

В.В.Деларю

Предлагаемое учебно-методическое пособие обобщает более, чем десяти-летний опыт преподавания отклоняющегося (девиантного) поведения в ряде вузов Волгограда и предназначен для студентов психологических факультетов, а также для изучающих другие специальности (медицину, педагогику, юриспруденцию и т.д.). При этом аспект сделан на клинико-психологических аспектах изучаемых девиаций.

ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

Учебно-методическое пособие

Волгоград, 2004

ОГЛАВЛЕНИЕ

Отклоняющееся (девиантное) поведение: основные понятия

Алкоголизм

Алкогольные психозы

Наркомании и токсикомании

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных или снотворных средств

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей

Психология самоубийства

Вандализм и граффити

Психология отказа от материнства

Социально-психологические аспекты проституции

Насилие в детстве и психологические последствия

Сексуальные девиации и перверзии

Рекомендуемая и использованная литература

Приложение 1. Контрольные работы

Приложение 2. Вопросы к экзамену

Приложение 3. Вопросы к тестированию

Приложение 4. Мотивация потребления алкоголя

Приложение 5. Опросник Басса-Дарки

Приложение 6. "Арго" наркоманов

Приложение 6. "Арго" наркоманов

Приложение 7. Программа и сценарий индивидуальной психологической работы с детьми младшего школьного и подросткового возраста, пережившими сексуальное насилие

ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ (ДЕВИАНТНОЕ) ПОВЕДЕНИЕ ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Девиацию можно определить как поведение, которое считается отклонением от общепринятых норм и установленных стандартов (юридических, моральных или социальных). Девиантность определяется соответствием или несоответствием поступков социальным нормами (ожиданиям), которые могут быть спорными (даже убийство не абсолютно - на войне оно поощряемо).

Девиация включает 3 основных компонента:

- человека, которому свойственно определенное поведение;
- норму/ожидание, являющиеся критерием оценки поведения как девиантного;
- другую группу или организацию, реагирующие на данное поведение.

Некоторые концепции, объясняющие девиации:

1) Биологическое объяснение девиации представлено в теории У.Шелдона, согласно которой характер поведения людей обусловлен особенностями их телосложения (наиболее склонны к девиации мезоморфы, чьё тело отличается силой и стройностью); взглядах Ч.Ломброзо о том, что "криминальный тип" есть результат деградации к более ранним стадиям человеческой эволюции и поэтому он обладает характерной внешностью (выступающая нижняя челюсть, реденькая бородка, пониженная чувствительность к боли); биологической

концепцией о том, что мужчины, обладающие дополнительными хромосомами типа Y (XXY, XYY), в большей степени склонны к агрессивности и преступности; однако многие факты противоречат этим подходам.

2) Психологические объяснения - например, концепция "агрессивного поведения" подростков как формы самоутверждения" (А.Бандура, А.Басс, М.Лазарус), но не низкое самоуважение обуславливает отклоняющееся поведение, а делинквентные действия снижают самооценку; за нарушением правил следует осуждение, которое, в свою очередь, обуславливает более низкую самооценку; представления З.Фрейда о "преступниках с чувством вины" (которые хотят быть наказаны). Психологические факторы всегда рассматриваются в совокупности с другими.

3) Социологические объяснения:

- Теория аномии Э.Дюркгейма подчеркивает роль нормативной неопределенности и дезориентации, вследствие чего жизненный опыт людей перестаёт соответствовать социальным нормам общества. С другой стороны, предложена концепция необходимости для общества девиантов, помогающих понять и сохранить нормы (Э. Эриксон).
- Теория аномии Р.Мертон опирается на анализ факторов, способствующих принятию или отрицанию людьми целей общества, социально одобряемых средств их достижения или того и другого вместе. Типология девиаций: инновация (согласие с одобряемыми целями, но отрицание одобряемых способов их достижения), ритуализм (отрицание целей, но использование одобряемых средств), ретреатизм (бегство от действительности) и бунт.
- Культурологические объяснения (Г.Селли, У.Миллер) сосредоточены на анализе культурных ценностей (типа девиации возникают при усвоении норм субкультуры, которые противоречат правилам культуры господствующей).
- Теория стигматизации или наклеивания ярлыков (Г.Беккер) объясняет девиантное поведение тем, что влиятельные группы обладают возможностью наклеивать ярлыки "девиантов" на представителей менее влиятельных групп.
- Конфликтологический подход (А.Турк, Р.Квинни) придает основное значение сущности самого общества и его законодательной системы (девианты чаще бунтовщики).

Причинами девиантного поведения можно считать противоречия социально-экономического и политического развития, с одной стороны, и индивидуальную социально-психологическую дезадаптацию с кризисом духовности, с другой.

Девиация нередко рассматривается как процесс развития (Н.Смелзер), в ходе которого можно выделить несколько стадий:

формирование норм - сущность норм - совершение девиантного поступка - признание поступка девиантным - признание человека девиантным - стигматизация - следствия стигматизации - коллективные формы девиантного поведения.

Социальный контроль выражается в стремлении других (большинства) воспрепятствовать девиантному поведению, наказать или "вернуть их в строй". Методы социального контроля: изоляция, обособление и реабилитация. Типы неформального социального контроля: социальное поощрение, наказание, убеждение и переоценка норм.

Наиболее податлива к девиациям молодёжь, особенно лишённая благоприятных условий социализации.

Модели девиантного поведения могут быть на ситуационном, средовом и персональном (индивидуальном) уровнях.

Основные типы девиантного поведения: преступность; пьянство и алкоголизм; явления "наркотизма", "наркомании" и "токсикомании"; проституция; сексуальные девиации и сексуальные перверсии (извращения); суицид.

Относительно специфическими формами девиантного поведения детей и молодёжи являются "черный юмор" и подростковый вандализм (граффити).

Социальное творчество можно рассматривать как позитивно отклоняющееся поведение.

АЛКОГОЛИЗМ

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (в МКБ-10 рубрика F10). Спиртные напитки употребляет большинство населения мира, за исключением некоторых мусульманских стран, где строго требуется соблюдать религиозные нормы.

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ или острая интоксикация, обусловленная употреблением алкоголя. Принято выделять 3 степени опьянения.

При легкой степени опьянения возникает приятное ощущение тепла, расслабления. Настроение неустойчивое, чаще эйфория с чувством довольства, комфорта и желанием общаться с окружающими. Люди делают разговорливыми и хвастливыми, говорят громко, быстро, легко переходят от одной темы к другой, не слушают окружающих, стремятся привлечь к себе внимание. Движения порывисты, но менее точные. Внимание легко отвлекается. Мышление становится менее логичным, затруднено осмысливание окружающего. Качество работы, требующей сосредоточенности, ухудшается, однако свои возможности человек переоценивает. Появляется склонность к шуткам, поучениям. Повышается аппетит, растормаживаются сексуальные влечения.

При средней степени опьянения речь делается смазанной (дизартрия), походка шаткой, покачивание при стоянии, резко меняется почерк. Внимание переключается с трудом, интеллектуальные процессы замедляются, появляются персеверации, мышление определяется случайными ассоциациями. Эйфория часто сменяется раздражительностью, озлобленностью, недовольством окружающими и скандалами с ними. Нередко тошнота и рвота. В последующем о некоторых событиях помнится смутно.

Тяжелая степень опьянения выражается клинической картиной нарастающего оглушения. Могут наблюдаться отдельные выкрики, невнятное бормотание; стоять практически не может. Оглушение переходит в глубокий беспробудный сон (сопор), а, нередко, и кому. Опьяневший засыпает в неудобной позе и неподходящих местах, нередко недержание мочи и кала, опасная для жизни рвота (возможность аспирации рвотными массами).

При легкой степени опьянения концентрация алкоголя в крови соответствует 2% (г/л), при средней - 2-5% , тяжелой - свыше 5% (иногда приводят такие данные: 0,3-1,5% - легкое; 1,3-3,0% - средней степени; 3,0-5,0% - тяжелое; 6% и выше - опасное для жизни опьянение). Эти данные соответствуют следующему количеству принятого спирта на 1кг массы тела: 1-1,5мл; 1,5-2,5 и 2,5-3,5мл.

С известной долей условности выделяют несколько атипичных или измененных форм опьянения (преимущественно, при легкой и средней степенях опьянения, чаще при расстройствах личности):

- * опьянение с эксплозивностью и дисфоричностью - немотивированное злобно - мрачное настроение, вспышки ярости, агрессии; устраивают драки, ломают вещи, нередки самоповреждения, суициды;
- * истерическое опьянение - демонстративно выставляют себя то как выдающуюся личность, то как несчастного и страдающего человека, то вообще как дурака и " сумасшедшего";
- * депрессивное опьянение;
- * опьянение с параноидной настроенностью - в высказываниях звучат эмоционально обусловленные несистематизированные идеи ревности, отношения, преследования, подозрительности к другим;
- * сомнолентное опьянение - быстро наступает крепкий сон;
- * маниакальноподобная форма опьянения - относительно редка.

Легкое опьянение не требует лечения. При сопоре и коме в/в кофеин, кордиамин, бемегрид, интенсивная дезинтоксикационная терапия (в/в глюкоза, гемодез, реополиглюкин, диуретики).

Крайне редко встречается так называемое патологическое опьянение, представляющее собой кратковременный психоз в форме сумеречного помрачения сознания со всеми характерными признаками данного нарушения сознания. Возникает преимущественно при расстройствах личности, у лиц с органической недостаточностью голов-

ного мозга. Возникновению способствуют психотравмирующие факторы, физическое и психическое утомление, недостаточный сон, недоедание, соматические заболевания. Наблюдается чаще всего после относительно небольших доз спиртного; при этом координация движений, речь не нарушены.

ПЬЯНСТВО (синонимы этого понятия - "бытовое пьянство"; в МКБ-10 - "злоупотребление" или "употребление с вредными последствиями") - многократные и регулярные выпивки, которые наносят явный ущерб соматическому здоровью или создают социальные проблемы в быту, на работе. При пьянстве отсутствует характерная для алкоголизма симптоматика. Но из пьянства развивается алкоголизм.

АЛКОГОЛИЗМ (иногда можно встретить грамматически неправильное выражение "хронический алкоголизм"; в МКБ-10 описывается как "синдром зависимости") - хроническое прогрессирующее заболевание с совокупностью психических и соматических расстройств. Может развиваться как от крепких, так и от слабых алкогольных напитков; распространенность в разных странах - от 0% до 8-10% в винодельческих странах; в большинстве стран - 3-5% населения. В целом, чем в той или иной стране принято чаще употреблять легкие спиртные напитки, тем там чаще встречается алкоголизм, но он протекает мягче (например, реже алкогольные психозы), чем в странах, где употребляются преимущественно крепкие напитки.

Психоанализ объясняет возникновение зависимости как нарушение в психосексуальном развитии с возвращением к оральной стадии.

В нашей стране было принято выделять 3 стадии алкоголизма:

Первая стадия ("стадия психической зависимости", "начальная", раньше ее еще называли "неврастеническая"). Основная симптоматика:

1. Патологическое влечение к алкоголю по типу обсессивного (навязчивого) - главный признак. Но обсессия подразумевает как частое, помимо воли возникающее желание, так и понимание болезненности, чуждости этого желания, попытки борьбы с ним.

2. Психическая зависимость основывается на этом влечении. Начинаются изменения личности морально-этического плана - изменяются интересы (все подчинено выпивке, забрасываются прежние увлечения), появляются неискренность, лживость¹, необязательность (для

¹ Поэтому лица с алкоголизмом (как и с наркоманиями), особенно при выраженном алкоголизме/наркомании, во-первых, очень убедительно и многократно дают обещания прекратить употреблять алкоголь/наркотиков и заняться чем-то полезным, а, во-вторых,

оправдания выпивок, объяснений почему не выполнил порученное дело), тратятся деньги, предназначенные для более важных дел и т.п. Выступают постоянно организаторами застолий, за столом - "симптом опережения", торопят всех с выпивкой. Выражены эмоционально-вегетативные реакции на разговор о спиртном.

Начинает развиваться алкогольная анозогнозия - человек изменяется как личность и не понимает происходящих с ним этих изменений.

3. Исчезновение защитного рвотного рефлекса на передозировку спиртного является как бы четким показателем перехода пьянства в алкоголизм. Но у части людей (примерно 10%) он вообще всегда отсутствовал (поэтому главное, что раньше был, а сейчас нет). Исчезновение рвотного рефлекса - датируемый признак и человек может сказать, когда это произошло, надо только правильно спросить ("Скажите, раньше, когда Вы были младше и слабее, у Вас была рвота, если перепили? А сейчас, когда организм окреп?").

4. Утрата количественного и ситуационного контроля - начав пить, уже не могут остановиться и напиваются до тяжелого опьянения, при этом перестают учитывать ситуацию, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями.

5. Повышение толерантности к алкоголю - для опьянения требуются все большие дозы. Часто при этом начинают употреблять более крепкие спиртные напитки.

6. У части больных изменяется характер опьянения - приятное состояние эйфории либо не наблюдается, либо очень непродолжительно; зато нарастают злобность, конфликтность, навязчивость.

7. Появляются палимпсесты (блекауты, перфорационная амнезия) - выпадения из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых поведение возможно было достаточно правильным и не производилось впечатление сильно пьяного.

8. Нередко уже на этой стадии появляются неврастеноподобные расстройства (повышенная утомляемость, раздражительность, неустойчивость внимания и т.п.), соматовегетативные нарушения (вегетососудистая дистония, гастриты, колиты, эзофагиты, начальные явления гепатита и др.).

Продолжительность 1-й стадии различна - от 1-2-х лет до десятилетий, чаще 1-5 лет и зависит, в первую очередь, от особенностей организма и интенсивности злоупотребления алкоголем.

Вторая стадия ("стадия физической зависимости", "развернутая", "абстинентная"). Вытекает из 1-й стадии; имевшаяся симптоматика становится более выраженной и разнообразной.

если дают согласие на лечение у наркологов или психологов, то вскоре отказываются от этого.

1. Физическая зависимость служит основным признаком 2-й стадии. Суть ее состоит в том, что регулярное поступление в организм алкоголя становится необходимым условием для поддержания гомеостаза. Многолетние постоянные выпивки приводят к перестройке биохимических процессов. Резко активизируется ферментная система, участвующая в переработке алкоголя (в первую очередь, каталаза), происходят изменения, касающиеся биологически активных веществ (катехоламинов, кинуренинов и др.), предназначенных для биохимической адаптации к постоянному поступлению больших доз алкоголя. Алкоголь же делается необходимой потребностью.

2. Компульсивное влечение к алкоголю основывается на физической зависимости. Влечение уже неодолимое, борьбы с ним нет, оно сравнимо с голодом, жаждой.

3. Абстинентный синдром - болезненное состояние, возникающее после прекращения поступления привычных доз алкоголя. Развивается через 6-12 часов, максимум сутки после выпивки. Проявляется:

- соматовегетативными нарушениями - тахикардия, колебания АД, тошнота, потливость, сухость во рту, головокружения, боли в сердце и т.д.
- неврологическими - тремор конечностей, головы, языка и всего тела, равномерное повышение сухожильных рефлексов.
- психическими - нестойкие зрительные и слуховые галлюцинации, отдельные бредовые идеи отношения, ревности, преследования паранойального круга, дисфории или депрессии. Психический компонент выражен у лиц с алкоголизмом в отличие от схожих похмельных состояний лиц, не являющихся алкоголиками, но сильно выпивших накануне.

У алкоголиков прием алкоголя снимает или значительно смягчает проявления абстиненции. Выраженный абстинентный синдром может перейти в алкогольный психоз - алкогольный делирий ("белую горячку") или сопровождаться судорожными припадками.

4. Толерантность достигает максимума, примерно это около 2-х л водки в сутки для мужчины. Пьют, практически не закусывая, часто при отсутствии спиртных напитков прибегают к суррогатам.

5. Изменение картины опьянения более выражено, доминируют раздражительность, импульсивность, скандалы, агрессия; чаще атипичные (истерические, эксплозивно-дисфорические) формы опьянения.

6. Более часты и выражены палимпсесты.

7. Изменяется форма пьянствования - часть больных пьянствует постоянно; другие - в форме ложных запоев (псевдозапой), продолжительностью до 2-3-х недель вследствие микросоциально-психологических факторов (выходные дни, получение денег), но могут прерваться вследствие активного воздействия окружающих. Наконец,

значительно реже встречаются истинные запои. В их основе - тревожно-депрессивные состояния; запой длится до недели, пока организм переносит спиртное, затем может наступить некоторый светлый промежуток, когда спиртное не употребляется.

8. Изменения личности становятся выраженными - большие лживы, грубы, циничны с "алкогольным юмором", во всем обвиняют других, интересы семьи и общества игнорируются, чувство вины отсутствует, клятвы прекратить пить тут же забываются, они эгоистичны. Заостряются личностные особенности. Начинает развиваться и интеллектуально-мнестическое снижение - мышление становится более однообразным, тугоподвижным, конкретным, ухудшается память.

9. Характерны различные соматические и сексуальные нарушения.

Третья стадия ("стадия алкогольной деградации", "конечная", "энцефалопатическая").

1. Выражена алкогольная деградация как в плане морально-этическом, так и интеллектуально-мнестическом.

2. Резко снижается толерантность - кружка пива, 100-150мл водки вызывают выраженное опьянение.

3. Характерны истинные запои - пьют до тех пор, пока организм переносит спиртное.

4. Абстинентный синдром более продолжителен и более выражен (иногда говорят о псевдоабстиненции - когда характерные для него проявления возникают через неделю и более после запоя).

5. Признаки органического поражения - очаговая неврологическая микросимптоматика.

6. Характерны соматические последствия (в первую очередь, циррозы печени и кардиомиопатии), а также полиневропатии.

ЛЕЧЕНИЕ алкоголизма: наряду с дезинтоксикационной и терапией, направленной на нормализацию функций внутренних органов используется:

1. Условнорефлекторная терапия. Больному дается препарат, вызывающий рвоту (чаще апоморфин) и когда появляются позывы на рвоту - спиртное. Выработывается условный рефлекс - рвота на прием спиртного. Но это лечение не воздействует личность, а условный рефлекс можно подавить. Поэтому эффективность методики невысока.

2. Сенсibiliзирующая терапия - наиболее часто применяется антабус (тетурам), реже фуразолидон, метронидазол. При этом нарушается нормальный процесс метаболизма алкоголя в организме и, в случае его приема, наблюдаются выраженные проявления токсического действия нерасщепленного ацетальдегида, что, в процессе лечения, больному, как правило, 3-5 раз демонстрируют. Но те же недостатки, больной может прекратить прием антабуса, а затем начать алкоголизироваться.

3. Главное в лечении алкоголизма принадлежит психотерапии, которая должна изменить отношение больного к спиртному. К сожалению, в настоящее время психотерапия, в том числе и многочисленные варианты кодирования, сводятся к различным способам запугивания больного, а это не самое эффективное.

4. Большое место в лечении алкоголизма должно принадлежать амбулаторной службе, а также неформальным объединениям типа "Ассоциации анонимных алкоголиков".

В настоящее время лечение алкоголизма направлено на полное прекращение употребления спиртного больным в будущем. А среди всех обратившихся за лечением по поводу алкоголизма только 70% хотят избавиться, а 30% вообще не желают менять алкогольный образ жизни; причем среди желающих избавиться только 15% психологически готовы полностью прекратить употребление спиртного. Поэтому, хороший результат лечения: 60-70% пролеченных больных в течение года не принимали спиртное.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольные психозы - психозы, возникновение и развитие которых связано с алкоголизмом. Их клиническая картина выражается в экзогенном типе реакций. Алкогольные психозы встречаются у 10% алкоголиков, в первую очередь, у употребляющих крепкие и/или недоброкачественные спиртные напитки, имеющих органическую недостаточность головного мозга. Алкогольные психозы развиваются только у лиц с алкоголизмом, причем чаще всего на 3-й, но встречаются и на 2-й стадии.

В МКБ-10 нет четкого выделения различных форм алкогольных психозов, как нозологических единиц, что принято в нашей стране. Однако, практически все формы, о которых пойдет речь, включены в уточняющие подрубрики "Состояние отмены с делирием", "Психотическое расстройство", "Амнестический синдром" и рубрику "Органические поражения головного мозга".

