафоры обеспечивают такую поясняющую структуру запутанной для клиента проблемы, в которой разрозненные факты и события он сможет увидеть в их целостном взаимоотношении друг с другом. Терапевтический процесс может состоять не только в создании метафоры, но и в освобождении клиента от метафор, уже не соответствующих действительности,

для перехода к другим метафорам, более адекватным проблематике клиента.

С позиций НЛП-подхода аддикты представляют собой группу «диссоциированных» личностей. Диссоциация сознания аддикта проявляется в том, что в трезвом состоянии он действует, исходя из одной модели мира, а в состоянии опьянения использует другую модель восприятия. Проблема заключается в неконгруэнтности этих двух моделей. «Трезвая» и «наркотическая» субличности настолько диссоциированы (разделены), что лишены возможности «встретиться» в одном и том же сознании. Посредством техник якорения, рефрейминга и т. п. психотерапевт делает возможной такую «встречу» (коммуникацию) субличностей, а клиент посредством «переговорного процесса» может произвести интеграцию своей личности в контексте адекватной модели.

Приведем пример (эпизод) работы с клиентом в описании С. Гребнева [[18]:

«...Для того чтобы провести эту работу — а она будет идти на бессознательном уровне, — мне бы хотелось, чтобы вы сейчас подумали о первом Я. О той части, которая говорила вам: «Все, пора отказываться. Ты должен отказаться. И ты знаешь, почему нужно отказаться». Найдите эту часть внутри себя. Может быть, вы представите ее, возможно, вы услышите ее, а может быть, почувствуете. Создайте образ этого Я, который говорит вам: «Все, хватит пить!». Определите его нахождение внутри себя или вне себя. Проводя работу на бессознательном уровне, я буду задавать вопросы вашему бессознательному, и именно ваше бессознательное будет отвечать мне. Ваши ответы будут в системе «Да-Нет». Вы можете почувствовать эти ответы внутри себя в виде какого-либо сигнала: тепла, легкого сердцебиения, волны и т. п. Вы это сами определите. А сейчас найдите первую часть, с которой мы начнем общаться на бессознательном уровне.

— Нашел.

— Задайте ей вопрос: «Уважаемая Первая Часть, готова ли ты вступить в контакт на уровне бессознательного?»

Я вижу невербальный ответ «Да», о котором свидетельствует легкое изменение цвета лица и вертикальное движение зрачков клиента.

— Да, — отвечает клиент, — я почувствовал тепло в области плеч.

— Это действительно ответ «Да»?

— Да, я уверен.

— А теперь найдите вторую часть. Часть, которая предлагала употребить алкоголь. Ту часть, которая помнила позитивные ощущения и ради их повторения уговаривала первую часть выпить.

— Вы знаете, я пока не могу ее обнаружить.

— Обратитесь к этой части вновь, скажите: «Уважаемая Вторая Часть, готова ли ты вступить со мной в контакт на уровне бессознательного? Да или нет?»

— Я увидел ответ «Да». Правильно?

— Да.

— Как вы его почувствовали?

— Прошло какое-то тепло.

— Это действительно для вас ответ «Да»?

— Да.

— Отлично. А теперь вернитесь к первой части и спросите ее, готова ли она найти новые способы получения позитивных внушений и предоставить их второй части? Да или нет?

— Действительно, проходит теплая волна от плеч.

— Поблагодарите первую часть за то, что она готова предоставить вам новые способы. Вновь спросите первую часть: «Уважаемая Первая Часть, готова ли ты вступить в контакт на уровне бессознательного с той частью, которую мы назвали «Второй», и предоставить в ее распоряжение новые способы получения позитивных ощущений? Да или нет?»

— Да.

— А теперь обратитесь ко второй части вашего Я. Той чисты, которая говорила вам: «Пойдем, выпьем» — и таким способом добивалась получения позитивных ощущений, и не имеет значения, осознавали вы это или нет. Спросите ее: «Готова ли ты, Вторая Часть, вступить в контакт на уровне бессознательного с Первой Частью и взять на себя новые способы получения позитивных ощущений, отказавшись от яда? Да или нет?»

Невербально получаю ответ «Да».

И так далее. У психотерапевта существуют свои критерии правильно проведенной работы — это невербальные сигналы доступа к бессознательному клиента и степень погружения его в состояние транса. Выделение двух частей (субличностей в сознании клиента) достаточно условно, но работа с ними вполне реальна, ее чувствуют и в нее верят клиенты. Суть этой работы сводится к реализации позитивных намерений той субличностью, которая «отвечает» за неадекватное поведение, иными, неаддиктивными (позитивно направленными) способами действия. Обязательным условием правильно проведенной работы является получение реальных сигналов тела в виде ощущений в системе «Да–Нет».

Таким образом, психокоррекция в НЛП-технологии представляет собой специфически организованный процесс общения, помогающий актуализировать ресурсные возможности клиента.

Базовый алгоритм работы с проблемой клиента включает в себя:

1. Присоединение к клиенту (раппорт).
2. Идентификацию проблемы, выявление провоцирующих ее источников и причин.
3. Описание клиентом желаемого поведения и постановку позитивной цели.
4. Идентификацию внутренних и внешних ресурсов — всего того, что поможет клиенту в достижении цели.
5. Построение шагов роста (описание конкретных достижений через день, неделю, месяц).
6. Уточнение параметров желаемого результата.
7. Проработку возможных рецидивов старого поведения («экологическую проверку»).

10.3.4. Транзактно-аналитическая модель

Структура личности, согласно представлениям транзактного анализа (ТА), состоит из трех частей. Три состояния «Я» представлены *эго-состояниями*: «Родитель», «Взрослый» и «Ребенок (Дитя)». Соответствие ТА психоанализу можно увидеть при сопоставлении двух моделей личности: «Суперэго — Эго — Ид» (трехчленная структура психоанализа) и «Родитель (Р) — Взрослый (В) — Дитя (Д)» (трехчленная структура ТА). Эго-состояние — это совокупность связанных друг с другом поведенческих актов, мыслей и чувств, характеризующих личность в каждый данный момент ее жизни [20].

Находясь в эго-состоянии «Родитель», индивид реализует поведение, которое было присуще одному из его родителей в прошлом, т. е. сходным образом реагирует на внешние раздражители — например той же позой, жестом, высказываниями, чувствами и т. д. Родительское влияние — понятие не абстрактное; оно является результатом прямых, настоящих транзакций с родителями. Родительское влияние состоит не только в запретах, но и в разрешениях, поощрении, опеке и командах. В этом состоянии индивид реагирует на окружающую действительность так, как желали бы того его родители. «Родитель» выполняет множество вещей автоматически, освобождая «Взрослого» от принятия маловажных решений. Функционально Родитель может выступать в роли Заботливого Родителя (ЗР), который защищает, поддерживает, беспокоится, ободряет, и Критикующего или Контролирующего Родителя (КР). Критика со стороны Контролирующего Родителя может быть как конструктивной, так и деструктивной.

Эго-состояние «Взрослый» руководствуется рациональными соображениями и логикой; находясь в *эго-состоянии В*, человек фокусируется на обработке данных и оценке вероятностей. Взрослый необходим для выживания в этом мире. Кроме того, это состояние регулирует деятельность Родителя и Ребенка, служит посредником между ними.

Эго-состояние «Дитя (Ребенок)» возвращает человека к поведенческим паттернам своего детства. Это пожизненно хранимая запись тех информационно-чувственных паттернов, которые человек переживал в детстве как свои реакции на внешние стимулы. Причем это преимущественно чувственные паттерны, т. к. ребенок еще не умеет перерабатывать информацию в понятиях. В стрессе «Ребенок» реагирует своим изначальным способом — чувством неблагополучия. Отсюда феномен регрессии: мышление блокируется, человек снова чувствует себя маленьким и беспомощным. Имеется также и светлая сторона переживаний детства: Ребенку свойственна любознательность, радость первых открытий, чувство любви, безопасности и т. д. Функционально *эго-состояние Д* делится на *Адаптивный/Неадаптивный* Ребенок и *Свободный/Несвободный* Ребенок.

В поведении человека одно из *эго-состояний* обычно доминирует, но иногда в одном индивидуе действуют сразу несколько *эго-состояний*. Объединив вместе эти три *эго-состояния*, мы получаем *Р-В-Д модель* *эго-состояний* личности, которая традиционно изображается тремя соприкасающимися друг с другом окружностями. Родитель располагается вверху, его функция — этическое руководство; Взрослый осуществляет взаимодействие с реальностью; Ребенок представляет собой вместилище, а иногда и буйство архаических тенденций. Эти три ипостаси формируют моральную иерархию. Родитель — наиболее слабое ее звено, а Ребенок — наиболее сильное. Это соотношение хорошо заметно при алкоголизации: первым отключается Родитель, вскоре бразды правления переходят к Ребенку, который удерживает их достаточно долго и уходит последним. Та же последовательность наблюдается при засыпании: Родитель уходит в дремотное состояние, в то время как Ребенок проявляет себя в сновидениях. Однако это не топографические части индивида, как часто воспринимаются Суперэго, Ид и Эго, это также и не концепции, подобные фрейдистским терминам; они проще, экономичнее, это «эмпирические и поведенческие реальности» [52].

Переход от внутриспсихической структуры к структуре межличностных взаимодействий осуществляется в форме транзакций между отдельными *эго-состояниями* двух личностей (партнеров

по общению). *Транзакция* — это единица социального взаимодействия, удобная для описания поведения. Она состоит из транзакционного стимула и транзакционной реакции. Непрерывный ряд дополнительных скрытых транзакций [9], развивающихся в направлении четко определенных, предсказуемых результатов, в ТА принято называть *игрой*. В играх используется стереотипный (но свой для каждой игры) набор транзакций, внешне правдоподобных, но имеющих скрытую мотивацию, ведущих в тупик или в ловушку, результатом чего часто бывает конфликт и разрушение взаимоотношений людей. Эти игры не имеют ничего общего с «развлечениями»; они упрямо серьезны.

Конечной целью ТА является «освобождение Взрослого» в структуре личности клиента, т. е. достижение им свободы выбора, свободы изменяться по собственной воле. Освобожденный от необходимости играть «Взрослый» адресуется теперь к непредсказуемым, точнее, вероятностным последствиям, создающим возможности для такого выбора. И, наоборот, связанный (контаминированный) с позицией Р или Д Взрослый может быть вовлечен в игру умелой манипуляцией партнера. В частности, специалист, осуществляющий психологическое вмешательство при работе с аддиктом, может быть вовлечен в игру «Алкоголик» («Наркоман») в качестве исполняющего роль «Спасителя» либо «Преследователя».

Игра «Алкоголик» относится к разряду «игр на всю жизнь». Объект транзактного анализа в этой игре — те социальные транзакции, которые влечет за собой злоупотребление спиртным. В полностью развернутом виде эта игра предполагает пять участников. Главную роль Алкоголика («водящего») исполняет сам клиент. Наиболее важный партнер — Преследователь. Эту роль, как правило, играет представитель противоположного пола, чаще всего супруга (супруг). Третья роль — Спаситель, ее обычно играет лицо того же пола, часто врач, который принимает участие в пациенте. В классической ситуации доктор «успешно излечивает» алкоголика от дурной привычки. После шести месяцев полного воздержания от спиртного доктор и пациент поздравляют друг друга, а на следующий день клиент начинает пьянствовать. Четвертая роль — Простак. На эту роль подходит любой человек, который предлагает аддикту спиртное или дает ему деньги и при этом не преследует его и не пытается спасти. Эту роль может, как это ни странно, играть мать аддикта, например, если у нее плохие отношения с невесткой. Иногда Простак перерастает в другую роль — Подстрекателя. Пятым участником в этой игре является Посредник — основной источник спиртного, который,

кроме того, вполне понимает алкоголика и в каком-то смысле является главным человеком в жизни любого наркомана. Разница между Посредником и другими игроками та же, что между профессионалом и любителями.

Согласно концепции Э. Берна, само по себе потребление спиртного если и доставляет аддикту удовольствие, то лишь попутно. Его главная задача — достижение кульминации, которой является похмелье. Алкоголик воспринимает похмелье не столько как плохое физическое состояние, сколько как психологическую пытку. Два любимых времяпрепровождения пьющих — «Коктейль» (сколько пили и что с чем смешивали) и «На следующее утро» («Послушайте, как мне было плохо»). В «Коктейль» играют по большей части люди, которые пьют лишь на вечеринках или от случая к случаю. Многие алкоголики предпочитают как следует сыграть в психологически нагруженную игру «На следующее утро». Транзакционная цель при злоупотреблении спиртным, кроме удовольствия от самой выпивки, состоит еще и в том, чтобы создать ситуацию, в которой Ребенка будет на все лады распекать не только собственный внутренний Родитель, но и любая родительская фигура из непосредственного окружения, принимающая достаточно большое участие в Алкоголике, чтобы пойти ему навстречу и подыграть в его игре. Поэтому и терапию в этой игре надо направлять не на привычку выпивать, а на устранение стремления аддикта потакать своим слабостям и заниматься самобичеванием, которые наиболее полно проявляются в игре «На следующее утро». К этой категории не относятся, однако, запойные пьяницы, которые морально не страдают после похмелья. Игра «Наркоман» очень похожа на «Алкоголика», но еще более драматична и зловеща. Она развивается быстрее и более впечатляюще. Большая нагрузка в ней приходится на Преследователя (который всегда наготове). Спасители и Простаки в этой игре встречаются крайне редко, зато роль Посредника становится еще важнее. «Психологическое исцеление алкоголика может быть достигнуто, на наш взгляд, только бесповоротным его выходом из игры, а не простой сменой ролей, — подчеркивает Э. Берн. — В некоторых случаях этого удавалось достичь, хотя вряд ли можно найти что-нибудь более интересное для Алкоголика, чем возможность продолжать игру. Замена ролей вынужденным образом может оказаться другой игрой, а не свободными от игр взаимоотношениями. Ближе всего к идеальной терапии подошла организация, которая работает с детьми подросткового возраста, имеющими родителей-алкоголиков. Она стремится помочь ребенку полностью выйти из игры родителей. Смена ролей здесь не подходит. Транзакционно правильная терапевтическая

процедура состоит в следующем: психотерапевту следует занять позицию Взрослого, заключившего договор с пациентом, и отказаться играть какие-либо роли в его игре» [8; 9]. Аддикт, лишенный возможности продолжать свою игру, вынужден соблюдать условия контракта и таким образом укреплять себя в позиции (эго-состоянии) Взрослого. Э. Берн признает, однако, что выдержать условия контракта удается далеко не каждому аддикту.

Некоторые психотерапевты при оказании психокоррекционного воздействия на аддикта предпочитают находиться в позиции «Родителя». Особенно это характерно для различных модификаций «кодирования». Например, по Р.Р. Гарифуллину [16] процесс кодирования происходит в такой последовательности:

1. Врач берет на себя ответственность за выздоровление.
2. Врач выступает в роли родителя, запрещающего употребление алкоголя под страхом смерти или болезней.
3. Пациент выступает в роли подчиняющегося, чаще всего ребенка, отказывающегося от алкоголя под страхом смерти или болезней.
4. Все это базируется на основном инстинкте — инстинкте самосохранения и создает новое базовое предположение: алкоголь — смерть.
5. В результате формируется новое отношение к алкоголю, ограниченное каким-либо сроком.

Согласно данным американских коллег [69], *проблемные лица без зависимости* «обычно получают помощь в отделениях скорой помощи больниц общего профиля, школах, обществах защиты детей, юридических службах и программах помощи работающим». Для этой категории были разработаны «методики краткосрочного вмешательства». Это «альтернативное лечение», не требующее больших финансовых затрат. Их суть — усвоение клиентами превентивных стратегий самопомощи, которая ориентирует человека на снижение уровня потребления. Процедуры краткосрочного вмешательства включают оценку, обратную связь, заключение соглашения и планирование задач, освоение методики самопомощи (самостоятельный мониторинг поведения, связанного с алкогольным поведением) и библиотерапию. Методики могут применяться как медицинскими, так и другими работниками — стоматологами, социальными работниками, психологами, работниками службы семьи и брака. Краткосрочное вмешательство обычно состоит из 15–30 мин. интервью, включающего экспресс-опросник и оценку; обратную связь по индивидуальному риску, советы о том, как изменить поведение; выдается также брошюра самопомощи и при необходимости — направление на дальнейшее консультирование.

10.3.5. Личностно-ориентированные методы психокоррекции

Личностно-ориентированный подход в коррекции аддиктивного поведения направлен на личностный рост клиента, на поддержание и развитие следующих его качеств:

- способности к самоосознанию и самоуважению, что позволит ему противостоять влиянию наркотической среды;
- способности выделять себя из окружающей неблагоприятной среды и ясно формулировать свои потребности;
- самостоятельности и ответственности, умения принимать самостоятельные решения;
- креативности (творческих способностей);
- стрессоустойчивости без употребления лекарств и наркотиков;
- способности «просто сказать нет», не вступая в открытый конфликт.

В каждом случае речь идет о развитии тех человеческих качеств, которые способствуют адекватному отношению к действительности. Клиент должен перестать паразитировать на реальности, он должен принять ее и начать сотрудничать с миром, в котором он живет.

В некоторых источниках (в основном, скорее «популярных», чем научных) приводятся свидетельства в пользу эффективности духовных программ реабилитации. В частности, можно сослаться на материалы программы «Русский Дом» на канале ТВЦ, в которых приводились свидетельства об успешной реабилитации наркозависимых в Духовно-попечительском центре Святого праведного Иоанна Кронштадтского.

Клиенто-центрированный подход. В основе клиенто-центрированного подхода, разработанного Карлом Роджерсом, лежат три базовых условия, предполагающих отказ от директивности в отношениях психотерапевта с клиентом:

1. Подлинное, человеческое реагирование.
2. Добросердечное отношение и понимание пациента.
3. Вербализация чувств пациента.

В то же время аддикты — по крайней мере на первых шагах вмешательства, нуждаются в некотором активном руководстве и практических предложениях со стороны психотерапевта, чтобы включиться в лечение. Полностью недирективный подход может вызвать у них тревогу. Однако, когда клиент просит, чтобы психотерапевт указал ему, что делать, психотерапевт должен осторожно, используя вопросы, выявляющие внутренние противоречия, помочь клиенту самому принять решение. В отличие от поведенческой терапии недирективный метод предполагает, что клиент должен сам прийти к пониманию

того, в чем он нуждается, и в каком направлении должен развиваться терапевтический процесс. Функция, отведенная психотерапевту, заключается в сопровождении клиента на этом пути и вербализации его чувственного опыта. При этом терапевт всегда доверяет ответам клиента. Неизбежность психоаналитического «переноса», контр-переноса, сопротивления и т. п. здесь отрицается либо этому просто не придается значения. Не делается никаких специальных попыток проникнуть в бессознательное клиента и определить тем самым наличие того или иного неосознанного конфликта. С психоаналитической точки зрения — это психотерапия, «не имеющая в своем распоряжении ни теории психических расстройств, ни конкретной, ориентированной на определенное заболевание, терапевтической техники», т. е. это всего лишь психологическая методика разговора с клиентом [36]. Современный психоанализ признает неспособность многих аддиктов поддерживать близкие межличностные отношения и регулировать их. Проблемы аддиктов во взаимоотношениях с людьми коррелируют с особенностями их эмоциональной сферы. Помимо дефицита эмоций, затрудненного доступа к собственным чувствам и к их проявлению, аддикты часто страдают и от прямо противоположной проблемы, когда аффекты переживаются как подавляющие и непереносимые. Использование химических веществ может временно изменить регрессивные состояния, усиливая защиты Эго, направленные против мощных аффектов, таких как гнев, стыд и депрессия. Зависимость от наркотиков, таким образом, можно рассматривать как адаптивное поведение, направленное на то, чтобы облегчить боль, вызванную аффектами, и на некоторое время повысить способность владеть собой и функционировать. Эдвард Дж. Ханзьян [57]: «Человек не склонен к химической зависимости, если он находится в согласии с самим собой и своими чувствами и способен адекватно выражать эти чувства, если он поддерживает здоровые отношения с другими людьми и может позаботиться о себе».

«Глубокая оценка и понимание проблемы развития людей с химической зависимостью показывают, что таким людям требуется гораздо большая поддержка, структурность, эмпатия и человеческий контакт, чем может предоставить классическое психоаналитическое лечение» [57].

Согласно представлениям К. Роджерса, эмоциональные нарушения являются преимущественно результатом негативной Я-концепции, сложившейся в детские годы при условии, что клиенту не были предоставлены подходящие условия для личностного роста. Роджерсианские, или личностно-центрированные методики психотерапии включают: а) глубокие, интенсивные, заботливые отношения с клиентами;

б) постоянное проявление в этих отношениях искренности, конгруэнтности и эмпатического понимания клиентов и их проблем; в) не директивный и ненавязчивый диалог между терапевтом и клиентом; г) содействие клиентам в достижении безусловно положительного отношения к самим себе, главным образом через переживание безусловно положительного отношения к ним терапевта [56].

Главной задачей личностно-ориентированной психотерапии аддикции является развитие личного и духовного опыта жизни без наркотиков и искусство сопротивления влиянию наркотической среды.

В. Франкл связывает растущую распространенность наркомании и алкоголизма в современном мире с экзистенциальной фрустрацией. В тяжелых случаях хронического алкоголизма 90 процентов аддиктов, утверждает он, страдают глубочайшим ощущением бессмысленности бытия. Франкл полагает, что именно *логотерапевтическое вмешательство*, рассматривая экзистенциальную фрустрацию в качестве этиологического фактора аддикции, может рассчитывать на успех. Согласно его данным, среди всех молодых людей, страдающих наркотической зависимостью и проходивших наркологическое лечение в медицинских учреждениях Германии и Австрии, «можно считать вылечившимися не более 10 процентов. В США число вылечившихся, в среднем, составляет 11 процентов». В то же время «Фрезер (E. Fraiser) применяет логотерапию в руководимом им калифорнийском Центре реабилитации наркоманов и может гордиться результатом — 40 процентов победивших зависимость» [74].

10.4. Семейно-ориентированная психокоррекция

В основе работы с семьей лежит принцип, согласно которому проблему представляет собой сама система, а не какой-либо ее отдельный элемент. Семья является открытой системой и характеризуется тремя качествами: целостностью, отношениями и эквифинальностью. Целостность означает, что систему образуют взаимодействия, а не просто некоторое количество людей. Под отношениями понимаются взаимодействия в рамках системы: все происходящее в семье между ее членами и повторяющиеся паттерны таких взаимодействий. Эквифинальность — это качество систем, благодаря которому они функционируют независимо от первоначальных причин и могут изменяться под влиянием текущих факторов [56].

Более разработана и, соответственно, более продуктивна семейная психокоррекция при алкогольной аддикции. Согласно одной

из наиболее распространенных в зарубежной наркологии концепции психогенеза алкоголизма [85], аддикция понимается не как патология индивидуума, а как результат особого взаимодействия между всеми членами семьи, которое по-своему позволяет семье сохранять семейный гомеостаз. Эмоциональное самочувствие семьи существенно зависит от того, в каком состоянии находится в данный момент аддикт — в опьяненном или трезвом. Отсюда следует, что аддикция выполняет регулятивную функцию: члены семьи могут не только препятствовать аддиктивному поведению, но и сознательно а, чаще всего, неосознанно его провоцировать. Среди «положительных» последствий злоупотребления алкоголем дети и супруги больных алкоголизмом называли большую сплоченность семьи, усиление контактов с родительскими семьями («горе сплачивает»), внимание друг к другу, сопровождаемое усилением эмпатии и эмоций. Условия воспитания в такой семье и сложившийся в ней стиль коммуникаций оказывают большое влияние на формирование отношения к алкоголю у детей. Как показывает опыт работы с семьями больных алкоголизмом, мотивом формирования аддикции могут служить такие потребности личности, как повышение самооценки, компенсация каких-либо недостающих навыков коммуникации, совладания или психологической защиты. Стереотип ролевого поведения у больных алкоголизмом, заложенный в родительских семьях, является в дальнейшем одним из системных факторов, который определяет дисфункциональный тип отношений в их собственных семьях. Таким образом, эффективное лечение и реабилитация больных алкоголизмом невозможны без применения семейной психотерапии [85].

Часто аддикты в силу анозогнозии отказываются от лечения и психотерапии; родственники же могут поддерживать их нереалистические установки, опасаясь мести со стороны больных за сам факт обращения к врачам. Поэтому такими актуальными представляются попытки проведения семейной психотерапии даже без участия в ней самого пациента. Основой для такой модели психотерапии, получившей наибольшее распространение в США, служит положение, что если все «взаимосвязаны» со всеми, то и изменение хотя бы одного лица в системе может косвенно вызвать изменения и остальных. Другой основой подобного психотерапевтического вмешательства является кризис или нагромождение кризисов, которые почти всегда становятся поворотным моментом в судьбе аддикта [85].

В основе семейного подхода — организованная и целенаправленная конфронтация с аддиктом со стороны членов семьи. Больные алкоголизмом легче принимают решение лечиться в тех случаях, когда

значимые лица, находящиеся с ними в контакте, последовательно демонстрируют альтернативный стиль поведения. В зависимости от готовности семей вступить в конфронтацию со своими проблемами можно предложить либо «прямое вмешательство», либо «семейное вмешательство» [85].

Прямое вмешательство предполагает согласованную конфронтацию с аддиктом со стороны психотерапевта (врача, психолога), других членов семьи, а также друзей либо других значимых лиц из окружения аддикта.

