

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ
Академия права и управления

И. С. Ганишина, А. А. Жарких

НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОСУЖДЕННЫХ,
СОДЕРЖАЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
И СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ
УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Монография

Рязань
2015

ББК 88.473

Г19

Рецензенты:

Т. В. Кириллова, доктор педагогических наук, профессор (УФСИН России по Чувашской Республике – Чувашии);

А. А. Васищев, кандидат психологических наук (МОПР УФСИН России по Ярославской области)

Ганишина, И. С.

Г19 Наркотическая зависимость осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы : монография / И. С. Ганишина, А. А. Жарких. – Рязань : Академия ФСИН России, 2015. – 134 с.

ISBN 978-5-7743-0686-2

В монографии рассмотрен психологический аспект проблемы наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации; изложены теоретико-методологические подходы к проблеме наркотической зависимости в отечественной и зарубежной литературе, произведен анализ причин и последствий распространения наркомании.

Монография предназначена для практических работников уголовно-исполнительной системы, слушателей высших академических курсов, факультета повышения квалификации, преподавателей ведомственных вузов ФСИН России, адъюнктов, курсантов, слушателей и студентов.

ББК 88.473

ISBN 978-5-7743-0686-2

© Ганишина И. С., Жарких А. А., 2015

© Академия ФСИН России, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы	
1.1. Общая характеристика феномена наркотической зависимости личности.....	14
1.2. Исследования наркотической зависимости в отечественной и зарубежной психологии.....	23
1.3. Характеристика наркозависимых осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.....	48
Глава 2. Эмпирическое исследование наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы	
2.1. Организация исследования социально-психологических особенностей наркозависимых осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.....	59
2.2. Социально-психологические особенности наркозависимых осужденных.....	70
Глава 3. Профилактика и коррекция наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы	
3.1. Профилактика наркотической зависимости осужденных.....	91
3.2. Психологическая коррекция наркотической зависимости осужденных.....	115
Заключение	121

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы проблема наркотизации населения в нашей стране стоит достаточно остро. Директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) В. П. Иванов указывает, что в России насчитывается около 5 миллионов наркозависимых, ежегодно около 100 тысяч человек умирают от наркотиков¹.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ежегодный прирост наркоманов в РФ составляет более 100 %, 2,5 миллиона человек из 140-миллионного населения страны – наркоманы, большинство из них – люди трудоспособного возраста (от 18 до 39 лет). Однако по оценке независимых экспертов эти данные значительно занижены и не отражают реального положения дел².

По официальным данным Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН России), число лиц, осужденных в нашей стране за наркопреступления, в последние годы неуклонно растет: в 2007 г. – 81 194 чел.; 2008 – 98 430; 2009 – 114 508; 2010 – 124 168; 2011 – 125 141; 2012 – 124 955; 2013 – 123 185; в 2014 г. – 127 161 чел.³

В учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) наблюдается ежегодный рост численности поступающих больных с диагнозом «наркомания», составляющий около 12 %⁴. Кроме объективно возросшей нагрузки на надзорные и воспитательные подразделения, связанной с необходимостью усиленного контроля над этой категорией осужденных, состояние их здоровья требует постоянного повышенного внимания медицинских работников и сотрудников психологических служб.

Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537⁵, выражая тревогу в связи с угрозой физическому здоровью россиян, относит борьбу с наркобизнесом, наряду с терроризмом и контрабандой, к важнейшей составной части обеспе-

Примечание. Ссылки на литературные источники приведены в конце введения и каждой главы.

чения как национальной безопасности страны, так и безопасности мирового сообщества в целом.

В Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года, утвержденной Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690⁶, отмечается, что современная наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, таких как героин, кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда, а также их влиянием на распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, что представляет серьезную угрозу безопасности государства, экономике страны и здоровью населения.

Аналогичная ситуация наблюдается и в учреждениях уголовно-исполнительной системы. По неофициальным данным, около 50 % наркозависимых осужденных, содержащихся в СИЗО и учреждениях УИС, больны ВИЧ/СПИДом, свыше 40 % – носители вируса гепатита С.

В учреждениях и следственных изоляторах (СИЗО) уголовно-исполнительной системы РФ отбывают наказание в виде лишения свободы большое количество наркозависимых осужденных. По данным специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, проведенной 12–18 ноября 2009 г., доля наркозависимых осужденных составляла около 8,4 % от общего количества осужденных⁷. В 2010 г. согласно Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года в исправительных учреждениях (ИУ) и следственных изоляторах, обеспечивающих изоляцию от общества, содержалось свыше 62 тысяч осужденных, имеющих наркотическую зависимость⁸.