1. **Алкогольный делирий** (белая горячка, delirium tremens). Наиболее частая форма алкогольных психозов - на нее приходится примерно 75% всех психозов. Возникает не раньше 5-го года алкоголизма. В большинстве случаев делирий развивается через 2-4 суток после прекращения запоя, на высоте абстинентного синдрома, но может и на высоте запоя.

Иногда выделяют предвестники делирия, длящиеся несколько часов - обычно к вечеру тревожно-тоскливое настроение, свойственное абстиненции, начинает чередоваться с эйфорией (очень важный прогностический признак). Появляется наплыв ярких представлений, красочных воспоминаний. Сон становится поверхностным, с обилием кошмарных сновидений, вызывающих частое пробуждение и беспокойство больного. Далее постепенно теряется способность различать

сновидения и действительность, появляются различные иллюзии; положительные симптомы Липмана, Рейнхарта, Ашшафенбурга.

Затем, на фоне бессоницы, развивается полная картина делирия, характеризующаяся, в первую очередь, наплывом ярких истинных, преимущественно, зрительных галлюцинаций, как правило, угрожающего характера (змеи, черти, какие-то чудовища, бандиты); в меньшей мере истинные слуховые и тактильные галлюцинации. Вследствие этого - страх, тревога и двигательное возбуждение. Больной спасается от нападающих, его поведение определяется болезненными переживаниями и видениями.

При делирии больной ориентирован в собственной личности, но дезориентирован в окружающем; поэтому после выхода из делирия больной вспомнит о своих видениях и переживаниях, но не о реальных событиях. Относительно специфичны для алкогольного делирия зрительные галлюцинации в виде чертей.

Делирий сопровождается мышечным тремором, гипертермией. Наиболее выражены болезненные проявления вечером и ночью, утром уменьшаются, а днем могут даже вообще отсутствовать. Наиболее часто делирий длится 3-5 суток, но встречаются и abortивные, неразвернутые формы, продолжительностью несколько часов.

Но встречаются и более тяжелые случаи, когда двигательное возбуждение больного постепенно уменьшается, ограничивается постелью, появляются стереотипные движения рук, напоминающие профессиональные. Далее какие-то ощупывания, стряхивания с себя, разглаживание чего-то на теле (т.е. нарастают тактильные галлюцинации). Речь превращается в маловнятное бормотание. Температура тела достигает 40°C и выше. В этих случаях говорят о тяжелых формах делирия - профессиональном и мусситирующем (бормочущем).

2. **Алкогольные галлюцинозы** - составляют 10-20% всех алкогольных психозов и развиваются чаще на 10-11-м году алкоголизма (но не раньше 7-8-го года). Основное клиническое проявление - истинные слуховые галлюцинации с характерными особенностями: алкогольная тематика занимает основное место в этих "голосах"; "голоса" (один или несколько, часто в виде диалога) ругают, угрожают больному, нередко приказывают ему что-то сделать (выпрыгнуть из окна, повеситься, а то "будет еще хуже"), но при этом есть и "защищающие голоса", которых намного меньше.

Зрительные галлюцинации не характерны; редко отдельные, не стойкие элементарные зрительные галлюцинации. Критика отсутствует. Настроение и поведение больного определяется содержанием слуховых галлюцинаций; на их основе возможно формирование конкретных, неразвернутых бредовых идей преследования, отношения.

По течению различают острый (от нескольких часов до 4-х недель) и, реже, хронический (протранжированный, затяжной) алкоголь-

ный галлюциноз, длящийся более 6 месяцев. Иногда выделяют промежуточный - подострый алкогольный галлюциноз.

3. **Бредовые психозы** (алкогольный бред). Наиболее часто встречаются 2 варианта:

а) Бред ревности (алкогольная паранойя). Возникает у лиц с паранойяльной или эпилептоидной акцентуацией характера. Бред развивается чаще всего постепенно. Сначала обвинения в супружеской неверности при алкогольном опьянении или во время абстиненции, затем и вне их. По своему содержанию бредовые идеи конкретны, связаны с окружающей больного действительностью. Поведение больных с бредом ревности может отличаться упорядоченностью, нередко бредовые идеи диссимилируются, но поведение может целиком определяться фабулой бреда и больные могут быть агрессивными.

б) Алкогольный бред преследования возникает преимущественно в период похмелья, а в ряде случаев и в запое. Обычно психоз развивается остро. Больные считают, что их хотят уничтожить, они страшатся как знакомых, так и незнакомых людей. Эмоции - тревога, страх. Поведение определяется бредом, могут совершать опасные для себя и окружающих действия; нередко обращаются сами в милицию за помощью. Бред преследования конкретен, часто сочетается с бредом толкования или отношения, возможны, особенно в вечернее время, отдельные зрительные и слуховые галлюцинации.

Наличие бредовых идей воздействия чаще всего говорит о дебюте шизофрении. По течению алкогольные бредовые психозы разделяют на острые (длительностью до 3-4-х недель), подострые (до 2-3-х месяцев) и хронические (свыше 3-х месяцев).

4. **Алкогольные энцефалопатические психозы**. Нередко развиваются после делирия. Наиболее часто встречается корсаковский психоз (фиксационная амнезия, конфабуляции и/или псевдореминисценции, ретро- и/или антероградная амнезия, полиневропатии).

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

В последние годы проблема наркомании и токсикомании во всем мире стала более актуальной вследствие:

- увеличения числа лиц, принимающих наркотические средства;
- возрастающее распространение этих средств среди молодежи;
- применение наркотиков за пределами традиционных районов их употребления;
- тенденции к употреблению новых, незнакомых препаратов.

В отечественной наркологии принято различать наркомании и токсикомании. Под **наркоманией** понимают болезнь, возникающую в результате злоупотребления лекарственными или иными веществами, занесенными специальными приказами Министерства Здравоохранения в список наркотиков.

Основания для включения вещества в список наркотиков:

- с медицинской точки зрения какое-либо его специфическое действие (седативное, стимулирующее и др.) является причиной его применения не в медицинских целях;
- с социальной точки зрения его немедицинское применение принимает большое социальное значение.

Под **токсикоманией** понимают болезнь, вызванную злоупотреблением лекарственными и иными веществами, не отнесенными к наркотикам, но вызывающими болезненное пристрастие.

Т.о. наркомании и токсикомании в нашей стране различают не в зависимости от способа введения вещества, выраженности зависимости от него, длительности или регулярности приема, а от того, отнесено ли вещество, вызвавшее зависимость, в официальный список наркотиков или нет.

С медицинских позиций больные наркоманиями и токсикоманиями весьма близкие группы больных, нуждающиеся в сходной терапевтической тактике. С юридической точки зрения это разные категории. В уголовном кодексе как преступления квалифицируются незаконное изготовление, хранение², перевозка наркотиков. Если же вещество не отнесено к категории наркотиков, то за подобные действия юридической ответственности нет.

Употребление наркотиков или других токсических веществ без зависимости от них не считается наркоманией или токсикоманией. Для этих случаев предлагалось множество разных названий - наркотизм, эпизодическое употребление, широкое распространение получил термин "аддиктивное поведение" (от англ. addiction - пагубная привычка, порочная склонность). В МКБ-10 этому понятию ближе всего подходит "употребление с вредными последствиями".

Под наркоманией в нашей стране принято подразумевать состояние, определяемое:

1. Синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика:

- Исчезновение защитных реакций (в зависимости от наркотика вначале при передозировке появляются зуд, профузный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота, рвота, головокружение, а затем подобные проявления не наблюдаются даже при глубокой, смертельной интоксикации).

² Согласно Постановлению Правительства РФ от 06.05.2004г. для возбуждения уголовного дела героина должно быть не меньше 1г, марихуаны - 20г (раньше для возбуждения уголовного дела было достаточно 0,005г героина и 0,1г марихуаны). В РФ органы правопорядка задерживают не более 10% наркотиков.

- Повышение толерантности.
- Изменение формы потребления (при систематическом приеме возможен физический и психический комфорт).
- Изменение формы опьянения (чаще всего это усиление стимуляции и снижение эйфорического эффекта).

2. Синдромом психической зависимости:

- Обсессивное влечение выражается в постоянных мыслях о наркотики, подъеме настроения в ожидании приема, подавленности при отсутствии наркотика. Обсессивное влечение определяет настроение, эмоциональный фон. Здесь есть еще борьба мотивов, обсессивное влечение к наркотику может пройти, если появилось сильное влечение к чему-то другому при положительном эмоциональном фоне; но здесь нет чувство чуждости, болезненности как при классических "невротических" обсессиях).

От истинной, индивидуальной психической зависимости следует отличать групповую психическую зависимость, особенно выраженную при аддиктивном поведении у подростков и молодежи. Влечение в этих случаях возникает тогда, когда собирается "своя компания", постоянно вместе злоупотребляющая каким-либо веществом. За её пределами влечение не проявляется, при отрыве от неё - исчезает.

- Психический комфорт в интоксикации - это не синоним эйфории, это не столько переживание удовольствия, сколько уход от неудовольствия (позитивная привязанность - т.е. когда наркотик принимают для достижения и поддержания субъективно приятного эмоционального состояния - отмечается лишь на начальных этапах наркомании; в дальнейшем наркотик необходим чтобы избавиться от напряжения и плохого самочувствия, страх перед мучительными явлениями абстиненции, а не стремление к удовольствию движет наркоманом и говорят о негативной привязанности).

3. Синдромом физической зависимости:

- Компulsive влечение (непреодолимое стремление к приему наркотика, определяет поведение больного, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль).
- Потеря контроля над дозой (частые передозировки).
- Физический комфорт в интоксикации (самочувствие улучшается только при приеме наркотика, вне приема больной разбит, при легкой интоксикации соматовегетативные показатели сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем даже лучше).
- Абстинентный синдром.

Клинически "псевдоабстинентный синдром" или "сухая абстиненция" (на наркологическом слэнге "сухая ломка") проявляется в том, что после острых абстинентных расстройств и короткого периода относительного благополучия у больных с разными формами химической зависимости без каких-либо видимых причин внезапно появляет-

ся симптоматика, свойственная соответствующему абстинентному синдрому, но отличающаяся от него меньшей интенсивностью соматических проявлений, значительной редуцированностью вегетативных расстройств и преобладанием психопатологических нарушений. Это состояние практически всегда предваряется либо сопровождается актуализацией влечения к наркотику, что проявляется в сновидениях наркотического содержания, чаще в сужении сознания, одышке, охваченности влечением, которое обычно не осознается. Если же compulsive влечение не реализуется введением наркотика, оно трансформируется в депрессивное состояние с сенесто-ипохондрическими проявлениями.

Эти три синдрома составляют "большой наркоманический синдром". Каждый из трех синдромов и их составляющих при употреблении разных наркотиков и на разных стадиях наркомании выражены очень по-разному (например, препараты конопли практически не вызывают физическую зависимость).

Стержень наркотической интоксикации - динамический маниакально - деперсонализационный синдром.

В развитии наркомании можно условно выделить ряд звеньев, которые одно за другим подводят к болезни:

- первое звено - эйфория;
- второе звено-формирование предпочтения определенного наркотика
- третье звено - регулярность приема;
- четвертое звено - угасание первоначального эффекта.

По экспертным оценкам, истинная численность наркоманов в 5-10 (по мнению ряда специалистов - в 20-50) раз превышает цифры официальной статистики и составляет 0,1-0,2% населения нашей страны.

Нарко- и токсикомании чаще развиваются у лиц с конституциональными аномалиями характера или нажитыми психопатоподобными изменениями, склонных к депрессивным реакциям, а также при латентно протекающем шизофреническом процессе. В отдельных случаях наркомании развивается у лиц с хроническими заболеваниями, которым по медицинским показаниям назначают наркотические средства (чаще - обезболивающие).

В подростковом возрасте побудительным мотивом к началу приема наркотиков является стремление не отстать от компании - "быть как все", в своей группе сверстников; пережить эмоционально приятное состояние; поиск новых развлечений - фантастических видений, галлюцинаций; стремление "забыться", "отключиться" от неприятностей. Способствуют началу употребления наркотиков несостоятельность в учебе, алкоголизм родителей, жестокое обращение с под-

ростком в семье, постоянные конфликты с родителями или вседозволенность; большое место имеет доступность наркотика.

Должно насторожить в плане возможного начала приёма наркотиков:

- сын (дочь) стал трудно вставать по утрам с постели;
- неожиданные перемены настроения от активности к пассивности, от оживленного состояния к вялому и инертному;
- резкое изменение круга друзей;
- на его белье стали появляться мелкие кровавые пятна, а на брюках - дырки (прожженные папиросой, выпавшей из ослабевшей руки);
- на пальцах и ногах вдоль вены заметны следы уколов или неглубоких множественных порезов кожи;
- сын (дочь) стал проявлять необычный интерес к домашней аптечке и лекарствам, а дома появляться необычные, неизвестные и ранее не встречавшиеся порошки, капсулы, таблетки;
- домой он приходит с необычно бледным или покрасневшим лицом, с затуманенными глазами и несвязной речью, но без запаха алкоголя;
- стали пропадать носовые платки, а от воротничка стало пахнуть ацетоном;
- в карманах одежды обнаруживаются остатки измельченных листьев стеблей "соломки" или маслянистая растительная пыль;
- исчезновение денег или ценностей из дома, увеличение требуемой суммы денег на карманные расходы;
- появление скрытности в поведении, лживость;
- прогуливание занятий, как бы беспричинное снижение успеваемости в школе.

Не стоит стыдить или упрекать подростка, поскольку это скорее всего будет дополнительным стимулом к приёму наркотиков, а из-за чувства вины наркоманы от приёма наркотиков не отказываются.

У пациентов независимо от употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались и формировался своеобразный наркоманический дефект, который характеризовался повышенной возбудимостью, нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических или апатико-абулических депрессий, аффективной лабильностью, преобладанием истероидных форм реагирования, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью. Были выражены морально-этическое снижение и транзиторные интеллектуально-мнестические расстройства. Изменения личности в целом квалифицируются как "*наркоманическая*" личность.

Полинаркомании и политоксикомании как термины иногда необоснованно используются для обозначения всех случаев, когда больной испробовал на себе действие 2-х и более наркотиков и других токсичных веществ. Диагноз полинаркомании правомерен только тогда, когда одновременно имеется зависимость от 2-х и более наркотиков, диагноз политоксикомании - от 2-х и более ненаркотических веществ. Если установлена одновременная зависимость от одного наркотического и другого ненаркотического вещества, то эти случаи предложено называть "осложненной наркоманией". Злоупотребление 2-мя и более наркотиками или иными психоактивными веществами без зависимости от них ни полинаркоманией, ни политоксикоманией не является.

Среди неформальных движений существуют как "наркофильные", где наркотики легко распространяются (хиппи, панки, некоторые фанаты), так и "наркофобные", активно отвергающие наркотики (брейкеры, культуристы и др.).

В предыдущие 20 лет (середина 1970-х - середина 1990-х годов) в России абсолютно доминировало потребление кустарно приготовленных наркотиков разных групп, в основном, самодельно приготовленных растворов опия-сырца и маковой соломки, а также эфедрона и так называемого первитина ("винта"). Однако в 2000-е годы стало преобладать злоупотребление героином и в 2004г. 3/4 всех наркоманий в РФ - героиновые.

F 11 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов.

Наркомании, возникающие при употреблении опия и других препаратов морфинного ряда (*опийная наркомания*) включают все случаи злоупотребления препаратами мака (морфин, кодеин, омнопон и др.), синтетическими средствами морфиноподобного действия (промедол, фентанил и др.).

Клинические проявления наркомании при употреблении всех этих наркотических средств в общем схожи, различия касаются лишь длительности привыкания, интенсивности и некоторых особенностей абстинентных проявлений.

Опий наркоманы курят (опиокурение) или принимают внутрь (опиофагия). Морфин, героин, промедол преимущественно вводят подкожно или внутривенно, кодеин чаще принимают внутрь, реже внутривенно.

После в/в введения этих препаратов сначала наблюдается покраснение лица, ощущение горячей волны, проходящей по телу, чувство покалывания иглками, зуд кожи лица. Затем неприятные ощущения исчезают и развивается эйфория с чувством необыкновенного душевного и телесного комфорта. Однако эта эйфория обычно не сочетается ни с повышенной активностью, ни с потребностью в общении. Приятным состоянием стремятся насладиться наедине или в стороне от

других. Молча сидят в стороне от других, предаваясь заманчивым мечтам, воспоминаниям или желанным мыслям, но ярких зрительных галлюцинаций не бывает. Сознание остаётся ясным, только при передозировке развивается оглушение, сопор, кома. Зрачки - маленькие как точки и не расширяются в темноте (опытные наркоманы могут диссимулировать опийное опьянение и только узкие зрачки выдают их, поэтому они даже вечером носят темные очки или закапывают в глаза атропин).

Около 60% подростков после первых вливаний наркотиков прекращают их приём, а около 40% становятся наркоманами. Достаточно бывает 5-10 раз повторить вливания, чтобы возникла психическая зависимость от наркотика. Влечение к нему становится главным в жизни. Наркоманы сами научаются делать себе инъекции и готовить самодельные препараты; стараются не оторваться от компании сверстников как источника получения наркотика.

Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью и сонливостью.

Развернутые абстиненции начинаются через 12-24 часа после перерыва и протекают очень тяжело: сильные мышечные боли, судорожные сведения мышц, спазмы в животе, часто рвота и понос, боли в области сердца, нередко - слезотечение и слюноотечение, непрекращающееся чиханье, ознобы чередующиеся с проливным потом. Зрачки становятся широкими. Тяжелое состояние длится несколько суток.

В последние годы традиционная симптоматика опийного абстинентного синдрома (начало через 6-20 ч с момента лишения наркотика, максимум на 3-5-й день после лишения и постепенное стихание к 10-12-му дню) стала более редуцированной. Характерны кратковременные светлые промежутки. В клинике острого опийного абстинентного синдрома в ходе стационарного лечения стали наблюдаться расстройства делириозного круга (более редко подобная картина развивается у больных, употребляющих преимущественно героин). Психотическая симптоматика развивается обычно к концу 1-2-х суток от начала терапии. Начальными проявлениями нередко служат выраженное психомоторное возбуждение, суетливость, бессонница. Вскоре присоединяются дезориентировка в месте и времени, зрительные и слуховые галлюцинации. Длительность психоза при проведении интенсивной терапии не превышает 2-х суток. Описанные психотические расстройства не поддаются психотропной терапии, назначение нейролептиков ухудшает состояние и пролонгирует делирий. Эффект дает только применение инфузионной терапии и назначение ноотропов в высоких дозах, а также методов экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез). После выхода из психоза у больного отмечается умеренная астения, лабильность аффекта и редукция патологического влечения к наркотику.

После купирования острых абстинентных явлений с постоянством отмечаются разнообразие соматовегетативных, неврологических и психопатологических нарушений с отчетливым преобладанием по-

следних, прежде всего депрессии различной глубины и структуры, влечение к психоактивному веществу, астенические расстройства и инсомния.

Метадон - синтетический препарат, сходный с морфином - в нашей стране не применяется.

При длительной интоксикации возникает характерная картина физического истощения: землистый оттенок кожи, отечность лица, сужение зрачков, выпадение волос, похудание, иногда значительное. Отмечается снижение личности, сужение круга интересов, падение активности, безволие, лживость, стремление всеми путями добыть наркотик.

Героин можно вводить не только внутривенно, но и внутриназально. При последнем пути отсутствует или редуцирована самая начальная фаза опийной интоксикации, именуемая на слэнге наркоманов "приходом". Заболевание формируется в более сжатые сроки, осознанное влечение к наркотику нередко возникает уже после первой пробы. В течение месяца систематического приема героина полностью формируется синдром измененной реактивности: повышение толерантности, изменение формы потребления и трансформация клинической картины опьянения обычно в сторону гипертимии, прилива сил, усиления и ускорения психомоторной активности. Быстро редуцируется третья фаза опьянения - сон. Первые признаки абстинентного синдрома возникают уже после 2-х недель систематического приема героина. Манифестные симптомы абстинентного синдрома обнаруживаются уже через 5-10 ч после последнего приема наркотика. Продолжительность острых расстройств меньше, при этом мало представлены такие традиционные для опийного абстинентного синдрома признаки, как слезотечение, насморк, зевота, расстройства функции пищеварительного тракта. В то же время интенсивность таких симптомов как боли в мышцах, костях, суставах конечностей, поясничном отделе позвоночника, напряженность, тревога, озноб, приливы жара максимальна. Период постабстинентных расстройств более длителен, в его структуре преобладают психопатологические нарушения.