При «семейном вмешательстве» имеется в виду конфронтация со стороны специалистов, осуществляющих вмешательство, по отношению к членам семьи, не употребляющим ПАВ. Эта форма психотерапии предполагает, что одно лицо из ближайшего окружения больного ищет помощи. Поводом для этого может быть любая кризисная ситуация. Как правило, этому ищущему помощи лицу («инициатору») трудно признаться самому себе и другим, что в семье существуют тяжелые проблемы с алкоголем, которые сам злоупотребляющий решить уже не может. Часто «инициатор» чувствует себя предателем, ведь он нарушает семейное правило — «не выносить сор из избы». Поэтому просьба «инициатора» о помощи сопровождается чувством вины и страхом перед реакциями больного. Технология семейного вмешательства осуществляется поэтапно.

1. «Инициатору» помогают осознать, что его инициатива свидетельствует лишь о том, что он действует, исходя из чувства симпатии и озабоченности, и пытается добиться положительных изменений. Во время первой беседы с «инициатором» психотерапевт выясняет, какие клинические симптомы есть у больного, и расспрашивает о медицинских, психологических и социальных аспектах его аддикции. Если психотерапевт решает, что вмешательство уместно, а «инициатор» видит в этом для семьи шанс, то тогда они составляют список всех лиц, которые близки больному, были свидетелями его аддиктивного поведения и готовы принять участие во вмешательстве. «Инициатор», а не консультант вступает в контакт со всеми этими лицами и просит их о сотрудничестве в виде учреждения «коллектива вмешательства».

2. Психотерапевт организует встречу заинтересованных лиц, попавших в список. Информировует их об особенностях развития аддикции, об отрицании своей проблемы самим аддиктом и его родными и подчеркивает, что больной в данный момент уже не может самостоятельно преодолеть зависимость и сам не станет искать помощи. Психотерапевт может описать альтернативы, предсказать, как пойдут дела дальше, если семья ничего не будет предпринимать, и высказать,

какие имеются шансы, если они будут вести себя иначе, чем раньше. Он может объяснить свое вмешательство и подчеркнуть, что только готовность присутствующих к собственному изменению и к конфронтации с аддиктом может помочь больному обратиться за помощью к специалистам. Психотерапевт не имеет права призывать или принуждать родственников и друзей больного к вмешательству. Роль его в данной ситуации состоит в том, чтобы обеспечить объективной информацией и осуществлять поддержку. Участники встречи должны сами решить, считают ли они метод «прямого вмешательства» целесообразным и желают ли они образовать «коллектив вмешательства».

3. Если принято положительное решение, начинается конкретная предварительная психотерапевтическая работа с «коллективом вмешательства». В центре работы психотерапевта с семьей стоит не столько вопрос, «как мы можем изменить аддикта?», сколько «как мы можем изменить себя, чтобы наша жизнь была более здоровой, самостоятельной и чтобы мы были более довольны им, вместо того, чтобы постоянно чувствовать себя «жертвой»? Решающим условием перемен является осознание родственниками того, какую роль они играют в дисфункциональном взаимодействии. Часто психотерапевту на этом этапе работы с семьей приходится сталкиваться с явлениями психологической защиты в виде отрицания и рационализации, с проблемой коррекции чувства вины у членов семьи. Психотерапевт помогает им проявить свои чувства и выяснить, какое значение имеет их собственное поведение для ощущения своей ценности, т. е. какие психологические «потери и выигрыши» они могут идентифицировать. Психотерапевт обсуждает с членами семьи стиль их поведения, неосознанно провоцирующий аддиктивное поведение, совместно они ищут новые пути, чтобы достичь поставленной цели. Намерения каждого члена «коллектива вмешательства» также подлежат анализу. Конфронтация может быть эффективной, только если она производится на основе положительных намерений, чувства любви и симпатии к аддикту и озабоченности его судьбой. Если у психотерапевта складывается впечатление, что участники коллектива затаили в себе чувства ненависти, презрения, злобы и разочарования, то он должен дать им возможность выразить эти чувства (разрядиться) на подготовительных встречах. Таким образом, высказав все, «что наболело на душе», они обнаружат свое положительное отношение к больному и смогут конструктивно использовать его в конфронтации. Такое соединение конфронтации и симпатии открывает конструктивный доступ к больному. Под руководством психотерапевта члены семьи перерабатывают свои переживания, их прежняя беспомощность исчезает и возрастает готовность пойти на риск конфронтации.

4. Этот этап психотерапии характеризуется тем, что члены «коллектива вмешательства» составляют каждый свой список событий, свидетелями которых они были и из-за которых у больного вследствие его аддиктивного поведения возникали проблемы. Затем участники обмениваются списками и обсуждают их. Психотерапевт помогает каждому члену семьи сформулировать свою позицию в прямой, честной и описательной форме: с одной стороны, нельзя ничего приукрашивать или недооценивать; с другой стороны, формулировки не должны содержать ничего обвиняющего, так как это сразу же форсировало бы механизмы психологической защиты больного. Формулировки должны отчетливо выражать положительные чувства озабоченности и симпатии. Поведение аддикта должно быть описано в деталях: «Ты шатался, почти не мог говорить» и т. п. Следует избегать обобщений, интерпретации и обвинений. Позднее, в процессе прямого вмешательства, составленные описания будут озвучены в спокойной, честной и дружественной манере.

5. Этап выбора альтернатив. Психотерапевт выясняет вместе с семьей, какого решения они ждут от больного. Лечебные учреждения или «группы самопомощи» (общества анонимных алкоголиков или наркоманов) выбираются заранее, так что они могут быть предложены на выбор больному. Цель вмешательства состоит в том, чтобы больной как можно раньше принял решение, по возможности в тот же день. Прямое вмешательство планируется к моменту, когда больной находится в более или менее выраженном кризисе и его защитная система ослаблена (например, когда у него отобрали водительские права или обозначились явные проблемы по месту учебы, работы). Это повышает шансы, что больной «капитулирует», т. е. согласится на курс лечения. Предстоящая беседа с больным планируется в нейтральном месте, в присутствии психотерапевта.

6. Этап прямого вмешательства. Семья просит больного прийти в условленный срок на консультацию, чтобы обсудить проблемы семьи. В процессе совместной работы члены «коллектива вмешательства» зачитывают поочередно свои заранее сформулированные позиции, конфронтирующие с аддиктом по поводу его видения реальности. Под воздействием «аргументов и фактов», представленных в форме терапевтической «обратной связи», система отрицания больного «дает трещину» — он вынужден принять помощь, даже если внутренне противится этому. В заключение присутствующие твердо озвучивают больному требование, чтобы он посещал клинику или «группу самопомощи».

По данным зарубежных авторов [85], в 80 % семей с проблемами алкогольной аддикции, которым после «семейного вмешательства» были предложены лечение и поддерживающая семейная психотерапия,

отмечались восстановление нарушенных взаимоотношений и длительные сроки ремиссий. В то же время имеются данные, что при клинически выраженных наркоманиях и токсикоманиях семейная психотерапия не столь эффективна.

Клинико-психологическое исследование подростков с аддиктивным поведением (токсикомания, алкоголизация) с использованием «Цветового теста отношений», методики ТАТ и опросника «Анализ семейных взаимоотношений» показало, что у 60 % из них фрустрированы такие важнейшие потребности, как эмоциональное принятие со стороны родителей, потребность в самоутверждении и самостоятельности, способность устанавливать полноценные эмоциональные контакты со сверстниками [85].

Стратегия работы с семьей аддиктивного подростка. Каждое направление семейной психокоррекции (поведенческое, когнитивное, структурное, системное и т. д.) «выработало определенные позитивные стратегии в работе с подростками с аддиктивным поведением. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем. Независимо от применяемых подходов семья должна активно участвовать в лечении. Первым принципом лечения семьи служит разрушение родительского мифа о наркомании как этапе возрастного развития или влиянии микросоциального окружения и достижение, по меньшей мере, частичной абстиненции и уровня контроля над подростком» [59].

Выделены следующие цели, которых должна достичь семейная психотерапия подростковой аддикции:

- 1) определить аддикцию как семейную проблему;
- 2) выявить, какие факторы в семье поддерживают злоупотребление психоактивными веществами подростком;
- 3) уменьшить резистентность семьи к лечению;
- 4) восстановить влияние родителей на подростка, структуру семьи, семейную иерархию;
- 5) прервать дисфункциональные паттерны поведения членов семьи;
- 6) улучшить внутрисемейную коммуникацию и другие копинг-механизмы;
- 7) подобрать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семейных отношений;
- 8) разрешить личностные проблемы родителей, провоцирующие зависимость от ПАВ.

В семьях, в которых родители сами злоупотребляют наркотиками или алкоголем, имеет место неприятие проблемы как семейной. Если отсутствует родительская поддержка, шансы на использование

семейных подходов в лечении аддиктивного поведения у подростков существенно уменьшаются.

Задача раннего этапа *семейной психокоррекции* — создание альянса с родителями с целью формирования у них эффективной поддерживающей позиции. Наркозависимость наиболее часто является продуктом патологического развития личности в результате дефицита правильного воспитания в семье, серьезных нарушений процесса социализации. В то же время наркозависимость препятствует нормальному функционированию личности в сфере семейных отношений. При этом дезадаптируется не только личность наркозависимого, но и окружающих его близких людей (родителей, сиблингов и т. д.). В систему психологических мероприятий должно быть включено и ближайшее окружение клиента. Семейная коррекция межличностных отношений направлена на формирование нового типа совместного поведения, определенного новыми потребностями и установками.

Не менее существенным является нейтрализация отрицательно воздействующих лиц, провоцирующих срыв. Люди, сами употребляющие наркотики, нередко стремятся склонить того, кто находится в ремиссии, к возобновлению употребления — вследствие зависти, эгоизма, склонности к антиобщественным формам поведения, отрицания возможности излечения и др. Родственники должны создать «психологическую защиту», изолировать от наркозависимых друзей, не допускать ситуаций, способствующих срыву.

При работе с семьей, устанавливается «семейный диагноз». Изучается внутрисемейная ситуация, характер взаимоотношений между членами семьи и психологическое состояние родителей. Чем сильнее закамouflированы, чем глубже подавляются и вытесняются причины семейного кризиса, тем острее проявляется неблагополучие детей, когда наркомания выступает крайней формой разрешения семейного кризиса. При диагностике учитываются формы неадекватного семейного воспитания: гиперпротекция — доминирующая или потворствующая, со стороны одного из родителей; неустойчивый стиль воспитания; эмоциональное отвержение, гипоопека, жестокое обращение и т. д. Затем все усилия направляются на психокоррекционную работу, ликвидацию острых межличностных и внутриличностных конфликтов. Родители обучаются взаимодействию со своими детьми, умению контролировать их поведение и собственные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания.

Можно выделить несколько шагов в работе с родителями несовершеннолетних, употребляющих ПАВ:

Первый шаг: установление доверительных отношений между специалистом и родителями, обсуждение с родителями тех направлений, где они хотели бы в первую очередь увидеть изменения; привлечение к работе других близких людей.

Второй шаг: объяснение родителям некоторых определяющих основ межлических отношений; поиск глубинных причин и нереализованных потребностей ребенка, провоцирующих у него протестное поведение, алкоголизацию и/или наркотизацию.

Третий шаг: формирование у родителей правильного отношения к самооценке и чувству самоценности ребенка, объяснение необходимости коррекции этого базового чувства в связи с тем, что низкая самооценка часто является причиной возникновения психической зависимости, конфликтности, аутоагрессии, противоправных действий, склонности к аддиктивному поведению.

Четвертый шаг: формирование у родителей чувства уверенности в себе при решении проблем воспитания; обсуждение опыта и практики здоровой семьи.

В отношении с несовершеннолетним, имеющим опыт употребления наркотиков, родителям важно придерживаться определенных правил, основные из них перечислены ниже:

1. Нельзя допускать, чтобы кто-либо из ближайшего окружения подростка был заинтересован в его излечении больше чем он сам (профилактика созависимости).

2. Не поддерживать пустых разговоров о наркотиках, так как такие беседы не имеют терапевтического смысла и могут провоцировать рецидив наркотизации, психологически возвращая несовершеннолетнего в среду, связанную с наркотиками.

3. Радоваться только конкретным действиям и достижениям подростка на пути выздоровления. Наркоман может пытаться убеждать своих близких в том, что он хочет заняться чем-то серьезным, и чем больше радости выражается по поводу его энтузиазма, тем больше он чувствует себя осуществившим свое намерение и ограничивается этим.

4. Смена окружения и обстановки снижает возможность рецидива. Наркоманы испытывают удовольствие, если им удастся вернуться в свою среду того, кто пытался вырваться из их круга, поэтому надо обеспечить ребенку возможность порвать общение с группой наркоманов.

Проблема созависимости в семьях наркозависимых детского и подросткового возраста. По мере того, как проблема наркотиков у ребенка становится все серьезней, меняется картина того, как реагируют его родители. На ранних стадиях они злятся, теряются; их

ответная реакция на подростка может принимать самые разные формы: обвинения, ворчание, чтение нотаций, увещевания, поучения, наказания, контроль, угрозы, попытки подкупа. По мере ухудшения проблемы некоторые родители полностью сдаются, поскольку они чувствуют свою беспомощность, а другие все больше укрепляются в позиции принятия ответственности за подростка. Консультируя таких родителей, важно объяснить им, как определить психологические границы личности. Это уже само по себе может перестроить структуру взаимоотношений в семье, разумно и рационально перераспределить сферы личной ответственности в решении проблемы наркозависимости.

Родители, не знающие как правильно реагировать, предоставляют проблеме возможность развиваться дальше. Когда их реакции несдержанно эмоциональны, то этим они лишь предоставляют подростку повод для обвинений и оправданий своего образа действий. Иногда родители не обращаются за помощью к специалистам из-за страха, чувства неудобства или стыда. Они могут винить себя и считать, что если бы они поступали правильно, то ребенок вырос бы другим. Они могут оправдывать поведение ребенка и полагать, что со временем это пройдет, что ребенок с возрастом это переживет. Возможно, что у самих родителей есть проблемы с употреблением наркотиков. При оценке проблемы консультанту необходимо исследовать и такую возможность.

Необходимо помочь родителям в ходе консультирования понять свои чувства и реакции. Нужно, чтобы они представляли, что им делать дальше. Консультант может научить родителей распознавать признаки и симптомы употребления ребенком наркотиков. Обсуждение с родителями того, как реагировать на употребление ребенком алкоголя или наркотиков — важная отправная точка. Если родители обнаружили факт употребления алкоголя или наркотиков, то им следует попытаться сохранить спокойствие и хладнокровие. Если ребенок пришел в наркотическом опьянении, им следует сразу обратиться к специалистам для оценивания состояния ребенка. Родителям необходимо знать, что разговаривать с ребенком в такое время бесполезно, это лишь приведет к еще большим проблемам и к отчуждению. Когда ребенок придет в нормальное состояние, то родителю необходимо поговорить с ним в спокойном, сдержанном тоне. Угрозы и обвинения приводят только к обиде и неповиновению. Прежде всего родителю следует узнать обстоятельства употребления алкоголя или наркотиков — где, с кем, была ли у ребенка возможность выбора — употреблять или не употреблять? Родитель должен ясно выразить, что он не приемлет такого поведения и отрицательно

относится к дальнейшему употреблению. Родителям следует добиваться от ребенка реальных предложений по исправлению своего поведения. Нужно постараться, чтобы ребенок принял на себя ответственность за собственные решения и дальнейшие поступки, а также за последствия, которые могут наступить в случае повторных эксцессов. Необходимо установить стандарты поведения относительно того, когда можно идти гулять с друзьями и когда нужно возвращаться домой. В случае, если ситуация все-таки грозит выйти из-под контроля, следует обратиться к профессиональному консультанту, специализирующемуся на работе с наркозависимыми. Если по всем признакам ситуация указывает на употребление наркотиков в качестве эксперимента, то родители должны ясно представлять себе последствия в случае повторных эксцессов. Родителям необходимо придерживаться стратегической линии поведения, которую обязательно нужно обсудить со своим подростком.

Специалисту в психокоррекционной работе с семьей важно соблюдать нейтральную позицию в отношении ко всем участникам процесса вмешательства. Задача семейного консультанта заключается в том, чтобы научить членов семьи стратегии и приемам адекватной коммуникации. В частности, они должны усвоить правило, что эффективная «обратная связь» содержит в себе позитивно окрашенные чувства, а критика хороша лишь тогда, когда сопровождается предложением конструктивной альтернативы.

Специализированные программы тренинга для родителей имеют целью научить их эффективно взаимодействовать с детьми как в обычной ситуации, так и в ситуации конфликта. Родительский тренинг направлен на обучение родителей конструктивному поведению в проблемных ситуациях.

Программы тренинга для родителей:

1. *Тренинг навыков воспитания.* Имеет целью профилактику агрессивного и асоциального поведения в детском возрасте. Эффективность ограничена, если в семье существуют такие проблемы, как депрессия у матери, супружеские конфликты, социальная изоляция и низкий социоэкономический статус.

2. *Тренинг социальных навыков.* Направлен на возмещение дефицита социальных навыков у детей и подростков, на адаптацию в социальной среде. Родителей обучают простым методикам поведенческой психокоррекции: прямой инструктаж, моделирование и подкрепление при выработке специфических навыков социального поведения.

3. **Тренинг когнитивных навыков.** Направлен на развитие социального интеллекта. Коррекции подлежит искаженное восприятие межличностных отношений, неадекватная интерпретация социальной действительности. Исследования показывают, что этот подход может обеспечить эффективную коррекцию определенных когнитивных процессов и выполнения связанных с ними заданий у детей с импульсивным, гиперактивным, агрессивным и асоциальным поведением [56].

Особое значение при работе с семьей придается профилактике созависимости. Программа тренинга (семейной терапии) по преодолению созависимости в разработке В. Москаленко [106] представлена в Приложении 2.

10.5. Групповые формы психокоррекции

10.5.1. Когнитивно-поведенческая модель групповой работы

Групповая терапия является одной из главных форм лечения наркомании, т. к. для наркоманов важным является общение с людьми с такими же проблемами. У многих наркоманов были проблемные психотравматические отношения в семье, из-за которых они рано покидали родительский дом и становились членами наркотической субкультуры. Наркоманы в этой субкультуре часто оказывают огромное влияние на мысли и чувства друг друга. Групповая терапия имеет целью создание атмосферы поддержки, в которой больные могли бы помочь друг другу измениться в положительную сторону. Странники поведенческой групповой терапии для наркоманов рекомендуют использование высокоструктурированных групп с директивным стилем управления [56].

Программы поведенческого тренинга определяют цели коррекции как приобретение индивидом новых поведенческих реакций, обеспечивающих успешную адаптацию к среде. Основное назначение коррекции состоит в том, чтобы сформировать «исполнительскую компетентность», помочь клиенту приобрести социальные навыки, позволяющие контролировать свое поведение, и тем самым повысить уровень своей свободы.

Поведенческий тренинг включает четыре основные обучающие техники: 1) демонстрацию образцов, которые должны быть заучены; 2) инструктирование клиента, разъяснение ему в вербальной,

письменной, символической формах того, что представляет собой поведенческая реакция, которая должна быть заучена; 3) упражнения, необходимые для приобретения и упрочения новых реакций; 4) контроль на основе обратной связи, дающей информацию о достигнутых результатах.

В тренинге социальных навыков поведенческое моделирование может быть реализовано как на живом примере, так и с помощью видеопрограмм. Видео моделирование часто используется при демонстрации альтернатив поведению, связанному с употреблением наркотиков, агрессией и другими противозаконными или вредящими здоровью занятиями. Например, фильмы об учащих, преодолевающих групповое давление аддиктивных сверстников, оказались эффективными в соответствующих программах для подростков. Наиболее эффективными оказываются программы, в которых делается акцент не на демонстрации негативных последствий (ранняя смерть и т. п.), а на адаптивном совладании (противодействие принуждению, социальные умения в повседневной жизни) [56].

В американской практике групповой психокоррекционной работы с алкоголезависимыми традиционными являются два подхода:

1. *Когнитивно-поведенческая терапия* — это социальный тренинг альтернативных стратегий решения проблем применительно к ситуациям, сопряженным с риском. Определяются зоны вмешательства, например: тренировка уверенности, обучение социальным навыкам, коррекция настроения — в частности, агрессивного; трудоустройство (выработка навыков поиска работы), тренинг навыков общения, планирование досуга и т. п. Сеансы работы структурируются как 20/20/20: треть часа отводится на оценку достижений за последнюю неделю; вторая треть — на формирование и закрепление навыков отказа от алкоголя, ролевые игры и т. п.; последняя треть — планирование действий на предстоящую неделю.

2. *Терапия по улучшению взаимоотношений* включает в себя подходы, направленные на укрепление социальной поддержки в деле отказа от алкоголя, на усиление мотивационной готовности, на установление и поддержание эмоциональных связей с членами социальной сети — например, с региональным отделением Анонимных Алкоголиков (АА). Особенно важная роль отводится поддержке, предоставляемой значимым лицом. Этим значимым лицом может быть ребенок, родитель, друг, священник или член группы взаимопомощи (АА). Упор делается на контакты с АА, что рассматривается как возможность «приобретения духовного опыта», а также может обеспечить постоянную социальную поддержку в мотивации на воздержание.

Некоторые исследователи отмечают, что алкогольные аддикты часто характеризуются выраженной симбиотической тенденцией. Они испытывают потребность привлечь и удержать внимание окружающих, дорожат их оценкой, стремятся приобрести и сохранить их близость. Отношения «субкультуры алкоголиков» с другими социальными группами детерминированы амбивалентными тенденциями: выраженной симбиотической потребностью с одной стороны, и асоциальными установками и поведением — с другой. Алкогольные аддикты стремятся вернуться в общество, наладить взаимоотношения с адекватным социумом, повысить свой статус среди неалкоголиков и вернуть себе их уважение [22]. Можно согласиться, что такая тенденция имеет место, что видно, хотя бы на примере распространенности в мире движения АА как социальной сети поддержки. Понятно, что заботливо подобранная психокоррекционная группа клиентов с такими социально позитивными установками может показать хороший терапевтический результат.

В отношении наркотической зависимости говорить о социально позитивных тенденциях можно лишь при большом оптимизме. «Алкоголикам необходима компания для организации самого процесса приема алкоголя, замаскированного под общение; в группе наркозависимых отношения кратковременны и существуют только для добывания и приобретения наркотика; здесь отсутствует даже иллюзия общения» [22]. Отмечено, что наркоманы значительно хуже, чем здоровые люди и даже алкоголики, приспосабливаются к окружающей действительности, в частности, из-за быстрой деградации копинг-стратегий и ресурсов совладания с трудностями. В отношении таких механизмов копинга, как «эмпатия» и «аффилиация» у наркоманов обнаружено достоверное снижение уровня того и другого по сравнению с контрольными группами.

У подростков феномен групповой психической зависимости выражен в разной степени, в зависимости от потребляемого ПАВ. В большей степени этот феномен выражен при потреблении алкоголя, ингалянтов, препаратов конопли, психостимуляторов, галлюциногенов. Значительно меньше он выражен при приеме опиатов, а при героиновой наркомании его вообще редко удается проследить, т. к. зависимость формируется чрезвычайно быстро (уже после нескольких регулярных инъекций). Начало приема героина обычно происходит в группе, но группа в данном случае обеспечивает не психологически комфортные условия потребления, а возможность получения самого наркотика [25].

10.5.2. Личностно-ориентированные модели групповой психокоррекционной работы с аддиктами

В зависимости от теоретических оснований, лежащих в основе той или иной личностно-ориентированной модели групповой психокоррекционной работы с аддиктами, их можно дифференцировать по следующим направлениям:

1. Транзактно-аналитические группы.

Целью работы является избавление от «сценариев» и «игр» в своих межличностных отношениях. Участники учатся узнавать «игры», в которые они играют, стремясь избежать ответственности за свою судьбу и разрабатывают новые сценарии, свободные от «родительских» предписаний. Совершенствуются навыки общения, повышается уровень самооценки [8; 9; 24].

2. Экспериментальные группы гуманистической направленности.

Цели группы: снижение уровня деструктивной конфликтности, повышение уровня ответственности в принятии жизненно важных решений, личностный рост. Ведущий группы обеспечивает атмосферу доверия, в которой участники могут изучать свои чувства, помогать друг другу стать более открытыми новому опыту, быть более уверенными в себе и своих решениях. Поощряется откровенность, искренность и экспериментирование (спонтанность). Важнейшие техники — активное слушание, отражение чувств, оказание помощи посредством обратной связи [20; 44; 88].

3. Экзистенциальные группы.

Цели группы: расширение самосознания, обретение понимания своей жизни как «бытия в мире». Обсуждаются темы экзистенциальной направленности: свобода, ответственность, тревога, вина [35; 62; 88].

10.5.3. Групповая работа с подростками

Групповая психокоррекция аддиктивных подростков, согласно данным Личко и Битенского [40], «представляет большие трудности в силу реакции группирования подростков с противопоставлением старшему поколению, которое в данном случае олицетворяет психотерапевт». В качестве основного инструментария для работы с такой группой авторы рекомендуют групповые дискуссии на темы, представляющие интерес для подростков, а также ролевые игры. Условием достижения позитивного успеха авторы считают правильный подбор участников группы: в группу не следует включать подростков, которые

настроены негативно по отношению к лечению, особенно, если они имеют влияние на других членов группы.

Американский опыт использования групповой терапии и 12-ти шаговой программы в лечении подростковой аддикции также показал, что «отношения подростков в психокоррекционной группе могут принимать девиантный характер, а 12-шаговая программа не учитывает особенности подросткового возраста». Кроме того в работе с различными группами подростков следует учитывать расовую, этническую и межкультуральную специфику риска аддиктивного поведения» [69].

К настоящему времени существует большое количество тренинговых и психокоррекционных программ для детей и подростков, которые разработаны в целях первичной и вторичной профилактики наркозависимости. Основная часть этих программ направлена на коррекцию отклоняющегося поведения путем тренинга социальных навыков, тренировки уверенности в себе (ассертивности) и т. д.