Наркотическая зависимость – заболевание, характеризующееся непреодолимым влечением к приему психотропных веществ, психической и физиологической зависимостью, тенденцией к увеличению употребляемых доз (толерантности), формированием абстинентного синдрома у наркоманов.

Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) наркотическая зависимость относится к классу V «Психические расстройства и расстройства поведения», блоку (F-11–F-19) «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ»⁹.

Наркомания, являясь социально значимым и социально опасным заболеванием, разрушительно влияет на систему взаимоотношений личности с окружающим миром. Наркоман отличается эмоциональной опустошенностью, общим падением активности и энергетического потенциала, вытеснением обычных потребностей тягой к наркотику и общей деформацией мотивационной сферы, интеллектуальными и мнестическими снижениями, понижением продуктивности умственной деятельности, появлением раздражительности, чувства тревоги, подавленным настроением. Постепенно он отчуждается от системы социальных связей и общепринятых ценностей, патологическое влечение постоянно провоцирует его на совершение правонарушений, приводит к социальной деградации личности.

В отечественной и зарубежной психологической литературе принято выделять следующие личностные факторы, способствующие наркотизации: недостаточная удовлетворенность жизнью; слабое развитие самоконтроля; высокая суггестивность; деформированность системы ценностей; духовная пустота, недостаток жизненных интересов; неумение преодолевать трудности, социально приемлемым путем удовлетворять свои потребности; обидчивость, низкая стрессоустойчивость; повышенная конфликтность; низкий уровень коммуникативной компетентности.

Анализ дисциплинарной практики в ИУ и СИЗО Российской Федерации показывает, что наркозависимые осужденные чаще других становятся нарушителями режима отбывания наказания. Уровень нарушений режима и, как следствие, наложения взыскания у наркозависимых осужденных почти в 11 раз превышает средний уровень наложения взысканий на одного осужденного¹⁰.

В подразделе «Социальная, психологическая, воспитательная и образовательная работа с осужденными» четвертого раздела Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года указывается на необходимость поиска и внедрения новых индивидуальных форм работы, обеспечивающих оказание адресной социальной, психологической и педагогической помощи каждому осужденному с учетом его социально-демографической, уголовно-правовой и индивидуально-психологической характеристик... по-

вышения требований к научному и методическому уровню психодиагностической и психокоррекционной работы, совершенствования научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизации диагностического инструментария психолога и объема психодиагностической работы... разработки и развития психотерапевтического направления работы психолога... создания при учреждениях уголовно-исполнительной системы отделений социально-психологической реабилитации с целью оказания профильной психологической помощи осужденным, имеющим алкогольную или наркотическую зависимость, психические аномалии. Такого рода требования актуализируют совершенствование научно-методической базы по работе с данной категорией лиц в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

В соответствии с российским законодательством совершеннолетние осужденные-наркоманы отбывают уголовные наказания в исправительных учреждениях. Исправительные учреждения различаются по возможностям проведения лечения наркоманов и режиму.

Для содержания наркозависимых осужденных в настоящее время существует несколько типов исправительных учреждений:

- специализированные лечебно-исправительные учреждения, исполняющие наказания в виде лишения свободы, предназначенные для содержания и лечения осужденных-наркоманов;

- наркологические (психиатрические) отделения республиканских (областных) больниц, используемые для обследования и проведения курса стационарного лечения больных наркоманией;

- учреждения, исполняющие наказание в виде лишения свободы, не являющиеся специализированными, но в которых в числе прочих категорий осужденных отбывают наказание и осужденные-наркоманы.

Следует заметить, что в уголовно-исполнительной системе России специализированных лечебных колоний для несовершеннолетних осужденных, имеющих наркотическую зависимость, не предусмотрено. Они отбывают наказание вместе с иными осужденными и проходят лечение по месту отбывания наказания.

Европейские тюремные правила 2006 г. в ст. 47.1 и 47.2 закрепили положения, касающиеся лечения осужденных, имеющих психические

расстройства, включая аддиктивные нарушения (алкоголизм, наркомания). В частности, наблюдение и лечение заключенных, страдающих психическими расстройствами или аномалиями, должны проводиться в специализированных пенитенциарных учреждениях или отделениях под медицинским контролем. Медицинская служба мест лишения свободы обеспечить психиатрическим лечением всех нуждающихся в этом заключенных, обращая особое внимание профилактики суицидов. Эти положения носят рекомендательный характер для всех государств – членов Совета Европы (в том числе России).