Ф 12 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов.

Возникают при употреблении **препаратов конопли**. Для получения наркотика используются верхушечные листья и соцветья. Смолка конопли известна под разными названиями. Термин "гашиш" распространен в Европе и на Ближнем Востоке, в Средней Азии её именуют "анаша", в Северной Америке - "марихуана", известны также синонимы "план", "банг", "харас", "паль", "травка" и др. Состав и свойства гашиша зависят от сорта и места произрастания, времени сбора (действие марихуаны слабее гашиша приблизительно в 10 раз). По данным ВОЗ это самый распространенный наркотик, что объясняется доступностью конопли, произрастающей почти повсеместно.

Наиболее распространенный метод применения - курение с табаком или в чистом виде, а также внутрь (при жевании или приёме с пищей тормозится действие, но можно принимать большие дозы). Психоактивное действие связано с содержанием в конопле вещества - каннабиноидов.

Гашиш вызывает, в основном, психическую зависимость, физическая зависимость выражена меньше. Чаще отмечается нерезкое повышение толерантности, обычно больные в течение ряда лет принимают одни и те же дозы, но затем прием наркотиков учащается.

Обычно действие препаратов конопли сначала вызывает неприятное ощущение, а иногда даже отвращение. Лишь в последующем появляется эйфория с дурашливостью, насильственным смехом (привлекательный эффект опьянения - безудержное веселье с приступами хохота по малейшему поводу), выражена склонность к индуцированию, двигательная расторможенность (энергичная жестикуляция, гримасничание, приплясывание), говорливость, усилены пищевое и половое влечения. В дальнейшем при увеличении доз наркотика обычно резко обостряется восприятие с ощущением крайней яркости света и громкости звука. Появляются зрительные и слуховые иллюзии. Окружающие предметы кажутся резко увеличенными или уменьшенными. Время воспринимается как чрезвычайно замедленное. Могут развиваться фантастические делириозные переживания с приятными для человека ощущениями. Настроение делается гипоманиакальным. Отмечаются деперсонализационные расстройства (особенно чувство невесомости). В этот момент обычно снижается болевая и тактильная чувствительность. Нередко встречается своеобразное сужение сознания: участники компании воспринимают лишь то, что происходит в их кругу, а постороннего не замечают; иногда появляется впечатление, что они сами себя видят со стороны.

Опьянение длится до нескольких часов. При протрезвлении появляется сильный голод. Диагностическим признаком может служить своеобразный сладковатый запах от одежды курившего гашиш, который долго сохраняется.

При длительном употреблении препаратов конопли появляются пассивность, вялость, апатия, неустойчивость внимания, ухудшение памяти, нарушаются гормональные функции. В последующем нарастают грубые личностные изменения с интеллектуально-мнестическим снижением.

Препараты каннабиса часто употребляют с алкоголем, а также с кокаином и другими наркотиками.

Распространённую в США марихуану там часто называют "входным"

наркотиком, который открывает путь к злоупотреблению "тяжелыми" наркотиками³.

F 13 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления

седативных или снотворных средств.

Осложнения при этой форме зависимости от бензодиазепинов (феназепам, элениум, седуксен, тазепам), барбитуратов и препаратов со сходным действием (мепробамат) многочисленны и достаточно тяжелы. Помимо передозировок с угрозой летального исхода, суицидов, несчастных случаев, а также большой частоты труднокупируемых судорожных припадков и психозов абстиненции, характерно быстрое развитие энцефалопатии и психоорганического синдрома с грубыми нарушениями памяти, конкретизацией мышления, тугоподвижностью психических процессов, смазанностью речи (дизартрией), плохо координированными движениями (атаксией); (барбитуромания едва ли не единственная наркомания, при которой дозу барбитуратов снижают постепенно на протяжении 1-2 недель из-за опасности эпилептических припадков и делириев, а не отменяют сразу).

Барбитуратовое опьянение напоминает алкогольное - беспричинное веселье, беспорядочная активность, бесцеремонность, развязность легко сменяются гневом и драчливостью, нарушается двигательная координация. Через 1-3 часа наступает глубокий сон, затем слабость и вялость. Опьянение транквилизаторами характеризуется сначала чувством необычно приятного покоя, затем наступает оглушение.

Распространенность злоупотребления этими препаратами составляет около 1%. Седативные и снотворные средства принимают перорально. Как правило, зависимость возникает лишь после нескольких месяцев ежедневного применения, хотя выражены индивидуальные вариации. Поскольку большинство этих препаратов употребляется в медицинских целях, они обычно становятся предметом злоупотребления. Характерно обращение ко многим врачам в разные медицинские учреждения, чтобы везде выписывали эти препараты. В последние годы бензодиазепины в данном контексте почти вытеснили барбитураты; приём снотворного часто сочетается с алкоголем.

F 14 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина.

³ В то же время за легализацию "легких" наркотиков периодически выступают некоторые политики разного масштаба, проводятся разные акции (типа "конопляных маршей", первый из которых состоялся в 1997г. в США, а в РФ - в 2002 г. в Москве).

По своим фармакологическим свойствам сходен с другими стимуляторами. Порошок кокаина закладывается в нос (через слизистую он быстро всасывается); в 1970-х в США появился препарат кокаина - крэк, который можно курить.

Картина опьянения характеризуется как маниакально подобное опьянение с выраженной эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью, ощущением раскрытия своих творческих возможностей, собственные мысли кажутся необыкновенно глубокими и пронизательными; возможно половое возбуждение. Вегетативные нарушения умерены. При передозировке наступает психотическое опьянение с тревогой, страхом, растерянностью (кажется, что окружающие хотят расправиться и убить, типичны ощущения ползания насекомых по телу - симптом Маньяна - тактильные галлюцинации). Относительно редко вслед за интоксикацией или во время неё развиваются делириозные, онейроидные нарушения сознания и параноиды.

Опьянение длится несколько часов и сменяется тяжелой астенией.

Эпизодическое злоупотребление кокаином может длиться довольно долго, не приводя к формированию зависимости.

Признаками наркомании являются выраженная психическая зависимость (постоянное влечение к кокаину), при вынужденном перерыве - тяжелые дисфории, хотя отчетливых признаков физической зависимости не проявляется.

F 15 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин.

Другим видом зависимости, широко распространенным в нашей стране, является наркомания вследствие злоупотребления кустарно приготовленными психостимуляторами из эфидринсодержащих веществ (глазные капли, мази от насморка, содержащие эфедрин средства для лечения бронхиальной астмы) - **эфедроном** и его разновидностью - **первотином**. Оба этих препарата являются фенилалкиламинами с амфетаминоподобным действием, и клиническая картина эфедрон - первитиновой наркомании напоминает таковую при амфетаминовой наркомании. Однако имеется ряд различий.

Эфедрон и первитин вводятся почти исключительно внутривенно, большинство амфетаминов - перорально, кокаин можно вводить интраназально. Эфедрон - первитиновая наркомания приводит к формированию наркотических циклов, когда психостимуляторы инъекруются многократно в течение суток (явления абстиненции начинаются еще в постинъекционном периоде - через 2-4 часа после вливания наркотика появляется желание его повторить, в результате чего вливания делают по несколько раз за день; суточная доза возрастает в 20-30 раз по сравнению с первоначальной, но разовая доза возрастает не более, чем в 2-3 раза из-за сильных сердцебиений при передозировке).

Эфедроновое и первитиновое опьянение проявляется гипоманиакальностью, ощущением невесомости, обстановка вокруг становится необычно интересной, появляется чувство безграничной любви ко всем людям, резко усиливается половое влечение, возникает длительное половое возбуждение; агрессивность не характерна.

Циклы длятся в среднем от 1 суток до 1 недели (при этом почти не спят, не едят, доводят себя до полного истощения и зависимость больного от наркотика очевидна для окружающих). Потом влечение к наркотику временно ослабевает. Больные принимают снотворные или транквилизаторы (обычно в больших дозах), отсыпаются, отъедаются и через несколько дней влечение к наркотику вспыхивает с новой силой.

Абстиненция проявляется дисфорией, выражены вегетативные нарушения (мышечный тремор, чередование озноба и проливного пота, сжимающие боли в области сердца, мучительные задержки мочи, гиперактузия и светобоязнь).

Амфетамины и кокаин (интраназально) могут приниматься 1-2 раза в день. В течение длительного времени больным удается употреблять наркотики эпизодически. Если не было передозировки, симптомы интоксикации амфетаминами и кокаином (при интраназальном введении) развиваются довольно мягко и обычно не привлекают внимания окружающих.

F 16 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов.

Встречается зависимость от циклодола и других холинолитических средств - астматола (содержащего белладонну, белену, дурман), димедрола.

Часто встречается циклодоловый делирий с характерной калейдоскопичностью галлюцинаций - быстрой сменой картин ("мультики") и вместе с тем повторением одних и тех же видений по несколько раз; светлыми промежутками (длительность всего делирия - около суток). Абстинентный синдром формируется в среднем через 1 год.

Большое распространение получили сейчас дериваты амфетамина, которые относятся уже к галлюциногенам. Это 5-метокси-3,4-метилendioксиметамфетамин (МДМА), более известный по имени "**Экстази**" (Ecstasy), популярный так называемый " дискотечный" наркотик; 2,5-диметокси-4- метиламфетамин (ДОМ), известный также как **STR**.

Использование ЛСД (диэтиламида лизергиновой кислоты) в РФ запрещено.

F 17 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака.

F 18 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей.

Наиболее привлекательным при интоксикации является эйфория и яркие зрительные галлюцинации ("мультики"), чаще угрожающего характера при вдыхании паров бензина; страх сочетается с любопытством; после прекращения ингаляции галлюцинации быстро проходят ("мультики" длятся не более получаса), к ним появляется критическое отношение. При ингаляции парами пятновыводителей, ацетона, толуола, растворителей нитрокрасок, парами некоторых сортов клея наблюдаются онейроиды с визуализацией представлений (увлекательные сцены "о чем подумаю, то и увижу").

Быстро могут формироваться проявления психоорганического синдрома.

F 19 Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и употребления других психоактивных веществ.

В последние годы чаще случаи сочетанного употребления героина и кокаина или героина и эфедрон-первитина.

Основным методом лечения острых абстинентных расстройств, помимо симптоматических, остается дезинтоксикация. После купирования острых абстинентных проявлений назначаются регуляторы нейромедиаторов (прежде всего дофамина), здесь приоритет отдается антидепрессантам. При линейчески выраженном "псевдоабстинентном синдроме" высокий терапевтический эффект при в/в капельном введении мелипрамина (200-300 мг/сут), амитриптилина (200-300 мг/сут), людиомила (75-100 мг/сут). Антидепрессанты назначают обычно в вечернее время, всю суточную дозу вводят за один раз медленно - в течение 1,5-2 часов. После инфузии больные обычно погружаются в медикаментозный сон, просыпаются утром в хорошем настроении, не испытывая остаточных явлений, свойственных применению обычно употребляемых снотворных средств и нейролептиков. Субъективное улучшение - уже после 1-2-х процедур. Всего проводят 7-10 таких процедур, затем - пероральный прием антидепрессантов.

Наиболее эффективно при купировании неодолимого патологического влечения в/в введение нейролептиков широкого спектра действия (аминазин, галоперидол) в комбинации с дыхательными аналептиками (кордиамин).

Основная работа по первичной профилактики наркоманий должна осуществляться с младшего школьного возраста и быть ориентированной не только на детей, но и на родителей, реализовываться в общеобразовательных школах по специально разработанным программам.

В большинстве стран врачи и страховые медицинские компании давно пришли к выводу о нецелесообразности тратить силы и, соответственно, деньги на тех больных наркоманиями, у которых нет осознанной и достаточно устойчивой мотивации на лечение. Но там давно сложилась разветвленная система различных, в большинстве случаев негосударственных, организаций и движений, которые актив-

но работают с лицами с проблемами зависимости, решая вопросы, непосредственно не относящиеся к компетенции врачей. К таким вопросам в первую очередь относится выявление больных, в определенной степени - формирование мотивации на лечение, реабилитацию.

Важное направление по выявлению больных - укомплектование наркологических учреждений социальными работниками и развертывание "уличной работы".

ПСИХОЛОГИЯ САМОУБИЙСТВА.

Среди совершивших суициды - Демосфен, Фемистокл, Демокрит, Эзоп, Сократ, Сенека, М.Петтенкофер, О.Ковалевский, Н.Гарин-Михайловский, П.Лафарг, М.Цветаева, В.Маяковский, С.Есенин, Ю.Друнина, В.Легасов и многие другие.

Появление романа Гёте "Страдания юного Вертера" в 1774г., в котором описана жизнь и смерть от несчастной любви юного Вертера, породили целую эпидемию самоубийств. Смерть Курта Кобейна (солиста популярной группы "NIRVANA") в 1994г. повлекли за собой целый ряд самоубийств среди молодежи.

Опыт мировой суицидологии свидетельствует о существовании тесной зависимости между частотой самоубийств и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, интенсивности миграционных потоков, нарушения привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований. Кроме того, рост самоубийств в значительной степени обусловлен ослаблением роли традиционных социальных институтов церкви, семьи, брака (сохранение традиционного уклада жизни являются мощными антисуицидальными факторами, т.к. они препятствуют разобщенности между людьми и ограничивают безмерный рост потребностей и личностных притязаний, свойственный экономическим развитым обществам).

В начале XX века Россия была на последнем месте среди европейских стран по уровню самоубийств. В 1915г. кол-во суицидов в России было 3,4 на 100 тыс. населения; в 1985 г. кол-во суицидов в СССР было 24,5 (22,7 - во Франции; 22,8 - в Швейцарии; 23,8 - в Бельгии; 43,1 - в ФРГ; 45,3 - в Венгрии). Территории РФ дифференцированы по уровням самоубийств; общее количество самоубийств в середине 1990-х гг. составляло около 40 на 100 тыс. населения, в начале 2000-х гг. - 38; при этом наблюдается "омоложение" суицидов - средний возраст чуть больше 45 лет (согласно общемировому стандарту значение показателя менее 9 считается низким, от 10 до 19 - средним, от 20 до 30 - высоким и свыше 30 - сверхвысоким)⁴. Среди психически боль-

⁴ По данным ВОЗ в 2000г. наиболее высокий в мире уровень самоубийств был в Литве - 42 человека на каждые

ных диспансерного контингента показатели суицидов в 2 раза выше - около 80 на 100 тыс. населения (большая часть суицидов психически больными совершается в возрасте 30-59 лет; преобладают больные шизофренией - 55,6%; социальные факторы не влияют). Большинство совершающих суициды - практически здоровые люди, попавшие в психотравмирующие ситуации, из которых они не смогли найти правильный выход (именно о них и пойдет далее речь).

Суицидальные мысли встречаются примерно у 2/3 больных эндогенной депрессией, суициды совершают около 10-15%.

Согласно концептуальным представлениям о суицидальном феномене Российского Суицидологического Центра, суицидальное поведение рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности, возникающей под влиянием различного рода психотравмирующих и стрессогенных факторов, в том числе в результате социальной незащищенности и нарушения механизмов взаимодействия между индивидом и его средой (А.Г. Амбрумова).

Возраст и пол оказываются значительными характеристиками при распределении не только самоубийств, но и покушений на самоубийство (т.е. попыток; а количество попыток в 7-10 раз превышает число законченных суицидов). При этом здесь отчетливо констатируется дифференциация по видам суицидального поведения. Если завершённые суициды совершают по преимуществу лица среднего и пожилого возраста и вероятность лишения себя жизни с возрастом всё больше увеличивается, то при анализе суицидальных попыток наблюдается обратная картина - покушение на свою жизнь чаще всего совершаются молодыми женщинами и подростками. Но очевидно, что по мере взросления утяжеляются проблемы, с которыми сталкивается человек - тяжело переживаются тяжелые болезни, смерти близких людей, предательство, развод. По-видимому, сложность проблем и определяет серьезность намерений, чем и объясняется преобладание среди самоубийц лиц зрелого и пожилого возраста.

Одиночество, которое нередко называют проблемой века, является, пожалуй, наиболее общим мотивом суицидального поведения. В пожилом возрасте по мере снижения жизненной активности формируется чувство беспомощности и неполноценности. Неизбежная смерть близких людей и сверстников у пожилых людей обостряет чув-

100 тыс. населения и в Эстонии - 40 человек. Всего же в мире около 1 млн. человек в год совершили суициды; по прогнозам экспертов ВОЗ к 2020г. в результате суицидов будет погибать уже 1,5 млн. человек. Для суицидов чаще всего используются пестициды, огнестрельное оружие, медикаменты.

ство эмоционального вакуума и опустошенности, провоцирует суицидогенные переживания "усталости от жизни", "нетерпения смерти", делая пожилых людей, по образному выражению, "беззащитными перед соблазном самоубийства".

Ситуации, которые толкают человека на самоубийство, имеют чрезвычайно широкий диапазон - от обыденных и банальных до глубоко трагичных. В одних случаях суицидогенная ситуация переживается субъектом как тяжелейшая жизненная драма, порождающая глубокий душевный надлом и воспринимается как личностный крах. В других случаях, напротив, поражает легковесность в принятии решения о покушении на свою жизнь с заметным прагматизмом в подходе к жизненным ситуациям. Мотивом такого поступка может быть стремление изменить ситуацию в выгодном для себя направлении, вызвать к себе жалость и сострадание, либо стремление любой ценой настоять на своём или, наконец, желание получить защиту или поддержку со стороны общественного мнения в случае реальных или мнимых притеснений. Совершая суицидальные действия, человек посылает, таким образом, сигнал бедствия, апеллируя к чувствам партнера, других близких и даже посторонних людей.

Во многих случаях суицидального поведения у молодежи может быть и простое подражание, копирование поведенческих образцов. Легче всего суицидальные модели поведения усваиваются социально незрелыми людьми, а среди них - подростками как наиболее восприимчивыми к освоению новых поведенческих образцов.

В этом одна из причин, почему суициденты зачастую рассматривают посягательства на свою жизнь не с точки зрения общественной морали, а с позиции эффективности суицидальных действий как средства решения жизненных проблем, особенно, когда всё более значимыми становятся такие жизненные ценности, как материальный достаток, жизненные удовольствия и аналогичные. Всё большее число людей склонно подходить к своей жизни с подобными потребительскими мерками, но далеко не всем удастся приспособиться к этим требованиям.

Э.Дюркгейм выделял 4 типа самоубийств:

1. Эгоистические самоубийства - резко противопоставлено "я" индивидуальное "я" социальному.
2. Альтруистические самоубийства - неразвитость индивидуализма, деиндивидуализация (особенно характерна для армейской среды).
3. Аномические самоубийства, в кризисные моменты развития общества.
4. Фаталистические самоубийства.

З.Фрейд создал первую психологическую теорию суицида. В ней он подчеркнул роль агрессии, направленной на самого себя. Американский психиатр Карл Меннингер (Karl Menninger), разработав

идеи З.Фрейда, предположил, что в суициде 3 взаимосвязанные бессознательные причины: место/ненависть (желание убить), депрессия / безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым).

Суицидальное поведение есть результат взаимодействия средовых (ситуационных) и личностных факторов. Однако ни специфика конфликтных ситуаций, с одной стороны, ни специфика личностных характеристик - с другой, не определяют сами по себе характер той или иной поведенческой реакции, "наложение" этих двух факторов не даёт системного представления о механизмах поведения. В.А.Тихоненко (1998) применительно к задачам суицидологии позиции личности в ситуациях конфликта разделяет на адаптивные и неадаптивные ("проигрышные"). "Проигрышную" позицию характеризуют следующие признака:

- Фиксированность позиции - субъект не в состоянии изменить образ ситуации, свободно манипулировать его элементами в пространственно-временных координатах.
- Вовлеченность - помещение себя в точку приложения угрожающих сил, не способность отстраниться от конфликтной ситуации, дистанцироваться от неё.
- Сужение сферы позиции личности - ограничение представлений о собственных ресурсах и нарастающей изоляции от окружающих.
- Изолированность и замкнутость позиции - вместо адаптивной позиции "Мы-они" имеется гораздо более уязвимая конфронтация "Я-они", свидетельствующая об отчужденности личности, утрате связи с референтными группами, нарушениях идентификации.
- Пассивность позиции - субъект не в силах представить свои конструктивные действия (в последующем суициденты нередко обнаруживают знание путей разрешения конфликта и даже выступают в роли советчиков по отношению к другим).
- Отсутствие будущего.