Для практики поведенческого тренинга характерна специфически узкая направленность на решение конкретной проблемы, что, в общем, создает трудности переноса усвоенных поведенческих реакций из ситуации тренировки в реальную жизнь. В этом смысле более перспективен социально-психологический тренинг в различных его модификациях. Исторически практика группового тренинга эволюционировала от образовательных форматов («активное обучение») до современных многоцелевых, ориентированных на личностное изменение, форм, во многом совпадающих с понятием «групповая психотерапия». Уже в СССР получила признание методика «социально-психологического тренинга» (СПТ), разработанная М. Форвергом в 70-х годах прошлого века. СПТ решал задачи приобретения и развития коммуникативных навыков, например, умение вести деловую беседу, разрешать межличностные конфликты и т. п. Другая возможная его ориентация — углубление опыта анализа ситуаций общения, коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения, развитие способности адекватно воспринимать себя и других людей [20]. В Западной Европе и США различные модификации группового тренинга приобрели широкую популярность под такими названиями, как «Т-группы» (тренинг человеческих отношений), «группы сензитивности», «группы личностного роста», «группы человеческого потенциала», «группы встреч» и т. д. [62]. По мере того, как цели группы сменялись от образования к персональным изменениям, обнаруживалось все больше совпадений между тренинговыми и терапевтическими группами. «Оба типа групп имеют схожесть в целях, видении человека, оба полагаются на похожие механизмы изменений или лечебных

факторов; то же и в отношении основных принципов («здесь-и-сейчас», внутри- и межличностная честность, обратная связь, принятие слабости и неуверенности, установление обоюдного доверия, понимание и анализ поведения), а также разделяемых проблем» [88].

Известно, что исходы потребления ПАВ в подростковом возрасте неоднозначны. Далеко не во всех случаях потребление ПАВ заканчивается формированием химической зависимости. Прогноз лучше в случае ранней алкоголизации и существенно хуже при употреблении наркотических веществ, причем, чем более наркогенным оказывается ПАВ, тем хуже прогноз. Тем не менее, по данным зарубежных авторов, до 20–30% детей прекращают потребление наркотиков без медицинской помощи [25; 60]. Отсюда понятно, что в отсутствии выраженных личностных нарушений подростков группы «повышенного риска», а также при наличии у них прогностически благоприятной перспективы, личностно ориентированные и социально-психологические тренинги становятся наиболее адекватными средствами предупреждения необратимых последствий.

Как уже было сказано, основной акцент в психокоррекционной групповой работе с подростками приходится на коммуникативные взаимодействия. Это соответствует ведущей проблематике переходного возраста: трудности процесса социализации, межличностного общения, в том числе общения с противоположным полом.

В работе с группой очень важен момент установления доверительных, открытых, эмоционально и социально поддерживающих отношений. Занятия с подростками (особенно с младшими) следует проводить преимущественно в игровой форме, но при этом такие занятия должны содержать потенциал серьезной интеллектуальной и психологической работы. Необходимо строго придерживаться определенных правил групповой работы: а) активное слушание, б) оказание взаимопомощи, в) доверительность и конфиденциальность, г) принятие личной ответственности за работу группы в целом, д) дисциплинарные установки и т. д.

Научившись и развив в себе необходимые качества, члены группы в дальнейшем смогут оказывать позитивное влияние и на свое ближайшее окружение — друзей, членов семьи.

В более развернутом формате групповая работа с подростками может быть представлена в программе, разработанной на кафедре психологии Самарского государственного университета (Приложение 3).

ГЛАВА 11. ПРОГРАММЫ И ТЕХНОЛОГИЯ ГРУПП САМОПОМОЩИ

Группы самопомощи (или взаимопомощи) в технологическом аспекте существенно отличаются от групп, руководимых профессионалами. Все их участники, включая и того, кто в какой-то период исполняет роль ведущего, страдают одной и той же болезнью или имеют одни и те же психологические проблемы. В литературе можно найти материалы о группах самопомощи больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, бронхиальной астмой, диабетом, раком, ревматоидным артритом, болезнями пищеварительного тракта, алкоголизмом, СПИДом, эпилепсией, нарушениями приема пищи, психическими болезнями, испытавших сексуальное или иное насилие, ушедших на пенсию, потерявших супруга или ребенка и т. д. В группах самопомощи участники чаще всего обмениваются жизненным опытом, историями своей жизни и, самое главное, стремятся проникнуться проблемами друг друга. Будучи товарищами по несчастью, участники просто говорят о себе, выслушивают друг друга, обмениваются советами. Все это создает атмосферу сочувствия и сопровождается стремлением сообща преодолевать возникающие трудности и проблемы. Особенно важно в группах самопомощи то, что одни и те же люди являются и помощниками, и получателями помощи. Помочь другому — значит помочь и самому себе. Например, анонимные алкоголики говорят, что от возврата к прежней жизни их удерживает именно помощь другим. Некоторые эксперты прогнозируют, что в ближайшем будущем группы самопомощи станут основным способом поддержки психического здоровья [35].

В США за лечением по поводу алкогольных проблем чаще всего обращаются в группы «Анонимных алкоголиков» (АА), однако специалисты-наркологи неохотно направляют туда клиентов, так как многие АА-группы выступают против использования лекарственных препаратов.

Программа самопомощи «Анонимные Алкоголики» (АА).

«ДВЕНАДЦАТЬ ШАГОВ» — это система постулатов, или технология работы АА-групп, определяемая как «совокупность духовных

принципов, которые воплощаясь в образ жизни, позволяют больному освободиться от пристрастия к алкоголю и стать счастливым и полезным человеком» [23]. В сокращенной редакции содержание шагов сформулировано основателями АА следующим образом:

1 шаг: *«Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой».*

2 шаг: *«Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие».*

3 шаг: *«Мы приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимаем».*

4 шаг: *«Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения».*

5 шаг: *«Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений».*

6 шаг: *«Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков».*

7 шаг: *«Смирненно просили Бога исправить наши изъяны».*

8 шаг: *«Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».*

9 шаг: *«Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому».*

10 шаг: *«Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это».*

11 шаг: *«Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы понимаем Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого».*

12 шаг: *«Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах».*

Первый шаг программы («Мы признали свое бессилие...») очевидным образом направлен на преодоление целого комплекса психологических защит, начиная с анозогнозии, поэтому он является ключом к успеху. Далее система «12 шагов» помогает аддикту принять мысль о смирении и альтруизме, что становится альтернативой эгоизму и эгоцентризму, характерному для зависимых. Множество других поддерживающих, активизирующих и управляющих элементов в работе группы компенсируют недостаток функций саморегуляции у аддикта. Пошаговый подход, рекомендации и прямые указания (например, «поддерживай контакты, не теряйся, звони, знакомься с людьми, приходи на встречи, проси помощи» и т. д.) выстраивают

последовательную линию развития, обеспечивая человека структурой, способной поддержать и направить его на восстановление собственной жизни, часто разрушенной почти до основания. Эта технология помогает аддикту осознать собственную зависимость от других людей и значимость отношений с ними. Что касается обращения к богу (в формулировке: «как мы его понимаем»), то речь здесь идет не обязательно о религиозности, а, скорее, о вере в трансцендентное, в высшую духовную силу, на которую человек может опереться, преодолев низменное в себе.

«ДВЕНАДЦАТЬ ТРАДИЦИЙ АА» — организационно-идеологические установки, которые усиливают технологическую составляющую лечения и вторичной профилактики аддикции, кроме того они являются технологией организации и функционирования всего движения АА

1 традиция: *«Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА».*

2 традиция: *«В делах нашей группы есть лишь один высший авторитет — любящий Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши руководители — всего лишь облеченные доверием исполнители, они не приказывают».*

3 традиция: *«Единственное условие для того, чтобы стать членом АА — это желание бросить пить».*

4 традиция: *«Каждая группа должна быть вполне самостоятельной, за исключением дел, затрагивающих другие группы или АА в целом».*

5 традиция: *«У каждой группы есть лишь одна главная цель — донести наши идеи до тех алкоголиков, которые все еще страдают».*

6 традиция: *«Группе АА никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА для использования какой-либо родственной организации или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем не отвлекали нас от нашей главной цели».*

7 традиция: *«Каждой группе АА следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне».*

8 традиция: *«Сообщество АА должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией».*

9 традиция: *«Сообществу АА никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления; однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают».*

10 традиция: *«Сообщество АА не придерживается какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности; поэтому имя АА не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии».*

11 традиция: *«Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах с прессой, радио и кино».*

12 традиция: *«Анонимность — духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности».*

В 1953 году анонимные наркоманы («АН») выделились из ассоциации анонимных алкоголиков («АА») и до сегодняшнего дня представляют собой отдельную общественную организацию. Организация АН тоже позиционирует себя независимой, бесплатной, немедицинской, негосударственной и анонимной.

Программа самопомощи «Анонимные Наркоманы» (АН).

Программа «АН» опирается на свойственную человеку внутреннюю религиозность, хотя и не требует веры в конкретного бога или принадлежности к какой бы то ни было конфессии. Приведем некоторые тезисы этой программы:

- *Почему мы здесь.*

До того, как мы пришли в Братство АН, мы были не в состоянии управлять своей жизнью. Мы не могли жить и радоваться жизни, как другие люди. Нам хотелось чего-то иного, и мы полагали, что нашли это в наркотиках. Наркотики были для нас важнее благосостояния наших семей, наших жен, мужей и наших детей. Нам приходилось покупать наркотики любой ценой. Многим людям мы причиняли вред, но больше всего мы повредили себе. Из-за неспособности отвечать за свои поступки мы практически сами создавали свои проблемы. Казалось, что мы больше не можем смотреть жизни в лицо.

Большинство из нас понимало, что мы совершаем медленное самоубийство, однако наркомания — такой коварный враг, что мы ничего не могли с ней поделать. Многие из нас кончали тюрьмой или искали спасения в медицине, религии, психиатрии. Ни один из этих методов не подошел. Наша болезнь все время возвращалась или усиленно прогрессировала, пока мы в отчаянии не стали искать поддержки друг у друга в АН. Придя в АН, мы поняли, что мы больные люди. Мы страдали от болезни, от которой нет лекарства. Но ее можно задержать в какой-то момент, и тогда выздоровление оказывается возможным.

- *Как это действует?*

Вот принципы, которые сделали наше выздоровление возможным.

Мы признали свое бессилие перед химической зависимостью от веществ, изменяющих нашу психику, признали, что потеряли контроль над своей жизнью...» и т. д. по аналогии с 12-шаговой программой АА.

С. Пил и А. Бродски [53] находят, что технология программы АА/АН заключается в замене химической зависимости на социальную, что по сути это социально-реабилитационная программа. Успех групп АА в удержании алкоголиков от возвращения к алкоголю не может быть преуменьшен, — пишут эти авторы, — но «алкоголик все еще стоит перед ключевой задачей распространения своих новых ощущений самооценности и самоконтроля на другие социальные контексты, помимо самой группы АА». Аддикты еще должны научиться новым способам справляться с реальной жизнью, встроить себя в здоровый социум, обрести себя в общественно полезном труде и т. д. В эффективности АА существенно то обстоятельство, что член АА остается непьющим, пока помогает «новообращенным», т. е. пока его жизнь целиком связана с деятельностью АА.

Э. Берн даже усматривает в этой особенности признаки все той же транзактной игры в «Алкоголика». Бывшие алкоголики охотно соглашались на роль «Спасителя», «потому что они знают правила игры и поэтому лучше умеют подыгрывать другим, чем люди, никогда раньше в эту игру не игравшие. Сообщалось даже о случаях, когда вдруг кончался «запас» алкоголиков, с которыми нужно было проводить работу, после чего некоторые члены организации снова начинали пить, поскольку у них без контингента погибающих, нуждающихся в помощи, не было другого способа продолжать игру» [9].

Один из ведущих отечественных специалистов в области наркологии, проф. А. Л. Игонин [30] считает, что движение АА/АН «добилось больших успехов в деле помощи наркологическим больным. Оно предлагает им идеологию (на религиозной основе), позволяющую преодолеть недуг. Достижение этой цели облегчается в условиях группового взаимодействия пациентов на заседаниях ячеек общества АА. Члены сообщества создают также особую антиалкогольную (антинаркотическую) социальную среду, которая уменьшает неблагоприятное воздействие на больных ситуаций, связанных с употреблением алкоголя (наркотиков)».

«Однако, — отмечает А. Л. Игонин, — несмотря на активные попытки создать сеть ячеек общества АА в России, к особому успеху эта деятельность не привела. Такого рода организации в нашей стране пока малочисленны и далеки от стабильного функционирования. Вероятно, плохая приживаемость ячеек общества АА в России связана с тем, что менталитет россиян отличен от менталитета американцев. Кроме того, жители нашей страны исповедуют иную религию либо являются агностиками. Более успешна деятельность сообществ наркологических больных при традиционных для России

религиозных организациях, в первую очередь, при Русской православной церкви» [30].

Представляется все же, что с психотехнологической точки зрения апелляция к Богу не является здесь принципиальной и не свидетельствует о религиозной направленности движений АА и АН. Богом, точнее, Высшей Силой, дающей смысл существованию группы, может быть любой «категорический императив», разделяемый участниками: вера в способность к взаимопомощи, в харизматическое призвание своей организации, в авторитет ее основателей; общественное благо, «корпоративные ценности», личностный рост, здоровый образ жизни и т. п. Другое дело, что ментальность большинства людей, сформированная условиями жизни в СССР и в постсоветской РФ все еще не предполагает способности к самоорганизации граждан в независимые общественные движения. Люди все еще ожидают, что помощь должна прийти извне — от государства или хотя бы от «человека в белом халате». Установка на трезвый образ жизни может обрести статус «категорического императива» и при условии веры в трансцендентные силы, и вследствие личного служения общему благу. Ясно, что никакой нарколог и никакая клиника «трансцендентной» силой не являются, поскольку успехи медицины в деле снятия психической зависимости незначительны. Группы же самопомощи, организуемые и ведомые платными профессионалами (распространенная у нас практика), лишают данную технологию ее смысла. 12-шаговая программа самопомощи под руководством лечащего врача — это все равно, что христианский кружок 12-ти апостолов под руководством «игемона» Понтия Пилата. Двенадцать шагов программы самопомощи в отрыве от двенадцати традиций самоорганизации обращают данную технологию в медицинский паллиатив. По-видимому, профессиональная наркологическая помощь может координировать свои усилия с действующими группами АА и АН, но не может подменять собой их базовый смыслообразующий принцип — самоорганизацию и самопомощь [19].

Технология движения «Анонимных» компенсирует характерную для зависимых людей ослабленную или неразвитую способность управлять собой, работает с эмоциональной сферой и неспособностью заботиться о себе, побуждает людей делиться историями о том, как они стали жертвой своей пагубной страсти и как теперь возвращаются к нормальной жизни. Эти истории дают возможность и рассказчику, и слушателям увидеть, каким образом трудности в проявлении эмоций и неспособность позаботиться о себе становятся причиной их жизненных неурядиц. Рассказывая свои истории, нередко красноречиво и с юмором, зависимые становятся более восприимчивыми, открывают

слабость своей сферы саморегуляции и обнаруживают, что их саморазрушающие характерологические защиты порождают значительную часть возникающих трудностей. Рассказанные истории демонстрируют участникам встречи, что они не способны осознавать, терпеть и выражать свои чувства, но поглощены обстоятельствами своей жизни, окружающими событиями и собственными действиями. С другой стороны, их истории о выздоровлении показывают, что человек осознал, как действуют его саморазрушающие защиты, понял собственную слабость и необходимость признать свою болезнь, а также зависимость от других людей как неизбежное и необходимое условие зрелой жизни.

Терапия патологического влечения к игре (гэмблинга). Интересно, что в лечении зависимости от игры в США наиболее популярным также является участие в группах взаимопомощи «Анонимные Игроки» (Gamblers Anonymous). Однако эффективность их невысока. Примерно 70–90% посетителей групп ГА выбывают на первых этапах участия в терапии и лишь 10% становятся активными членами, из них только у 10% наблюдается ремиссия в течение года и более. Высокие результаты (до 55%) достигаются при применении комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в ГА. Данные об эффективности участия других членов семьи в терапии зависимых от игры пока весьма противоречивы. Так, ряд авторов отмечает, что игроки, супруги которых участвовали в работе групп «Анонимные игроки», более часто отказывались от игры. По другим данным, участие семейной пары в терапии снижает уровень семейных разногласий и депрессивных расстройств, однако не оказывает достоверного влияния на зависимость от игры [98].

Еще одним примером подобных групп взаимопомощи являются «синанон-группы» (англ. Synanon). Общие принципы этого группового опыта были разработаны в 1958 г. Чарлзом Дедериком, бывшим алкоголиком, который заинтересовался возможностью создания работающей методики для лечения наркозависимых. Дедерик организовал общество взаимопомощи в г. Санта-Монике, штат Калифорния, члены которого должны были жить в Синаноне и принимать участие в одной, усиленной для себя программе лечения. Правила проживания были довольно жесткими и включали в себя выполнение домашней работы, посещение небольших групп, в которых не было лидера, полный отказ от употребления всех наркотических веществ, включая алкоголь. Хотя состав этих групп менялся по мере прихода новых членов и ухода старых, каждый из членов группы находился в центре внимания на протяжении довольно длительного времени. Суть обучения в этих группах заключалась в сильной конфронтации с данным членом группы, чтобы

при помощи оправдания, рационализации и игры излечить его от страсти к наркотикам. Прошедшие через эту процедуру пациенты обладали преимуществом перед профессионалами, поскольку они имели тот же прошлый опыт, что и другие члены группы, и могли откровенно рассказать о своих прошлых ощущениях и переживаниях.

Постороннему наблюдателю может показаться, что при общении в форме конфронтации члены синанон-группы подвергаются необоснованным и оскорбительным упрекам. Однако для опытного участника использование подобных безжалостных процедур представляет собой единственный способ преодоления эмоциональных блокировок и изменения своего жизненного стиля, который имеет саморазрушающий характер. Наркоманы постепенно осознают, что члены синанон-группы не сочувствуют им в их зависимости от наркотиков, так как признают за ними потенциальные возможности для усвоения положительных, альтернативных способов действия по преодолению тревожных и стрессовых ситуаций, в корне отличающихся от употребления алкоголя или наркотиков.

Трудности осуществления многих ценностей групп самопомощи в реальных социальных условиях приводят к тому, что некоторые люди становятся «завсегдатаями» этих групп. Они переходят из одной группы в другую в поисках все более и более сильных и значимых переживаний, так как они не способны измениться или приспособиться к реальному миру и чувствуют себя в безопасности, комфортно только среди узкого круга участников группы. Если не происходит переноса полученного в группах опыта в реальную жизнь, группы становятся неким подобием убежища для регрессивных и зависимых личностей [62].

Технология «равный — равному». Эта технология (peer-to-peer education) первоначально была разработана как метод обучения в образовании, при котором источником знаний для ученика служит не профессиональный учитель, а такой же ученик, уже обучившийся предмету. В этом состоит сходство с технологиями групп взаимопомощи, хотя здесь не так очевиден принцип самоорганизации, поскольку волонтеры приглашаются в уже существующую организацию и работают в ней за определенную плату.

Как правило, волонтеры работают в основном с такими же людьми, что и они сами. Это могут быть люди одного и того же возраста, пола, сексуальной ориентации, слоя общества и/или субкультуры либо имеющие иные сходные характеристики. Программы помощи равных равным особое внимание уделяют развитию должных навыков у волонтеров. Их обучают основам консультирования, после чего

направляют в те или иные специальные службы, чтобы они могли помочь в работе с теми из молодых, с кем трудно наладить контакт. Они также могут работать в группах сверстников, куда входят они сами. Консультант из числа учащихся, или посредник, способен «достучаться» до своего сверстника и обсудить с ним возникшую проблему, поскольку на социальном уровне они одинаково понимают эту проблему. Эта модель успешно применяется как метод профилактики наркомании. Цель профилактической программы должна состоять как минимум в том, чтобы дать молодым людям возможность самостоятельно принимать обоснованные решения в отношении алкоголя и других наркотиков. Поэтому важнейшим компонентом программы является предоставление фактических данных об алкоголизме и наркомании, о медицинских, социальных и правовых последствиях употребления ПАВ [104]. В следующей главе эта технология будет освещена подробнее и в аспекте профилактической работы с аддиктами.

ГЛАВА 12. ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКА ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Указом Президента РФ от 09.06.2010 г. № 690 утверждена «Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года». В преамбуле к основным положениям документа сказано прямо: в стране «недостаточно эффективно организована профилактическая деятельность». В качестве стратегической задачи государственной антинаркотической политики документ называет «создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий первичной профилактики» [114].

12.1. Представления о здоровом образе жизни (ЗОЖ)

Согласно «Популярной медицинской энциклопедии» общепринятая дефиниция здоровья дана в преамбуле устава Всемирной организации здравоохранения. «Здоровье» определяется как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Однако между двумя противоположными состояниями «здоровьем» и «болезнью» существует некая зона неопределенности, иногда называемая «предболезнью». Возможно, большинство людей располагается именно в этой зоне. Отсюда возникло понятие «практически здоровый человек»; под этим подразумевается, что наблюдающиеся в организме некоторые отклонения от нормы, не сказывающиеся существенно на самочувствии и работоспособности человека, не могут еще расцениваться как состояние болезни.

Соответственно, «профилактика» предполагает предупреждение развития болезни и/или устранение факторов риска заболевания. В развернутом виде профилактика определяется как *система комплексных государственных, общественных, социально-экономических, медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических*

мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья.

Более конкретизированное позитивное определение предложено в новом научном направлении «Психология здоровья»: «Здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, его предназначения, в конечном счете, его самоосуществления на Земле [3].

В журнале Социологические исследования (№ 4, 2008 г.) приведены любопытные данные, отражающие представления о «здоровом образе жизни», какими они складываются: а) в СМИ, ориентированных на молодежь; б) в студенческой среде.

Так, результаты проведенного контент-анализа электронных молодежных журналов (2005 г.; 46 статей электронных молодежных журналов: «Молоток», «Ты лидер», «Volkey», «Общая тетрадь», «TEENS», «Студенческий меридиан», «Журнал молодежной культуры» и т. п.) позволили выявить парадоксы в передаче информации о здоровом образе жизни. СМИ формируют специфический типаж модели «здорового образа жизни»: информация об основных его аспектах отражена поверхностно, в основном транслируются модели поведения, направленные на устранение рискованного поведения (28 % статей). Технологии ЗОЖ направлены преимущественно на девушек, лишь десятая часть публикаций предназначена для юношей. В 41 % публикаций, адресованных женской аудитории, четко прослеживается ассоциация «ЗОЖ = здоровье + внешняя красота». СМИ смоделировали условный портрет человека, ведущего здоровый образ жизни: это девушка, ухаживающая за своим телом путем соблюдения гигиенических процедур, поддерживающая фигуру в «форме», соблюдающая различные диеты и т. д. [7].

Результаты анкетного опроса студентов первого курса Московского гуманитарного университета «Отношение студентов к здоровью и здоровому образу жизни» в 2004 — 2005 гг. (в 2004 г. N = 138 чел.; в 2005 г. N = 163 чел.), цель которого — выяснение представлений, знаний о здоровом образе жизни, а также навыков по его ведению, способствующих сохранению здоровья, позволили обнаружить парадоксы в ориентациях и поведении данной группы молодежи. Представления молодежи о человеке, ведущем здоровый образ жизни, следующие: отсутствуют вредные привычки, к которым были отнесены — курение (86,9 %), употребление алкоголя (65,4 %) и наркотиков (42,3 %); правильное питание (52,1 %), занятия спортом (44,2 %). Имея некий образ, студенты пытались при ответе на вопросы, касающиеся различных аспектов ЗОЖ, придерживаться именно такого идеала. При анализе вариантов ответов на вопросы, позволяющие выявить, соблюдают ли респонденты указанные аспекты

ЗОЖ, обнаружены противоречия в ведении ЗОЖ. Например, отвечая на вопрос, как Вы чаще всего проводите свободное от учебы время, ни один респондент в качестве варианта ответа не выбрал «посещаю спортивные секции, занимаюсь спортом» [7].

Формированию адекватного отношения к здоровью препятствует целый ряд причин [39], в частности:

- здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность;
- здоровье приобретает актуальную жизненную необходимость, когда оно уже нарушено;
- в основе нездорового поведения лежит феномен «нереалистического оптимизма», который развивается из отсутствия личного опыта болезни, веры в то, что, если заболевания нет, то его и не будет в будущем, вера в возможность справиться с болезнью;
- нездоровое поведение приносит сиюминутное удовольствие, а последствия этих поступков кажутся далекими и маловероятными;
- если рекомендации по укреплению и сохранению здоровья, полученные от средств массовой информации или врача, не совпадают с представлениями человека, то вероятность их выполнения будет невысокой;
- молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения (если они уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей);
- существует эффект задержанной обратной связи: результат заботы о поддержании здоровья отсрочен во времени, и это одна из главных причин негигиенического поведения людей.

12.1.1. Факторы риска

Факторы риска первичного обращения к наркотику настолько разнообразны и настолько индивидуальны в каждом конкретном случае, что их классификация может иметь лишь академический интерес. Если в среде обитания молодежи, особенно подростков, имеется доступ к запрещенным препаратам, если налажено их предложение, то неизбежно появится и спрос. Молодость сама по себе фактор риска: молодые люди постоянно самоутверждаются и ищут ответы на вопросы: «Кто я такой? Какова моя роль в обществе? Каким человеком я хочу стать?» Поиск ответов на эти вопросы никогда не бывает легким, и на это уходит немало времени. В такой период молодой человек

может начать сомневаться в себе, в своих способностях достичь чего-то в жизни и приносить пользу. Именно в такой момент он может «махнуть на все рукой» или попытаться забыться, злоупотребляя различными психоактивными веществами [97].