Действующее российское законодательство (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») предусматривает добровольный порядок оказания психиатрической помощи. Однако в некоторых случаях эта помощь оказывается в недобровольном (принудительном) порядке. Так, в соответствии со ст. 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан допускается оказывать медицинскую помощь (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей в отношении лиц, которые страдают заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, тяжелыми психическими расстройствами или совершившими общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Категории лиц, к которым могут применяться принудительные меры медицинского характера, содержатся в ч. 1 ст. 97 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ). Это следующие лица: совершившие предусмотренные Особенной частью УК РФ общественно опасные деяния в состоянии невменяемости (п. «а»); у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания (п. «б»); совершившие преступление и страдающие психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (п. «в» 1).

Федеральный закон от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» отменил

принудительное лечение наркологических больных осужденных (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ предусматривал возможность применения принудительных мер медицинского характера к лицам, которые совершили преступление и признаны нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании). Тем не менее суды и сегодня наряду с наказанием назначают принудительную меру медицинского характера осужденным, страдающим алкоголизмом или наркоманией (как правило, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра).

Цели применения принудительных мер медицинского характера законодатель включил в ст. 98 УК РФ (излечение больного, улучшение его психического состояния, предупреждение совершения им новых преступлений), виды принудительных мер медицинского характера и порядок их продления, изменения и прекращения применения – в ст. 102 УК РФ, а в гл. 15 УК РФ урегулировал иные вопросы, связанные с принудительными мерами медицинского характера.

Одновременно с внесением изменений в УК РФ был издан Федеральный закон № 161-ФЗ «О приведении Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации и других законодательных актов в соответствие с Федеральным законом "О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации"», изменивший ст. 18 УИК РФ. Таким образом, вместо принудительного лечения, которое назначал суд, было введено обязательное лечение, назначаемое медицинской комиссией во время отбывания осужденным наказания в учреждениях УИС.

После внесения изменений ст. 18 УИК РФ «Применение к осужденным мер медицинского характера» имеет следующую редакцию:

«1. К осужденным к аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера...

3. К осужденным к наказаниям, указанным в части первой настоящей статьи, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осужденным, а также осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса

лечения венерического заболевания, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение».

Замена принудительного лечения на обязательное поставила перед медицинской службой УИС новые задачи: наряду с лечением больных аддиктивными расстройствами, выявление и диагностику этих заболеваний.

Обязательное лечение наркомана – трудный и длительный процесс, предполагающий тесное взаимодействие медицинских, психологических, воспитательных и иных служб и подразумевающий достижение состояния длительной ремиссии.

По данным специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, проведенной 12–18 ноября 2009 г., 92,5 % наркозависимым осужденным лечение так и не было назначено. Полагаем, что для решения данной проблемы необходимо использовать арсенал всех служб исправительных учреждений. Особое внимание надо обращать на выявление наркозависимых обвиняемых, подозреваемых и осужденных, содержащихся в СИЗО, поскольку ввиду непродолжительного по времени содержания под стражей у данной категории лиц могут наблюдаться абстинентные состояния.

По оценке самих наркозависимых в настоящее время в учреждениях УИС лечение от наркотической зависимости не является эффективным. Как указывает С. В. Фирсаков, оно фактически сводится к проведению профилактических бесед о вреде наркомании и вынужденном частичном воздержании от наркотика и затрудняется рядом объективных сложностей: переполненностью колоний, большой нагрузкой врачей, недостаточной медицинской базой¹¹. В связи с этим в сложившихся условиях на первое место выходит профилактическая, консультативная, реабилитационная работа с обвиняемыми, подозреваемыми и осужденными в учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.

Несмотря на то что в последнее время вышел ряд работ по проблеме наркотической зависимости осужденных в УИС (А. А. Жарких, 2013; А. И. Родионов, 2013; И. В. Туровский, 2013; А. С. Ужахов, 2012; А. П. Осипов, 2011; И. Л. Киреева, 2010; А. С. Шурыгин, 2010),

указанная проблема остается недостаточно разработанной в современной пенитенциарной науке.

Степень разработанности проблемы. Проблема наркотической зависимости осужденных, содержащихся в учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы, была и остается вопросом, привлекающим внимание широкого круга специалистов в сфере уголовного права, криминологии, уголовно-исполнительного права, уголовного процесса, криминалистики, теории оперативно-розыскной деятельности, юридической психологии.