Все суицидоопасные позиции личности, фактически, свидетельствующие о капитуляции личности перед сложившимися обстоятельствами, В.А.Тихоненко (1998) разделяет на 5 групп:

- 1 тип - пассивный протест, т.е. конфронтация без борьбы; его вербальные формулы: "все против меня", "нет сил бороться", "нет справедливости".
- 2 тип - пассивный призыв без мобилизации защиты: "я никому не нужен", "за что вы меня так мучаете".
- 3 тип - пассивное избегание без поиска обходных путей: "дальше будет ещё хуже", деваться некуда", "мне не вынести этих мук или позора".
- 4 тип - самонаказание без конструктивного преодоления своих просчетов или недостатков: "никогда не прощу себе".

- 5 тип - отказ - тенденция ухода без поиска путей отступления: "это конец", "никогда не вернуть того, что было", "всё потеряно".

Эти формальные признаки и содержательные типы "проигрышных" позиций относительно независимы от конкретного многообразия причин и фабулы конфликтных ситуаций; поэтому они информативны для диагностики психологического кризиса и, соответственно, вероятности совершения суицида.

5 типов суицидального поведения так же выделяют следующим образом:

5. Протест, месть - в ситуации конфликта, при высокой самооценки и самоценности, с активной или агрессивной позицией личности.
6. Призыв.
7. Избежания (наказания, страдания).
8. Самонаказание ("уничтожение в себе врага", "искупление вины" - в телесериале "Очарованные" Коулз, наполовину очень сильный демон, наполовину человек, страстно любящий одну из героинь, чтобы не навредить ей, пытается организовать своё убийство, фактически, совершить самоубийство, чтобы "уничтожить зло в себе").
9. Отказ (отказ от существования, а цель - лишение жизни).

Среди суицидальных мотивов различаются 2 центральные группы: мотивы неблагополучия (одиночество, тяжесть жизни как таковой, потеря близких, любимых людей) и, прогностически несколько более благоприятные, мотивы конфликта, в который помимо суицидента, вовлечены другие лица (А.Г.Амбрумова).

Конфликтная ситуация лишь тогда перерастает в суицидальный кризис, когда в её сферу вовлекаются главные смысловые образования - ценностные отношения человека к жизни и смерти.

Для истинного суицида характерно не только выраженное негативное отношение к жизни, но и своеобразное позитивное ценностное отношение к смерти⁵.

Выдающийся отечественный философ Николай Александрович Бердяев в своем эссе о самоубийстве делает упор на 2-х положениях: чувстве гордыни (совершая самоубийство, человек бросает вызов

⁵ Мишель де Монтень (1533-1592): "Добровольная смерть - прекраснейшее завершение жизни, ибо наша жизнь зависит от воли других людей, и только смерть - от нашей собственной". Кодекс чести самурая "Хакагурэ": "Истинный путь самурая - это смерть". В 1970-е гг. экстремистски настроенные высшие мусульманские лидеры объявили самоубийство видом мученической смерти, что способствовало появлению большого числа шахидов.

богу, ведь только бог может определять сколько кому жить - церковь категорически против) и эгоизме (при совершении самоубийство, которое всегда всеми осуждалось, человек не задумывается о переживаниях своих родных и близких, каково им будет; что будет с родными - один из ключевых моментов при психологическом консультировании и психокоррекции).

О наличии суицидальных мыслей или "плохих" мыслей, мыслей что-то сделать с собой (т.е. вероятности совершения самоубийства) в соответствующих ситуациях всегда надо спрашивать и, возможно, несколько раз возвращаться к этой теме:

- важно отношение к самоубийству: лучше - если оно человека пугает и хуже, если он к имеющимся у него подобным мыслям относится спокойно;
- стоит узнать не было ли в недалёком прошлом (несколько дней, несколько недель назад) таких мыслей (пациент скорее признается о наличии таких мыслей в прошлом, чем в настоящем) и соотнести его состояние в прошлом и настоящем.

Самоубийство не способ решения своих проблем, психически здоровый человек не должен прибегать к этому, чаще это характерно для лиц с психопатическими чертами характера, алкоголизмом и в большинстве случаев целесообразна консультация психиатра.

Эффективны телефоны доверия и центры по оказанию психологической помощи, находящиеся, в том числе, в учебных заведениях.

Можно сочувствовать самоубийце, но нельзя сочувствовать самоубийству.

ВАНДАЛИЗМ И ГРАФФИТИ

Вандализм ("бессмысленное уничтожение культурных и материальных ценностей") - одна из форм разрушительного поведения человека, включающего самые разнообразные виды - от замусоривания парков и вытаптывания газонов до погромов магазинов во время массовых беспорядков.

Вандализм - преимущественно мужской феномен. Большинство актов вандализма совершается молодыми людьми, не достигшими 25 лет (пик вандализма - на 11-13 лет; вандализм занимает заметное место в структуре криминальной активности подростков 13-17 лет). Хотя в общественном сознании подросток-вандал - примитивное существо с отклонениями в умственном и психическом развитии и выходец из низких социальных слоёв, многие исследования не выявили корреляции между склонностью к вандализму и принадлежностью к определенному социальному слою; подростки-вандалы обладают примерно таким же интеллектом, как и их сверстники, однако успевают в школе гораздо хуже.

Мотивационная типология вандализма С.Коэна:

1. Вандализм как способ приобретения. Основной мотив разрушения - материальная выгода (при погромах магазинов).
2. Тактический вандализм. Разрушение используется как средство для достижения других целей (например, чтобы не допустить снижения цен, уничтожаются целые партии товара).
3. Идеологический вандализм. Разрушитель преследует социальные или политические цели (разрушение церквей, соборов, монастырей в СССР).
4. Вандализм как мщение. Разрушение происходит в ответ на обиду или оскорбление.
5. Вандализм как игра. Эта распространённая разновидность детского разрушения рассматривается как возможность поднять статус в группе сверстников и подросткового вандализма за счет проявления силы, ловкости, смелости.
6. Злобный вандализм. Представляет собой акты, вызванные чувством враждебности, зависти, неприязни к другим людям и удовольствия от причинения вреда.

Классификация мотивов вандализма Д.Кантера:

1. Гнев. Разрушительные действия объясняются чувством досады, переживанием неспособности достигнуть чего-либо и могут быть попыткой справиться со стрессом.
2. Скука. Причина - желание развлечься. Мотивом выступает поиск новых впечатлений, острых ощущений, связанных с запретностью и опасностью.
3. Исследование. Целью разрушения служит познание (любопытство, желание понять, как работает система, - в детском возрасте).
4. Эстетическое переживание. Наблюдение физического процесса разрушения создаёт новые визуальные структуры, сопровождающиеся звуками, которые кажутся приятными.
5. Экзистенциальное исследование. Вандализм может выступать как средство самоутверждения, исследования возможностей своего влияния на общество, привлечения внимания к себе (типа поступка Геростата, ради личной славы сжегшего храм).

Термин "граффити" (ударение на 1-м и) происходит от итальянского "graffito" и означает "проводить линии", "писать каракулями", "выцарапывать". Первоначально этот термин относился лишь к древним надписям и употреблялся историками и археологами (в частности, граффити показали, что битвы не всегда носили кровавый характер и что гладиаторами нередко были свободные люди, а не рабы.). Сейчас термин "граффити" обозначает всякую неразрешенную надпись, энак, сделанный любым способом на объектах общественной и частной собственности. Иногда граффити рассматривается как альтернативная форма искусства XX века.

Граффити часто отождествляются с понятием вандализма, хотя в контексте девиаций их правомерно рассматривать как очень частый вариант вандализма.

Граффити являются способом выражения установок, конфликтов и проблем, большей частью подавленных и скрытых. Граффити представляют собой спонтанное самовыражение личности, они анонимны и поэтому более свободны от требований социальной желательности.

Многие граффити содержат оскорбления и непристойности в виде грубых слов и рисунков, что является социальным табу. Поэтому представители психоаналитического направления рассматривают надписи и рисунки как средство символического удовлетворения базовых импульсов сексуальности и агрессивности, свободное выражение которых не допускается обществом.

Рисовальщики в большинстве своём лица мужского пола; если же рисуют девушки, то для них характерен мужской стиль поведения. Чаще всего рисуют в 12-20 лет, но возможно как более ранний, так и более старший возраст. Большинство авторов граффити - выходцы из семей с низким социальным статусом и представители национальных меньшинств, однако также могут встречаться и представители высших классов.

Почти половина подростков за последний год хотя бы раз делали надписи на стенах. Хотя другие акты вандализма (разрушения, поджоги) девочки совершают гораздо реже, чем мальчики, надписи они оставляют так же часто. В школах царапают парты около 85% мальчиков.

Авторитарные личности (т.е. характеризующиеся такими чертами, как подчинение авторитету, послушность, агрессия по отношению к тем, кого они считают низшими) гораздо чаще пишут или рисуют на стенах. Это обусловлено тем, что граффити представляют собой способ высвобождения свойственных авторитарной личности подавленных агрессивных и враждебных импульсов.

Лица с экстернальным локусом контроля (т.е. видящие источник управления своей жизнью во внешних обстоятельствах) чаще пишут на стенах и партах (экстерналы ощущают меньший контроль за последствиями своего поведения, поэтому анонимное высказывание своих точек зрения им более свойственно).

Более креативные личности также чаще делают надписи на стенах и партах.

Основные мотивы рисовальщиков:

Утверждение личностной или групповой идентичности (это почти половина от общего количества надписей). Граффити порождены желанием оставить след, сообщить о своем существовании. Желание достичь признания и уважения, особенно в пределах субкультуры, реализуется за счет количества, заметности надписей, их долго-

вечности и месторасположения, которое подразумевает большой риск.

Протест против социальных и культурных норм. Граффити влечет порчу общественного или частного имущества, что само по себе является нарушением социальных запретов. Надписи и рисунки дают возможность человеку выразить его асоциальность одновременно на трех уровнях - поведения, высказывания и языка, причем граффити представляют собой относительно безопасный для индивида способ заявить о своей оппозиции закону или социальным институтам.

Злобные реакции. Многие надписи представляют собой обидное или грубое высказывание в адрес конкретных людей, политических, этнических и других социальных групп, субкультур, социальных институтов. Подобного типа граффити содержат мотивы борьбы, соперничества и символического насилия.

Мотивы творчества. Усложненность стиля представляет собой не только средство достижения славы, но и самоцель; многие граффити считают себя художниками.

Сексуальные мотивы. Посредством таких надписей и рисунков, особенно в школьных туалетах, дети исследуют поведение, соответствующим сексуальным ролям.

Развлекательные мотивы. Рисование является частью игры и само по себе доставляет удовольствие.

Убедительных гендерных различий в характере надписей и рисунков нет, однако есть ряд определенных различий: женские надписи иногда имеют более романтическую направленность, мужские граффити более усложнены и гораздо чаще содержат детали, особенно сексуального характера.

Более негативно люди относятся, чаще всего к сексуальным и политическим граффити, более терпимо - юмору и "разному"; более терпимы, как правило, люди, которые сами совершают граффити.

Наличие имеющихся граффити - один из ведущих факторов к нанесению новых.

Способы предотвращения граффити: управление физической средой (т.е. чтобы было трудно рисовать) и социальная стратегия - через систему социального контроля (предупреждающие или запрещающие знаки практически не влияют на количество граффити; организация кампаний борьбы с рисовальщиками также малоэффективна - их трудно поймать и репрессивные меры вызывают протест и вызов, а риск быть пойманным делает более увлекательной игру; воспитательные программы и деятельность СМИ - условием эффективности подобных программ является учет ценностей подростковой субкультуры, а большинство воспитательно-образовательных программ акцентируют внимание на вреде, криминальности и не эстетичности, лишь углубляют культурный конфликт, подчеркивая тем самым ценности

протеста власти, ценность свободного творчества; легализация настенной живописи путём создания специальных стен для граффити может в определенной мере минимизировать граффити).

ПСИХОЛОГИЯ ОТКАЗА ОТ МАТЕРИНСТВА

Отказ от материнства - нежелание женщины принять на себя социальную роль матери - тяжелейшее проявление экономического и духовного состояния общества. В РФ около полумиллиона сирот, находящихся на попечении государства, из них 95% - это сироты при живых родителях (так называемые "социальные сироты"), лишённые закрепленного в Конвенции ООН по правам ребенка права на семью. Около 1% становятся сиротами уже в первые часы жизни вследствие отказа от них матерей в роддомах (ежегодно в РФ от детей отказывается около 20 тыс. матерей; в домах ребенка Москвы таких детей - около половины, 10% - это дети подкидыши; при этом если 20 лет назад усыновлялось около 50%, то в настоящее время - единицы, хотя процесс усыновления - очень ответственная процедура и очень часто встречаются различные негативные последствия усыновления).

Традиции общественного сознания определяют крайне негативное отношение к матери, отказывающейся от своего ребенка; в родильных домах такая родильница подвергается мощному прессингу, принуждающих её изменить драматическое решение. Моральное давление заставляет многих женщин вынашивать нежелательную беременность, что приводит в 40% случаев к рождению недоношенных детей (9-10% в популяции), более 2/3 которых и до родов и во время них получают мозговые повреждения различной степени тяжести. После рождения ребенка, такая женщина на биологические последствия нежелательной беременности накладывает негативное отношение к сознательно или бессознательно отвергаемому ребенку и последствия решения оставить у себя нелюбимого ребенка сказываются практически в течение всей жизни обоих. В случаях такой ситуации, особенно при отягощении материально-бытовыми проблемами и асоциальным окружением, нередко отказ от ребенка является более предпочтительной альтернативой.

Поводы и причины отказа от новорожденных чрезвычайно разнообразны. Возникновение отказов от материнства обусловлено сложным взаимодействием социально-экономических, семейных, нравственных, психобиологических и патологических факторов. Наиболее высока распространенность отказа от новорожденных среди:

- * незамужних женщин
- * женщин из семей с низким матер. достатком
- * не имеющих постоянного жилья
- * вершеннолетних и учащихся
- * лиц с криминальным прошлым
- * среди сиротских учреждений.
- * женщин из
- * среди несо-
- * среди выпу-

Именно эти наименее социально защищенные группы женщин особенно подвержены психологическим стрессам, депрессивным состояниям в период беременности, а также другим формам психической патологии, в том числе алкоголизму и наркомании, т.е. таким нарушениям, которые сами по себе могут изменять мировоззрение женщины, порождать неуверенность в своих силах, чувство утраты перспективы, неверие в завтрашний день и тем самым способствовать отказу от материнства.

Психологическое тестирование женщин, отказавшихся от новорожденных в родильных домах, обнаруживает у них эмоциональную психологическую незрелость, неготовность к браку в силу эмоциональной неустойчивости и эгоцентризма. Обычно эти женщины, которые в детстве сами подвергались психологической депривации и агрессии или которым не удалось решить свои детские и пубертатные конфликты. Такие лица бывают сосредоточены лишь на своих проблемах, для них характерно наличие чувства пережитой несправедливости и недостатка любви. Иногда у них видна чрезмерная зависимость от собственной матери или отца. У некоторых можно усмотреть явное и, возможно, неосознанное стремление ко всё новым эмоциональным переживаниям, что часто ведет к многочисленным сексуальным связям, которые, из-за незрелости личности они не способны продолжать и в которых не находят эмоционального удовлетворения. Повидимому, личностная незрелость, неготовность воспринимать новую социальную роль и являются важнейшими психологическими факторами, формирующими аномальную материнскую мотивацию.

С клинической точки зрения эти проявления часто можно рассматривать как нарушения личности (или, как минимум, те или иные психопатические черты характера).

Процесс принятия решения отказаться от новорожденного, как правило, начинается задолго до рождения ребенка. В это время женщины обычно переживают тяжелый психологический кризис, имеющий в разных случаях разное содержание, однако общим для всех является борьба мотивом: инстинктивное стремление к материнству и давлению общественной морали противодействует неверие в свои силы и возможности, ощущение неспособности и нежелания преодолеть жизненные трудности, отсутствие материальных условий, ощущение утраты (или угрозы утраты) социальной поддержки (не жениться, родители откажутся). Решающим является убежденность, что рождение ребенка может стать угрозой для реализации собственных социальных устремлений или, напротив, ощущение, что мать сама (а через неё и всё окружение) является угрозой для благополучия и даже жизни собственного ребенка.

У многих женщин принятие решения отказаться от своего ребенка сопровождается ощущением психического напряжения, чувством вины и собственной греховности. В подобных случаях поведение

женщин во время беременности можно рассматривать как своеобразную форму психологической защиты.

В одних случаях - это рационализм. При этом женщина привлекает для самозащиты множество реалистических или малореалистических доводов, которые, с её точки зрения, оправдывают планируемый отказ от материнства. Резко снижается или вообще отсутствует способность видеть и рассматривать иные варианты выхода из кризиса. Одновременно преувеличиваются собственные отрицательные физические и моральные качества, гипертрофируются материальные и семейные затруднения. Заранее игнорируется помощь других членов семьи и знакомых. Попытки рационально обсудить иные варианты, как правило, неэффективны из-за интенсивности эмоциональных переживаний и их ригидности и могут вызвать обиду, непонимание, агрессию.

В других случаях преобладают механизмы вытеснения - когда женщина, остро пережившая первый эмоциональный шок от осознания нежелательности беременности, постепенно как бы "забывает", что она беременна. Очень часто такая женщина ведет прежний, а иногда и более активный образ жизни, в т.ч. много переезжает из города в город, алкоголизуется, курит, предается сексуальным эксцессам. При этом часто исчезают субъективные признаки беременности, игнорируется шевеление плода. Женщина почти всю беременность чувствует себя "хорошо", перестает предвидеть очевидные события, планировать свою жизнь, в частности, не делает аборт при нежелании иметь ребенка. После рождения такие женщины часто амбивалентны к ребенку, могут на время принимать и прикладывать его к груди, искать сочувствия и поддержки.

Несколько иная психологическая защита демонстрируется в тех случаях, когда женщина, будучи с самого начала не мотивированной на вынашивание, роды и материнство на протяжении всей беременности буквально игнорирует своего будущего ребенка. Уже заранее она относится к нему безразлично, как к ненужной вещи, не включает его в сферу своего самосознания. Часто такие женщины вынашивают беременность только потому, что знают - "аборт вреден для здоровья".

Иногда на первый план выступают механизмы проекции. В этом случае для женщины ребенок буквально становится воплощением всего того зла, которое, как она считает, незаслуженно получила от жизни, в первую очередь, от отца ребенка. В психоаналитической литературе перенос на ребенка ненависти, испытываемой по отношению к его отцу, получил название "комплекса Медеи". Характерны упорные попытки прервать беременность, даже на поздних стадиях, иногда подвергая себя серьезной опасности. В фантазиях ребенок предстает уродливым, крайне безобразным. С рождением ребенка связывается полный жизненный крах. Главные эмоции таких женщин по отношению к новорожденному - брезгливость, отвращение и даже ненависть.

Как вариант проекции можно рассматривать случаи, когда отказ от ребенка мотивируется утратой любви и ощущением полного безразличия к нему по мере исчезновения любовных чувств к отцу ребенка.

Приведенные формы психологической защиты в реальности могут проявляться у одной и той же женщины как в чистом виде, так и в сочетании.

Причина девиантного материнства часто коренится в драме взаимоотношений "отказницы" и её собственной матери. Девиантная мать отвергалась своей матерью с детства. Эта материнская депривация сделала невозможным процесс идентификации с матерью как на уровне психологического пола, так и на уровне формирования материнской роли. Ведущая потребность женщины с девиантным материнским поведением - получить любовь и признание своей родной матери. Такая потребность приводит к эмоциональной зависимости от матери и во многом блокирует личностный рост женщины, не позволяя ей самой в будущем стать матерью. Вывод: для формирования нормального материнского поведения необходима идентификация с матерью и затем на этой основе - эмоциональная сепарация.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОСТИТУЦИИ.

Еще в 19 веке сформировалось два представления о причинах возникновения и неистребимого существования проституции на протяжении веков. Согласно одному из них (антропологическому) - есть женщины, генетически обреченные на постоянное провоцирование проституции.