Приобщению детей и подростков к наркотикам особенно способствует их зависимость от референтной группы сверстников (реакция группирования). Сама группа как целое также находится в зависимости от влияния молодежной субкультуры, поветрий моды и манипуляторов-взрослых, умеющих использовать знание возрастной психологии в своих корыстных целях. Основным местом потребления наркотиков подростками являются «места неорганизованного досуга» (дворы, подъезды, подвалы), что никак не исключает, к сожалению, потребления наркотиков в местах досуга «организованного»: дискотеки, клубы и т. д.

Риск особенно возрастает, если:

- у человека есть проблемы с психикой;
- личность недостаточно развита, неспособна принимать самостоятельные решения, выражать свои чувства, отстаивать свои права, решать проблемы и т. д.;
- подросток подвергается психологическому, физическому, сексуальному насилию или словесным оскорблениям;
- у человека много свободного, ничем не заполненного времени, нет конструктивных, творческих и стимулирующих видов деятельности;
- нет никаких условий или даже надежды реализовать свои потенциальные возможности;
- употребление наркотиков принято в ближайшем социальном окружении;
- имеются серьезные проблемы в семье: отсутствие эмоциональной привязанности и сплоченности между членами семьи, постоянная конфликтность взаимоотношений.

Перечисленными факторами отнюдь не исчерпывается список того, что способствует приобщению молодых людей к наркотикам. В документах ООН подчеркивается такой момент:

«В разных странах и даже в разных слоях общества в одной стране причины употребления наркотиков неодинаковы, однако есть нечто общее, лежащее в основе проблемы злоупотребления наркотиками практически повсюду в мире. Одна из причин, на которую ссылаются молодые люди из развитых стран и из среднего класса развивающихся стран, — это СКУКА. Что такое скука? Отсутствие интереса к чему бы то ни было, нежелание делать что-либо, отсутствие мотивации для участия в какой-либо деятельности, позволяющей чувствовать себя

полезным, разочарование в своем окружении и отсутствие каких-либо желаний» [97].

В условиях современного общества потребления и масскульта (развитые страны) скуку можно понимать как своеобразное состояние «ломки», которое возникает у аддиктивного потребителя «развлекательно-отвлекающих» технологий в ответ на ослабление внешних будоражающих воздействий. Ослабление может произойти вследствие возросшей толерантности к этому воздействию. Потребитель нуждается в новых, более сильных источниках удовольствия и более острых наслаждений. Повседневная рутина — будь то традиционные формы досуга, а уж, тем более, скучная учеба или бесцветная трудовая деятельность «офисного планктона» уже не способны поднять тонус настроения на субъективно приемлемый уровень. И тогда на помощь приходит «химия». Более того, к химической стимуляции тонуса прибегают и в самой уважаемой академической среде. Так, на официальном сайте популярной лондонской газеты²¹ размещена фактически рекламная статья о пользе «умных наркотиков» (в частности, риталина), которые помогают выдерживать экстремальные нагрузки студентам и преподавателям (сдавать экзамены, готовить презентации, переносить многочасовые авиаперелеты и т. п.). Там же анонсируется подборка материалов на эту тему: ««Умные наркотики» должны быть легализованы, — говорят ученые»; «Все большее число студентов и ученых применяют так называемые «умные наркотики», стимулирующие деятельность мозга. Недавний опрос показал, что допинг для ума использует каждый десятый студент Кембриджа и каждый пятый ученый».

Можно видеть, что наркотизации способствует не только скука, но и повседневный стресс современного бытия. Как заметил И. Ялом, «всеохватывающая тревожность, самоотрицание и чувство опустошенности, часто порождают поспешные попытки уклониться от размышлений, насильно заполнив все имеющееся в распоряжении время работой и развлечениями» [88].

12.1.2 Защитные факторы (факторы сдерживания риска)

В документах ООН среди основных факторов, которые удерживают человека от злоупотребления наркотиками, названы:

1. Наличие развитых индивидуальных умений и навыков, позволяющих справляться с трудными ситуациями (способность

²¹ The Telegraph, Sunday 28 November 2010.

анализировать ситуацию, быстро принимать решения, умение общаться с другими людьми, выходить из стрессовых ситуаций, договариваться и идти на компромиссы и т. д.).

2. Хорошие личные отношения с людьми, привязанность к животным, способность заботиться и сопереживать.

3. Наличие в социуме культурных норм, которые удерживают от злоупотребления наркотиками.

4. Строгость законов, регулирующих употребление психоактивных веществ, их надлежащее соблюдение; ограничение или затруднение доступа к законным и незаконным наркотическим средствам.

«Эти факторы представляют собой обобщенный многолетний опыт людей, работавших в области профилактики злоупотребления наркотиками» [97].

Основные факторы риска и защиты можно представить как противоположные полюса ряда шкал, образующих более или менее связанные комплексы (см. таблицу 10).

Термин «профилактика» (от греч. *prophylaktikos* — предохранительный) несет в себе двойную нагрузку: профилактика как система мероприятий направлена: 1) на предупреждение болезни (например, на предупреждение риска развития зависимости); 2) на сохранение здоровья. Поэтому используемые в литературе сочетания слов «профилактика болезни» и «профилактика здоровья» выражают в принципе одно и то же. Применительно к подросткам профилактика «имеет целью усилить факторы защиты, препятствующие началу употребления, и уменьшить факторы риска употребления наркотиков» [68]. Основная цель профилактической работы с детьми, подростками и молодежью — формирование установок «здорового образа жизни», высокофункциональных стратегий поведения, актуализация личностных ресурсов, препятствующих обращению к наркотикам. Психологи, подчеркивающие необходимость изучения здоровой личности, указывают на черты, которые отличают здоровье от простой «нормальности» или от отсутствия серьезных психопатологических симптомов. Здоровые люди характеризуются самоконтролем, личной ответственностью, демократизмом и наличием идеалов [56]. Здоровые люди стремятся к лучшему осознанию самих себя, и других людей, окружающего мира; постоянно расширяют умственный кругозор, развивают свою компетентность; вырабатывают реалистические и отвечающие их потребностям ролевые и межличностные отношения.

«Анализ современных концепций и программ профилактики зависимого поведения подростков показывает, что в основу большинства из них положен принцип формирования ценности здоровья как

Таблица 10.

Факторы риска и факторы, препятствующие риску зависимости

Факторы риска	Факторы противодействия риску
Медико-биологические	
Генетическая предрасположенность Патология развития, хронические заболевания Неблагоприятная экология	Здоровая наследственность Здоровое развитие Благоприятная экология
Психологические	
Эмоциональная неустойчивость, импульсивность, тревожность Внешний локус контроля Недостаточное интеллектуальное развитие Неготовность к проблемам переходного возраста	Способность к самоконтролю, уравновешенность Внутренний локус контроля Хорошее интеллектуальное развитие Компетентная помощь в преодолении проблем переходного возраста
Личностные	
Поведенческая неуверенность в общении Акцентуации черт характера Аструктурность, инфантилизм, несформированность «Я-концепции» Низкий потенциал личностного развития, склонность к апатии и скуке	Ассертивность в общении Гармоничное развитие личности Зрелость, стремление сформировать непротиворечивую «Я-концепцию» Стремление к самоактуализации и личностному росту
Социальные	
Проблемная семья, неадекватное воспитание Отсутствие или ослабление социального контроля Неблагоприятное социальное окружение Воздействие деструктивных субкультур	Гармоничные семейные отношения, воспитательная компетентность родителей Адекватный контроль со стороны общества и государственных институтов Здоровое социальное окружение Следование традиционным для данного общества нормам культуры, этики, морали
Экзистенциальные (смысло-жизненные)	
Руководствуется «принципом удовольствия» Отсутствие или ущербность смысло-жизненных ориентиров Бездуховность	Руководствуется «чувством долга» (нравственного, религиозного и т. п.) Личная ответственность за смысл своей жизни Способность к самотрансценденции

ведущей жизненной ценности, что, по нашему мнению, противоречит особенностям подросткового возраста. Здоровье как жизненная ценность в подростковом возрасте не является ведущей ценностью» [38]. Действительно, если в зрелом и, особенно, в «пенсионном» возрасте ценность здоровья достигает своего максимума («главное — сохранить здоровье, остальное приложится»), то у молодых людей главной и безусловной ценностью является как раз «все остальное». Молодость понимает здоровье как ресурс, который надо тратить, а не сберечь.

В профилактической работе с молодежью важна позитивная психолого-социальная направленность: не столько подавление негативного поведения на основе системы запретов (запреты не только плохо работают, но и провоцируют молодежь), сколько подкрепление, разрешение поведенческих форм «здорового образа жизни», допускающих в том числе социально приемлемые формы риска (спорт, включая экстремальные виды, социальная активность молодежи и т. п.). Излишняя категоричность и морализаторство в профилактической работе, а также неактуальные для подростков рассуждения о вреде для здоровья могут оказывать и обратный эффект.

В зависимости от контингента, с которым проводится профилактическая работа, различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика зависимости от наркотиков имеет целью предупредить начало употребления наркотиков лицами, ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой, ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи и призвана уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

Вторичная профилактика зависимости от наркотиков является избирательной, ориентирована на лиц, пробовавших наркотики, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости от наркотиков в ее начальной стадии. Необходимость во вторичном профилактическом воздействии появляется в тех случаях, когда заболевание может возникнуть (профилактика для групп риска) либо когда оно уже возникло, но еще не достигло пика своего развития.

Третичная профилактика зависимости от наркотиков является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на контингент больных, зависимых от наркотиков. Третичная профилактика типа «А» направлена на предупреждение дальнейшего злоупотребления наркотиками больными либо на уменьшение будущего

вреда от их применения, на оказание помощи больным в преодолении зависимости. Третичная профилактика типа «Б» (именуемая также четвертичной) направлена на предупреждение рецидива заболевания у больных, прекративших употреблять наркотики.

12.2. Первичная профилактика риска аддикции

Основой профилактической работы по предотвращению наркозависимости является профессионально поданная, психологически корректная информация по всему комплексу данной проблематики. Родители черпают информацию в основном из средств массовой информации и литературы, в значительно меньшей степени от специалистов. Информирование родителей и детей в форме обучающих занятий можно и нужно организовывать в школах и специализированных центрах. Достоверные знания о предмете, представляющем опасность, могут предотвратить те негативные последствия, которые неизбежно наступают при экспериментировании с таким предметом. Информация должна подаваться дифференцировано, в зависимости от возрастных особенностей аудитории, от уровня ее культуры, образования, от личного опыта слушателей. Так, внимание детской и подростковой аудитории не следует перегружать научной терминологией; информация должна быть доступна пониманию на уровне наглядно-образного мышления, а приводимые сведения не должны вызывать специфического интереса к «запретному плоду». Предельно ясны должны быть негативные последствия (в том числе юридические) любого экспериментирования в этой области. Информация для взрослых может затрагивать широкий круг вопросов как научно-медицинской, так и психолого-социальной направленности. Желательно формировать у слушателей концептуальное представление о проблеме, увязывающее вопросы личной безопасности с безопасностью общественной, поскольку в ситуации общей угрозы нельзя надежно обеспечить личную безопасность.

Формальное знание прописных истин о том, что наркотики опасны, что привычка (зависимость) может появиться уже после первой пробы, что «наркоманы долго не живут» и т. п. не гарантирует, что в провоцирующей ситуации подросток не захочет проверить эти истины на практике. В дальнейшем, когда влечение уже сформировано, подростки бывают вынуждены заниматься воровством, проституцией и распространением наркотиков, т. е. попадают в полную зависимость от взрослого криминала и наркобизнеса.

Информация для тех, кто уже имеет опыт употребления наркотиков и особенно для наркозависимых, может быть весьма детализированной ввиду их осведомленности, а порой и достаточной «компетентности» в данной области знаний. Основное внимание в этом случае надо уделять информации, разрушающей механизмы психологической защиты личности, которая препятствует осознанию личной проблематики. Следует также дискредитировать «мифы», популярные в этой среде (о «легких» наркотиках, о безопасном употреблении, о чудодейственных средствах лечения и т. п.).

В рамках первичной профилактики в разных странах мира проводятся кампании в СМИ. Такие кампании могут преследовать самые разнообразные цели: пропаганда здорового образа жизни, изменение существующих в обществе норм, касающихся потребления наркотиков, или укрепление профилактической роли родителей. Для того чтобы такая кампания была эффективной, необходимо прежде всего хорошо знать соответствующую группу молодежи или родителей и располагать достаточными ресурсами для воздействия на такую целевую группу. Как показала практика, важны также следующие аспекты [56]:

- необходимо обращать внимание на личностные и социальные последствия наркотизации (например, неопрятный внешний вид, усиливающееся безразличие, утрата способности сосредоточиваться на каком-то деле, проблемы с законом);
- важно хорошо знать целевую группу, ее представления о данном наркотики; например, обращение к той части молодежи, которую образуют искатели острых ощущений, должны отличаться от обращений, адресованных к тем, кто прибегает к наркотикам, чтобы преодолеть чувство тревоги, депрессии и т. п.
- с помощью как традиционных средств (например, интервью на улицах), так и более современных подходов (например, использование социальных сетей в Интернете) можно выйти на целевые молодежные группы без существенных затрат.

В. А. Ананьев и Я. В. Малыхина и др. [2; 3] обращают внимание на использование адекватной и эффективной мотивации в профилактической работе. «Если стратегия превенции будет ограничиваться только мотивацией «избегания неудач», то главным вопросом станет: «Что делать, чтобы подростки не употребляли наркотики, не прогуливали школу, не демонстрировали делинквентное поведение?»

Если использовать как профилактическую стратегию мотивацию достижения успеха, тогда главным становятся другие вопросы: «К чему же должны устремиться юные люди, вместо того, чтобы употреблять наркотики? Какие качества надо бы в них развить, чтобы они были

достойными гражданами своего города и своей страны? И, главное, как помочь им найти свое место в жизни, научиться получать удовольствие от обычных событий и дел, которые продвигают их к реализации самих себя, своего, пусть даже скромного, предназначения?»

Первым звеном в системе начальных профилактических мероприятий оказываются школьные психологи и социальные работники, которые зачастую сами испытывают недостаток информации о проблеме наркотизма и путях ее решения, а также не совсем четко представляют себе собственные возможности и, что очень важно, пределы своей компетентности. «В настоящий момент, профилактика является «чужеродной», «дополнительной» нагрузкой в работе школ, завучей по воспитательной работе ввиду отсутствия осознания ее органической связи со всей системой жизнеорганизации муниципального образования или школы» [3].

Проблемой также остается неразработанность четких критериев эффективности программ профилактического воздействия. Например, возможным критерием считают повышение уровня осведомленности школьников об опасности наркотиков, о последствиях употребления и развитии наркотической зависимости. Сдвиг в уровне знаний может выявить повторное тестирование (опросники на осведомленность). Однако связь между знанием и употреблением неоднозначна: в целом лучше всех об опасности наркотиков знают те, кто их сам употребляет.

Более надежным критерием может служить адекватность поведения в ситуациях, провоцирующих употребление. Установки на отказ («просто скажи нет») вырабатываются обычно в поведенчески ориентированных тренингах. С целью проверки эффективности научения можно использовать проективные методики, позволяющие анализировать мотивацию и вербальное поведение в проблемных ситуациях, провоцирующих употребление наркотика. Проблема, однако, состоит в том, что правильные установки, сформированные в «лабораторных» условиях, не обязательно сохранят свою актуальность в условиях реальной жизни.

Критерии медико-социального характера могут объективировать эффективность статистически и потому достаточно достоверны, но они относятся ко всему комплексу профилактических воздействий и мало что могут сказать об эффективности одной отдельно взятой программы. Эти критерии сводятся к показателям текущего мониторинга по данному региону (району, микрорайону) «за отчетный период»:

- снижение спроса на наркотики и, следовательно, снижение уровня распространенности ПАВ среди детей и молодежи, вовлечения их в наркогенную субкультуру и криминальную ситуацию;

- снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом, а также сопутствующими заболеваниями: инфекционными гепатитами, ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями, психическими расстройствами;
- снижение числа суицидов, случаев досрочного прекращения образования, разрушений семей;
- другие аналогичные показатели.

В общем и целом меры первичной профилактики можно свести к следующим направлениям:

Таблица 11.

Направленность мер первичной профилактики

Программы общественного информирования населения и общественных действий	Специальные программы общественной ориентации
1. Информирование населения через: <ul style="list-style-type: none"> • электронные СМИ (радио, ТВ, Интернет); • печатные СМИ (газеты, журналы, плакаты, брошюры, рекламные буклеты и т. д.); • тематические выставки; • религиозные проповеди. 	1. Работа ассоциаций, объединяющих родителей и учителей (на уровне школы, класса, вуза, курса, группы).
2. Консультационные службы типа «горячая линия» (на уровне регионов и субъектов РФ).	2. Работа ассоциаций школьников, студентов.
3. Семинары, диалоги, дискуссии, конференции, тематические фестивали и т. п.	3. Школьные, студенческие трудовые лагеря «самопомощи».
4. Театральные представления, киноискусство, изобразительное искусство.	4. Курсы подготовки руководителей для студенческого актива.
5. Консультации специалистов (врачи, психологи) по месту жительства, учебы, работы.	5. Молодежные клубы (работа со школьниками, намеревающимися покинуть школу).
<i>Преодоление юридической некомпетентности граждан всех категорий относительно ответственности за участие в незаконном обороте наркотических средств.</i>	
<i>Использование целевых групп влияния: политики; известные общественные деятели; религиозные лидеры; молодежные лидеры, звезды эстрады, искусства и спорта; главы семей, старейшины родов; руководители сельских общин; журналисты, активисты из числа школьников и студентов, прогрессивная молодежь, отрицательно относящаяся к потреблению наркотиков, бывшие наркоманы.</i>	

Разумеется, всем, кто занят в сфере первичной профилактики, следует оперативно пополнять свои знания, совершенствовать профессиональные навыки, быть в курсе современных тенденций и реального состояния дел в профилактической работе. Наркоситуация в стране и в мире, законодательство, состояние общества и государства, наконец, методы борьбы с наркоманией — все это находится в постоянном развитии, претерпевает сложную динамику. Неизменным, однако, остается стратегический принцип профилактической работы с группами риска: «верить в человека, в его силы». Все что делает человека несамостоятельным, подчиняемым, внушаемым, не верящим в себя, в свою значимость, все, что делает человека слабым, безвольным, неспособным отстоять свое «я» и сохранить свою честь и достоинство, — все это и способствует возникновению наркомании. Поэтому необходимо воспитывать самостоятельность личности, привычку рассчитывать на собственные силы, независимость и волю.

Кроме того следует понимать, что основной силой в профилактической борьбе с наркотизмом должно стать само общество (в США, например, в эту борьбу вовлечено несколько тысяч общественных объединений). Профилактические программы, направленные на предупреждение психосоциальных отклонений, как правило, востребованы обществом и целью своей имеют поддержание общественного здоровья. Однако если само общество больно на всех уровнях, и гражданское самосознание в стране все еще не реальность, а предмет дискуссий, то какой отдачи можно ожидать от программ, ограниченных территорией одной отдельно взятой школы, ПТУ или вуза?

12.2.1. Профилактика наркотизации образовательной среды

Помимо медицинских и социальных проблем, которые создает обществу эпидемия наркомании, она причиняет значительный ущерб системе образования:

- ухудшение криминогенной обстановки в образовательной и микросоциальной среде;
- снижение внутришкольной дисциплины и общей успеваемости учащихся и студентов;
- распространение идеологии наркоманической среды и связанное с этим искажение иерархии ценностей у детей и молодежи;
- незаконченное образование (среднее, высшее);
- снижение числа лиц, получающих профессиональное образование.

«Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» утверждена приказом Минобразования

России от 28.02.2000 года № 619 [108]. Концепция прямо определяет наркотическую ситуацию в стране как эпидемию наркомании. Отмечается, что 8% молодежи в России периодически употребляют наркотики. Среди студенчества наркоманией охвачено в той или иной мере 30–40%, а по отдельным регионам эта цифра значительно выше.

Ситуация усугубляется тем, что в недалеком прошлом ранняя алкоголизация и токсикомания преимущественно поражали детей из неблагополучных семей, родители которых вели асоциальный образ жизни. На сегодняшний день число молодых наркоманов пополняется в неменьшей степени подростками из благополучных слоев общества, семей с высоким достатком. Как правило, в подобных случаях гипоопека и невысокие морально-этические нормы, сложившиеся в семье, сочетаются с финансовой свободой подростков, связанной с легко доступными деньгами. Именно дети из этих семей преимущественно формируют особую молодежную субкультуру, ведущими ценностями которой являются свободное, гедонистическое времяпровождение в сочетании с наркотизацией как определенным стилем жизни. Прогноз предполагает дальнейший рост показателей, связанных с употреблением ПАВ; в то же время «в стране отсутствуют государственные детско-подростковые реабилитационные центры, а оплачивать услуги коммерческой наркологии большинство граждан не в состоянии».

Первичной профилактикой наркомании преимущественно занимается система образования, в основном образовательные учреждения среднего звена — школы, профессиональные училища, менее активно — колледжи, лицеи и вузы. Среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании, Концепция называет легкую доступность ПАВ. «Наркодельцы превратили образовательные учреждения в мини-рынки сбыта наркотиков, поэтому теперь без жестких мер и силового противостояния наркогруппировкам добиться реального повышения эффективности антинаркотической профилактики только за счет усилий воспитателей, преподавателей, учителей, врачей, психологов и социальных работников не представляется возможным». Единой государственной программы нет, в некоторых регионах отмечаются попытки локального внедрения авторских или адаптированных психосоциальных моделей профилактики (Москва, Санкт-Петербург, Самарская, Калининградская области, Ямало-Ненецкий автономный округ и другие регионы). Большинство педагогических работников образовательных учреждений признают свою неосведомленность в области предупреждения злоупотребления ПАВ детьми и молодежью.

Концепция признает, что стратегией первичной профилактики в образовательной среде «наиболее адекватной, с учетом всех моментов,

является стратегия сдерживания. Ставить сегодня вопрос о полном предупреждении употребления наркотиков и избавлении от наркомагии абсолютно нереально». При этом отмечается, что традиционный проблемно-ориентированный подход, акцентирование на отрицательных последствиях приема ПАВ, не обеспечивают достижение поставленных целей. Стратегическим приоритетом Концепция полагает «создание системы позитивной профилактики, которая ориентируется не на патологию, не на проблему и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем потенциал здоровья — освоение и раскрытие ресурсов психики и личности, поддержку молодого человека и помощь ему в самореализации собственного жизненного предназначения».

Профилактическая деятельность в образовательной среде, согласно Концепции, включает следующие основные принципы:

1. Комплексность (согласованное взаимодействие ведомств и проводимых ими мероприятий).

2. Дифференцированность целей, задач, средств и планируемых результатов (с учетом возраста, степени вовлечения ребенка в наркогенную ситуацию и т. д.).

3. Аксиологичность (ориентации на общечеловеческие ценности, включая ЗОЖ, законопослушность, заботу об экологии и т. п.).

4. Многоаспектность (сочетание в профилактической работе этических, правовых, социально-психологических, личностных компонентов).

5. Последовательность (этапность в сочетании с социально-психологическим мониторингом ситуации).

6. Легитимность (принимая во внимание, что те или иные действия в границах осуществления первичной и вторичной профилактической помощи не запрещены, однако не регламентированы нормативными актами).

В Приложении 4 представлены основные направления профилактической работы, предлагаемые Концепцией для образовательных учреждений среднего и высшего звена.

Надо отметить, что Концепция не решает вопроса о финансировании и затратах времени, необходимых на реализацию всего объема профилактической работы, однако ссылается на зарубежный опыт:

«Данные, например, германских авторов показывают, что в медико-реабилитационной области бюджетные расходы европейского государства составляют около 20 %, тогда как остальные затраты приходятся на многочисленные общественные и благотворительные организации».

«Наиболее широко (почти в 30 странах) распространена разработанная в США программа «Скил Лайфс» («Успешная Жизнь»). Занятия

проводятся педагогами и психологами, прошедшими специализированную подготовку, с малыми группами учащихся. На эти занятия отводится от 100 до 200 учебных часов в год, начиная с дошкольных учреждений и заканчивая старшими классами.

Отечественный опыт программы первичной профилактики подростков на базе средней школы представлен в Приложении 5. Эта программа разработана коллективом специалистов НИИ наркологии Минздрава РФ под руководством профессора Н. А. Сироты.

12.2.2. Тревожные тенденции в зарубежной превентологии

В современной специальной литературе (в основном, западноевропейской) наблюдается тенденция, которая, по сути, направлена на отмену понятия «первичная профилактика». Все чаще можно встретить разделение понятий «употребление» и «злоупотребление» применительно не только к алкоголю, но и к любым психоактивным веществам, включая наркотики. При этом «употребление» наркотиков подростками признается той «статистической нормой», которая существует в силу фактического положения вещей, и речь, следовательно, должна идти о социальной нормативности «контролируемого употребления», которое не должно, однако, переходить в стадию зло-употребления.

Выше уже приводилась характерная ссылка на материал лондонской газеты The Telegraph. В обзорной статье британского Manchester Metropolitan University²², посвященной развитию молодежной стратегии в области наркотиков, утверждается: «Существует все растущая база доказательств, предполагающая, что подавляющее большинство молодых людей, злоупотребляющих наркотиками, не будут испытывать проблемы с зависимостью. По мере взросления молодежи, большинство прекращает употребление к возрасту 25 лет. Необходимость дифференцировать *простое* и *проблемное* употребление наркотиков была признана исследователями (Гланц 1992, Каплан и Джонсон 1992, Гилман 1996 и Уайзли 1997)».

А. Лопес-Бласко [41] отмечает амбивалентность испанского общества в отношении к наркотикам: «... мы определили положение с профилактикой наркотической зависимости в Испании как переходную стадию между состоянием озабоченности, паники общества в отношении проблемы наркоманов, и движением к толерантности в отношении

²² //ppf.uni.udm.ru/tempus_no_drugs/Manchester/Youth_strategy_in_the_UK_1078921922_rus.html

наркоманов». Амбивалентность в отношении восприятия наркоманов проявляется в том, что их перестают замечать, что проблема наркомании больше не является актуальной темой для СМИ. Пресса вспоминает о наркоманах «лишь из-за смертельных случаев, вызванных экстази». Между тем, «распространение потребления этого наркотика испанской молодежью безгранично возросло и растет далее».

Совсем уже толерантный подход к проблеме наркозависимости представлен в статье немецких исследователей «Предупреждение наркомании в Германии и Саксонии» [71]. Ниже приведены несколько выразительных отрывков из этой работы.

«Употребление наркотиков представляет собой «феномен несовершеннолетних» и носит возрастной характер», — сообщают эти авторы. — «Для молодежи употребление наркотиков является нормой. Со временем, когда молодые люди начинают задумываться о браке и детях, они практически без последствий отказываются от употребления наркотиков, и тот факт, что когда-то в молодости они были зависимы от наркотиков, теряет свою актуальность, становится одним из эпизодов их биографии (Kastner/Silbereisen, 1988)».

«Наркомания может рассматриваться как положительное развитие событий с точки зрения познавательного процесса. При этом познавательный процесс будет включать в себя не только приобретение школьных знаний или квалификации, но и расширение социального и жизненного опыта. Употребление наркотиков как таковое должно стать предметом индивидуального образовательного процесса посредством осознания необходимости самоанализа, то есть анализа своего образа жизни и образа жизни своей субкультурной группы. Необходимо опираться на мир опыта подростка и создавать некое пространство для обмена им и диалога среди самих подростков, без утайки положительных и захватывающих аспектов потребления наркотиков. В этом смысле в городе Нюрнберге, например, в рамках наркопрофилактической работы среди подростков был реализован показательный проект на тему «Искусственный рай», сделавший доступными соблазны и опасности потребления наркотиков путем сооружения «комнат переживаний» и визуализации душевного состояния рефлексии (Kammerer, 1996, с. 32; Quensel, 1998). Более того, крайне важно заниматься самой наркокультурой общества <...> можно сослаться на ритуалы и практику, которые возникли в данной субкультуре для сведения к минимуму вреда и <для> социальной адаптации путем регулирования процесса употребления наркотиков. На этой основе, например, была развита молодежным наркологическим консультативным центром Ганновера в сфере внешкольной профилактической работы среди подростков

концепция «нарковоспитания» путем распространения правил употребления наркотиков для развития у самих подростков ответственности при обращении с ними (Leune, 1998)».

«Принципом всех работающих в области первичной профилактики проектов является ставка на тренировку жизненных навыков. В общем, при этом речь идет о стимулировании защитных факторов у детей и подростков, которые должны помочь предотвратить злоупотребление наркотиками». Один из этих проектов описан так:

«Проект «Космонавт» (Welttraumfahrer) «Саксонского земельного союза поощрения здорового образа жизни» был разработан педагогами и социологами. Особенность проекта заключается в расширении жизненных навыков путем развития способностей получать удовольствие. В центре проекта — методический сундук в виде космического корабля, с помощью которого дети и подростки в течение трехдневного семинара могут воплотить свои мечты и желания на вымышленных планетах. Методический сундук содержит все необходимые материалы для дискуссий, для создания обстановки космоса, различных игр и упражнений. Помимо упражнений, которые помогают развивать в группе фантазию, творчество и хорошее самочувствие, большое внимание уделяется анализу как положительных, так и отрицательных аспектов наркотического опьянения, потребительских привычек в обществе, причин поведения, приводящего к злоупотреблению, и собственное понимание подростками темы наркомании. В атмосфере открытости и раскованности подростки имеют возможность уяснить свою обязанность самостоятельно принимать решения в отношении наркотических средств и нести за них ответственность. Проект «Космонавт» рассчитан на возрастную группу от 12 до 16 лет. В роли ведущего может выступать сам учитель».

12.3. Правовые аспекты проблемы, или юридическая профилактика наркозависимости

Средством воспитательно-профилактической работы является правовое просвещение. Потребители наркотиков, в том числе потенциальные потребители и наркодилеры, должны отчетливо представлять возможные юридические последствия своих действий.

Правовая ответственность за «незаконные операции с наркотиками» (изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка и сбыт) определяется Уголовным кодексом РФ, а также Законом «О наркотических средствах и психотропных веществах».

В главе 25 УК «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности» статья 228 предусматривает уголовную ответственность за следующие противоправные деяния:

Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов.

1. ... без цели сбыта ... в крупном размере ... наказывается, согласно последней редакции УК (2010 г.), либо штрафом в размере до сорока тысяч рублей (нижняя граница меры наказания), либо (верхняя граница) лишением свободы на срок до 3-х лет.

2. Те же деяния, совершенные в особо крупном размере, — наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей...

Примечания. 1. Лицо, совершившее преступление, предусмотренное настоящей статьей, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества или их аналоги и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление. *Не может признаваться добровольной сдачей наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов изъятие указанных средств, веществ или их аналогов при задержании лица, а также при производстве следственных действий по их обнаружению и изъятию.*

Статьей 228.1 предусмотрена ответственность за «незаконные производство, сбыт или пересылку наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов». В зависимости от состава преступления, эти деяния наказываются сроками лишения свободы от 4-х лет (нижняя граница) до 20 лет (если преступление совершено группой, в особо крупном размере и т. п.). Той же тематике в других ее вариациях посвящены и следующие статьи УК: 228.2, а также 229–234.

Надо заметить, что Уголовный кодекс РФ, вступивший в силу 1 января 1997 г., не устанавливал (в его первой редакции) и не устанавливает (во всех последующих редакциях) ответственности за потребление наркотиков. Это не имело существенного значения до тех пор, пока критерии отнесения обнаруженных у задержанного наркотиков к небольшому, крупному и особо крупному размеру не были определены законодательно. Фактически крупным и даже особо крупным размером могло быть признано любое количество вещества, обнаруженное у потребителя. Новая редакция УК (2003 г.) предусматривала

законодательное закрепление порядка определения размеров наркотиков, обнаруженных в незаконном обороте: крупным размером теперь признавалось количество, превышающее размеры средней разовой дозы потребления в 10 и более раз, а особо крупным размером — в 50 и более раз. Новая редакция исключает уголовную ответственность за незаконные приобретение, хранение, изготовление, переработку, перевозку наркотиков в количестве менее 10 доз.

Таким образом, Уголовным Кодексом РФ не предусмотрено наказание за немедицинское *употребление* наркотиков. Вместе с тем, в Законе РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изменениями на 18 июля 2009 года) в главе VI («Противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»), ст. 40 гласит: «В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача». Соответственно, статья 6.9. Кодекса РФ об административных правонарушениях предусматривает:

«Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача <...> влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Примечание. Лицо, добровольно обратившееся в лечебно-профилактическое учреждение для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, освобождается от административной ответственности за данное правонарушение. Лицо, в установленном порядке признанное больным наркоманией, может быть с его согласия направлено на медицинское и социальное восстановление в лечебно-профилактическое учреждение и в связи с этим освобождается от административной ответственности за совершение правонарушений, связанных с потреблением наркотических средств или психотропных веществ».

12.4. Вторичная профилактика риска аддикции

Как уже было сказано, всех детей и подростков в силу их возрастных психологических особенностей следует отнести к группе риска. Однако между целевыми объектами первичной и вторичной профилактики существует некая зона перекрытия (зона повышенного риска), куда попадает молодежь, которая может иметь некоторый опыт потребления ПАВ, но не афиширует его, хотя скрининговые методы диагностики указывают на такую вероятность. Такую молодежь

целесообразно вовлекать в профилактическую работу в составе специализированных малых групп. Разумеется, групповая работа в формате социально-психологического тренинга полезна для любого ребенка, но реальные возможности (время, кадры специалистов и т. д.) вряд ли позволят охватить, например, всех учащихся школы, поэтому тренинг в малых группах предназначен, в основном, для лиц «повышенного риска». Тренинговая групповая работа может оказаться особенно эффективной, если в ней принимают участие лидеры неформальных группировок подростков. Таких лидеров отбирают по результатам социологических опросов и склоняют к сотрудничеству.

В настоящее время в мире наибольшее распространение получили две модели тренинговых программ профилактики для детей и подростков: программы достижения социально-психологической компетентности и программы обучения жизненным навыкам. Первые распространены в Европе, их целью является выработка у детей навыков эффективного общения. Вторые распространены в США, их цель — обучение навыкам ответственного принятия решения. И та и другая модели решают три основные задачи: 1) развитие социальных навыков коммуникации и личностной компетенции; 2) выработка и развитие навыков защиты; 3) предупреждение возникновения проблем. Первая задача реализуется посредством обучения навыкам эффективного общения, принятия ответственных решений. Вторая — посредством обучения умению противостоять различным факторам риска. Третья реализуется посредством формирования навыков регуляции эмоций, разрешения конфликтов и т. д.

Акцент в тренинге делается на технологиях активного обучения, что предполагает обязательное владение специалистом методами групповой работы. Используются разнообразные психотехнические приемы, разработанные в моделях группового тренинга: групповые дискуссии, ролевые игры, совместный поиск решений методом мозгового штурма.

Наиболее удобным местом для превентивной работы является школа. Если типовые, а иногда и создаваемые специально для данной школы, профилактические программы включаются в учебный план, то к работе привлекают учителей, обучая их соответствующим методикам работы с тренинговыми группами. Желательно подготовить и раздать методические пособия для учителей, а также и для родителей; обеспечить их материалами по поддержанию и развитию работы после окончания тренингового курса.

Содержательно работа с группой повышенного риска не обязательно акцентирует ее антинаркотическую направленность. Само название программы, содержание упражнений, игр, темы дискуссий

могут носить нейтральный характер. Темой обсуждения в группе могут стать взаимоотношения учеников с учителями. Такие взаимоотношения иногда принимают характер открытого конфликта, а еще чаще конфликт скрыто тлеет за внешне благополучным фасадом. Зачастую коммуникация учителя и учеников во время конфликта происходит без учета «обратной связи» и носит неконструктивный характер, что влечет за собой не разрешение проблемы, а ее консервацию либо эмоциональное отреагирование негативных эмоций с обеих сторон. Исследования показывают, что претензии конфликтующих сторон взаимны: «Учителям предъявлялись претензии в непоследовательности поступков, неискренности, невозможности понять их логику. Высказывалось неудовольствие мелочными придирками, в частности требованием, чтобы весь класс смотрел на учителя, когда он говорит. Вместе с тем, в претензиях учеников часто звучали инфантильные эгоистические установки. Так, например, отстаивание своего права не готовить к сроку задания с тем, чтобы потом отчитаться по ним во внеурочное время. При этом абсолютно не учитывалось право учителя на личное время. В таком случае успешным оказалось применение на тренинге приема моделирования обратной ситуации, когда разыгрывалась сцена, в которой учитель предлагал ученикам перенести урок на время после занятий, так как он сейчас занят личными делами. Последующее обсуждение чувств участников, дискуссия о праве на личное время сняли остроту этого вопроса» [37].

Тренинг будет иметь большой эффект профилактического воздействия, если тема наркотиков, аддиктивного поведения возникнет спонтанно, по инициативе самих участников. Скрытый характер и косвенное воздействие профилактики наркомании может иметь место и в процессе предметного обучения по школьной программе. В рамках почти любой учебной дисциплины подготовленный учитель, преподаватель может связать тему своей лекции с проблемами наркотизма, зависимости и необходимостью ориентироваться на социально позитивные установки ЗОЖ.

Программы вторичной профилактики в образовательных и внешкольных учреждениях, предназначены для усиления «защитных факторов» и ослабления «факторов риска» злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). Такая программа должна предусматривать механизмы (технологии) формирования у личности навыков сопротивления наркотикам, твердости в противостоянии внешнему давлению. Как показывает опыт, антинаркотические программы не столько снижают вероятность первой пробы, сколько повышают вероятность того, что подросток откажется при вторичном предложении наркотика.

12.4.1. Основные модели вторичной профилактики

Обсуждение моделей вторичной профилактики наркозависимости полезно начать с опыта, накопленного в области борьбы с пьянством и алкоголизмом. Серьезно говорить о первичной профилактике алкогольной зависимости можно лишь в условиях действующего «сухого закона» либо применяя эту профилактику к детям. По данным статистики, вкус алкоголя знаком подавляющему большинству школьников старших классов. Сам факт, что алкоголь является «легальным наркотиком», свидетельствует о сформированной алкогольной зависимости у современной цивилизации в целом (за исключением исламских стран). А предотвращение развития этой зависимости, перехода ее в патологическую форму — это задача вторичной профилактики. В целом сегодня можно говорить о двух сложившихся в мире моделях профилактики: «запретительной» (применительно к алкоголю и наркотикам) и «ограниченно-разрешительной» (применительно к алкоголю). Еще одна форма — так называемая модель «причинения наименьшего вреда» (в различных модификациях) — разрабатывается в рамках вторичной профилактики наркотической зависимости.

1. Запретительная модель.

Эта модель исходит из оснований традиционной морали и проста в понимании: «нет употребления — нет самой проблемы». Отсюда следуют два императива: (1) запрещение доступности и (2) воздержание от соблазна. Наиболее известное воплощение этой модели — практика «сухого закона» в США в 1921–1932 годах. В отношении злоупотребления наркотиками запретительная модель в 30-х, 40-х годах в Америке выразилась в пропагандистской направленности фильмов, газет, журнальных публикаций. Содержание этого материала, его профилактический смысл сводился к тому, что «хорошие люди» (герои, персонажи) не употребляют наркотики. «Может быть, главным недостатком этого подхода является то, что в его рамках пытаются решить сложную проблему простыми методами» [113].

Разновидностью этой модели является «Нулевая толерантность к наркотикам». Суть модели заключается в выработке «нетерпимости к любому наркотику в любом количестве, в любом месте, в любое время». Ответственность за распространение наркотиков в этой модели возлагается на потребителей. Идеология и практика такой профилактики широко освещалась в средствах массовой информации США в конце 80-х, начале 90-х годов. В рамках проводимой кампании правоохранительными органами производились санкционированные досмотры частной собственности, которая могла быть использована

для перевозки или хранения наркотических веществ. Автомобили, яхты или багаж подлежали конфискации, если в них находили хотя бы малую дозу наркотика. Собственность могла быть возвращена владельцам только после уплаты штрафов и стоимости конфискованного имущества. Некоторые официальные лица в администрации Рональда Рейгана считали, что принцип нулевой толерантности должен быть расширен. Предлагалось подвергнуть тестированию на наркотики всех рабочих и служащих в стране, при этом положительные тесты означали бы немедленное увольнение. Противники такого подхода аргументировали свои возражения тем, что судебная система США просто погрязнет в делах такого рода. Общественное мнение склонилось к тому, что репрессивный акцент должен быть перенесен на производителей наркотиков и торговцев. Кампания не получила развития и постепенно сошла на нет [113].

Достаточно очевидно, что табуирование или полное запрещение определенного вида ПАВ возможно лишь в случае, если это вещество не укоренено в традициях данного общества или, по крайней мере, никогда не имело в нем легитимного статуса. В XX веке опыт введения «сухого закона» в США и антиалкогольной кампании в СССР показал неэффективность такой формы. Оказалось, что отрезвляющее и оздоровительное воздействие предпринимаемых мер длится недолго, и уже довольно скоро начинают развиваться процессы негативного свойства: повсеместное самогонование, использование технических и лекарственных спиртосодержащих жидкостей не по их прямому назначению, массовые отравления, криминализация быта и рост протестных настроений. В дальнейшем ситуация начинает выходить из-под контроля государства, зато набирает силу организованная преступность. Под криминальными «крышами» нелегальный бизнес начинает приносить баснословные прибыли, значительная часть этих денег идет на подкуп чиновников и сотрудников правоохранительных органов. В конечном итоге власть коррумпируется, а общественная мораль деградирует.

2. Ограниченно-разрешительные модели.

В рамках «ограниченно-разрешительной» формы имеется несколько основных моделей профилактики.

Социокультурная модель направлена на предотвращение злоупотребления алкоголем. Цель стратегии — сформировать разумные нормы употребления. Модель исходит из возможности беспрепятственного употребления алкоголя в рамках рациональной социально-нормативной культуры питья. Задача в этом случае заключается в том, чтобы четко определить, что является приемлемым употреблением спиртных

напитков, а что — пьянством. После того как достигнута определенность по поводу того, что следует называть «пьянством», на него нужно наложить строгий запрет. Употребление алкоголя в этой модели признается лишь в качестве необязательного дополнения к другим видам жизнедеятельности. Модель популярна, например, в Соединенных Штатах, где на ее основе реализуются рекламные и образовательные стратегии для профилактики вождения в нетрезвом виде.

Потребительская модель — эта модель разрабатывалась преимущественно для снижения потребления алкоголя, хотя в последние годы она стала распространяться и на другие наркотические средства. Применительно к алкоголю утверждается, что общество должно пытаться уменьшить негативные последствия его потребления ограничением доступности. Утверждается, что ограничение доступности путем поднятия стоимости спиртных напитков, снизит потребление алкоголя, и, соответственно, связанные с ним последствия. Другие пути — сокращение рабочего дня баров и «забегаловок» с алкогольными напитками, контроль над розничной продажей алкоголя, поднятие возрастного ценза для приобретающих спиртное.

3. Модель «причинения наименьшего вреда».

Особой формой вторичной профилактики, получающей все больше распространение в мире и особенно в европейских странах, можно считать подход, определяемый как «*снижение вреда*». В этом случае профилактика не ставит целью полное запрещение вредного для здоровья поведения, а претендует лишь на частичное уменьшение вредных последствий. Сторонники такого подхода исходят из признания того факта, что стремление к рискованному поведению, к поиску границ своих возможностей свойственно природе человека и неустрашимо в принципе. Сверхзадачей бихевиорально-когнитивно ориентированных программ профилактики является полное воздержание от наркотиков, «жизнь без наркотиков», что, по мнению сторонников идеи снижения вреда, утопично. На самом деле, утверждают они, экспериментирование с наркотиками является неотъемлемой частью подростковой субкультуры, а «экспериментирование с наркотиками» (употребление) и «злоупотребление» ими — принципиально различные явления.

Марша Розенбаум, одна из идеологов и активных проводников в жизнь концепции «снижения вреда» в своей книге «Безопасность прежде всего» [109] показывает что, несмотря на то, что в американских школах систематически проводятся занятия по профилактике употребления наркотиков, 53,9% учащихся хотя бы раз пробовали наркотики, 41,4% употребляли те или иные наркотики в течение прошедшего года

и 25,7% употребляли наркотики в течение прошлого месяца. «Самым шокирующим, — пишет М. Розенбаум, — оказался неизменный негативный результат оценки программы D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education), наиболее популярной программы в Америке. Ежегодно эта программа охватывала 36 миллионов учащихся в 80% школ в США. Каждое очередное исследование доказывало, что D.A.R.E. неспособно предотвратить употребление наркотиков среди своих выпускников или снизить уровень употребления».

Нереалистичность этих программ, по мнению М. Розенбаум, связана с игнорированием противоречий между их содержанием и реальной жизнью. Вопреки провозглашаемой ценности здорового образа жизни без наркотиков, американцев и их детей постоянно засыпают лозунгами, призывающими принимать различные препараты, таблетки и лечиться. Широко рекламируются, например, препараты для лечения генерализованных тревожных расстройств. Дети смотрят рекламу и понимают, что их родители обращаются к антидепрессантам, чтобы справиться со своими проблемами» [109].

Сторонники идеи снижения вреда аргументировано доказывают, что критикуемые ими программы профилактики наркомании не учитывают возрастные и индивидуально-психологические особенности подростков, и что авторитет этих программ подорван тактикой запугивания и дезинформации, характерной для этих программ. Фундаментально ошибочными положениями, лежащими в основе профилактических программ типа «Жизнь без наркотиков», они считают следующие:

- употребление наркотиков и злоупотребление ими — это одно и то же;
- марихуана — «трамплин» к более тяжелым наркотикам (героин, кокаин);
- преувеличение риска, связанного с приемом наркотических средств, играет профилактическую роль.

Конкретные действия, направленные на снижение вреда, могут происходить в форме обмена потребителям стерильных шприцев, создания для них условий безрисковых инъекций, лоббирования программ по замещению тяжелых наркотиков более безопасными синтетическими аналогами и даже в форме поддержки их борьбы за легализации марихуаны. Надо ли говорить, что значительной частью общества эта форма воспринимается как откровенная капитуляция перед наркотизмом. Противники практики снижения вреда указывают на то, что, снижая таким образом вред сегодня, общество поощряет тех, кто пока еще удерживается от смертельно опасных опытов, и тем самым человечество обрекает себя на угрозу непредсказуемого будущего.

Кто-то из американских психиатров заметил: «Сторонники программы «снижения вреда» исходят из того, что злоупотребление наркотиками неизбежно, так что общество должно попытаться свести к минимуму тот ущерб, который наркотические вещества причиняют наркоманам (болезни, передозировки), а наркоманы — обществу (преступность, расходы на здравоохранение). Но поскольку программа «снижения вреда» не предъявляет никаких требований к самим наркоманам, она обрекает их на зависимость от наркотиков. Единственная цель этой программы — позволить наркоманам уничтожить себя в относительной «безопасности», причем за счет налогоплательщиков».

12.4.2. Методология основных профилактических программ

Исторически сложилось несколько основных методологических подходов, которые отчасти плавно переходят друг в друга, а отчасти перекрывают друг друга.

1. Подход, основанный на распространении информации о наркотиках.

Наиболее известный профилактический подход, который сводится к изложению фактов об опасности потребления алкоголя, наркотиков и других ПАВ, о социальных, правовых, медицинских последствиях злоупотребления ими. Содержат информацию о признаках употребления наркотиков, их фармакологии, описывают этапность развития зависимости от наркотиков. Обсуждаются также правовые аспекты потребления наркотиков, включая вопросы наказания за употребление наркотиков либо их распространение. К занятиям с учащимися могут привлекаться бывшие наркоманы, рассказывающие о негативных последствиях злоупотребления, основываясь на собственном опыте. Имеется в виду, что повышение качества знаний об употреблении психоактивных веществ и его последствиях будет эффективным для изменения поведения.

В отечественной наркологии данный подход представлен методами санитарного просвещения. Отечественные и зарубежные специалисты оценивают эффективность такого санитарного просвещения как низкую.

2. Подход, основанный на «эмоциональном обучении».

Согласно Н. А. Сироте [68], этот подход базируется на убеждении, что:

а) зависимость от наркотиков чаще развивается у лиц, имеющих затруднения в идентификации и выражении эмоций, а также

личностные факторы риска (низкая самооценка, слабо развитые навыки принятия решений и т. д.);

б) риск употребления наркотиков может быть снижен путем развития эмоциональной сферы.

В рамках этой концепции целью профилактического воздействия является развитие навыков распознавания и выражения эмоций, повышение самооценки, определение значимых для индивида ценностей, развитие навыков общения и принятия решений. Недостатками данного подхода являются односторонность, ограниченность в определении причины возникновения наркомании (неполноценности эмоциональной сферы) и использование малоэффективных методов достижения поставленных целей (например, эмоциональные игры). Оценка специалистами эффективности данного подхода свидетельствует о разочаровывающих результатах. Основная часть данной модели стала центральным компонентом развивающихся в последнее время программ «развития жизненных навыков».

3. Подход, основанный на роли социальных влияний.

Подход базируется на теории социального научения, утверждающей, что поведение индивида постепенно формируется в результате позитивных и негативных последствий его собственного поведения. Научение происходит под воздействием примеров поведения окружающих (родители, другие родственники, ровесники, персонажи фильмов и т. д.). Начало курения табака, употребления алкоголя и наркотиков провоцируется авторитетными фигурами, употребляющими ПАВ и являющимися своеобразным эталоном, ролевой моделью для детей и подростков. В качестве профилактической меры авторы подхода предлагают проводить «психологическую прививку», т. е. обучать молодежь умению противостоять давлению этих факторов.

Разработанные в рамках этого подхода программы профилактики состоят из следующих компонентов: тренинг устойчивости к социальному давлению; «прививки» против воздействия рекламы; информация о механизмах влияния со стороны родителей и других взрослых. Основными способами усвоения необходимых навыков являются ролевые игры. Данный подход рассматривается как относительно успешный, так как он достигает цели, предотвращая или отодвигая начало употребления наркотиков. Исследователями отмечается успешное влияние указанного подхода на прекращение многими подростками курения, предотвращение либо отложенное начало алкоголизации.

4. Подход, основанный на формировании жизненных навыков.

Жизненные навыки — это те навыки личного поведения и межличностного общения, которые позволяют людям контролировать

и направлять свою жизнедеятельность, жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Основной набор жизненных навыков включает в себя: творческое и критическое мышление, эффективное общение, принятие решений и решение проблем, самосознание, сопереживание, умение управлять эмоциями и совладать со стрессом. Ведущими компонентами этого подхода являются активные, основанные на опыте методы и групповая работа с молодежью. Лекции, дискуссии, ролевые игры поощряют самоанализ потребностей, ценностей, принятие на себя ответственности за собственные решения. Полученные навыки могут использоваться на практике в разных жизненных ситуациях. Данный подход базируется на понятии изменения поведения. Теория социального научения и теория проблемного поведения являются основой этого направления, позволяя приблизиться к пониманию причин возникновения зависимости и создать потенциально эффективные профилактические стратегии.