Возросший интерес к проблеме проституции в связи с её ростом в конце 1980- 1990-х гг. в России выделил два направления в изучении проституции: преимущественно социальный - через социальные потрясения общества, изменение моральных ценностей, обнищание значительной части населения, перемещения больших потоков людей и т.п. и психолого-психиатрический - через личностные особенности и более глубокие факторы, способствовавшие вовлечению в занятия проституцией (еще в 19-м веке было отмечено, что некоторые девушки, уезжающие из сельской местности в город, сразу устраивались на работу и, экономя на себе, посылали деньги домой, а другие практически сразу начинали заниматься проституцией, ничего не посылая домой). В контексте психологического направления всё большее признание приобретает подход, объясняющий занятия проституцией в контексте сексуального насилия (чаще всего, это происходит в семье) или, несколько видоизменённо, когда этим занимается мать девочки и ребенок с раннего детства получает соответствующие представления (т.е. занятия проституцией воспринимаются как вполне допустимые, ведь как по-другому поступать ребенок не знает - самый ранний, самый первый опыт - он самый яркий и самый значимый; в этом плане боль-

шое значение имеет и первый партнер - если он намного более старше, то часто вырабатывается неосознанное стремление к подобным партнерам и в дальнейшем).

НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

По данным американских исследований, каждая четвертая девушка и каждый шестой юноша становятся жертвами сексуальных преступлений, не достигнув 18-ти лет. В 75-80% случаев насильники знакомы детям, из них 45% - это родственники, родители и лица, их заменяющие. По данным Информационного центра МВД, в России ежегодно около 2 тысяч детей подвергаются сексуальному насилию, но эти цифры не отражают реального положения дел. Только небольшой процент дел, связанных с сексуальным насилием доходит до суда и завершается вынесением приговора⁶.

Еще в 1896г. З.Фрейд, исследуя проявления истерии у женщин, высказал предположение, что причиной этого явления мог быть ранний сексуальный опыт, предшествующий периоду полового созревания. Но только в 1980-е годы исследователи проблемы сексуального насилия пришли к выводу: у жертв изнасилования проявляются те же симптомы, что и у людей, переживших сильную травму (участие в военных конфликтах, землетрясения, потеря близких и др.), т.е. для них характерны посттравматические стрессовые нарушения.

В 1998г. около 70 тысяч российских детей ушли из дома из-за физического и сексуального насилия. В 10 млн. российских семей в отношении детей так или иначе применяется насилие.

В 1-й день совершения изнасилования ребенок может находиться в состоянии шока: он не совсем понимает, где он находится, что с ним происходит, хотя машинально может выполнять все, что от него требуют. Потом ему будет трудно вспомнить, что он делал. Его чувства притуплены, он как бы пребывает во сне. Иногда шоковое состояние продолжается и на следующий день.

Через день наступает фаза отрицания. Появляется сильное желание отказаться от ситуации, убедить себя, что это было не со мной.

На 3-4-й день возникает депрессия: не хочется жить, не хочется ничего делать (ходить в школу, учить уроки, общаться с окружающими). Приходится признать: то, что произошло, - правда, и никуда от этого не уйти. Период депрессии может длиться до 10-ти дней, может затянуться и на более длительный срок.

⁶ На начало 2004г. в 53-х странах мира были законы против домашнего насилия; в 27 - против сексуальных домогательств; в 41 стране законы о супружеском изнасиловании (в РФ подобных законов не было).

Затем ребёнка охватывает гнев. Он может быть обращен на насильника, на милицию, на родителей, на других людей, на все общество.

Следующий этап - принятие решений. Решения могут быть разные: например, ребенок рассказывает кому-то о том, что с ним произошло, или принимает решение молчать; он обращается к кому-то за помощью или пытается что-то делать, чтобы избавиться от тяжелого состояния. Длительность каждого этапа различна, это зависит как от самого человека, так и от объективной ситуации. У маленьких детей, у которых еще не сформировалось мировоззрение и рефлексия, эти этапы не прослеживаются, но каждый подросток, подвергшийся сексуальному насилию, так или иначе проходит через состояние шока, отрицание ситуации, депрессию, гнев, процесс принятия решений. Иногда период отрицания ситуации сопровождается гневом. Опасно, когда гнев выливается на все и на всех, его нужно сфокусировать.

Ребенок, пострадавший от сексуального насилия, может длительное время находиться в состоянии посттравматического стресса (ПТС), особенно, если он не проходил восстановительного лечения или сеансов психотерапии. Такие дети могут проявлять 3 типа поведенческих реакций:

1. Экспрессивный - ребенок проявляет сильные эмоции, может плакать, кричать, рыдать или смеяться, дрожать, раскачиваться, но главное - он не может контролировать свои эмоции.
2. Контролирующий - ребенок пытается сдерживать себя, и внешне его поведение не отличается от обычного или даже он выглядит спокойнее обычного.
3. Шоковый - ребенок оглушен как бы оглушен, подавлен, трудно понять, что с ним произошло.

Эти типы поведенческих реакций могут сменять друг друга.

Признаки ПТС:

1. Навязчивые воспоминания, образы, мысли. Они могут возникать спонтанно, в любое время дня и ночи, без связи с контекстом травмы. Например, во время школьных уроков, на занятиях перед глазами может возникнуть картина насилия, и ребенок снова окажется в плену негативных переживаний и страхов. Обычно это состояние настолько сильное, что он на какое-то время полностью теряет чувство реальности и не может адекватно отвечать на вопросы и замечания учителей и одноклассников, реагировать на окружающих.

У маленьких детей навязчивые воспоминания можно наблюдать в игровой деятельности. В играх таких детей много повторяющихся компонентов, они вновь и вновь возвращаются к проигранным ситуациям, событиям, сюжетам. Например, 4-летняя девочка, которая подверглась сексуальным посягательствам со стороны сожителя матери, играя в доктора, постоянно прикладывала различный врачебный инструментарий к интимным местам кукол. Обычно дети в таких повто-

ряющихся играх выглядят безучастными, не улыбаются, и создается впечатление, что они не получают удовольствия от игры.

2. Интенсивный психологический дистресс, возникающий при столкновении с чем-то, символизирующим травму. Воспоминания могут возникать и ассоциативно, когда что-то, напоминающее перенесенную травму, вновь актуализирует переживания. Например, вид человека, внешне похожего на насильника, окружающая обстановка, звуки или запахи, связанные с травмирующим событием, могут вновь его визуализировать, что приводит к тяжелому, устойчивому дистрессу. Прикосновения тоже могут напоминать о перенесенной травме. Шестилетняя девочка в 5 лет была изнасилована собутыльником отца. В первые месяцы пребывания в приюте для детей и подростков она очень привязалась к медсестре, полюбила ее и называла мамой. Но когда медсестра обнимала и целовала девочку, она сразу цепенела, настораживалась и как бы прислушивалась к своим ощущениям. Только после 5-6-ти месяцев жизни в приюте стала более спокойно и адекватно реагировать на прикосновение любимого человека.

3. Повторяющиеся кошмарные сны о событии. Подростки часто во сне заново переживают сцены насилия: они вновь и вновь оказываются в той же обстановке, с теми же насильниками, испытывают тот же страх и ужас и просыпаются среди ночи в холодном поту, с криками о помощи. Иногда им снится несколько видоизмененная ситуация травмы - например, насильником становится совсем другой человек или насилие совершается в каком-то незнакомом месте, или на протяжении всего сна ребенок пытается убежать от преследователя. У маленьких детей сны часто носят символический характер. Их тоже мучают кошмары, но "героями" являются не реальные люди, которых они боятся, а олицетворяющие их различные образы: вампиры, которые пьют у них кровь, черти, скелеты, злые волки, сказочные (Баба Яга, Змей Горыныч) и др. Им снится, что кто-то их бьет, убивает, пугает. Ночью они часто просыпаются и плачут.

4. Чувства, как будто то, что происходило во время травмировавших событий, происходит снова в настоящем. У подростков и у детей младшего школьного возраста могут возникать иллюзии, галлюцинации, особенно в вечернее время или при недостатке освещения, например, 14-летняя девушка, пострадавшая от группового изнасилования (10 чел.), на протяжении 3-х месяцев поздно вечером постоянно "видела" в углу своей комнаты одного из преступников, черты лица которого приобретали уродливый характер, пальцы рук превращались в когти, слышались угрозы с его стороны. Указанные расстройства восприятия вызывали панические реакции бегства; матери с большим трудом удавалось успокоить дочь.

Ощущения повторения ситуации насилия могут усиливаться в результате опьянения, а также в первый момент пробуждения ото сна. У маленьких детей такие чувства могут возникать от "соматических

воспоминаний", т.е. возникновение в памяти ощущений в определенных частях тела.

5. Физиологическая реактивность. У детей могут быть покраснения кожи, учащение сердцебиения, одышка и другие физиологические реакции на ситуации, актуализирующие психотравму. Например, вызванная рвота как реакция на показанное в телевизионной передаче сексуальное насилие. У детей, жертв насилия, часто бывает энурез.

6. Стремление избегать всего, что связано с травмой. Ребенок не желает думать, чувствовать, рассказывать о случившемся, боится бывать в тех местах, которые связаны с травмой. Например, девочка, подвергшаяся сексуальным развратным действиям в лифте, отказывается пользоваться им. Многие дети, чаще всего младшего школьного возраста, рассказывали, что они просили родителей выбросить одежду, которая была на них во время изнасилования, т.к. она напоминала им о случившемся.

7. Забывание (амнезия) того, что произошло. Какая-то часть жизни как бы выпадает из памяти.

8. Существенное снижение интереса к том, что раньше его занимало; мысли о смерти или попытки самоубийства; депрессивные переживания. Чем меньше возраст, тем реже возникают депрессивные состояния и суицидальные тенденции. Ребенок может не говорить, что у него плохое настроение, но депрессия проявляется в форме жалоб: "Не хочется кушать, не интересно играть". Пока у ребенка не сформированы представления о жизни и смерти, попытки суицида не возникают. Поэтому у детей моложе 6-8 лет суицидальные тенденции проявляются крайне редко, а у подростков, переживших сексуальное насилие, очень часто возникают мысли о смерти, а иногда возможны попытки самоубийств.

9. Возникает чувство непохожести на других, отторжения, отстраненности и одиночества. Особенно эти чувства болезненно переживаются подростками, которые в силу их возраста хочется быть похожими на сверстников, ощущать чувство общности, принадлежности к какой-либо группе.

10. Невозможность переживать удовольствие от жизни, притупление эмоций, неспособность любить или ненавидеть.

11. Возникает чувство, что нет больше будущего, что ничего хорошего в его жизни больше не ждет; все самое лучшее осталось в раннем детстве.

У детей, пострадавших от сексуального насилия, проявляются типичные для него симптомы:

1. Наличие страхов. Их может быть много, и часто они имеют сильную степень выраженности. Некоторые дети не в состоянии находиться одни в комнате, боятся темноты, взрослых людей, даже тех, кого знают, боятся идти по улице и многое другое.

2. Повышенная возбудимость или чрезмерная бдительность. Так, дети становятся гиперактивными, они не могут усидеть на месте, постоянно ерзают, проявляют беспокойство. Но может возникнуть и повышенная бдительность, когда ребенок постоянно проверяет, находятся ли его вещи на месте, закрыл ли он квартиру и др.

3. Регресс в поведении. Ребенок разучивается или не желает делать то, что он ранее усвоил или привык делать, словно он совсем маленький. Например, младший школьник начинает сосать палец или бессвязно говорить, подросток - играть в куклы.

4. Агрессивность по отношению к другим. У детей бывают резкие вспышки раздражения, они не контролируют себя, дерутся, жестоко обращаются с животными, проявляют сильный гнев или ярость. Например, ломая куклы, они вырывают у них язык, глаза, руки, ноги. Замечено, что у мальчиков и девочек обычно разные реакции: мальчики чаще агрессивны по отношению к другим, а девочки постарше могут проявлять агрессию против себя.

5. Низкий уровень самооценки. Дети, пострадавшие от сексуального насилия, испытывают чувство беспомощности, вины, неверия в свои силы и, как правило, плохо к себе относятся: "Я сама виновата, я плохая"; "Я - грязная, и со мной теперь никто не захочет дружить, только если из плохих компаний". Большинство из них ожидают, что теперь к ним будут относиться как к проституткам.

6. Склонность к самодеструктивному поведению. Занимаясь самоистязанием, причиняя себе вред, физическую боль, ребенок как бы помогает себе вернуться в реальную жизнь, так как в своих мыслях и чувствах он постоянно пребывает в пережитой травмирующей ситуации. Переносить физическую боль ему легче, чем испытывать боль душевную. Кроме того, они считают себя плохими и добровольно наказывают себя.

7. Нарушение доверия к окружающим людям. У детей постоянно присутствует ощущение опасности. Они боятся взрослых, причем не только мужчин, от которых чаще исходит насилие, но и женщин, их пугают новые жизненные ситуации.

8. Диссоциация. Это - экстремальная форма адаптации ребенка. Он как бы отделяет себя от тела и погружается в свои мысли, достигая ощущения эмоционального безразличия к миру. Такое состояние может находить на ребенка внезапно, даже во время игры, если кто-то его обидел или что-то напомнило ему травмирующее событие. Состояние выключенности бывает очень кратковременным, но если ребенок не найдет других, более конструктивных способов адаптации и будет часто практиковать подобный защитный механизм, то это может привести к раздвоению личности, к множественности личности, что происходит, правда, довольно редко.

9. Неконтролируемая сексуальность или отвращение к сексу. У ребенка, пострадавшего от сексуального насилия, может существовать

ным образом измениться его дальнейшее психосексуальное развитие, что может проявиться в крайних формах: от отвращения и страха близких, интимных отношений до постоянной потребности в сексуальных контактах.

Психологические последствия сексуального насилия могут быть ближайшими или отдаленными. Посттравматические стрессовые нарушения проявляются у ребенка сразу же после травмы, в острой форме - от 1 до 3 месяцев; в хронической - если они имеют место свыше 3-х месяцев. Отдаленные психологические последствия сказываются на протяжении всей дальнейшей жизни ребенка и могут негативно проявляться в различных сферах его жизнедеятельности.

Содержание и структура ближайших и отдаленных психологических последствий сексуального насилия зависит от многих факторов, в том числе от возраста ребенка; от того, кто является насильником (родители, знакомый ребенку человек или незнакомый); групповое это насилие или нет; развратные действия и изнасилования совершались на протяжении длительного времени или только один раз; сопровождалось ли сексуальное насилие физическим или эмоциональным насилием, угрозами, шантажом и т.д.

Известный американский исследователь проблемы жестокого обращения с детьми, доктор психологии Д.Финкельхор в своей работе "Влияние травмирующих динамик сексуального насилия" (1996) выделяет четыре вида таких динамик:

1. Травматическая сексуализация. Её психологическими проявлениями могут выступать преувеличение значения сексуальных аспектов; затруднения с половой идентификацией; проблемы с сексуальными нормами; затруднения с различением сексуальной любви и любви как заботы; отрицательные ассоциации в связи с сексуальной активностью и сексуальным возбуждением; отвращение к интимным сексуальным отношениям.
2. Стигматизация - снижение самооценки; чувство отличия от других; чувство вины; стыда.
3. Измена (предательство). Психологические проявления динамики измены (предательства) - печаль, депрессия, чрезмерная зависимость, нарушение способности оценивать надежность других; подозрения в отношении других людей, особенно мужчин; гнев, враждебность.
4. "Беспомощность" - беспокойство, страх; ощущение утери силы; восприятие себя как жертвы; потребность контролировать; идентификация себя с насильником.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ И ПЕРВЕРЗИИ

К сексуальным девиациям относят отклонения от общепринятых форм полового поведения, не являющиеся патологическими. Сексуальные девиации - любое количественное или качественное откло-

нение от сексуальной нормы; при этом в понятие нормы включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнёра. В отличие от сексуальных девиаций, под сексуальными перверзиями понимают стойкие патологические извращения полового влечения, касающиеся объекта его направленности (тот же пол, животные, дети) или способа его удовлетворения (F64 - Расстройство половой идентификации; F65 - Расстройства полового предпочтения; F66 - психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией; следует отличать от описываемых нарушений в рубрике F52 - Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием).

Сексуальные перверсии не специфичны для какой-то определенной группы психических расстройств: чаще всего наблюдаются при расстройствах личности, а также при шизофрении, эпилепсии, старческом слабоумии, органических поражениях головного мозга, алкоголизме, наркоманиях.

Нередко различают истинные перверзии и псевдоперверзии, которые в большинстве случаев нельзя отнести к половым извращениям, хотя и часто рецидивируют. Псевдоперверзии могут быть "компенсаторными", замещающими. Сексуальные влечения удовлетворяются в этих случаях извращенным путём только при существовании объективных препятствий для нормальной половой жизни (изоляция от гетеросексуальных партнёров, вынужденная сексуальная абстиненция, затрудняющий реализацию полового влечения физический недостаток, боязнь беременности или заражения). К истинным относятся перверсии, при которых половое влечение постоянно и неизменно реализуется извращенным способом и даёт единственную возможность полового удовлетворения. Влечение к нормальной половой жизни у таких лиц отсутствует.

В последние годы всё большее признание получают комбинированные теории причин возникновения перверзий (сочетание и взаимодействие наследственно - конституциональных, биологических, психогенных и социальных факторов).

Как правило, предпосылкой для формирования перверзий служит повышенная и очень рано развивающаяся половая возбудимость; формированию и быстрому развитию извращений способствуют также алкоголизм и наркомания в связи со снижением критики и психического контроля личности. Имеет значение возраст: чем раньше формируется извращение, тем более стойкую патологию влечений оно обуславливает.

Иногда половые извращения разделяют на 2 группы:

- Половые извращения, при которых нарушается объект полового влечения - гомосексуализм (в МКБ-10 не выделяется, хотя в МКБ-

9 был), педофилия (F65.4, сексуальное влечение к детям), геронтофилия (к лицам пожилого возраста), нарциссизм (аутофилия, аутоэротизм - половое влечение к собственному телу), инцест (половое влечение к ближайшим родственникам или кровосмешение), зоофилия (скотоложество, содомия - половое влечение к животным), некрофилия (к трупам), фетишизм (F65.0, преимущественно, у мужчин - сексуальным объектом являются объекты, связанные с представлениями о женственности - обувь, бельё, другие предметы туалета или части женского тела), трансвестизм (F64.1 или F65.1, можно рассматривать как особую форму фетишизма, сексуальное удовлетворение получается при переодевании в одежду лиц противоположного пола; конечный этап - транссексуализм, F64.0).

- Половые извращения, при которых нарушается способ полового удовлетворения - эксгибиционизм (F65.2, половое удовлетворение получается при обнажении гениталий), мазохизм, садизм, садомазохизм (F65.5; в МКБ-10 садизм и мазохизм объединены в садомазохизм), пигмалионизм (преимущественно у молодых мужчин, лишенных возможностей вести половую жизнь, когда сексуальное возбуждение возникает при созерцании статуй, живописных полотен с обнаженными телами, порнографических открыток), вуайеризм (визионизм, скоптофилия - сексуальное возбуждение возникает при подглядывании за обнаженными людьми или их половым актом, F65.3), плюрализм (триолизм - стремление к совершению полового акта в присутствии нескольких лиц) и др.

Такие разграничения весьма относительны, т.к. нередко сочетаются перверсии обеих групп или в различные возрастные периоды одни извращения сменяются другими (например, эксгибиционизм, фетишизм и мазохизм, свойственные молодым людям, в инволюционном возрасте могут смениться педофилией).

Транзиторные сексуальные девиации у подростков (исчезающие с возрастом и с началом нормальной половой жизни) не относятся не только к истинным, но и к ложным перверзиям и в большинстве случаев не требуют медико-психологической коррекции. Лишь в некоторых неблагоприятных случаях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации, начавшись в подростковом возрасте, могут сохраняться, переходя в ложные перверзии.

Онанизм (мастурбация) в подростковом возрасте далеко не всегда является патологическим; не следует также рассматривать как патологическое явление "групповой", "совместный", "подражательный" онанизм у подростков, встречающийся в младшем и среднем подростковом возрасте и тесно сопряженный с подростковой реакцией группирования. Однако взаимный онанизм может быть первым проявлением гомосексуальных склонностей. Т.о. онанизм у подростков не принято рассматривать как патологическое явление, если только он начинается не ранее, чем возможны эякуляции, не достигает

чрезмерной интенсивности, не сочетается с невротическими симптомами и не сопровождается депрессивной реакцией.