С точки зрения теории проблемного поведения, начальная фаза употребления наркотиков, наблюдающаяся преимущественно в подростковом возрасте, может быть: демонстрацией взрослого поведения; формой отчуждения от родительской дисциплины; выражением социального протеста и вызовом по отношению к ценностям среды; инструментом эксперимента; стремлением получить новый, ранее не познанный опыт; поиском удовольствия или расслабления. Потребление наркотиков может стать для подростка пропуском в группу сверстников; сделать его «своим» в субкультуре определенного жизненного стиля; оно же может быть сигналом потребности в помощи; результатом давления со стороны социальной среды; актом отчаяния; признаком нарушения в психологическом и социальном развитии. Подростки зачастую некомпетентны в других формах социального общения и потому рассматривают наркотики как неотъемлемую часть среды.

В настоящее время такие программы широко распространены в США и странах Западной Европы и охватывают в основном три области: информация и социальная устойчивость; развитие ряда личностных и поведенческих навыков; обучение социальным навыкам (навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, отказа, отстаивания своей позиции).

В российской практике данный подход реализуется на основе базовых программ Life Skills International для общеобразовательной школы. По сравнению с другими подходами модель программ развития жизненных навыков оценивается исследователями как имеющая шансы быть успешной, хотя судить о ее отдаленных результатах пока рано.

5. Подход, основанный на деятельности, альтернативной потреблению наркотиков.

Сторонники данного подхода предполагают, что значимая деятельность, альтернативная наркотизации и алкоголизации, способствует уменьшению развития химической зависимости. Сформировав позитивную зависимость от среды, люди приобретают целесообразный тип активности.

Концепция поведенческой альтернативы наркотизации была сформулирована в США. Она базировалась на следующих позициях: 1) психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта; 2) многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности; 3) люди не прекращают использование психоактивных веществ, улучшающих настроение или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее, 4) альтернативы наркотизации являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

Американскими исследователями акцентировалась направленность на развитие информированной личности, значимых межличностных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности. В Германии упор делался на выработку «функционального эквивалента». Можно выделить четыре варианта программ, которые основываются на модели поведенческой альтернативы употреблению наркотиков: 1) предложение специфической, позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает сильные эмоции и предполагает преодоление различного рода препятствий; 2) комбинация специфических личностных потребностей со специфической, позитивной активностью; 3) поощрение участия во всех видах такой специфической активности; 4) создание групп поддержки молодых людей, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции.

Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска употребления наркотических средств и других форм отклоняющегося поведения.

6. Подход, основанный на укреплении здоровья.

Укрепление здоровья (health promotion) — это процесс, помогающий индивидуумам и общественным группам усилить контроль за определенными параметрами здоровья и таким образом улучшить его. Эта стратегия в сжатом виде выражается фразой: «Делать здоровый

выбор максимально доступным». Основной целью программы укрепления здоровья является развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с экологией и социальной средой.

Группы, в которых проводится обучение здоровью, преимущественно охватывают учащихся, поскольку в контексте школьного обучения возможно регулярное и систематическое образование. Концепция интегрирует школьную среду и связанные с ней группы взрослых; она подразумевает изменение типа и структуры школьного образования. Действия на ее основе рассчитаны на длительный позитивный эффект в результате усиления личностных ресурсов и готовности людей использовать их.

7. Интегративный подход.

Интегративный подход представляет собой варианты комбинаций профилактических стратегий (компонентов), использующихся при реализации выше перечисленных подходов. Составными компонентами интегративных профилактических программ часто являются знания о наркотиках и последствиях их употребления, развитие мотивации на укрепление здоровья, формирование жизненных навыков, навыков разрешения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, обучения навыкам противостояния давлению употребить наркотики и защиты себя и других сверстников в ситуациях, связанных с возможным употреблением наркотиков. Несовместимая с употреблением вредных веществ альтернативная деятельность (спорт, творчество, культурные мероприятия, хобби и т. д.) и формирование системы ценностей, норм поведения и жизненного стиля, как правило, также являются компонентами интегративных профилактических программ.

12.4.3. Технология профилактической работы «Равный — Равному» (Р-Р)

Материалы по этой технологии, представляющей интерес для работы в области вторичной профилактики наркозависимости, выложены на сайте «Документы ООН: Материалы Управления ООН по наркотикам и преступности» [97].

Термин «обучение равных равными» используется для описания ряда разного рода программ, в выполнении которых участвуют люди одной и той же группы, работающие с другими людьми той же самой группы. Как правило, наставники из числа равных работают в основном с такими же людьми, что и они сами. Это могут быть люди одних

и тех же возраста, пола, сексуальной ориентации, слоя общества и/или субкультуры либо имеющие иные сходные характеристики. Один молодой человек как-то охарактеризовал процесс обучения равных равными как «работу с людьми, которые не имеют над нами власти» [104].

Работа равных с равными может проводиться и в рамках наставничества, оказания помощи, и консультирования со стороны равных. Общей чертой этих видов деятельности является то, что в них участвуют молодые люди, работающие с другими молодыми людьми с целью достижения позитивных изменений. Обучение равных равными, по определению, предполагает участие людей одинакового социального положения в просвещении людей, находящихся в аналогичном положении. Молодежь больше уважает житейскую мудрость, когда ею обладают такие же люди, как и они, которые сами пережили или научились у других преодолевать жизненные невзгоды. Заслуживающая доверия и изложенная откровенно и без нагнетания страха информация может произвести огромное впечатление. Например, наставник из числа равных, беседуя с какой-либо группой о профилактике наркомании, может опираться на ситуации и примеры из местной жизни, когда профилактика помогла или не помогла, и разъяснять причины, которые к этому привели.

Эффективные программы Р-Р опираются на несколько ключевых принципов:

1. Приемлемость с точки зрения конкретной культуры.

У молодых людей, в зависимости от среды их обитания, существует своя особая культура, присущая той или иной конкретной группе сверстников в то или иное конкретное время в том или ином конкретном месте. Разработчики программ Р-Р учитывают культурные нормы, касающиеся потребления тех или иных наркотиков в определенных культурах и субкультурах. Например, потребление марихуаны молодыми членами секты растафари считается одним из элементов их религиозного самовыражения, тогда как мусульманам запрещается употреблять алкоголь. Когда в группу сверстников входят представители различных культур, не следует думать, что все молодые люди в этой группе будут одинаково относиться к потреблению алкоголя и наркотиков.

2. Уместность с точки зрения уровня развития.

При разработке эффективных программ, способных дать реальные результаты как для участвующей в них молодежи, так и для их руководителей, очень важно учитывать, на каком этапе развития личности находятся молодые люди, для которых предназначена программа.

3. Точность сообщаемой информации.

Когда дело доходит до обсуждения проблем профилактики наркомании, молодежь нередко весьма скептически воспринимает

информацию, исходящую от органов здравоохранения. Молодым людям часто кажется, что государственные или иные руководящие органы и деятели пытаются ими манипулировать, занимаются пропагандой, вместо того чтобы давать точную и взвешенную информацию. Лучше давать реальную и взвешенную оценку наркотиков и рассказывать об истинных последствиях их употребления. В таком случае молодые люди проникнутся к программе доверием и смогут сделать для себя обоснованный выбор — потреблять наркотики или нет.

4. Опора на эмпирические методы обучения.

В частности, имеется в виду моделирование ситуаций и практическое общение, обсуждение проблем и выработка навыков воздержания от наркотиков.

Еще один важный принцип, который следует учитывать, — это необходимость создавать «равным» условия, которые реально способствовали бы получению и усвоению знаний. Лучше всего люди учатся тогда, когда имеют возможность подражать тем, кто в данном деле преуспел, а затем обсудить то, чему научились на чужом и собственном опыте, чтобы во всем этом разобраться. Используя этот принцип, можно задействовать молодых людей в программе Р–Р, наглядно показывая им, как поступать в опасных ситуациях, приближенных к реальной действительности, с которой они могут столкнуться.

5. Профессионализм сотрудников.

Успех или провал той или иной программы зависит от людей, ее осуществляющих. При проведении программ важно поддерживать должный профессиональный уровень. Это означает, что необходимо предусмотреть для соответствующего учреждения и его сотрудников профессиональное обучение, контроль, разбор хода работы, ее регулярное планирование и обеспечение качества. Программы для молодежи и с участием молодежи должны быть гибкими и по замыслу, и по исполнению. Действенными факторами привлечения молодежи к участию в программе могут стать ее увлекательность, творческий и интерактивный характер, а этого можно добиться с помощью различных средств, в частности таких, как театр, спорт, интернет, танцы и инсценировки.

Для успешной работы по технологии Р–Р член команды должен:

- быть ровесником молодых людей, входящих в целевую группу, и находиться в аналогичном с ними положении;
- быть готовым знакомиться с новыми идеями и подходами в поведении и воспринимать их без предубеждения;
- понимать характер функционирования групп, знать основные правила работы в них и помнить о необходимости сохранения конфиденциальности;

- уметь слушать других;
- уметь общаться и ясно выражать свои мысли, избегая полемического тона;
- уметь выражать свои мысли нестандартно, образно и/или помогать молодым людям высказываться нестандартно и образно;
- обладать способностью к самоанализу;
- хорошо владеть фактическими данными о наркотиках;
- уметь следовать указаниям, пользоваться обратной связью и действовать на ее основе в порядке совершенствования своей деятельности;
- иметь дело с молодежью, всегда исходить из принципа «не навреди» и руководствоваться им;
- стремиться отстаивать интересы молодежи и осуществлять задачи соответствующего проекта.

В группу планирования желательно включить молодых людей, которые:

- разделяют тревогу по поводу распространения наркомании в общине;
- энергичны;
- умеют работать в команде;
- знают о проблеме наркомании в своей общине;
- грамотны;
- хорошо рисуют.

Наставники из числа равных должны понимать механизмы функционирования групп, поскольку работа в группе — наиболее распространенный метод в программах Р–Р. В частности, их нужно регулярно снабжать свежей информацией по проблемам алкоголизма и других видов наркомании, чтобы сообщаемая ими информация была достоверной с научной точки зрения, а не основывалась на чьих-либо непроверенных суждениях или слухах.

Два главных умения, которым часто обучают будущих наставников в ходе тренингов, — умение разрешать проблемы и выработка уверенности в себе.

Разрешение возникающих проблем. Умение разрешать проблемы — навык, полезный в самых разных жизненных ситуациях, от управления проектами до межличностных отношений; это в буквальном смысле главный жизненный навык. Разрешение проблем можно описать как процесс, состоящий из шести этапов. Чтобы было легче запомнить, они расположены в порядке букв английского слова DECIDE:

Определение и описание проблемы (Define and Describe). Лучше всего описывать проблему с точки зрения удовлетворенных и неудовлетворенных «потребностей», а не в плане «пожеланий» или

«следовало бы», поскольку последние мешают найти оптимальное решение для конкретной ситуации.

Поощрение (Encourage) и «мозговой штурм». После определения и описания проблемы следует этап мозгового штурма для проверки максимального количества вариантов решения. На этом этапе важно не отбрасывать ни одно из возможных решений. Иногда поистине «безумные» идеи могут помочь найти новаторские решения.

Выбор варианта (Choose an option). Рассмотрев все варианты, выберите из них один, который как можно более полно и эффективно удовлетворял бы потребности, выявленные на первом этапе.

Осуществление (Implement) варианта. Составьте план действий по осуществлению выбранного на предыдущем этапе варианта.

А теперь — действуйте! Приводите его в исполнение!

Оценка (Evaluate) результативности ваших действий. Введя свой план в действие, проверьте через некоторое время, каких результатов вам удалось добиться.

Существует еще один метод, сочетающий приемы разрешения проблем и репетиции возможных вариантов, — это «обучение на базе проблем» (ОБП). При использовании этого метода равные разрабатывают реалистичные сценарии, в которых действуют детально обрисованные персонажи и стоят дилеммы, которые они всей группой коллективно решают друг для друга. Этот метод хорош тем, что при его применении равные получают очень ценную информацию, которую они вполне могут использовать в реальных жизненных ситуациях.

Выработка уверенности в себе. Считается, что выработка умения настоять на своем, знать и отстаивать свои права важна и необходима, для того чтобы противостоять негативному давлению других равных в целом ряде жизненных ситуаций.

Для выработки умения отстаивать свою позицию главное — это:

- выступать от собственного имени;
- настойчиво гнуть свою линию, повторяя свое мнение снова и снова, как на треснувшей грампластинке;
- понимать и отстаивать свои права;
- представлять острую ситуацию в ином свете и сглаживать ее.

Опора на фактические данные, доходчивое, понятное изложение. Информация по профилактике наркомании должна основываться на фактах и предоставляться в понятной и удобной для использования форме.

Объяснение участникам программ, где можно получить необходимую информацию. Важно также вооружить молодых участников любой программы Р-Р умением добывать информацию по вопросам,

касающимся алкоголя и других наркотиков. Имея такие навыки, молодые люди смогут позаботиться о себе и после завершения проекта Р-Р.

Этого можно добиться, например, объяснив участникам той или иной программы, куда они могут обратиться за информацией, советом и поддержкой по любому касающемуся алкоголя и наркотиков вопросу, который им придется решать в своей реальной жизни.

Помимо обучения молодежи тому, как добывать информацию, было бы также полезно научить ее оценивать полученную информацию. В наш век информационных перегрузок наличие доступа к информации может иногда оказаться большей проблемой, чем его отсутствие, поскольку в средствах массовой информации, интернете и просто в народе циркулирует много ошибочной и просто негодной информации.

Для распространения достоверной информации можно использовать и такой отличный ресурс, как передача ее молодыми людьми друг другу старым добрым способом «из уст в уста».

Основное внимание — привитию жизненных навыков, способствующих укреплению защитных факторов. Для молодых людей защитные факторы — это то, что предохраняет их от воздействия факторов риска, которому они могут подвергаться. Примерами таких «защитных факторов» могут служить позитивная самооценка и самоуважение; умение разрешать проблемы; наличие связей со службами поддержки; умение плодотворно общаться с другими людьми.

В числе «факторов риска» можно отметить знакомство со сверстниками, которые злоупотребляют наркотиками; неблагоприятная обстановка в семье; позиция «в моих проблемах виноват кто угодно, только не я» и неумение настоять на своем.

При осуществлении программ Р-Р следует опираться на защитные факторы, действующие в отношении участвующей в них молодежи, и проводить программы комплексного обучения жизненным навыкам, которые укрепляют эти защитные факторы, и параллельно вырабатывать умение противостоять факторам риска.

Вопрос финансирования (спонсирования) программ «Р-Р» решается либо целевым порядком, либо через систему грантов, которые могут предоставляться как государственными, так и общественными или частными организациями (институтами), заинтересованными проблемами молодежной политики.

Оценка эффективности программ осуществляется методом количественных оценок с использованием анкетных опросов. Участвующие в программах молодые люди заполняют анкеты с вопросами, позволяющими оценить их знания, их жизненные установки и характер

поведения до начала программы и вновь — после ее завершения. Затем отмечаются и получают оценку произошедшие изменения.

Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде не обошла вниманием и третичную профилактику наркозависимости применительно к детям и подросткам. И это, к сожалению, правомерно, поскольку проблемы наркотической зависимости юного поколения в нашей стране зашли уже слишком далеко.

«Задачи вторичной и третичной профилактики могут быть решены в специализированных государственных центрах реабилитации детей и молодежи. Спектр деятельности таких центров должен включать в себя:

- оказание консультативно-диагностической, медико-социальной и правовой помощи детям и молодежи, употребляющим психоактивные вещества и имеющим болезненную зависимость;
- оказание консультативной помощи и правовой поддержки родителям по вопросам наркозависимости детей и молодежи;
- организацию общеобразовательного и профессионального обучения и с этой целью создание учебных классов, студий, спортивных секций, трудовых мастерских и других специальных структур для обеспечения духовного и творческого роста реабилитируемых;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи специалистам образовательных учреждений по вопросам профилактики наркомании и зависимости от ПАВ;
- взаимодействие с заинтересованными ведомствами и организациями по вопросам реадaptации и реабилитации детей и молодежи, вовлеченных в употребление психоактивных веществ;
- разработку и апробирование реабилитационных программ для детей и молодежи с зависимостью от ПАВ;
- разработку программ профилактики срывов и рецидивов наркомании у детей и молодежи, прошедших лечение и реабилитацию и интегрированных в образовательное учреждение.

Дети и подростки, успешно прошедшие реабилитацию (третичная профилактика), должны возвращаться в образовательные учреждения на общих основаниях [108].

* * *

Очевидно, что добиться сколько-нибудь заметных результатов в решении проблемы наркомании невозможно без организации адекватной профилактической работы. Профилактика подростковой и юношеской наркомании становится одной из важнейших задач

общества. Это осознает сегодня подавляющее большинство населения от государственных чиновников всех уровней до обычных, рядовых граждан. Вместе с тем разработка и внедрение первичной профилактики наркомании у подростков и молодежи оказываются чрезвычайно затруднены в силу ряда обстоятельств, важнейшими из которых являются следующие:

- Недостаточно ясным продолжает оставаться вопрос о том, к чьей компетенции относится реализация антинаркотической работы с молодежью. Какие ведомства должны взять на себя затраты и ответственность по ее проведению. Нерешенность этого вопроса приводит к тому, что, с одной стороны, государственные средства, выделяемые на профилактику наркомании, распыляются по различным ведомствам, которые реализуют плохо согласованные друг с другом мероприятия, эффективность которых трудно оценить, а с другой — ведомства, имеющие непосредственное отношение к профилактике наркомании среди молодежи, всячески дистанцируются от этой работы.

- По-прежнему неопределенным является вопрос о том, усилиями каких специалистов — педагогов, врачей, психологов — должна вестись антинаркотическая работа с молодежью. Очевидно одно: усилия педагогов недостаточны в силу их низкой осведомленности в вопросах наркологии, а усилия медиков ограничены недостаточностью навыков психолого-социальной работы с детьми. И в том, и в другом случае мы сталкиваемся с различными аспектами некомпетентности, сформировавшими господствующую ныне модель профилактики, основа которой — запугивание и дезинформация.

- Практически отсутствуют научные обоснования программ первичной профилактики наркомании среди молодежи. Вопрос эффективности зарубежных антинаркотических программ требует специального изучения. Однако даже сейчас ясно, что без учета культурологического аспекта молодежной наркомании эффективная адаптация зарубежных программ невозможна. Злоупотребление психоактивными веществами понимается по-разному, в соответствии с политикой каждого конкретного государства по отношению к алкоголю и наркотикам. Например, конечной целью первичной профилактики в Голландии считается снижение риска употребления «тяжелых» наркотиков; в Англии — умение ответственно употреблять психоактивные вещества; в США, Австралии — полный отказ от немедицинского употребления психоактивных веществ. В настоящее время наибольшее распространение в мире получили две модели профилактических программ для детей — программы достижения социально-психологической компетентности и программы обучения жизненным навыкам. Приоритетная цель первых

(больше распространенных в Европе) — выработать у детей навыки эффективного общения; второй (США) — обучить навыкам ответственного принятия решений. Несовпадение доминирующих целей обучающих программ в разных странах отражает культурологические различия.

Программы по профилактике в образовательных учреждениях могут быть реализованы при условии их экономического и финансового обеспечения. Для этого инициативная группа (специалисты, представители общественности и т. д.) должна иметь выход на государственные органы власти и органы местного самоуправления, в обязанности которых входит финансовое и экономическое обеспечение подобных программ.

ГЛОССАРИЙ

Абстинентный синдром («состояние отмены») — состояние наркозависимого, возникающее после вынужденного прекращения приема наркотиков. Сопровождается чувством тревоги, депрессии, апатии, беспокойства, бессонницы, тяжелыми нарушениями со стороны психики, нежеланием жить, сильнейшими болями в области крупных суставов и мышц, рвотой, поносом.

Агрессия (от лат. *aggredi* «нападать») — поведение, направленное на нанесение физического или психического ущерба другому человеку или группе людей.

Аддикция, аддиктивное поведение — злоупотребление ПАВ, протекающие с измененным состоянием сознания, сопровождающиеся снижением социальной адаптации и патохарактерологическими реакциями. Форма ухода от реальной действительности. Предполагает отказ от помощи, разрушение отношений со значимыми людьми (друзьями и близкими), неприятие критики аддиктивного поведения со стороны других людей.

Адреналин — гормон надпочечников, способствующий мобилизации энергетических ресурсов организма.

Алкоголизм — прогрессирующее заболевание, для которого характерно патологическое влечение к употреблению спиртных напитков, развитие абстинентного (похмельного) синдрома, нарастающие соматоневрологические расстройства и, в конечном итоге, психическая деградация.

Алкалоиды — группа азотсодержащих органических соединений природного происхождения, синтезируются различными живыми организмами: некоторыми видами растений (белена), грибов (псилоцибин, содержащийся в грибах рода псилоцибе) и животных (буфотенин, содержащийся в коже некоторых жаб). Кроме того, алкалоиды содержатся во многих морских организмах.

Амфетамины — применялись во врачебной практике как средства, снимающие усталость и сонливость, понижающие аппетит. Употребление амфетаминов наркоманами, чаще всего эфедрина, быстро приводит к психической зависимости. В результате развивающейся толерантности дозы амфетаминов приходится

увеличивать в сотни раз. Большие дозы вызывают изменения поведения психотического характера: галлюцинации, бред преследования. Инъекционное введение амфетаминов вызывает некрозы (омертвения) стенок сосудов.

Барбитураты — снотворные лекарства (барбитал, барбитал и т. п.), к которым при длительном применении возникает привыкание. Пристрастие к барбитуратам может развиться у людей, страдающих бессонницей и поэтому вынужденных постоянно принимать снотворные, с каждым разом увеличивая их дозу. Помимо своего основного эффекта вызывают слабую эйфорию.

Галлюциногены — вещества, способные активировать опыт восприятия образов, не существующих вне психики субъекта (галлюцинации). К их числу относятся LSD, пейот(ль), псилоцибин, MDMA (Экстази). Некоторые из этих веществ химически синтезированы, а некоторые содержатся в природных продуктах, например в грибах. Образы могут быть как визуальными, так и звуковыми, обонятельными, осязательными, вкусовыми. Человек принявший наркотик не может функционировать в реальном мире, хотя обычно, и понимает нереальность воспринимаемых образов. Такие переживания могут приводить к хроническому психозу.

Гашиш (анаша) — наркотическое средство, получаемое из любых сортов конопли путем специальной обработки: отделения пыльцы, смолы, просеивание листьев и соцветий. Имеет вид бесформенных комков, шариков спрессованных плиток, таблеток и порошка со специфическим запахом. В зависимости от способа изготовления оно может быть зеленовато-бурого, серо-зеленого, коричневого, почти черного цвета. Употребляется путем курения в смеси с табаком, жевания, приема напитков, иногда в виде растворов для инъекций.

Героин — один из производных опия, в 6–10 раз превосходящий его по токсичности и вызывающий быструю зависимость. Белый кристаллический порошок без запаха, горького вкуса, хорошо растворим в воде. В медицинских целях не используется. Встречается при кустарном его изготовлении из соломки масличного мака с помощью химических веществ.

Девиянтное поведение — социальное отклонение, которое характеризуется отступлением от социальных норм, их нарушением. Разновидностями ДП являются: алкоголизм, наркомания, токсикомания, суицид, проституция, криминальное поведение.

Депрессанты — вещества, угнетающие работу мозга: барбитураты, бензодиазепины, а также целый ряд других психотропных

препаратов. Наиболее известным веществом этой группы является алкоголь. В первую очередь депрессанты влияют на те отделы мозга, которые контролируют сознание и произвольные действия. С увеличением дозы это действие распространяется и на отделы, контролируемые неосознаваемые, автоматические процессы такие, например как работа сердца или дыхание. Депрессанты вызывают нарушение способности к произвольному распределению внимания, замедление рефлексов, снижение критичности суждений, нарушение координации движений, а также создают широкий спектр эмоциональных реакций от эйфории до депрессии.

Допинги — психоактивные препараты и средства, искусственно повышающие работоспособность и снимающие чувство усталости. Ведут к преждевременному износу организма и невозможным потерям психофизического ресурса.

Зависимость — общий термин для обозначения настоятельной потребности в чем-то или ком-то для поддержки либо для функционирования или выживания. Применительно к алкоголю и другим психоактивным средствам термин подразумевает необходимость повторных приемов ПАВ для обеспечения хорошего самочувствия или во избежание плохого самочувствия. Термин эквивалентен термину «синдром зависимости». В МКБ-10 диагноз синдрома зависимости ставится, если в течение года отмечались три или более из шести следующих симптомов: 1) сильное желание принять психоактивное средство; 2) нарушенный контроль над его употреблением; 3) упорное продолжение его использования, несмотря на вредные последствия; 4) предпочтение употребления психоактивного средства в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; 5) повышенную толерантность; 6) «состояние отмены», если употребление психоактивного средства прекратилось.

Ингалянты — группа органических, летучих жидкостей и газов, которые вдыхают с целью опьянения. При длительном применении вызывают зависимость. Их широкому распространению способствует низкая стоимость, быстрота действия и легкость использования (как правило, обычное вдыхание). Непосредственными причинами смерти от ингалянтов являются: а) прямое действие токсических веществ (аритмия, поражение дыхательного центра); б) аспирация рвотными массами (удушие); в) гипоксия головного мозга при опасных летучих ингалянтах.

Классификация алкоголизма по Джеллинеку — Альфа-алкоголизм — «характеризуется психологической зависимостью без перехода

в физиологическую; именуется также проблемным или эскапистским употреблением алкоголя. *Гамма-алкоголизм* — характеризуется возрастающей толерантностью, утратой контроля и развитием состояния отмены после прекращения употребления алкоголя; именуется также «англо-саксонским» алкоголизмом. *Дельта-алкоголизм* — характеризуется возрастающей толерантностью, симптомами отмены и неспособностью к воздержанию, но ни в коем случае не утратой контроля над количеством употребленного алкоголя. *Эпсилон-алкоголизм* — пароксизмальное или периодическое употребление алкоголя, запойное пьянство, иногда называемое дипсоманией.

Кокаин — алколоид, содержащийся в листьях кустарника кока, произрастающего в Южной Америке. Встречается в виде пасты или белого кристаллического порошка без запаха, горького на вкус, вызывающего на языке чувство жжения и онемения. Очищенный кокаин — «крэк».

Конфликтность — склонность человека разрешать противоречия путем обострения отношений.

Кофеин — является легким стимулятором центральной нервной системы. Кофеин содержится в кофе, шоколаде, коле и некоторых других прохладительных напитках. Острое или хроническое злоупотребление (например, прием в течение дня 500 мг или более), приводящее к признакам интоксикации, называется кофеинизмом. Симптомы включают возбужденность, бессонницу, покраснение лица, подергивание мышц, тахикардию, желудочно-кишечные расстройства, в том числе боли в области живота, речевой напор и перескакивание мыслей, а иногда развитию состояний тревоги или паники. МКБ-10 включает расстройства, вызванные употреблением кофеина, и кофеиновую зависимость.

Локус контроля — когнитивный стиль, характеризующий склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внутренним или внешним факторам.

ЛСД-25 (диэтиламид лизергиновой кислоты) — является наиболее известным психоделическим наркотиком. Его извлекают из красной спорыньи, паразитирующей на колосьях ржи. Чаще всего это галлюциноген используется в виде мелкого порошка или раствора, в виде капсул или таблеток. Может продаваться в виде кусочков бумаги, пропитанных наркотиком (марки). Не имеет ни цвета, ни вкуса, ни запаха. Применяется через рот и начинает действовать в считанные секунды после инъекций, или через 45 минут после перорального введения.

Марихуана (каннабис) — сырая или высушенная масса из верхушечных частей любых сортов конопли с цветками, плодами, листьями (измельченными, либо не измельченными) Цвет массы — от светло-зеленого до коричневого. Употребляется в виде курения после просушки.

Морфин — один из алколоидов опия применяется в виде таблеток, растворов в ампулах и растворов в шприц-тюбиках. Растворы бесцветны, либо желтоваты. Вводится подкожно или внутримышечно в медицинских целях.

Наркомания — группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и/или физической зависимости от них.

Наркотизм — термин, относящийся ко всему комплексу негативных социальных проблем и явлений, порожденных распространением и потреблением психоактивных средств (веществ, препаратов), запрещенных для немедицинского их применения. Включает в себя такие аспекты, как незаконный оборот (производство и сбыт) наркотиков, а также практику наркобизнеса и ее идеологическое обеспечение (прикрытие). Проблемы, порожденные наркотизмом, наносят непоправимый вред здоровью людей, причиняют обществу огромный экономический ущерб, негативно влияют на сферу политики и правопорядка.

Наркотик, наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ». (Из Федерального Закона о наркотических средствах и психотропных веществах).

Наркотическое опьянение — Состояние психики в наркотическом опьянении выражается эйфорией, а также нарушением сознания разного типа и глубины.

Никотин — алкалоид, являющийся главным психоактивным веществом в табаке. Он оказывает как стимулирующее, так и расслабляющее воздействие. Порождает эффект возбуждения на электроэнцефалограмме, а у некоторых людей — повышенную способность к концентрации внимания. У других он уменьшает беспокойство и раздражительность. Ввиду его быстрого метаболизма уровень содержания никотина в головном мозге быстро падает, поэтому курильщик испытывает тягу к следующей сигарете спустя 30–45 минут после выкуривания предыдущей. У потребителя никотина, который стал физически зависимым, синдром

отмены развивается в течение нескольких часов после последней дозы: это острое желание покурить, раздражительность, беспокойство, гнев, нарушенная сосредоточенность, повышенный аппетит, снижение частоты сердечных сокращений, а иногда головные боли и нарушения сна.

Норадреналин — гормон надпочечников, оказывающий на организм действие, противоположное адреналину.

Опиаты — производные опия. Являются анальгетиками, их числу относят: опий, кодеин, морфин, омнопон, героин. Опиаты кустарного изготовления, как правило, вырабатываются из соломки опийного мака. Чаще всего эти наркотики вводятся инъекционно, реже — употребляются внутрь. Такие синтетические опиаты как метадон, в некоторых странах широко используются для заместительной терапии опиатной зависимости.

Опий — высохший млечный сок, выделенный из надрезов незрелых коробочек различных сортов мака. Бесформенные комки, таблетки или жидкость, имеющие характерный запах. Опием могут пропитываться бинты или вата. Опий вываривают, получая концентрированную массу темно-коричневого, почти черного цвета, которая имеет вид смолистого или ломкого сухого вещества. Употребляется путем инъекций (подкожно, внутривенно), курят, готовят настойки и пьют.

Профилактика здоровья — это система комплексных государственных, общественных, социально-экономических, медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья.

Психоактивные вещества, ПАВ — вещества, которые при употреблении воздействуют на психические процессы, например на когнитивную или аффективную сферу. Термин ПАВ, как и термин «психотропное средство», обобщают целый класс веществ, как разрешенных, так и запрещенных. К ним относят: алкоголь, опиоиды, антидепрессанты, каннабиноиды, седативные или снотворные средства, кокаин и другие стимуляторы (включая кофеин), галлюциногены, раздражающие вещества и транквилизаторы, табак и летучие растворители. «Психоактивное» не обязательно предполагает «вызывающее зависимость» или «изменяющее сознание».

Реабилитация — процесс, с помощью которого наркозависимый обретает оптимальное состояние здоровья, а также психологическое и социальное благополучие. Реабилитация следует

за первоначальной фазой лечения (которое может включать детоксикацию, а также медицинское и психиатрическое лечение). Она охватывает разнообразные подходы, включая групповую психотерапию, специальные формы поведенческой терапии (для предотвращения рецидива), вовлечение в группу взаимопомощи, проживание в терапевтическом сообществе или специализированном центре, обучение профессии и трудовую деятельность.

Ригидность — инертность в изменении установок, способов, планов деятельности и поведения в условиях, объективно требующих этого.

Сенситивность — свойство темперамента, проявляющееся в повышенной чувствительности человека к происходящим с ним событиям, тревожности, боязни новых ситуаций и людей.

Синдром психической зависимости — состоит в том, что человек, привыкший употреблять то или иное психоактивное вещество (тем более наркотик), теряет способность испытывать удовольствие от жизни или даже просто чувствовать психологический комфорт, если действие вещества/наркотика прекращается.

Синдром физической зависимости (возникает не при всех формах наркомании) — представляет собой адаптивную реакцию организма на прекращение действия наркотика. Эта реакция выражается целым комплексом специфических расстройств или, на языке наркоманов, — «ломкой». Синдром физической зависимости включает: 1) физическое (компульсивное, непреодолимое) влечение, 2) способность достигать состояния физического комфорта только в состоянии наркотической интоксикации, 3) абстинентный синдром.

Стимуляторы — к ним относятся кокаин, амфетамины, метамфетамин. Некоторые из этих веществ вдыхаются, в частности кокаин, некоторые употребляются внутрь — проглатываются или вводятся инъекционно. Вызывают эйфорию и впечатление отсутствия проблем, также может появляться впечатление собственного всемогущества и способности решать любые проблемы. Употребление стимуляторов приводит к развитию гиперактивности, которая может проявляться нервозностью, чрезмерной говорливостью, неусидчивостью. Находящиеся под влиянием стимуляторов теряют способность концентрироваться или сохранять ясность и последовательность мышления на протяжении сколько-нибудь продолжительного времени. При передозировке эйфория может сменяться чувством сильного страха и паническими переживаниями.

Стресс — психофизиологическое состояние крайнего психического (эмоционального) напряжения, имеющего негативные последствия для здоровья человека.

Субкультура — «культура групп, объединений, сообществ», противопоставивших себя системе ценностей традиционной культуры или той культуре, которая доминирует в данном обществе; социальные группы носителей этой культуры. Субкультура отличается от доминирующей культуры собственной системой ценностей, языком, манерой поведения, одеждой и другими особенностями. Типичным примером субкультур являются этнические сообщества, а также молодежные субкультуры.

Терапевтическое сообщество — структурированная среда, в которой лица с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, проживают с целью реабилитации. Такие сообщества часто создаются специально для зависимых от ПАВ людей; они функционируют по строгим правилам обычно под руководством лиц, которые избавились от зависимости, и часто географически изолированы. Терапевтические сообщества характеризуются сочетанием «испытания реальностью» и поддержки со стороны персонала и со товарищей. Терапевтические сообщества обычно тесно связаны с группами взаимопомощи, такими, как Анонимные Наркоманы.

Токсикомания — это зависимость от психоактивного вещества, не отнесенного к официально утвержденному перечню наркотиков, однако причиняющего вред здоровью человека и обладающего потенциалом социальной опасности. Психоактивные вещества, вызывающие токсикоманическую зависимость: 1) снотворные средства, 2) транквилизаторы, 3) аналгетики (аналгин, амидопирин и др.), 4) антипаркинсонические средства (циклодол и др.), 5) антигистаминные средства (димедрол и др.), 6) летучие ароматические вещества (растворители, лаки, нитрокраски, ацетон, клей и проч. средства бытовой химии).

Фрустрация (от лат. frustratio — обман, расстройство планов) — психическое состояние человека, вызываемое объективно или субъективно непреодолимыми трудностями, возникающими на пути достижения цели.

Экстази (МДМА, метилendioксиметамфетамин) — более известен под названием «экстази». Запрещен к применению в медицине. С 80-х годов МДМА стал популярен среди молодежи, так как обладает двойным эффектом — психоделическим и психостимулирующим. Под его действием наблюдается нарушение концентрации

внимания, изменения восприятия, повышение двигательной активности. Осложнениями хронической интоксикации являются нарушение терморегуляции и перегрев организма за время повышенной активности, сжижение крови и тромбобразование, обезвоживание организма, смерть.

Эпидемиология — наука, изучающая закономерности возникновения и распространения заболеваний различной этиологии с целью разработки профилактических мероприятий.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Актуальные проблемы контроля за незаконным оборотом наркотиков: Межвузовский сб. научных ст. / Под ред. Б. Ф. Калачева. — М.: 1996.
2. *Ананьев В. А.* Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. — СПб.: Речь, 2007. — 320с.
3. *Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А.* Концептуальные положения социально-психологического мониторинга школьной среды. — СПб., 2003.
4. Антология социальной работы. — Т. 2. — М.: Сварог, 1995. — 400 с.
5. *Бек А., Фримен А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
6. *Белогуров С. Б.* Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. — СПб.; М.: Невский Диалект — БИНОМ, 1998. — 128 с.
7. *Белова Н. И.* Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи // Социологические исследования. — 2008, апрель. — № 4. — С. 84–86.
8. *Берн Э.* Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. — Минск: Попурри, 1998.
9. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. — СПб.: Лениздат, 1992. — 400 с.
10. *Бехтель Э. Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
11. Большой психологический словарь / Сост. Б. Мещеряков, В. Зинченко — Олма-пресс, 2004
12. *Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. — М.: МГУ, 1990.
13. *Бэндлер Р., Гриндер Д.* Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.
14. *Валентик Ю. В.* и др. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. — М.: Центр Федер. системы обеспечения молодежи, 1996.

15. *Вольпе Дж.* На пути к созданию научной психотерапии. Эволюция психотерапии: Сборник статей. — Т. 2.: Осень патриархов: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия / Под ред. Дж.К. Зейга. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 416 с.
16. *Гарифуллин Р.Р.* Кодирование личности от алкогольной и наркотической зависимости. Манипуляции в психотерапии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. — 256 с.
17. *Гоголева А.В.* Аддиктивное поведение и его профилактика. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. — 240 с.
18. *Гребнев С.* Психология и психотерапия алкогольной зависимости. — Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 1998. — 64 с.
19. *Григорьев Н.Б.* Особенности применения и эффективность 12-ти шаговой технологии в профилактике наркозависимости // Технологии психолого-социальной работы в условиях мегаполиса: Материалы международной научно-практической конференции 5–6 ноября 2009 г. — СПб.: СПбГИПСР. — С. 80–82.
20. *Григорьев Н.Б.* Психотехнологии группового тренинга: Учеб. пособие. — СПб.: СПбГИПСР, 2008. — 176 с.
21. *Гриндер Д., Бэндлер Р.* Из лягушек в принцы. Нейролингвистическое программирование. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1994.
22. *Грязнов А.Н.* Терциарная социализация личности больных алкоголизмом и наркоманией: автореф. дисс. ... д-ра. пс. наук. — Ярославль: Ярославский гос. ун-т им. П.Г. Демидова», 2008.
23. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. — ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. — Нью-Йорк, 1989.
24. *Джеймс М., Джонгвард Д.* Рожденные выигрывать. Трансакционный анализ с гештальтупражнениями. — М: Прогресс, Универс, 1993.
25. *Егоров А., Софронов А.* Вопросы психического здоровья детей и подростков 2009. — Т. 9. 1. — С. 22–34.
26. *Егоров А.Ю.* Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)// Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 65–77.
27. *Завьялов В.Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск, 1988.
28. *Зазулин Г.В.* Наркоэпидемия. Политика. Менеджмент. — СПб., 2005.
29. *Змановская Е.В.* Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — Изд. 2-е, испр. — М.: Академия, 2004. — 288 с.

30. *Игонин А. Л.* Общество Анонимных Алкоголиков и перспективы его деятельности в россии (обзорное сообщение) // Наркология. — 2007. — № 1.
31. *Ильин Е. П.* Психология индивидуальных различий. — СПб.: Питер, 2004. — 701 с.
32. *Клейберг Ю. А.* Психология девиантного поведения. — М., 2001.
33. *Козлова А. Л.* Защитные механизмы личности // Психология: учеб. / Под ред. А. А. Крылова. — М.: Проспект, 2001. — С. 399–422.
34. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга. — 2000. — 460 с.
35. *Кочюнас Р.* Психологическое консультирование и групповая психотерапия. — М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2005. — 464 с.
36. *Куттер П.* Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов. — СПб., 1997.
37. *Лисецкий К. С.* Психологические основы предупреждения наркотической зависимости личности. — Самара: Универс групп, 2007. — 308 с.
38. *Лисецкий К. С., Литягина Е. В.* Психология негативных зависимостей. — Самара: Универс групп, 2005.
39. *Лисецкий К. С., Литягина Е. В.* Психология не-зависимости: Учеб. пособие по курсу «Профилактика аддиктивного поведения». — Самара: Универс-групп, 2004.
40. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология. Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
41. *Лопес-Бласко А.* Профилактика наркотической зависимости среди молодежи: научно-практический проект («action-research») // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. — Харьков: Финарт, 2002. — С. 48–72.
42. *Маслоу А.* Мотивация и личность. — СПб.: Евразия, 1999.
43. *Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г.* Психология зависимой личности. — Казань, 2002. — 240 с.
44. Методы современной психотерапии: Учеб. пособие / Сост. Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. — М.: Класс, 2000. — 480с.
45. Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — 432 с.
46. *Москаленко В. Д.* Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска) // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — 444 с.

47. *Нельсон Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. — СПб., 2000. — 464 с.
48. *Немцов А. В.* Алкогольная смертность в России. 1980–1990-е годы. — М., 2001.
49. *Немчин Т. А., Цыцарев С. В.* Личность и алкоголизм. — Л.: ЛГУ, 1989. — 192 с.
50. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья. — СПб., 2002
51. *Никольская Н. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь, 2001.
52. *Паттерсон С., Уоткинс Э.* Теории психотерапии. — СПб.: Питер, 2003. — 544 с.
53. *Пил С., Бродски А.* Любовь и зависимость — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2005 — 384 с.
54. *Поступной А. Н.* История и современная ситуация: мнение экспертов-наркологов // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 222–254.
55. Профилактика наркотизма: теория и практика / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. — Самара, 2005. — 272 с.
56. Психологическая энциклопедия. — Изд. 2-е. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. — СПб.: Питер, 2006. — 1096 с.
57. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2000. — 240 с.
58. Психология личности в трудах зарубежных психологов / Сост. и общ. ред. А. А. Реана — СПб., 2000.
59. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 2000.
60. *Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г.* Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
61. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. — М., 1994.
62. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. — М.: Прогресс, 1993. — 368 с.
63. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — Т. 1 — М.: Медпрактика, 2002. — 444 с.
64. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — Т. 2.— Медицина, 1999.
65. *Рущенко И. П.* Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков (методология, методика и результаты исследований) // Молодежь

- и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 17–83.
66. *Самоненко И. Ю.* Влияние современной информационной среды на культуру общения школьников. — Социологические исследования. — 2009, апрель. — № 4. — С. 137–142.
67. *Сидоров П. И., Ганжин В. Т.* Общественное здоровье и социальные недуги. — М.: АГМА, 1996. — 320 с.
68. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. — М.: Академия, 2003.
69. Социальная работа в области профилактики и лечения алкогольной зависимости // Материалы обучающего семинара, организованного NIAAA (Американский национальный институт алкоголизма и алкогольной зависимости) в г.Пушкине (СПб.) 13–16 мая 2001.
70. *Староверова И. В.* Факторы девиации сознания и поведения российской молодежи. // Социологические исследования. — 2009, ноябрь. — № 11. — С. 107–117.
71. *Стинг С., Вольфф М., Циппе К.* Предупреждение наркомании в Германии и Саксонии // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 313–339.
72. Технологии социальной работы: учебник / Под ред. Е. И. Холостова. — М.: ИНФРА-М, 2002.
73. *Франкл В.* Доктор и душа. — СПб.: Ювента, 1997.
74. *Франкл В.* Теория и терапия неврозов. Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ. — СПб.: Речь, 2001. — 234 с.
75. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
76. *Фромм Э.* Иметь или быть. — М.: Издательство АСТ, 2000. — 448 с.
77. *Фромм Э.* Искусство любить. — М.: Педагогика, 1990.
78. *Фрэнкин Р.* Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. — СПб.: Питер, 2003. — 651 с.
79. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности (Основные положения, исследования и применение). — СПб.: Питер Ком, 1999. — 608 с.
80. *Черво Ю. Ю., ЯГТУ.* Результаты исследования проблем диагностики и социально-психологической коррекции девиантного поведения подростков // Психотехнологии в социальной работе. — Вып. 5 / Под ред. В. Козлова. — Ярославль, 2000.
81. *Шабалина В. В.* Психология зависимого поведения. — СПб.: СПбГУ, 2004.
82. *Шабанов П. Д.* Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 1998. — 352 с.

83. Шнейдер Л. Б., Вольнова Г. В., Зыкова М. Н. Психологическое консультирование: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. — М.: Ижица, 2002. — 224 с. — (Серия «Серебряная сова»).
84. Эволюция психотерапии: сб. статей / Под ред. Дж. К. Зейга. — Т. 1–4. — М.: Класс, 1998.
85. Эйдмиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина: Ленинградское отделение, 1990.
86. Экзистенциальная психология / Под ред. Ролло Мэя. — М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001.
87. Явчуновская Т. М., Степанова И. Б. Социальная характеристика женской наркопреступности // Социологические исследования. — 2008, февраль. — № 2. — С. 102–106.
88. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. — М.: Апрель Пресс, 2006.
89. Bohn M. J., Babor T. F., Kraurler H. R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings // J. Stud. Alcohol. — 1995. — № 4. — P. 423–432.
90. Parker H., Aldridge J., Measham F. Illegal Leisure. The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use. London: Routledge. — 1998.

Интернет-ресурсы:

91. Андреева А., Никитин Л., Трофимова И., Булыгина И. Возрастные особенности формирования наркомании у женщин. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/57.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
92. Буизман В. и др. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.unodc.org/documents/russia/Manuals/Cognitive_behavior_intervention.pdf. Дата обращения: 31.08.2011.
93. Всемирный доклад о наркотиках за 2010 год. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/drug2010.pdf>. Дата обращения: 31.08.2011.
94. Гурвич И. Н., Цветкова Л. А., Щур Н. В. Наркопотребление в студенческой среде: поведенческие особенности. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/109.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
95. Дмитриева Т. Б., Клименко Т. В., Козлов А. А. Антинаркотическая политика: зарубежный и национальный опыт. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://stratgap.ru/pages/strategy/3662/3887/4253/index.shtml>. Дата обращения: 31.08.2011.
96. Документационный центр ВОЗ на базе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». Наркология. — [Электронный ресурс] // Режим

- доступа: <http://www.mednet.ru/whodc>. Дата обращения: 27.04.2011.
97. Материалы Управления ООН по наркотикам и преступности: Пособие для участников молодежных программ по профилактике злоупотребления наркотиками. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: [//www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_russian.pdf](http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_russian.pdf). Дата обращения: 27.04.2011.
 98. Егоров А., Цыганков Б., Малыгин В. Патологическое влечение к азартной игре как модель нехимической зависимости. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/99.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
 99. Егоров А., Шайдукова Л. Эпидемиология женского алкоголизма. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/84.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
 100. Журнал «Наркология». — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru/narkologia.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
 101. Карпов А.М. Вызовы эпохи охране психического здоровья. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://mfvt.ru/vyzovy-eroxi-oxrane-psixicheskogo-zdorovya/>. Дата обращения: 31.08.2011.
 102. Кошкина Е., Корчагина Г. Проблема злоупотребления наркотиками в современной России. Доклад на международной конференции, проводимой под эгидой Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/presentation19/index.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
 103. Кошкина Е. А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.nedug.ru/lib/lit/psych/01oct/psych72/psych.htm>. Дата обращения: 31.08.2011.
 104. Материалы семинара-практикума: Использование методики «работы равных с равными» в деле профилактики наркомании. Управление по наркотикам и преступности ООН. — Нью-Йорк, 2003 год. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_peer_russian.pdf. Дата обращения: 31.08.2011.
 105. Минко А.И., Михайлов Б.В., Мусиенко Г.А., Сердюк А.А. Психологические методы диагностики алкоголизма. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper011.htm>. Дата обращения: 31.08.2011.
 106. Москаленко В. Созависимость: характеристики и практика преодоления — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html>. Дата обращения: 31.08.2011.

107. Омельченко Е. Социокультурный контекст молодежной наркотизации. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.regioncentre.ru/resources/books/geroin/geroin2/>. Дата обращения: 31.08.2011.
108. Приказ Минобразования РФ от 28.02.2000 № 619 «О Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде». — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://lawru.info/legal2/se17/pravo17617/>. Дата обращения: 31.08.2011.
109. Розенбаум М. Безопасность прежде всего. Подростки, наркотики и образовательные программы: реалистичный подход — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.safety1st.org/images/stories/pdf/safetyfirst.pdf>. Режим доступа: в настоящее время по этому адресу недоступен.
110. Сайт Научного центра психического здоровья РАМН. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/book_show.php?booknumber=32&article_id=2. Дата обращения: 31.08.2011.
111. Словарь медицинских терминов. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.medlinks.ru/dictionaries.php?dic_tid=70&dic_ltr=%C0. Дата обращения: 31.08.2011.
112. Словарь практического психолога / Сост. С. Ю. Головин. — 1998. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://bookap.info/genpsy/dicpracpsy/oglav.shtm>. Дата обращения: 31.08.2011.
113. Соломзес Д. и др. Наркотики и общество. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.behigh.org/library/science/drugs-n-social.html>. Дата обращения: 31.08.2011.
114. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.nncn.ru/2_279.html. Дата обращения: 31.08.2011.
115. Экзогенные психические расстройства / Под ред. А. С. Тиганова. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/expert_5295.html. 31.08.2011.
116. Drug situation in Europe. Cannabis: Prevalence and patterns of use. — Published: 05 November 2009. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: www.emcdda.europa.eu/situation/cannabis/3. Дата обращения: 15.05.2011.
117. Johnston L. D., O'Malley P. M., Bachman J. G., Schulenberg J. E. (2010). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2009: Volume I, Secondary school students (NIH Publication № 10-7584). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2009.pdf. Дата обращения: 31.08.2011.

Скрининговые опросники для выявления риска химической аддикции

1. CAGE (скрининг проблем злоупотребления).

В прошлом году...

(С) Вы когда-либо чувствовали, что должны сократить потребление спиртного?

(А) Окружающие критиковали Вас за чрезмерное употребление спиртного?

(G) Вы чувствовали себя виноватым по поводу чрезмерного употребления спиртного?

(Е) Бывали случаи, когда Вы употребляли спиртное утром, чтобы успокоить нервы или избавиться от похмелья?

(На риск алкогольной проблематики указывают один или больше ответов «да»)

2. CRAFT (скрининг проблем подростков).

(С) Приходилось ли Вам когда-либо находиться в автомобиле, которым управлял кто-то (включая Вас), кто находился под воздействием алкоголя или наркотиков?

(R) Вы употребляете наркотики или пьете, чтобы расслабиться, поднять настроение?

(А) Вы когда-либо употребляли алкоголь или наркотики в одиночестве?

(F) Кто-нибудь из Ваших близких друзей пьет или употребляет наркотики?

(Т) Бывали у Вас когда-либо неприятности из-за употребления алкоголя?

(Уже два положительных ответа свидетельствуют о риске алкогольной и/или наркологической проблематики)

3. TWEAK (скрининг проблем злоупотребляющих женщин).

T (Tolerance): Сколько порций алкоголя Вы можете употребить за один раз?

W (Worried or Complained): Беспокоятся ли Ваши близкие и друзья по поводу Вашего употребления алкоголя (в течение последнего года)?

E (Eye-Opener): Приходилось ли Вам употреблять спиртное утром, сразу после того, как Вы встали?

A (Amnesia): Вам когда-нибудь рассказывали о том, что Вы говорили или делали в состоянии алкогольного опьянения, а сами Вы об этом не помнили?

K (Cut Down): Чувствуете ли Вы иногда, что Вам необходимо сократить потребление спиртного?