Петтинг является формой удовлетворения полового влечения, промежуточной между онанизмом и настоящим половым актом. Он заключается в соприкосновении гениталий и совместных фрикциях вплоть до оргазма. Сам по себе петтинг не рассматривается как патологическая сексуальная девиация, если он не сопряжен с другими сексуальными нарушениями.

Подростковый промискуитет, т.е. частые половые сношения с непрерывной сменой партнёров, нередко сочетается с ранней алкоголизацией, особенно у девочек (если в подростковом возрасте наблюдался промискуитет, то велика вероятность, что и в более старшем возрасте сохранится потребность в непрерывной смене партнёров).

МАРГИНАЛЬНОСТЬ И МАРГИНАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ

Понятие "маргинальная личность" ввел американский социолог Р.Парк во 2-й половине 20-х гг. XX века для обозначения социально-психологических последствий неадаптивности мигрантов к требованиям урбанизма как образа жизни. Для маргинальной личности характерны девиация, пассивность (или, напротив, агрессивность), аморальность и т.д., утрата социальных связей, бедность, тесно связанная с безработицей. К маргинальным личностям, в первую очередь, относят лиц с уголовным прошлым, алкоголиков, наркоманов, проституток, бомжей.

Маргинал - человек, находящийся на границе различных социальных групп, систем, культур, испытывающий влияние их норм, ценностей и т.д., противоречащих друг другу. В РФ в начале 2000-х годов к маргиналам можно было отнести более 10% населения.

ЛИТЕРАТУРА

- Алфимова М.В., Трубников В.И. Психогенетика агрессивности // Вопросы психологии. - 2000. - № 6. - С.112-123.
- Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т.8, вып.4. - С.65-77.
- Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - Т.6, вып. 4. - С.14-20.
- Бадмаев О.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. - М.; Изд-во "Манифест", 1997.
- Бейли С. Садистические и насильственные действия детей и подростков // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 3. - С.23-28.
- Беличева С.А. Основы превентивной психологии. - М.: Редакционно-издательский центр Консорциума "Социальное здоровье России", 1994. - 1225 с.
- Бердяев Н.А. О самоубийстве. - М.: Изд-во МГУ, 1992.
- Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. Психологические факторы в развитии токсикоманий у подростков // Психологический журнал. - 1991. - Т.12, № 4. - С.87-93.
- Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. - М.: Изд-во МГУ, 1974. - 96 с.
- Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 145 с.
- Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 1988. - 304 с.
- Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. - 2000. - Т.21, № 2. - С.79-87.
- Буторина Н.Е., Масагутов Р.М., Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., Певцов Г.В. Особенности агрессии у девочек-подростков с делинквентным поведением // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 2. - С.18-23.
- Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. - СПб: Питер, 1997.- 336 с.
- Бютнер К. Жить с агрессивными детьми: Пер. с нем. - М.: Педагогика, 1991. - 144 с.
- Валгрейв Л. Использование психологических данных в междисциплинарном подходе к проблеме юношеской делинквентности // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - Т.7, вып.2. - С.13-24.
- Герасимов В.Н. Превентивная педагогика. - М.: ВУ, 2000.
- Голосенко И.А., Голод С.И. Социологические исследования проституции в России: История и современное состояние вопроса. - СПб.: Петрополис, 1998. - 127 с.
- Горшков И.В., Горинов В.В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997.- Т.7, вып.2.- С.13-24.
- Горшков И.В., Горинов В.В. Расстройства личности и агрессия // Российский психиатрический журнал. - 1998. - № 5. - С.68-73.
- Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А. Некоторые дизонтогенетические механизмы формирования садизма // Российский психиатрический журнал. - 1998. - № 3. - С.4-9.

- Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд). - М.: Мысль, 1994.
- Егоров В.В. Значение клинического психоанализа в понимании и лечении сексуальных расстройств // Российский медицинский журнал. - 1999. - № 4. - С.21-25.
- Егоров В.Ф. Наркологическая служба Российской Федерации: основные проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - Т.11, вып.1. - С.16-18.
- Ениколопов С.Н., Кравцова О.А. Теория сексуального насилия // Прикладная психология. - 1999. - № 4. - С.45-53.
- Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2000. - Т.100, № 7. - С.59-64.
- Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1997. - Т.97, № 6. - С. 9-15.
- Журавлев В.С. Почему агрессивны подростки ? // СОЦИС. -2001. - № 2. - С.134-136.
- Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. - М.: Изд-во МГУ, 1980. - 157 с.
- Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1997.- Т.97, № 9.-С.4-10
- Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков. - М.; Просвещение, 1994.
- Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: Пер. с англ. - М.: Класс, 1998. - 365 с.
- Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. - М.: ТЦ Сфера, при участии "Юрайт-М", 2001. - 160 с.
- Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д.Карвасарского.- СПб:Питер,2002.- 960с
- Козлов А.А., Рохлина М.Л. "Наркоманическая" личность // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2000. - Т.100, № 7. - С.23-27.
- Кон И.С. Сокращение детей и сексуальное насилие в междисциплинарной перспективе // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т.8, вып.3.- С.5-13.
- Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. - Минск, 1988. - 202 с.
- Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник.- М.: Медицина, 1995.- 608с
- Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т.9, № 2. - С.75-90.
- Кочеткова С.В. Опыт анализа насилия в семье // СОЦИС. - 1999. - № 12. - С.114-117.
- Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - № 3. - С.97-105.
- Левина Н.Б., Шкаровский М.В. Проституция в Петербурге (40-е гг. XIX в. - 40-е гг. XX в.). - М.: Прогресс-Академия, 1994. - 224 с.
- Лопатин А.А. Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - Т.10, № 3. - С.26-29.
- Лоренц К. Агрессия (так называемое "зло"): Пер. с нем. - М., 1994. - 272с.
- Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. - М., 2001.
- Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. - 1993. - № 6. - С.110-118.
- Меренков А.В., Никитина М.Н. Социальный портрет современной проститутки // СОЦИС. - 2000. - № 5. - С.47-51.
- Можгинский Ю.Б. Агрессия подростков: эмоциональный и кризисный механизм. - СПб: Лань, 1999. - 128 с.
- Мозговая Т.П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологический аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2000. - Т.100, № 3. - С.24-27.
- Морозова Н.Б. Дети и сексуальное насилие // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 3. - С.66-70.
- Николаева Е.И., Купчик В.П., Сафонова А.М. Зависимость эмоциональных реакций человека от негативных переживаний в детстве // Психологический журнал. - 1996. - Т.17, № 3. - С.92-98.
- Норхуров А. Нарушения сексуального поведения. - М.: Медицина, 1988. - 224 с.
- Ольшанский Д.В. Психология терроризма. - СПб.: Питер, 2002.
- Осницкий А.К. Психологический анализ агрессивных проявлений учащихся // Вопросы психологии. - 1994. - № 3. - С.61-68.
- Петракова Т.И., Лимонова Д.Л., Меньшикова Е.С. Ситуационная мотивация употребления наркотиков у подростков // Вопросы психологии. - 1999. - № 5. - С. 31-36.
- Помро К., Делорм М., Дрюо Ж.-М., Тедо Ф.-П. Суицидальное поведение в юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. - 1997. - Т.97, № 7. - С. 63-69.
- Реан А.А. Судебно-психологическая экспертиза по делам об изнасиловании // Психологический журнал. - 1990 - Т.11, № 2. - С.74-81.
- Руденский Е.В. Психология отклоняющегося развития личности. - Новосибирск, 1998.
- Садков Е.В. Маргинальность и преступность // СОЦИС. - 2000. - № 4. - С.43-47.
- Сафуанов Ф.С. Психологическая типология криминальной агрессии // Психологический журнал. -1999. - Т.20, № 6. - С.24-35.
- Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции // Мир психологии и психология в мире. - 1994. - № 10. - С.57-63.
- Скороходова А.С. Граффити как социально-психологическое явление // Прикладная психология. - 1998. - № 5. - С.20-31.
- Соколова Е.Т., Ильина С.В. Роль эмоционального опыта жертв насилия, для самоидентичности женщин, занимающихся проституцией // Психолог. журнал. - 2000. - Т.21, № 5. - С.70-81.
- Социальная психология: саморефлексия маргинальности. Хрестоматия. - М.: ИНИОН РАН, 1995. - 252 с.

- Тарасов К.А. К поискам выхода из ловушки экранного насилия // Мир психологии. - 2000. - № 2 (22). - С.118-128.
- Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. - 1998. - № 3. - С.21-24.
- Улыбина Е.В. Инцестуозная реальность детства в современной культуре // Мир психологии. - 2002. - № 1 (29). - С.30-46.
- Фатхелисамова А.А. О феноменологии детского нищенства // СОЦИС.-2001.-№ 2. - С.127-129.
- Чуднов И.А. Проституция и христианская мораль: краткая ретроспектива // СОЦИС. - 2001. - № 11. - С.104-107.
- Шайдукова Л.К Психологические истоки формирования алкоголизма у женщин // Российский психиатрический журнал. - 1998. № 3. - С.27-29.
- Шевченко Ю.С., Вилентьева Н.С. Этологический подход в понимании и лечении агрессии // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 3. - С.50-56.
- Шевченко Ю.С., Шагинян Н.Ю., Бармин В.В. Психосоциальные аспекты нежелательного материнства и раннего развития ребенка // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - Т.11, вып. 3. - С.94-105.
- Шипунова Т.В. Агрессия и насилие как элементы социокультурной реальности // СОЦИС. - 2002. - № 5. - С.67-76.
- Шустов Д.И. Состояния "Я" за шаг до суицида (анализ предсмертных записок) // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - Т.10, № 3. - С.30-34.
- Юзик Ю. Невесты Аллаха. Лица и судьбы всех женщин-шахидок, взорвавшихся в России. - М.: Ультра.Культура, 2003.
- Ярославцева Н.Д. Посттравматические стрессовые нарушения у детей-жертв сексуального насилия и оказание им психологической помощи // Мир психологии. - 1998. - № 2 (14). - С.71-80.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КОНТРОЛЬНЫЕ РАБОТЫ.

1. Научные и прикладные проблемы превентивной психологии
2. Формирование девиантного поведения детей и подростков.
3. Социально-психологические аспекты проституции.
4. Суицид.
5. Суициды у детей и подростков.
6. Психология алкоголизма.
7. Психологические аспекты наркотизации молодежи.
8. Жестокое обращение с детьми и его последствия.
9. Психологические аспекты преступности, агрессивности, маргинальности.
10. Сексуальные девиации и перверзии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ.

1. Предмет и задачи превентивной психологии.
2. Отклоняющееся (девиантное) поведение - определение понятия, основные компоненты и причины.
3. "Биологические" концепции девиации (Ломброзо, Шелдон, ХХУ/ХУУ - хромосомы).
4. "Психологические" концепции девиации (З.Фрейд; А.Бандура, А.Басс, М.Лазарус).
5. "Социологические концепции" девиации (Э.Дюркгейма и Р.Мертон; типология девиаций Р.Мертон). Концепция Э.Эриксона.
6. "Социологические концепции девиации" (Т.Селлина и У.Миллера, Э.Гоффмана и Г. Беккера, А.Турка и Р.Квинни).
7. Социальная норма и социальный контроль.
8. Формирование девиантного поведения детей и подростков (социально-культуральные факторы; ценностные ориентации и установки).
9. Девиация как своеобразный процесс развития.
10. Понятия "девиантное поведение", "делинквентное поведение", "аддитивное поведение", "асоциальное поведение" (виды и формы). Позитивные типы девиаций.
11. Понятие "нормальной" ("здоровой") и "ненормальной" ("деструктивной") личности. "Акцентуированная личность" в психологии. Социально-психологическая дезадаптированность личности.
12. Психология агрессивности.
13. Маргинальность, маргинальный тип личности и маргинальное поведение.
14. Социально-психологические аспекты преступности.
15. Сексуальные перверсии: медико-психологические аспекты.
16. Социально-психологические аспекты проституции.
17. СПИД и венерические заболевания: социально-психологические аспекты.
18. Суициды. Состояние и тенденции. Психология самоубийства.
19. Суициды у детей и подростков: социально-психологические аспекты.

20. Пьянство, алкоголизм. Определение, дифференциация понятий. Состояние и тенденции. Социальные, биологические и психологические факторы, им способствующие.
21. Медико-психологическая характеристика проявлений алкоголизма.
22. Организация помощи (медицинской, социально-психологической и психотерапевтической) помощи лицам с алкоголизмом.
23. Понятия "наркотизм", "наркомания", "токсикомания"; определение и дифференциация понятий. Состояние и тенденции. Социальные, биологические и психологические факторы, им способствующие.
24. Медико-психологическая характеристика проявлений наркомании ("большой наркоманический синдром"). "Наркоманическая личность".
25. Наркотизации молодежи: социально-психологические аспекты.
26. Отказ от материнства: социально-психологические аспекты.
27. Граффити: социально-психологические аспекты.
28. Психология безработного.
29. Жестокое обращение с детьми и его последствия.
30. Психологические последствия у детей, подвергшихся сексуальному насилию.
31. Взаимосвязь различных форм отклоняющегося поведения.
32. Зависимость различных отклонений от социально-экономических, демографических, психологических, этнических и иных факторов.
33. Профилактика формирования девиантного поведения детей и подростков. Коррекция девиантных проявлений. Социальный психолог как корректор девиантного поведения.
34. Семейная и школьная социальная работа. Социальная помощь детям и подросткам с девиантным поведением.
35. Самокоррекция отклоняющегося поведения у молодежи и руководство ею психологом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ВОПРОСЫ К ТЕСТИРОВАНИЮ

1. Социальная норма и девиантное поведение, правильные утверждения:
 - а) социальные нормы определяются границами уголовного законодательства
 - б) социальные нормы представляют сложившуюся в обществе меру допустимого поведения
 - в) девиация представляет собой отклонение от групповых (социальных) норм
 - г) девиантное поведение всегда имеет негативную социальную направленность
 - д) верно б) и в)
 - е) всё перечисленное верно
2. Девиация считается отклонением от:
 - а) общепринятых норм
 - б) юридических стандартов
 - в) социальных стандартов
 - г) социальных стандартов
 - д)
 - е)
3. Социальная девиация - это:
 - а) форма контакта между людьми
 - б) осознанная реакция на внешнее или внутреннее воздействие
 - в) отклонение от групповых норм
 - г) несправедливое обращение с членами групп меньшинств
4. Биологические объяснения девиации представлены в концепциях:
 - а) У.Шелдона
 - б) Э.Эриксона
 - в) З.Фрейда
 - г) Ч.Ломброзо
 - д) всех перечисленных
 - е) верно только а) и г)
5. Теория социальной аномии рассматривает:
 - а) правила и нормы поведения
 - б) явления социальной харизмы
 - в) нарушение коллективного порядка
 - г) отсутствие четкой системы социальных норм
6. Проявления девиантного поведения все, КРОМЕ:
 - а) бегства от действительности (ретреатизма)
 - б) конформизма
 - в) бунта
 - г) инноваций
7. К социологическим концепциям социализации принято относить все, КРОМЕ:
 - а) концепции "агрессивного поведения подростков как формы самоутверждения"
 - б) теории стигматизации или наклеивания ярлыков (Г.Беккер)
 - в) конфликтологического подхода (А.Турк, Р.Квинни)
 - г) культурологических объяснений (Т.Селли, У.Миллер)
8. Девиация как процесс развития рассматривается в концепции:
 - а) Э.Эриксона
 - б) Н.Смелзера
 - в) З.Фрейда
 - г) Г.Бенедикта
9. Неформальный контроль осуществляется путем:

- а) социального вознаграждения норм
- б) наказания перечисленное
- в) убеждения б) и в)
- г) переоценки
- д) верно всё
- е) верно а)

10. Из перечисленного в рубрику МКБ-10 "Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ" входит:

- а) алкоголизм
 - б) токсикомании
 - в) табакокурение
 - г) наркомании
 - д)
 - е)
- верно всё перечисленное
верно только а), б) и г)

11. МКБ-10 применительно к использованию психоактивных веществ разграничивает:

- а) употребление и злоупотребление
- б) злоупотребление и зависимость
- в) употребление с вредными последствиями и зависимость
- г) злоупотребление и употребление с вредными последствиями

12. Для легкой степени опьянения характерно всё перечисленное, КРОМЕ:

- а) покачивания при стоянии
- б) говорливости, хвастливости
- в) затруднения осмысливания окружающего
- г) неустойчивости и эйфоричности настроения
- д) приятного ощущения тепла, расслабления

13. К атипичным или изменённым формам опьянения относятся все, КРОМЕ:

- а) истерического опьянения
- б) сомнолентного опьянения
- в) истерического опьянения
- г) галлюцинаторного опьянения
- д) опьянения с параноидной настроенностью
- е) опьянения с эксплозивностью и дисфоричностью

14. Патологическое опьянение представляет собой:

- а) крайне редко встречающуюся тяжелую форму простого опьянения
- б) опьянение у психически больных
- в) атипичную или измененную форму опьянения
- г) кратковременный психоз в форме сумеречного расстройства сознания
- д) опьянение во время запоя
- е) опьянение в результате приёма алкоголя и наркотиков

15. Пьянство представляет собой:

- а) употребление алкоголя с вредными последствиями (по МКБ-10)
- б) синдром зависимости от алкоголя (по МКБ-10)
- в) хроническое прогрессирующее заболевание
- г) 1-ю стадию алкоголизма
- д) верно а) и в)

16. Согласно отечественной наркологии, для первой стадии алкоголизма характерно всё, КРОМЕ:

- а) компульсивного влечения
- б) повышения толерантности к алкоголю
- в) утраты количественного и ситуационного контроля
- г) начинающейся алкогольной анозогнозии
- д) психической зависимости

17. Согласно отечественной наркологии, для второй стадии алкоголизма характерно всё, КРОМЕ:

- а) компульсивного влечения
- б) навязчивого влечения
- в) заметного морально-этического снижения
- г) заметного морально-этического снижения
- д) начинающегося интеллектуально-мнестического снижения

18. Алкоголизм у женщин (правильное утверждение):

- а) начинается в более раннем возрасте, но протекает легче
- б) начинается позднее, чем у мужчин и спонтанные ремиссии менее вероятны
- в) обычно является осложнением других психических расстройств
- г) носит характер дипсомании
- д) возможности психотерапии более высоки

19. Ранний алкоголизм подразумевает:

- а) развитие хотя бы 1-й стадии алкогольной болезни в возрасте до 18-ти лет
- б) появление симптомов зависимости в возрасте до 14-ти лет
- в) знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 12-ти лет
- г) употребление алкогольных напитков не реже раза в неделю в возрасте до 14-ти лет
- д) неоднократное совершение делинквентных поступков подростком в опьянении

20. Условнорефлекторная терапия при алкоголизме:

- а) вариант сенсibiliзирующей терапии
- б) метод купирования абстинентных проявлений
- в) завершающая стадия дезинтоксикационной терапии
- г) один из вариантов психокоррекции (или психотерапевтического кодирования)
- д) предполагает назначение тетурама или антабуса
- е) ничего из перечисленного не подходит

21. Наиболее эффективным методом лечения алкоголизма является:

- а) условнорефлекторная терапия
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) психотерапия
- г) электросудорожная терапия
- д) эффективность перечисленных методов одинакова

22. К алкогольным психозам относят все перечисленные, КРОМЕ:

- а) верно а) и г)

- а) алкогольного делирия
го бреда ревности
- б) алкогольного галлюциноза
ского психоза
- в) алкогольной анрозогнозии
- г) алкогольно-
- д) корсаков-

23. Развитие алкогольного психоза возможно во всех перечисленных случаях, КРОМЕ:

- а) на высоте абстинентного синдрома
длительности алкоголизма до 7 лет
- б) при пьянстве у лиц с расстройством личности
- в) при

24. В МКБ-10 под рубрикой F10 обозначены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- а) алкоголя
- б) опиатов
- в) каннабиноидов
- г) кокаина
- д) галлюциногенов

25. В МКБ-10 под рубрикой F11 обозначены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- а) алкоголя
- б) опиатов
- в) каннабиноидов
- г) кокаина
- д) галлюциногенов

26. В МКБ-10 под рубрикой F12 обозначены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- а) алкоголя
- б) опиатов
- в) каннабиноидов
- г) кокаина
- д) галлюциногенов

27. В МКБ-10 под рубрикой F14 обозначены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- а) алкоголя
- б) опиатов
- в) каннабиноидов
- г) кокаина
- д) галлюциногенов