TWEAK основан на семибалльной шкале. Женщина получает два балла по шкале толерантности, если она может употребить более пяти порций спиртного, не доходя до потери сознания; дополнительно она получает два балла, если положительно отвечает на вопрос о беспокойстве близких. За каждый положительный ответ на остальные вопросы женщина получает по одному баллу. Полученные в сумме три или более баллов свидетельствуют о высокой вероятности зависимости от алкоголя.

4. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Скрининговый опросник для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя.

Инструкция к тесту: пожалуйста, ответьте на вопросы теста.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

- a. никогда;
- b. 1 раз в месяц или реже;
- c. 2–4 раза в месяц;
- d. 2–3 раза в неделю;
- e. 4 и более раз в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза алкоголя в день выпивки?

- a. 1–2 стандартные дозы это:
30–60 мл 40 % водки, или
75–150 мл 17–20 % крепленого вина, или
75–150 мл 11–13 % сухого вина, или
250 мл — 1 бутылка 5 % пива.
- b. 3–4 стандартные дозы это:
90–120 мл 40 % водки, или
225–300 мл 17–20 % крепленого вина, или
300–400 мл 11–13 % сухого вина, или
1,5–2 бутылки 5 % пива.
- c. 5–6 стандартных доз это:
150–180 мл 40 % водки, или
375–450 мл 17–20 % крепленого вина, или
500–600 мл 11–13 % сухого вина, или
2,5–3 бутылки 5 % пива.
- d. 7–8 стандартных доз это:

210–240 мл 40 % водки, или
 525–600 мл 17–20 % крепленого вина, или
 700–1000 мл 11–13 % сухого вина, или
 3,5–4 бутылки 5 % пива.

- е. 10 и более стандартных доз это:
 более 300 мл 40 % водки, или
 более 750 мл 17–20 % крепленого вина, или
 более 1000 мл 11–13 % сухого вина, или
 более 5 бутылок 5 % пива.

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

- а. никогда;
 б. менее, чем 1 раз в месяц;
 с. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 д. 1 раз в неделю (еженедельно).
 е. ежедневно или почти ежедневно.

4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

- а. никогда;
 б. менее, чем 1 раз в месяц;
 с. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 д. 1 раз в неделю (еженедельно);
 е. ежедневно или почти ежедневно.

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

- а. никогда;
 б. менее, чем 1 раз в месяц;
 с. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 д. 1 раз в неделю (еженедельно);
 е. ежедневно или почти ежедневно.

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

- а. никогда;
 б. менее, чем 1 раз в месяц;
 с. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 д. 1 раз в неделю (еженедельно);
 е. ежедневно или почти ежедневно.

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и(или) раскаяния после выпивки?

- а. никогда;

- б. менее, чем 1 раз в месяц;
- с. 1 раз в месяц (ежемесячно);
- д. 1 раз в неделю (еженедельно);
- е. ежедневно или почти ежедневно.

8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- а. никогда;
- б. менее, чем 1 раз в месяц;
- с. 1 раз в месяц (ежемесячно);
- д. 1 раз в неделю (еженедельно);
- е. ежедневно или почти ежедневно.

9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- а. никогда;
- б. да, но это было более, чем год назад;
- с. да, в течение этого года.

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- а. никогда;
- б. да, но это было более, чем год назад;
- с. да, в течение этого года.

Ключ к тесту. Баллы начисляются по следующей схеме:

а) для вопросов 1–8:

- ответ “а” = 0;
- ответ “б” = 1;
- ответ “с” = 2;
- ответ “д” = 3;
- ответ “е” = 4.

б) для вопросов 9,10:

- ответ “а” = 0;
- ответ “б” = 2;
- ответ “с” = 4.

Максимально возможная сумма баллов — 40.

Интерпретация результатов теста:

- меньше 8 баллов — низкая вероятность алкогольной зависимости.
- 8–15 баллов: чрезмерное или рискованное потребление алкоголя.
- 16–19 баллов: опасное употребление алкоголя и употребление алкоголя с вредными последствиями.
- более 20 баллов: возможно наличие алкогольной зависимости.

Тест-опросники для выявления особенностей и уровня риска алкогольной зависимости

1. Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К. К. Яхин, В. Д. Менделевич)

Опросник направлен на раскрытие возможной диссимуляции симптомов алкоголизма, а также на определение достоверных начальных признаков алкоголизма и дифференциально-диагностических критериев для отграничения их от донозологических форм бытового пьянства.

Инструкция. Отметьте знаком «+» те утверждения, с которыми вы согласны, знаком «-» те, с которыми не согласны.

1. Принято ли у Вас хранить в доме запасы спиртных напитков?
2. Легко ли Вас переспорить?
3. Откажетесь ли Вы от затеи выпить, если у Вас не хватит немного денег?
4. Верно ли, что нужно много доказательств для убеждения людей в какой-нибудь истине?
5. Приходилось ли Вам одалживать деньги на выпивку?
6. Верно ли, что большинство людей честны лишь из-за страха на обмане попасться?
7. Вы считаете, что ваша семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства Ваших знакомых?
8. Бывает ли, что Вас иногда подмывает затеять с кем-нибудь драку?
9. Бывают ли у Вас периоды, когда Вы что-то делали, а потом не знали, что именно Вы делали?
10. Верно ли, что скандал из-за лишней рюмки часто разрушает семью?
11. Вам все равно, что о Вас думают другие?
12. Вы считаете, что «длинные» тосты мешают хорошему проведению застолья?
13. Верно ли, что жены сами часто виноваты, что их мужья пьют?
14. Ваши родственники часто были настроены против Ваших знакомых?
15. Считаете ли Вы проявлением неуважения к компании, если человек отказывается от выпивки, ссылаясь на состояние своего здоровья?

16. Верно ли, что единственная интересная страница в газетах — это раздел юмора?

17. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать?

18. Оправдываете ли Вы начальство за выговор человеку, пришедшему на работу с похмелья после поминок?

19. Думаете ли Вы в разгар застолья о том, чтобы «припасти» спиртное на утро?

20. Приходилось ли Вам сожалеть (испытывать чувство неловкости) о своем поведении в нетрезвом виде, о котором Вы сами не помните?

21. Прежде чем что-нибудь сделать, Вам обычно необходимо остановиться и подумать, даже если речь идет о мелочах?

22. Может ли умеренно пьющий человек попасть в медвытрезвитель?

23. Ослабевает ли у Вас желание выпить после сытного обеда?

24. Считаете ли Вы, что будущее настолько неопределенно, что бессмысленно строить какие-либо серьезные планы?

25. Играете ли Вы в домино, шашки во дворе после работы?

26. Меняют ли Ваше настроение мысли о предстоящей выпивке?

27. Опохмеляетесь ли Вы?

28. Бывает ли, чтобы Вы не помнили на утро то, что делали в нетрезвом виде?

29. Ограничиваете ли Вы гостей в выпивке у себя дома?

30. Часто ли на следующий день после выпивки Вы плохо себя чувствуете?

31. Легко ли изменить мнение, если до этого оно казалось Вам окончательным?

32. Приходилось ли Вам изредка сожалеть о том, что не хватает выпивки?

33. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?

34. После сна Вы чувствуете себя усталым и разбитым (не отдохнувшим)?

35. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?

Обработка. Выбранные ответы анализируются на основании диагностической таблицы. Баллы (коэффициенты), полученные по всем вопросам, суммируются.

Таблица диагностических коэффициентов

Вопрос	Да	Нет	Вопрос	Да	Нет
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	35	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

2. Тест-опросник В. Ю. Завьялова для диагностики мотивации потребления алкоголя

Инструкция: по каждому утверждению выбрать один из четырех вариантов ответа:

- 1) весьма частая причина или условие приема алкоголя (оценка ответа: 3 балла);
- 2) редко, но не реже 2-х раз в жизни; (оценка ответа: 2 балла);
- 3) сомневаюсь (оценка ответа: 1 балл);
- 4) совершенно мне не подходит (оценка ответа: 0 баллов).

Утверждения опросника:

1. Выпиваю по праздникам для усиления чувства радости.
2. Выпиваю потому, что неудобно отказаться от выпивки.
3. Считаю, что пить хорошее вино за обедом полезно.
4. Пью, чтобы получить удовольствие.
5. Пью, чтобы избавиться от внутренней напряженности и страха.
6. Пью от скуки, не получается развлекаться без выпивки.
7. Когда выпью, чувствую себя здоровым.

8. Пью потому, что неотступно преследует мысль о выпивке.
9. Выпиваю назло всем, кто воспитывает и ругает меня за пьянство: жена, начальство, родственники.
10. Выпиваю в день получки и по выходным.
11. Выпиваю с сослуживцами, чтобы не испортить отношения отказом.
12. Считаю, что культурный человек должен разбираться в марках вин, знать виды спиртных напитков.
13. Пью потому, что нравятся приятные ощущения в состоянии опьянения: тепло, расслабленность и т. п.
14. Выпиваю потому, что алкоголь уменьшает боязливость, делает меня смелее.
15. Выпиваю, чтобы изменить свое состояние, обострить чувства и интерес к жизни.
16. Выпиваю, чтобы снять похмелье, не болеть после предыдущей выпивки.
17. Выпиваю помимо собственной воли из-за сильного желания напиться.
18. Напиваюсь потому, что презираю свою жизнь, не уважаю себя.
19. Выпиваю по случаю встреч с друзьями, родственниками, приятелями.
20. Не отказываюсь от выпивки, чтобы надо мной не посмеивались.
21. За оказанные услуги расплачиваюсь спиртными напитками и сам принимаю алкоголь в качестве подарка, как это принято.
22. Выпиваю для того, чтобы испытать чувство благополучия и счастья.
23. Пью, чтобы забыть неприятные события, горе, разочарование.
24. Когда выпиваю, время летит быстрее, интересней, а без выпивки тянется долго и нудно.
25. Пока не пью, чувствую себя скверно, ничего не хочется делать.
26. Выпиваю из-за того, что не могу побороть чувство тяги к алкоголю, желание напиться.
27. Выпиваю из-за духа противоречия, не могу быть примерным, трезвенником.
28. Выпиваю, чтобы завязать знакомства — деловые и личные.
29. Меня вынуждает выпивать компания или группа знакомых, общение с которой мне приятно.
30. Выпиваю потому, что употребление хороших вин и высококачественного алкоголя — признак материального благополучия и культуры.
31. Выпиваю потому, что выпивка способствует приятному времяпрепровождению, общению, развлечениям.

32. Выпиваю, чтобы избавиться от чувства вины и плохого настроения.

33. Пью потому, что выпивка прибавляет сил и энергии, возбуждает.

34. Выпиваю с утра для бодрости, чтобы восстановить работоспособность.

35. Выпиваю без всяких поводов и причин, когда есть что выпить.

36. Пью потому, что меня считают пропащим человеком, неудачником или алкоголиком.

37. Выпиваю потому, что так принято: обмывать покупку, сделку, законченную работу, важное событие в жизни.

38. Если бы не пьющие друзья, я бы не пил столько, сколько пью.

39. Стремлюсь выпивать культурно: умеренно, в эстетической обстановке, за хорошим столом.

40. Выпиваю потому, что хорошая закуска вызывает радостное чувство и желание выпить.

41. Выпивка избавляет от тревоги и беспокойства.

42. Когда выпью, становлюсь смелее, могу пойти на риск, чувствую себя настоящим мужчиной.

43. Пью, чтобы уменьшить дрожь в руках и улучшить самочувствие.

44. Выпиваю автоматически, как только увижу спиртное.

45. Пью потому, что совсем не дорожу своей жизнью.

Обработка результатов теста: сумма 30–50 баллов — граница нормы; 51–75 баллов — группа риска; более 75 — «прогноз срыва».

Отдельно анализируется распределение позитивных выборов испытуемого по группам мотивов, т. е. идентифицируется ведущий мотив (или группа мотивов):

А. Социально-психологические мотивы:

1. Традиционные.
2. Субмиссивные.
3. Псевдокультурные.

Б. Личностные мотивы:

1. Гедонистические.
2. Атарактические.
3. Гиперактивации поведения.

В. Патологические мотивы:

1. Похмельный мотив.
2. Патологическое влечение к алкоголю (ПВА).
3. Самоповреждение, стремление пить «назло всем».

Программа семейной психокоррекции по преодолению созависимости [106]

Занятие 1.

Тема: «Распознавание и отреагирование чувств».

Цель занятия — научиться на практике в группе определять собственные чувства, видеть, как много сходного между членами группы в переживании отрицательных эмоций, и на примере одного из чувств понять, как можно отреагировать это чувство неразрушительным для себя и других образом.

Занятие 2.

Тема: «Контролирующее поведение».

Цель занятия — показать неэффективность контролирующего поведения и мотивировать участников терапии на отказ от него.

Можно обсудить следующий вопрос: как вы пытаетесь сдерживать пьянство (или употребление наркотиков) зависимого члена семьи? Отметьте те свои действия, которые приводили к желаемому результату, и те, которые оказались напрасными. Почти все действия, по опыту участников группы, бывают напрасными; удается лишь отодвинуть на какое-то время употребление и то редко. Тем самым становится очевидным факт неэффективности контролирующего поведения.

Занятие 3.

Тема: «Отстранение».

Цель занятия — понять необходимость с любовью отстраниться от человека с химической зависимостью или от проблемы и обсудить, как это можно сделать. Такая задача пугает созависимых, поскольку они путают здоровую заботу о своих близких, любовь к ним с чрезмерной вовлеченностью в проблему химической зависимости. Отстранение — это не есть холодная враждебная замкнутость, не лишение близкого любви и заботы. Отстранение означает высвобождение себя психологически, эмоционально, а иногда и физически из сетей нездоровых взаимоотношений с жизнью другого человека, отступить на некоторое расстояние от проблем, которых мы не можем разрешить.

Занятие 4.

Тема: «Акция-реакция».

Цель — показать на примерах из жизни присутствующих, что многие их чувства, мысли и действия возникали лишь как реакция на больного химической зависимостью, в ответ на что-то. Необходимо

стремиться от реакции к акции, т. е. к действиям, идущим от себя. За годы жизни с химически зависимым человеком его близкие (созависимые) привыкли в большей степени жить реактивно (т. е. реакциями на его состояние и поведение), чем активно (т. е. жить от своего собственного имени, в своих собственных интересах).

Занятие 5.

Тема: «Границы».

Цель — научиться различать наряду с внешними границами и внутренние, упражняться в навыках отстаивания собственных границ и соблюдения границ другого.

Внешние границы человека предполагают, что:

1. Никто не имеет права дотронуться до меня без моего позволения.
2. Если я разрешаю до себя дотрагиваться, то только так, как мне это нравится.
3. Это моя ответственность — контролировать КАК, КОГДА, ГДЕ, КТО будет касаться меня.

Занятие 6.

Тема: «Родительская семья».

Цель — поработать над незавершенными делами нашего детства, т. е. над родительскими наставлениями, которые следует критически пересмотреть и простить родителям обиды.

Занятие 7.

Тема: «Самооценка»

Цель — выработка навыков адекватной самооценки. Здоровая самооценка — это внутренний опыт нашей собственной ценности, осознание как бы изнутри того факта, что мы имеем достоинство. Наше человеческое достоинство — это нечто отдельное от того, что мы делаем, как мы выглядим и что говорят другие люди о нас и делают для нас.

Занятие 8.

Тема: «Избавление от психологии жертвы»

Цель — увидеть негативные последствия жертвы и отказаться от нее. Жертва распознается по скорбно-мучительному выражению лица и заявлениям: «Ах, я бедняжка», «Если бы только мой муж не пил (не изменял мне, не был бы так груб со мной и т. д.), я была бы счастлива» «Это неважно, как я себя чувствую, лишь бы им (детям, родителям) было хорошо», «Своей жизнью я не жила, я всю себя отдала...».

Занятие 9.

Тема: «Ставим свои собственные цели»

Цель — отработка такого навыка, как умение ставить себе цели. На предыдущих занятиях мы поняли, что не можем все контролировать в своей жизни, но можем планировать, можем что-то сдвинуть

с мертвой точки, дать импульс движению. Цель дает нам направление и указывает станцию назначения в движении.

Занятие 10.

Тема: «Я имею право».

Цель — способствовать укреплению такой системы ценностей, в которой законным является самопринятие. Это заключительное занятие укрепляет веру в себя, оставляет участников в оптимистическом настроении. Вначале обсуждаем то, что мы себе длительное время не позволяли, запрещали, и формулируем новое отношение к вопросу в виде утверждения «Я имею право...».

Программа психокоррекционной работы с подростками
(разработана на кафедре психологии СамГУ [39])

Цель программы: содействие подросткам в решении задач взросления.

Задачи программы:

- создание условий для развития устремлений;
- развитие у подростков навыков саморегуляции, обучение их навыкам трансформации негативных переживаний в личностно развивающие;
- развитие адекватной Я-концепции.

Описание программы занятий.

Занятие 1. Знакомство. Правила и принципы групповой работы.

Цель: знакомство с группой.

Задачи:

- установление контакта;
- построение отношений;
- повышение мотивации на работу;
- тематическая ориентация;
- проработка целей, ожиданий, опасений.

Основные понятия: тренинг, группа, правила работы; ожидания; отношения, контакт.

Занятие 2. Принятие своего имени.

Цель: определение отношения к собственному имени.

Задачи:

- понимание подростком своего имени как способа выделения себя из окружающего мира;
- осознание подростком «личностного смысла» имени;
- коррекция ожиданий, связанных с именем, трансформация тревожности по поводу ожиданий в устремление.

Основные понятия: имя, прозвище, кличка, значение имени.

Занятия 3, 4. Принятие своей внешности: тела и лица.

Сессия «Принятие лица».

Цель: осознание своего отношения к лицу.

Задачи:

- развитие навыков передачи эмоциональных состояний через лицо;
- развитие мимики.

Основные понятия: лицо, выражение лица, мимика, пантомимика, «нравлюсь — не нравлюсь».

Сессия «принятие своего тела».

Цель: осознания своего отношения к телу.

Задачи:

- владение языком своего тела, отражения эмоциональных состояний в теле;
- развитие навыков передачи эмоциональных состояний через лицо и тело, развитие мимики, пантомимики;
- снятие мышечных «зажимов».

Основные понятия: лицо, тело, мимика, пантомимика, «нравлюсь — не нравлюсь», мышечный «зажим».

Занятие 5. Стрессы, негативные переживания, конфликты.

Цель: Осознание множественности своих чувственных проявлений.

Задачи:

- развитие навыков анализа и разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов;
- трансформация негативных переживаний в личностно развивающие;
- развитие способности жить в негативных переживаниях;
- отслеживание своих «любимых» и «нелюбимых» эмоций и чувств.

Основные понятия: эмоция, чувство, переживание; скука, тревога, интерес, кайф, негативные переживания, проблемы, конфликт, разрешение конфликта.

Занятие 6. Выстраивание отношений с противоположным полом.

Цель: коррекция отношения к своему и противоположному полу.

Задачи:

- определение различий между «мужским» и «женским» поведением;
- осознание своего отношения к своему полу;
- осознание своего отношения к противоположному полу;
- нахождение новых способов взаимодействия с окружающими.

Основные понятия: женственность, мужественность; половая идентификация; женское поведение, мужское поведение; стереотипы.

Занятие 7. Выстраивание отношений с родителями, обретение эмоциональной независимости от родителей.

Цель: понимание явления «зависимости — независимости» от родителей

Задачи:

- осознание участниками причин конфликтов с родителями, способов из разрешения и профилактики;
- изменение локуса контроля с внешних «родительских установок» на «внутреннего родителя», развитие навыков саморегламентации;

- понимание причин «зависимости — созависимости — независимости» от родителей и других людей.

Основные понятия: зависимость — независимость — созависимость; уход из семьи; отношения; сценарий; семья.

Занятие 8, 9. Выстраивание отношений с другими.

Цель: актуализация механизмов сепарации подростка от подростковой группы, активизирование процессов формирования личной ценностной основы личности подростка.

Задачи:

- создание для подростка условий для самораскрытия;
- осознание стереотипных стратегий поведения в группе;
- развитие индивидуальной стратегии поведения в группе;
- оптимизация социально-психологического климата в подростковой группе.

Занятие 10, 11. Выстраивание отношений со временем (будущим, смертью, Богом/Абсолютом).

Цель сессии: определить пути построения отношений со временем.

Задачи:

- осознание различий в субъективном и объективном переживании времени;
- определение своего места в прошлом, настоящем, будущем;
- различие понятий «один» и «одинокий»;
- работа с категорией смысла жизни.

Основные понятия: время, временное; прошлое, настоящее, будущее; одиночество; смысл жизни; Абсолют, Вселенная; жизнь — смерть.

Занятие 12. Принятие себя.

Наверное, самой важной, интегральной задачей периода взросления становится задача принятия себя как личности, как целостного субъекта, способного к зрелой и целенаправленной активности. Подросток «знает» себя из оценок окружающего мира и желаемых (зачастую, иллюзорных) представлений о себе. Задача заключается в познании своей собственной и истинной сущности. Очевидно, что такой процесс является интегрирующим в себе все предыдущие задачи взросления.

Цель: завершение работы в группе.

Профилактическая антинаркотическая работа в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования [108]

Основные направления работы:

1. Профилактическая работа с родителями.

1.1. Информирование родителей о случаях наркотизации студента; о целесообразности внутрисемейного контроля наркотизации на основе доврачебных диагностических тестов употребления наркотиков.

1.2. Организация среди родителей, нетерпимо относящихся к наркотизации обучающихся подростков и молодежи, групп родительской поддержки при наркопостах и кабинетах профилактики, созданных в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

2. Воспитательно-педагогическая работа с подростками и молодежью, обучающимися в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

2.1. Разработка превентивных воспитательных и информативных программ, ориентированных на предупреждение употребления ПАВ в условиях студенческого общежития.

2.2. Разработка и внедрение обучающих программ-тренингов для воспитателей общежитий образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования.

2.3. Организация наркопостов и кабинетов профилактики в общежитиях образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования.

2.4. Проведение регулярных и тематических антинаркотических мероприятий: тематические «круглые столы», дискуссии, тематические дискотеки «Молодежь против наркотиков».

2.5. Формирование групп психологической поддержки лиц с проблемами зависимости среди подростков и молодежи, обучающихся в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования. Организация взаимодействия между указанными группами и руководством образовательных учреждений.

3. Организационно-методическая антинаркотическая профилактическая работа в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

3.1. Разработка методического обеспечения наркопостов и кабинетов профилактики при образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

3.2. Разработка и внедрение моделей межвузовского центра реабилитации подростков и молодежи с наркозависимостью и организация подобных центров.

3.3. Организация моделей мониторинга распространенности употребления наркотиков среди подростков и молодежи, обучающихся в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

Программа первичной профилактики на базе средней школы

Разработка творческим коллективом под руководством профессора Н. А. Сироты превентивного подхода к вопросам первичной профилактики (копинг-профилактика) имеет целью формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения, направленных на преодоление стресса и личностных ресурсов, препятствующих злоупотреблению психоактивными веществами на основе мультикомпетентных программ.

Структура программы.

Программа предполагает работу с подростками старшего (15–17 лет) и среднего (12–14 лет) школьного возраста.

Программа состоит из четырех разделов:

- информационный раздел;
- когнитивное развитие;
- развитие личностных ресурсов;
- развитие стратегий высокофункционального поведения и навыков.

В программе задействованы не только подростки, но также их родители и учителя. Выделяются группы волонтеров для проведения дальнейшей профилактической активности: группа лидеров–подростков; группа лидеров–учителей и группа лидеров–родителей. Эти группы в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Предусматривается также проведение «круглых столов» для администрации региона и комиссий по делам несовершеннолетних.

Этапы работы.

I этап — подготовка субспециалистов из числа школьных психологов и учителей. С этой целью проводится интенсивная программа (15 часовая цикл занятий).

II этап — работа со школьниками (долгосрочная программа в течение года).

III этап — работа с родителями в течение года.

В начале и в конце программы предусматривается проведение межведомственных «круглых столов» для анализа и подведения итогов работы.

Методы работы:

- групповая работа;
- тренинг поведения;
- когнитивная модификация и терапия;
- личностный тренинг;

- дискуссии;
- мозговые штурмы;
- беседы;
- лекции;
- ролевые игры;
- психогимнастика;
- психодрама;
- элементы индивидуальной и групповой психотерапии;
- круглые столы;
- совещания.
- супервизия.
- проведение методических занятий с супервизорами.

Предполагаемые результаты:

- 1) уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди подростков.
- 2) формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у подростков.
- 3) развитие системного подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами.
- 4) отработка концептуальной модели региональной профилактической программы.
- 5) развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления психоактивными веществами;

Критерии эффективности:

Уменьшение факторов риска злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами:

- усиление личностных ресурсов, препятствующих развитию саморазрушающих форм поведения;
- наличие навыков противодействия наркотицизирующей среде, решения жизненных проблем, поиска, восприятия и оказания социальной поддержки в сложных жизненных ситуациях, принятия ответственности за собственное поведение, эффективного общения;
- развитие стратегий преодолевающего поведения и избегания ситуаций, связанных с риском наркотизации.

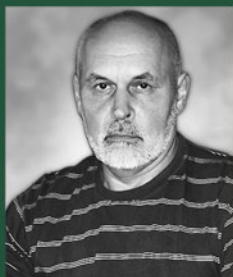
До и после программы предполагается проведение экспериментально-психологического обследования ее участников по вышеназванным критериям. Проводится также отсроченное тестирование, спустя 6–8 месяцев после проведения программы.

Григорьев Николай Борисович

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ,
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ**

Адрес редакции:

199178, Санкт-Петербург, 12-ая линия В. О., д. 13-а, к. 207



ГРИГОРЬЕВ
Николай Борисович

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологического консультирования Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы.

Сфера интересов в психологии: субъект-субъектная коммуникация (методология исследования, методы анализа и оценки), личностное консультирование, групповые тренинги, психотерапия.

Опыт практической работы в клинической психологии, наркологии, профотборе и психодиагностике.