28. Наркомания от токсикомании отличается:

- а) способом и/или частотой введения вещества
- б) степенью зависимости от употребляемого вещества
- в) длительностью и/или регулярностью приёма определенного вещества
- г) злоупотреблением одного или нескольких веществ
- д) верно всё перечисленное
- е) ничего из перечисленного не подходит

29. Синдром измененной реактивности к действию определенного наркотика проявляется всем, КРОМЕ:

- а) обсессивного влечения
- б) изменения формы потребления наркотика
- в) исчезновения защитных реакций на введение наркотика
- г) повышения толерантности к наркотику
- д) изменения формы опьянения

30. Синдром физической зависимости от наркотика проявляется:

- а) компульсивным влечением
- б) потерей контроля над дозой
- г) физическим
- д) всем перечисленным

- в) абстинентным синдромом
- е) верно только
- в) и г)

31. Относительно "псевдоабстинентного синдрома" верны все утверждения, КРОМЕ:

- а) это то же самое, что и "сухая абстиненция" или "сухая ломка"
- б) развивается непосредственно после острых абстинентных расстройств
- в) менее интенсивен, чем абстинентный синдром
- г) ему, как правило, предшествует актуализация влечения к наркотику

32. "Наркофильными" являются все перечисленные неформальные движения, КРОМЕ:

- а) хиппи
- б) брейкеры
- в) панки

33. В начале 2000-х годов в России (и Волгограде) преобладает злоупотребление:

- а) транквилизаторами
- б) промедолом
- в) героином
- г)

34. Опийную наркоманию вызывает злоупотребление всеми препаратами, КРОМЕ:

- а) первитина
- б) кодеина
- в) омнопона
- г) промедо-
- ла
- д) героина
- е) фентанила

35. Маленькие как точки и не расширяющиеся в темноте зрачки характерны для:

- а) опийного опьянения (гишишного) опьянения
- б) барбитуратового опьянения (первитинового) опьянения
- в) кокаинового опьянения
- г) каннабиноидного
- д) эфедринового

36. Очень выражен абстинентный синдром при:

- а) опийной наркомании (гашишной) наркомании
- б) барбитуратовой наркомании
- в) кокаиновой наркомании
- г) каннабиноидной
- д) верно всё перечисленное
- е) верно а) и б)

37. Синонимом "гашиша" ("анаша") являются все перечисленные, КРОМЕ:

- а) "план"
- б) "банг"
- в) "крэк"
- г) "паль"
- д)

38. Наркотические циклы с многократным приёмом наркотиков в течение суток характерны для:

- а) опийной наркомании
- б) каннабиноидной наркомании
- в) эфедрон-первитиновой наркомании
- г) барбитуратовой наркомании
- д) циклодоловой наркомании

39. Верны все следующие определения жаргонных выражений наркоманов, КРОМЕ:

- а) "баян" - шприц
- г) "дырка" - место, где продают наркотики и таблетки

- б) "дорожка" - гашиш
нентные проявления
- в) "черняшка" - суррогат опия
40. Согласно общемировым стандартам, показатель распространённости суицидов в России в конце XX века был:
- а) низким б) средним в) высоким г) сверхвысоким
41. О высокой вероятности совершения самоубийства свидетельствует:
- а) двигательная заторможенность при эндогенной депрессии
- б) вовлечение в конфликтную ситуацию ценностных отношений к жизни и смерти
- в) спокойное отношение к суицидальным мыслям при суицидальном кризисе
- г) суицидальная попытка неделю назад при неизменности психического состояния
- д) верно всё перечисленное е) верно только б) и г)
42. Факторы риска суицидального поведения у психически больных являются все перечисленные, кроме:
- а) массивности депрессии
- б) наличия суицидальных мыслей г) наличие массивных идей самообвинения
- в) двигательная заторможенность при депрессии д) апатического варианта депрессии
43. Факторами риска суицидального поведения могут являться:
- а) сезонные колебания интенсивности депрессий
- б) суточные колебания интенсивности депрессий
- в) возникновение в структуре депрессий прераптоидных состояний
- г) все перечисленное д) ни один из перечисленного
44. Понятие суицида и парасуицида соотносятся:
- а) с наличием суицидальных мыслей и намерений, предшествующих суициду
- б) с состоянием в момент совершения суицида
- в) с состоянием после совершения суицидальной попытки
- г) со всем перечисленным д) ни с чем из перечисленного
45. Риск суицидов при депрессии по сравнению с популяцией выше примерно:
- а) в 2-4 раза б) в 8-10 раз в) в 20 раз г) в 30-40 раз
46. Средства массовой информации могут способствовать учащению суицидов в подростково-юношеском возрасте из-за феномена:
- а) подражательных суицидов
- б) псевдосуицида в) парасуицида г) аномических суицидов

47. У какого примерно количества лиц, покушающихся на свою жизнь, суициды встречаются в семейном анамнезе:
- а) 5% б) 10% в) 25% г) 40-50%
48. Какое из утверждений является распространённым ОШИБОЧНЫМ мнением о суициде:
- а) менее вероятен у тех, кто общается другим о своём намерении
- б) покушающийся на свою жизнь человек несчастен, но не обязательно болен
- в) часто встречается у членов одной семьи
- г) оказывается завершённым чаще у мужчин
- д) с возрастом вероятность завершённого суицида возрастает
49. Верное мнение о суицидах и суицидентах:
- а) все самоубийцы - душевнобольные, а суицид совершается во время психоза
- б) все самоубийцы - душевнобольные и могут в любой момент совершить суицид
- в) улучшение, наступающее после суицидального кризиса, означает минование угрозы суицида
- г) самоубийства гораздо чаще происходят в среде богатых или, наоборот, бедных людей
- д) уровень самоубийств примерно одинаков во всех социально-экономических слоях общества
- е) большинство самоубийц - религиозные люди
50. К числу влияющих на вероятность самоубийства факторов НЕ относится:
- а) религия б) физические заболевания в) пол
51. В какой из групп суицидальный риск меньше, чем в остальных:
- а) холостых б) разведённых в) состоящих в браке
52. Какие утверждения о распространённости антисоциального поведения верно:
- а) оно не зависит от этнических, географических и экономических факторов
- б) характерное ранее преобладание лиц мужского пола становится все менее достоверным
- в) составляет 5-15% детско-подростковой популяции
- г) абсолютные цифры распространённости выше в городах, а удельная распространённость (относительно плотности населения) выше в сельской местности
- д) верно всё кроме а) е) ничего из перечисленного не подходит
53. Правильно трактует значение роли средовых и семейных факторов в возникновении антисоциального поведения следующие утверждения:
- а) их наличие позволяет более, чем с 50% вероятностью предсказать вероятность антисоциального поведения

- б) вероятность расстройства определяется сложным взаимодействием этих факторов с индивидуальностью ребенка
- в) эти квазифакторы риска, являющиеся артефактами биологически обусловленных расстройств поведения
- г) расстройства поведения выявляются только в одной из ведущих сред жизни ребенка
- д) антисоциальное поведение в детском (но не в подростковом) возрасте не требует обращения к психологам и/или к психиатрам

54. Правильные утверждения:

- а) агрессивное поведение - прямое следствие подавленных сексуальных импульсов
- б) агрессивное поведение проявляется уже в раннем возрасте и может изменяться под влиянием средовых факторов
- в) под делинквентным поведением понимают уголовно наказуемые действия несовершеннолетних
- г) примеры аддиктивности: черепно-мозговые травмы, неврозы, "плохой" характер
- д) примеры аддиктивности: обжорство, наркомания, алкоголизм, азартные игры
- е) верно б) и д)

55. Под делинквентным поведением понимают:

- а) транзиторные поведенческие реакции агрессивного типа
- б) мелкие правонарушения, не достигающие уровня уголовно наказуемых преступлений
- в) уголовно наказуемые действия несовершеннолетних
- г) агрессивные действия психически больных
- д) зависимость от алкоголя или наркотических средств

56. Критериями патологич. поведенческих реакций у подростков являются все, кроме:

- а) разворачивания поведенческих реакций на фоне алкоголизации или наркотизации
- б) склонность приводить к социальной дезадаптации
- г) склонность к генерализации
- в) тенденция выходить за "потолок нормы"
- д) склонность к стереотипизации

57. Большинство исследований свидетельствует, что:

- а) подростки-вандалы обладают более низким интеллектом, чем их сверстники
- б) подростки-вандалы в подавляющем большинстве выходцы из низких социальных слоёв
- в) пик вандализма приходится на 18-25 лет
- г) верно всё перечисленное
- д) ничего из перечисленного не подходит

58. Среди делающих граффити чаще встречаются все, КРОМЕ:

- а) авторитарных личностей
- б) креативных личностей
- в) лиц с экстернальным локусом контроля
- г) сенситивных личностей

59. Исследовать агрессивность можно с помощью:

- а) опросника Басса-Дарки
- б) Hand Test
- в) опросника Леонгарда-Шмишека
- г) опросника Спилбергера-Ханина
- д) верно а) и б)
- е) верно б) и д)

60. Шкалы агрессивности есть во всех перечисленных методиках, КРОМЕ:

- а) методики интерперсональных отношений Т.Лири
- б) опросника "Уровень субъективного контроля" Е.Ф.Бажина
- в) Фрайбургского личностного опросника
- г) опросника "Список личностных предпочтений" А.Эдвардса (EPPS)

61. "Комплекс Медеи" представляет собой:

- а) перенос на ребёнка ненависти, испытываемой по отношению к его отцу
- б) невозможность идентификации себя как матери
- в) убеждение, рождение ребёнка будет препятствовать дальнейшим планам
- г) переживание будущей матерью своей греховности
- д) потребность в сексуальных связях с лицами намного моложе себя
- е) потребность в сексуальных связях с постоянной сменой партнёров

62. Признаки посттравматического стресса у пострадавших от насилия детей:

- а) навязчивые воспоминания, образы, мысли, сны
- б) забывание (амнезия) происшедшего
- в) соматовегетативные нарушения при ситуациях, актуализирующих психотравму
- г) возникновение чувства отгороженности, отстранённости и одиночества
- д) верно всё перечисленное
- е) верно а) и г)

63. Для детей, пострадавших от сексуального насилия, характерно:

- а) навязчивые страхи
- б) низкая самооценка
- в) склонность к самодеструктивному поведению
- г) повышенная возбудимость или чрезмерная бдительность
- д) неконтролируемая сексуальность или отвращение к сексу
- е) верно а) и г)

64. Сексуальные перверзии:

- а) это то же самое, что и сексуальные девиации
- б) в МКБ-10 описываются в рубрике F52
- в) в МКБ-10 описываются в рубрике F65
- г) подразделяются на явные и скрытые
- д) специфичны для определённых возрастов

65. По обобщенным данным, существующая к концу 1990-х годов

в России подростковая сексуальная культура:

- а) сходна с тем, что была в странах Западной Европы и США 25-30 лет назад;
- б) существует в изоляции от семьи и значимых взрослых;
- в) характеризуется корреляцией раннего начала сексуальной жизни с конфликтами в родительской семье, девиантным и делинквентным поведением, алкоголизацией, наркотизацией;
- г) благополучна в тех регионах и социальных группах, где доминируют четкие запретительные и ограничивающие установки взрослых;
- д) всё верно
- е) всё верно, кроме г)

66. Люди, сексуально покусующиеся на детей, обычно:

- а) педофилы
- в) обычные, психически здоровые, имеющие семью, детей мужчины
- б) душевно больные
- г) мужчины с гомосексуальной ориентацией

67. Нередко люди с эксгибиционизмом очень возбуждаются не собственно от демонстрации своих половых органов, а от:

- а) того, что ждут наказания
- б) возникающего у зрителя страха или психологического шока
- в) азарта из-за возможности быть пойманными
- г) самой по себе возможности быть на людях без одежды

68. Какое из утверждений относительно сексуальных злоупотреблений в отношении детей верно:

- а) их жертвами становятся только девочки
- б) обычно они совершаются отцами
- в) чаще совершаются родителями, в детстве бывшими жертвами сексуальных злоупотреблений
- г) это встречается крайне редко и поэтому данная проблема надуманна

69. Какая из парафилий характеризуется компульсивным влечением к получению сексуального удовлетворения от созерцания обнаженности или сексуальной активности других людей:

- в) фетишизм
- г) садизм
- д) триолизм

70. Большинство парафилий впервые проявляется:

- а) в детстве
- б) в подростково-юношеском возрасте
- в) в среднем возрасте
- г) в пожилом возрасте

71. Что из перечисленного НЕ входит в число способов передачи ВИЧ-инфекции:

- а) половой
- в) в ходе беременности и родов от матери к ребёнку
- б) укусы насекомых
- г) при введении вируса в кровь

2. д	10. д	18. б	26. в	34. а	42. д	50. г	58. г	66. в
3. в	11. в	19. а	27. г	35. а	43. г	51. в	59. е	67. б
4. е	12. а	20. е	28. е	36. е	44. г	52. д	60. б	68. в
5. г	13. г	21. в	29. а	37. в	45. в	53. б	61. а	69. а
6. б	14. г	22. в	30. д	38. в	46. а	54. е	62. д	70. б
7. а	15. а	23. б	31. б	39. д	47. в	55. б	63. е	71. б
8. б	16. а	24. а	32. б	40. г	48. а	56. а	64. в	

- а) вуайеризм
- б) фроттеризм
- е) эксгибиционизм

Ответы на вопросы.

1. д	9. д	17. б	25. б	33. в	41. д	49. д	57. д	65. е
------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. МОТИВАЦИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ (МПА)

Инструкция: на каждое предлагаемое утверждение дайте один из наиболее подходящих для Вас ответов: а) весьма часто возникает причина или условие приема алкоголя; б) редко, но не менее, чем 2 раза в жизни; в) сомневаюсь; г) совершенно не подходит ко мне.

1. Выпиваю по праздникам для усиления чувства радости.
2. Выпиваю потому, что неудобно отказаться от выпивки.
3. Считаю, что пить хорошее вино за едой полезно.
4. Пью, чтобы получить удовольствие.
5. Выпиваю, чтобы избавиться от внутреннего напряжения и страха.
6. Пью от скуки, не получается развлекаться без выпивки.
7. Когда выпью, чувствую себя здоровым.
8. Пью потому, что неотступно преследуют мысли 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, расслабление и др.
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, давно не уважаю себя.
19. Выпиваю по случаю встреч с друзьями, родственниками, приятелями.
20. Не отказываюсь от выпивки, чтобы надо мной не подсмеивались.
21. За оказанные мне 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 выпивок тянется долго и нудно.
25. Пока не выпью, чувствую себя скверно, ничего не хочется делать.
26. Выпиваю из-за того, что не могу побороть в себе тяги к алкоголю, желания напиться.
27. Выпиваю из-за духа противоречия, не хочу быть примерным, трезвенником.
28. Выпиваю, чтобы завязать знакомства - деловые и личные.
29. Меня вынуждает выпить компания или группа знакомых, общение с которыми мне приятно.
30. Выпиваю потому, что употребление хороших вин и высококачественного алкоголя - признак материального благополучия и культуры.
31. Выпиваю потому, что выпивка способствует приятному время проведению, общению, развлечениям.
32. Выпиваю, чтобы избавиться от чувства вины и плохого настроения.
33. Пью потому, что выпивка прибавляет сил и энергии, возбуждает меня.
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: "обмыть" покупку, сделку, законченную работу, важные события в жизни.
38. Если бы не пьющие друзья, я бы столько не пил, сколько пью.
39. Стремлюсь выпить культурно : умеренно, в "эстетической обстановке", за хорошим столом.
40. Выпиваю потому, что хорошая закуска вызывает радостное чувство и желание выпить.
41. Выпивка избавляет меня от тревоги и беспокойства.
42. Когда выпью, становлюсь смелее, могу пойти на риск, чувствую себя настоящим мужчиной.
43. Выпиваю, чтобы уменьшить дрожь в руках и улучшить самочувствие.

44. Выпиваю автоматически, как только увижу спиртное.

45. Пью потому, что совсем не дорожу своей жизнью.

Опросник по выявлению особенностей мотивации потребления алкоголя предложен В.Ю.Завьяловым (Завьялов В.Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых // Психологический журнал. - 1986. - № 5.- С.102-111.) для мужчин. Определенным преимуществом методики является направленность на мотивацию потребления - менее скрываемый фактор, чем количество и частота приема спиртных напитков. Опросник включает 9 шкал по 5 утверждений в каждой; ответ **а** дает 3 балла, **б** - 2 балла, **в** - 1, **г** - 0 баллов. Шкалы (максимально возможное количество баллов по каждой из шкал - 15, минимальное - 0; чем больше баллов набрано по какой-либо шкале, тем более значимы для обследуемого данные мотивы):

1. Первая триада шкал образует группу "социально-психологических" мотивов приема алкоголя:

1. Традиционные, социально-обусловленные, культурально - распространенные мотивы (утверждения 1,10,19,28,37).

2. Субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя (2,11,20, 29,38).

3. Псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к "алкогольным ценностям" социальной микросреды, в которой он функционирует (3,12,21,30,39).

II. Вторая триада образует группу личностных, персональных мотивов потребления алкоголя:

4. Гедонистические мотивы, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовлетворение от действия алкоголя, а также опыт переживания алкогольной эйфории (4,13,22,31,40).

5. Атарактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания - напряжение, тревогу, страх с помощью алкоголя (5,14, 23,32,41).

6. Мотивы гиперактивации поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщения сенсориума с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической "пустоты", душевного бездействия, либо желание усилить эффективность своего поведения (6,15,24, 33,42).

III. Третья триада образует собственно патологическую мотивацию потребления алкоголя, фактор болезненного влечения:

7. "Похмельная" мотивация - стремление с помощью алкоголя снять абстинентные явления, дискомфорт, связанный с отсутствием алкоголя, улучшить самочувствие (7,16,25,34,43).

8. Аддитивные мотивы, отражающие фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю, "жажду" алкоголя (8,17,26,35,44).

9. Мотивы самоповреждений - стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, из-за потери, якобы, перспективы в будущем для себя, утраты смысла жизни (9,18,27,36,45).

До 35 баллов - злоупотребления алкоголем нет, 35-50 баллов - проявления злоупотребления алкоголем, свыше 50 баллов - болезненное пристрастие, злоупотребление (В.Ю.Завьялов, 1986).

Переработанный для подростков вариант этого опросника предложен К.В. Москети с соавт. (Москети К.В., Моховиков А.Н., Годлевский А.Г. Психологическая характеристика мотивации потребления алкоголя у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 1990. Т.90, № 2. - С.51-55.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ОПРОСНИК БАССА-ДАРКИ

Инструкция: ответьте "да" или "нет" на предлагаемые утверждения.

1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим.
2. Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю.
3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь.
4. Если меня не попросят по-хорошему, я не выполню просьбы.
5. Я не всегда получаю то, что мне положено.
6. Я знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной.
7. Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать.
8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести.
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
10. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами.
11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам.
12. Если мне не нравится установленное правило, хочется нарушить его.
13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами.
14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружелюбно, чем я ожидал.
15. Я часто бываю не согласен с людьми.
16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь.
17. Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему.
18. Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверьми.
19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется.
20. Если кто-нибудь корчит из себя начальника, я всегда поступаю ему наперекор.
21. Меня немного огорчает моя судьба.
22. Я думаю, что многие люди не любят меня.
23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.
24. Люди, увиливающие от работы, должны испытывать чувство вины.
25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку.
26. Я не способен на грубые шутки.
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.

28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.
29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится.
30. Довольно многие люди завидуют мне.
31. Я требую, чтобы люди уважали меня.
32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей.
33. Люди, которые постоянно изводят Вас, стоят того, чтобы их щелкнуть по носу.
34. Я никогда не бываю мрачен от злости.
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь.
36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания.
37. Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть.
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.
39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к "сильным" выражениям.
40. Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены.
41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.
42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь.
43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием.
44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел.
45. Мой принцип: "Никогда не доверять чужакам".
46. Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать все, что я о нем думаю.
47. Я делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.
48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь.
49. С детства я не проявлял вспышек гнева.
50. Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться.
51. Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко ладить.
52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.
53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ.
54. Неудачи огорчают меня.
55. Я дерусь не реже и не чаще, чем другие.
56. Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку.

58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо.
59. Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю.
60. Я ругаюсь только со злости.
61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть.
62. Если для защиты своих прав мне надо применить физическую силу, я применяю ее.
63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу.
64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.
65. У меня нет врагов, которые хотели бы мне навредить.
66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает.
67. Я часто думаю, что жил неправильно.
68. Я знаю людей, которые способны довести меня до драки.
69. Я не огорчаюсь из-за мелочей.
70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.
71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение.
72. В последнее время я стал занудой.
73. В споре я часто повышаю голос.
74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям.
75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.

Опросник Басса-Дарки включает 8 шкал (видов реакций):

1. Физическая агрессия - использование физической силы против другого лица (да=1 баллу при ответах на вопросы 1,25,31,41,48,55,62,68; нет=1 баллу при ответах на вопросы 7,9).

2. Косвенная агрессия - агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная (да=1 баллу: вопросы 2,10,18,34,42,56,63; нет = 1 баллу: 26,49).

3. Раздражение - готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость; да = 1 баллу: 3,19,27,43,50,57,64,72; нет = 1 баллу: 11,35,69).

4. Негативизм - оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов (да = 1 баллу: 4,12,20,28; нет = 1 баллу: 36).

5. Обида - зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия (да=1 баллу: 5,13,21,29,37,44,51,58).

6. Подозрительность - в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред (да = 1 баллу: 6,14,22,30,38,45,52,59; нет=1 баллу: 33,66,74,75).

7. Вербальная агрессия - выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы; да=1 баллу: 7,15,23,31,46,53,60,71,73; нет=1 баллу: 33,66,74,75).

8. Чувство вины - выражает возможное убеждение субъекта, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести (да=1 баллу: 5,8,16,24,32,40,47,54,61,67).

Числовые показатели физической и вербальной агрессии отражают склонность обследуемого к активным прямым формам агрессивности, а показатели косвенной агрессии, раздражения - к опосредованным, непрямым формам (В.В.Знаков, 1989). Сумма числовых показателей раздражения, физической и вербальной агрессией образует индекс агрессивности (ИА); сумма показателей обиды и подозрительности - индекс враждебности (ИВ). Согласно Е.И.Рогову (1993) норма ИА 21 ± 4 балла; ИВ - $6,5 \pm 3$ балла. Проведенное в 1996г. обследование студентами ВМА 430 подростков 13-14-ти лет Волгограда выявило у девочек ИВ= $12,4 \pm 0,2$ балла, ИА= $19,9 \pm 0,3$ балла; у мальчиков ИВ= $11,9 \pm 0,2$ балла, ИА= $20,8 \pm 0,3$ балла; границы нормы ($M \pm 1$) у девочек ИВ- 10-15 баллов, ИА - 16-24 балла; у мальчиков 9-14 и 17-25 баллов соответственно.

Кроме приведенного варианта (Е.И.Рогов с соавт., 1993), сообщается об использовании модификации Ю.М.Плюснева - 40 вопросов и 5 шкал (физической агрессии, вербальной агрессии, не прямой агрессии, подозрительности-враждебности, подавления враждебности; Е.И.Николаева с соавт., 1996).

Опросник Басса-Дарки в течение 4-х десятилетий используется психологами и считается одной из самых валидных и надежных вербальных методик исследования агрессивности, в первую очередь, у молодых лиц.

В тоже время в последние годы для исследования агрессивности всё чаще используется тест руки (Hand Test) - проективная методика, стимульный материал которой - стандартные 9 изображений кистей рук и одна пустая таблица, при показе которой просят представить кисть руки и описать её воображаемые действия, а оценка полученных данных осуществляется по 11 категориям (агрессия, указания, страх, привязанность, коммуникация, зависимость, эксгибиционизм, увечность, активная безличность, пассивная безличность, описание).

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. "АРГО" НАРКОМАНОВ

Барыга - мелкий торговец наркотиком, который контактирует непосредственно с наркоманом.

Башня - голова, психика.

Бульбик, бальбулятор - курение через бутылку, подобие кальяна.

Бонги - крошечные кальяны.

Вес - вошенная бумажка с 1 граммом героина (0,05 грамма доза).

Веревка - вена.

Винт - первитин (активизирует психическую деятельность).

Гараж - колпачок для иглы шприца.

Головки - верхние побеги марихуаны.

Голова - корабль с качественной марихуаной.

Гашевый пирог (гаши или гашек) - смола конопли, которую жуют или добавляют в мучные изделия.

Гильза, штaket - пустая папироса.

Гепок - вирусный гепатит или большой этим заболеванием.

Героин (жаргонные названия): гавно, белый, убойный, большая дурь, черный, коричневый, черняшка, перец, медленный, скучный, грустный, лекарство, слон, гера, герыч, косой, хлеб, наше молоко и другие названия. Жаргонные названия *внутривенного введения героина*: колотья, вмазывать, кайфануть, двинуться, ширнуться, обдолбаться, поправляться, задвинуться, заправить трубу и другие названия.

Героин - уличный (в Америке), "коричневый мексиканский" (концентрация 3,5%), "китайский белый" и "персидский фарфор" (концентрация до 15 - 20%).

Давамекс (уст.) - пирожок с гашишем, покрытый большим количеством жженого сахара.

Дерьмо, вонючка - (в Америке) косяк с плохой коноплей.

Депресняк - состояние плохого настроения и отсутствие энергии в период отмены наркотиков.

Догоняться - принять повторную дозу наркотика после того, как первая оказалась неэффективной для получения кайфа.

Доза, дозняк - дозировка.

Дорожка - 1) отчетливо видная под кожей багрово-красная вена, склерозированная из-за постоянных внутривенных уколов; 2) насыпанный на стекло или бумагу героин или кокаин, приготовленный для вдыхания носом.

Дурь - дурашливое опьянение.

Дырка, яма - 1) место где продают наркотики; 2) закрытое место, где чаще всего дают уколиться (например, квартира), охраняется.

Зарастать - (о вене) состояние вены после частых уколов, нарушение ее проходимости.

Канона (уст.) - конопля.

Кайф - состояние опьянения.

Кассета, чек - название вощенной бумажки с любой дозой героина.

Косуха - редкое название дозы героина.

Кокнар (кукнар, кухнар) - измельченная маковая соломка (см. *химка*; в Москве антидридовка).

Корабль (куча, горка) - бумажный пакет сушеных листьев марихуаны со стеблями и семенами, корабль с таким содержанием называется *шала*.

Клика - большая компания.

Кода - кодеин.

Колеса - таблетки.

Коммуна - квартира.

Косяк, курево - самокрутка с марихуаной, т.е. набитая травой (курить - раскуриваться, раскурка).

Кокаин - (др. название - "зеленая мама", т.е. листья), *белая леди, снежок*.

Крэк - курительный кокаин.

Кузьмич - вываренная анаша (отвар) либо обжаренная на подсолнечном масле.

Куколка, змея - героин, смешанный с ядовитым веществом (в Америке - хотшоп).

Кумар, раскумаривает - первое ощущение приближающихся "ломок", в другом значении предвестник кайфа или расслабленности.

Купец (дилер) - более крупный продавец наркотика, как правило, общающийся не с наркоманами, а с барыгами.

Марафет - название кокаина в трущобах.

Манага - см. кузьмич, название говорит о том, что добавляется манка.

Марфа - морфий.

Мул, ишак - наркодилеры, перевозящие наркотик мелкими партиями.

Мусор - стебли и семена марихуаны.

Мутить, замутить - длительный и захватывающий процесс от решения выйти на поиск до момента его употребления.

Наварить (приварить) кайф - принять непривычно большую дозу.

Напас - один затыг.

Новобранец - впервые уколотившийся героином.

Омоложение - специально продуманное пребывание в больнице (диспансере) с "промыванием" (дезинтоксикацией), чтобы уменьшить принимаемую дозу.

Отломаться в сухую - пройти через "ломки" без лекарств, как правило, в заточении (добровольно или нет).

Отморозок - идиот.

Паук в паутине - наколка наркомана со стажем.

Перстень - (*чек*) одна доза героина.

Пионерка - трава с табаком.

Путешествие - возникает при приеме психомиметиков.

Пирог, жвачка - прессованные листья с марихуаной.

Проводник - опытный наркоман.
Психостимуляторы, амфетамины - чердаки, скорость, вершки, мультка.
Передоз - слишком большой прием наркотика за один раз, часто со смертельным исходом.
Подсадить - уговорить кого-либо в первый раз принять наркотик.
Понюшка - доза наркотика, используемая для вдыхания носом.
Приход - первый, самый сильный и острый момент действия наркотика; кайф наступает тогда, когда приход заканчивается.
Пробить на измену - 1) испытать галлюцинации; 2) испытать страх.
Продавать весом - продавать героин не менее чем по одному грамму.
Препараты индийской конопли - (т.е. разновидности, разные названия гашиша - анаши - марихуаны): план, банг, паль, харас, бханг, ганж, мадхак, драп, шмаль, дурь, киф, чар и др.
Разбодяжить - разбавить наркотик для перепродажи.
Ракета - чистая трава в папиросе типа "Беломорканал".
Рецидив - возобновление приема наркотиков после лечения.
Солома - нижние побеги марихуаны не содержащие психоактивных веществ.
Стекло - ампулы.
Сквоты - брошенные дома, квартиры.
Сесть в систему - испытать физическую зависимость от наркотика, требующую постоянной увеличения дозы.
Сесть на иглу - начать колоться.
Стрелка - в широком смысле - место встречи (стрелкануться - назначить встречу).
Тормозок - фильтр.
Торчать - постоянно принимать наркотик.
Торчок - наркоман (*нарлик*).
Торкнуло, зацепило, потащило - наркотик начал действовать.
Урда - выжимки из семян конопли и мака.
Ханка - млечный сок из масличного мака (*черная* - высыхая молоко становится темно-коричневым).
Химка - размоченная в ацетоне анаша, которую подсушивают и курят.
Фиксер - большой на игле.
Центр - вена на внутренней поверхности локтевого сустава.
Черный - отвар маковой соломки (используют уксус и ацетон).
Шприц (его названия)- *баян, боинг, скрипка, машинка, шар* (а).

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Программа и сценарий индивидуальной психологической работы с детьми младшего школьного и подросткового возраста, пережившими сексуальное насилие. Вариант разработан американскими специалистами М.Селано, Э.Хэззард, М.Симонс, К.Вебб (цит. по Н.Д.Ярославцевой, 1998). Программа состоит из 8-ми занятий.

Цели 1-2-го занятий:

- создать атмосферу доверия подростка к психологу и предстоящим занятиям;
- помочь ребенку раскрыть свои мысли и чувства, связанные с насилием;
- снизить тревожность подростка, ослабить его самопорицание, повысить самооценку.

1-е занятие. На 1-ом занятии психолог стремится расположить ребенка к себе, снять у него напряжение, вызванное ожиданием неизвестного. Для этого используется любой прием, любая отвлеченная деятельность, позволяющая ребенку проявить себя, а терапевту поддержать, похвалить его. Можно предложить нарисовать ему то, что он любит, сложить из бумаги какую-нибудь фигуру, можно поработать с тестом Люшера. При этом психолог подчеркивает, что он покажет сделанное ребенком только с его разрешения. Последнее утверждение очень важно в терапии изнасилованных детей. Когда какой-либо человек физической силой или угрозами овладел его телом, ребенку становится трудно оказывать сопротивление и в других жизненных ситуациях. Он как бы утрачивает способность к самозащите своей личностной суверенности. Ему нужно помогать восстановить эту способность. Иначе он потом может снова попасть в ситуацию, когда объективно мог бы сопротивляться насилию, но у него не хватает внутренней силы для этого. Надо помогать ему осознавать свое право на личностный суверенитет.

На этом этапе полезно задавать подростку вопросы, позволяющие психологу лучше его узнать: Любишь ли ты рисовать? Делать какие-то вещи? Кто тебя этому научил? и т.д.

Важно дать ребенку представление о его уникальности, личностной ценности, а также общности его со сверстниками. Напр., сказать, что у ребенка очень интересное имя, фамилия, или что он замечательно рисует. У всех детей, переживших сексуальное насилие, возникает чувство непохожести на своих сверстников, с которыми таких вещей не происходило. Чтобы вернуть им чувство уверенности в общении со сверстниками, им надо постоянно подчеркивать их сходство с детьми этого возраста. Например, сказать: "О, ты любишь фиолетовый цвет. Большинство девочек и мальчиков твоего возраста тоже любят этот цвет".

Второй этап занятия посвящается обсуждению истории, связанной с насилием (20-30 минут). На этом этапе решаются следующие задачи:

- помочь ребенку актуализировать чувства, связанные с насилием, и вынести их наружу;
- способствовать преодолению болезненного чувства непохожести на других детей и восстановить уверенность в обратном.

К этому занятию психолог готовит описание двух историй о насилии над девочкой или мальчиком. Одна история касается ребенка, который

неоднократно подвергался сексуальным домогательствам со стороны знакомых людей (отца, отчима, родственников, знакомых). Другая история связана с ребенком (девочкой, мальчиком), который однажды был изнасилован незнакомым или малознакомым человеком с использованием физической силы. Зачитывать следует ту историю, которая больше подходит к реальной ситуации. В тексте рассказа будут неоднократно появляться вопросы, на которые, желательно, чтобы ребенок дал ответ. Этот прием используется потому, что иногда затруднительно начинать терапевтическую работу с разбора собственной истории изнасилованного ребенка, особенно если это касается детей младшего школьного возраста. Прикасаясь к истории сверстника, ребенок опосредованно выносит наружу те переживания, которые терзают его самого.

Текст письма-исповеди:

"Меня зовут Света. Мне 12 лет. У меня есть брат и сестра. Я самая старшая, поэтому много домашней работы ложится на меня. Мой отчим - это тот человек, который совершил "это" со мной.

Я не люблю говорить об этом, но могу написать об этом. Когда я пишу об этом, я чувствую после этого себя лучше.

Возможно, ты тоже перенесла нечто подобное. Я оставляю тебе вопросы, чтобы ты могла закончить их. Таким образом, это может быть и твоя история тоже. В первый раз это произошло так. Я наводила порядок в кухне: вымыла посуду, подмела пол, а потом пошла принять душ. Он вошел в ванную, когда я уже разделась, и сказал, что хочет меня помыть. А потом он засунул палец в то, что находится между ногами. Я стала вырываться, но он удержал меня. А потом пригрозил, что изобьет, если я попытаюсь кому-нибудь рассказать об этом.

Я чувствовала себя.....

Я ушла в свою комнату и закрыла дверь. Я думала: ПОЧЕМУ ЭТО СЛУЧИЛОСЬ СО МНОЙ? Почему он сделал это со мной? Может быть он сделал это, потому что я.....

Может быть он сделал это, потому что я была.....

Или, может быть он сделал это, потому что я в тот день плохо убрала кухню.

Я чувствовала себя очень смущенно, потому, что отчим стал проявлять большое внимание и заботу обо мне. Он стал брать меня гулять в парк, на речку, дома играть со мной в карты и все говорил мне, какая я симпатичная. Я не могла понять, почему он это делает. Ты думаешь, это он делал потому, что он

Это случилось снова в субботу, после того, как я вернулась со дня рождения моей подружки.

Отчим стал делать это все чаще и чаще. Однажды он пришел в мою комнату ночью, и в этот раз уже не использовал, как раньше, палец.

Самое странное было то....., что хотя я ненавидела моего отчима, боялась его, мне нравилось то, что он делает со мной. Иногда, когда он прикасался ко мне, мне было приятно. Это странно?.....

Когда я играла с подругами, я думала о том, что вряд ли их отцы делали с ними то, что совершал мой отчим. Я думала, что если бы они узнали, что он делал, они перестали бы со мной дружить. Иногда мне казалось, что они могут догадаться, что он со мной делает. И я боялась этого. Но мне хотелось узнать, а что бы они сделали, если бы узнали, и я рассказала одной подружке, что знаю одну девочку и что ее отец совершает с ней такие действия. Я со страхом ждала, что же Маша скажет. Она сказала, что этой девочке следует рассказать все это своей маме или кому-нибудь из взрослых. Когда она все это сказала, я почувствовала.....

После этого я рассказала все маме, и это было очень тяжело делать. Она заплакала и спросила, почему я ей не рассказала это все сразу же, после первого случая. Затем она попросила, чтобы я пошла в свою комнату и не выходила, пока она не поговорит с отцом.

Когда пришел мой отчим, я услышала, как они с мамой долго скандалили, кричали друг на друга, обвиняли. Затем я услышала хлопанье дверью. Когда я вошла в мамину комнату, она плакала.

Я чувствовала.....

Потом мама сказала, что отчим решил пожить какое-то время у своих родителей. Она выглядела очень печальной. Она не улыбалась целую неделю. Я хотела, чтобы она была счастлива. Я хотела, чтобы он вернулся, если не будет больше так со мной делать."

После прочтения истории психолог беседует с девочкой. Можно задать такие вопросы: Чем, ты думаешь, ты похожа на Свету? У тебя были такие же чувства, как у Светы? Или другие? В чем то, что случилось с тобой, похоже на ситуацию Светы? Чем ее ситуация отличается от твоей?

2-е занятие. Во время второй встречи можно попросить ребенка нарисовать картину насилия. это не обязательно должна быть копия события. Пусть ребенок представит насилие так, как он захочет и сможет. Если насилие совершалось неоднократно, лучше изобразить последнее событие или наиболее неприятное для него. А потом поговорить на тему рисунка, пытаясь выяснить : Как воздействовал насильник? Подкупал? Угрожал? Что он говорил? Пыталась ли жертва сопротивляться? Что для ребенка было самым неприятным? Почему ребенку тяжело об этом рассказывать?

Некоторым детям очень трудно рассказывать о насилии, поэтому не обязательно строго придерживаться предлагаемого плана занятий. Это ориентир, который в соответствии с ситуацией может быть подвергнут корректировке.

Еще одна методика: "Деление круга на части" (15-20 минут). Ребенку предлагается раскрасить круг, чтобы показать, что он думает о том, что с ним случилось. Задание дается так: "Раздели круг на части - одну часть ты можешь оставить для себя, другую - для человека, который совершил насилие, остальные части можешь отдать тем людям, которые, как ты думаешь, отвечают за то, что с тобой произошло. Делай эти части большими или маленькими, какими ты захочешь: чем больше человек

виноват в случившемся, тем больше ему достается часть. Каждую часть круга раскрась цветом, каким захочешь".

Большинство детей считают, что они сами виноваты в случившемся. Они могут сами объяснить, в чем они виноваты. Как правило, много причин для объяснения находится у подростков, а детям младшего школьного возраста лучше предложить список возможных причин для самообвинения и попросить их выбрать из этого списка 3 наиболее подходящие для них ситуации. (Это могут быть такие утверждения: "Потому, что я не сопротивлялась", "Потому, что мне хотелось, чтобы этот человек любил меня" и т.п.). После того, как ребенок выбрал 3 основных аргумента для самобичевания, можно осторожно обсудить эти аргументы и предложить другие варианты объяснения для ребенка ситуации насилия.

3-4-е занятие. Цели:

- Дать возможность ребенку говорить об отношении к насильнику.
- Обсудить с ребенком проблему нарушения доверия к другим людям.
- Помочь понять, каким людям можно доверять, а каким нет.

Для решения этих задач можно использовать метод обсуждения "Обсуждение спорных вопросов" (15-20 минут).

5-6-е занятие. Цели:

- Дать ребенку общую информацию о сексуальных отношениях, о любви.
- Помочь ребенку понять разницу между сексуальными отношениями по взаимному согласию и сексуальному насилию.
- Помочь ребенку понять, почему нек-рые люди совершают насилие по отношению к детям

7-8-е занятие. Цели:

- Помочь ребенку понять, то какие-то определенные вещи могут напоминать ему о насилии и вызвать страх, и научить его преодолевать негативные чувства, вызванные этими воспоминаниями.
- Показать ребенку, как он может противостоять насилию.
- Помочь детям меньше чувствовать себя одинокими в их беде.
- Показать детям, что в их личностном развитии есть прогресс.

При психологической реабилитации детей, пострадавших от сексуального насилия возможны определенные отступления от этой схемы, использование других психотерапевтических приемов, однако во всех случаях главное суметь правильно определить реальное психическое состояние ребенка, выделить главные факторы, определяющие его характеристики в каждом конкретном случае, и помнить, что ему можно и нужно помочь.