Проблемой наркотической зависимости в разные годы занимались следующие отечественные и зарубежные ученые: Н. П. Барабанов, А. Я. Гришко, Н. С. Артемьев, Ю. М. Антонян, З. С. Зарипов, А. И. Ушатиков, Н. А. Тюгаева, В. И. Игнатенко, Т. И. Савельева, Ю. В. Власова, С. Д. Хачатурян, М. Г. Дебольский, Б. Г. Бовин, А. В. Кокурин, М. С. Басенко, О. П. Карпова, С. Н. Никольский, О. И. Трифонов, В. А. Галков, М. Ю. Воронин, В. В. Яковлев, С. А. Иванов, Д. П. Ищенко, Т. М. Клименко, В. И. Мельник, П. К. Смирнов, В. В. Чернышев, Т. А. Боголюбова, А. А. Гребеньков, И. В. Кобзева, М. И. Кузнецов, В. Н. Казанцев, В. Н. Курченко, Л. В. Лазарева, И. М. Мацкевич, А. Н. Гаранский, С. Я. Лебедев, А. Н. Павлухин, Н. Б. Сердукова, Н. В. Тарасова, Р. А. Александров, Я. Э. Красковский, Б. Г. Дондуков, Т. В. Жукова, Д. В. Горбась, В. В. Зиновьев, С. В. Пенкин, Т. Д. Устинова, Е. В. Змановская, С. Ю. Власенко, С. П. Петров, Н. В. Подхватилин, В. И. Омигов, В. И. Сорокин, К. В. Зенкин, В. В. Черников, Е. А. Стороженко, С. В. Березина, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров, А. Данилин, С. В. Фирсаков, В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, И. Н. Пятницкая, С. Е. Хайман, Д. Г. Робертс, Н. Ф. Флеминг, Л. С. Фридман, Масаб Али Саид, Wanke, Taschner, Devis L.J., Hurt R.D., Offord K. P. и др.

Целью данного исследования является изучение наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.

В монографии впервые проанализированы различные теоретико-методологические подходы к проблеме наркотической зависимости

осужденных в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы; определены признаки наркозависимости; описаны индивидуально-психологические особенности наркозависимых осужденных.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что в работе реализован авторский подход к проблеме наркотической зависимости осужденных. Наркотическая зависимость рассмотрена как комплексное явление, даны междисциплинарные определения терминов «наркотизм», «наркомания», «наркотическая зависимость». Произведен анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме наркотической зависимости осужденных в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы. Предложена и апробирована методика исследования наркотической зависимости осужденных в УИС. Выявлены психологические особенности наркозависимых осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.

Практическая значимость состоит в разработке методики оценки наркотической зависимости осужденных в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы, позволяющей выявить их индивидуально-психологические особенности, что позволит разработать программу профилактики и коррекции наркотической зависимости осужденных. Полученные в ходе проведенного исследования результаты могут быть использованы в практической деятельности учреждений уголовно-исполнительной системы, при обучении практических психологов в ведомственных вузах ФСИН России, а также в системе профессиональной подготовки и переподготовки персонала уголовно-исполнительной системы.

¹ См.: Брифинг председателя гак, директора ФСКН России В. П. Иванова, 20 марта 2015 г. www.fskn.gov.ru.

² www.minzdravsoc.ru.

³ <http://fsin.su>.

⁴ Ганишина И. С. Опыт работы психологических служб уголовно-исполнительной системы с наркозависимыми осужденными // Наука и бизнес: пути развития. 2014. № 12 (42). С. 18–20.

⁵ См.: Собрание законодательства Российской Федерации. 2009. № 20. Ст. 2444.

⁶ См.: Там же.

⁷ См.: Фирсаков С. В. Наркоманы, отбывающие лишение свободы (по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12–18 ноября 2009 г.) / под ред. В. И. Селиверстова. М., 2011. Вып. 8.

⁸ См.: Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года : утв. распоряжением Правительства Рос. Федерации от 14 октября 2010 г. № 1772-р // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2010. № 43. Ст. 5544.

⁹ См.: МКБ-10 ВОЗ. Международная классификация болезней. 10-й пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб., 1994.

¹⁰ См.: Ганишина И. С., Жарких А. А. К вопросу о наркотической зависимости подозреваемых, обвиняемых, осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы // Прикладная юридическая психология. 2013. № 4. С. 66–73.

¹¹ См.: Фирсаков С. В. Указ. соч. С. 74.

ГЛАВА 1

Теоретико-методологические основы исследования наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы

1.1. Общая характеристика феномена наркотической зависимости личности

В последние десять лет в уголовно-исполнительной системе РФ резко увеличилось количество наркозависимых, что обусловлено ростом количества наркозависимых в России.

В контексте исследуемой проблемы необходимо определить понятийный аппарат, используемый для ее характеристики.

Следует отметить, что понятия, которыми оперирует российское законодательство и исследователи, соответствуют терминологии, используемой в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, Конвенции ООН о психотропных веществах 1971 года и Конвенции ООН о борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

В Российской Федерации существует 5 видов веществ, незаконный оборот которых преследуется в рамках уголовного законодательства: наркотические средства, психотропные вещества, их прекурсоры, сильнодействующие и ядовитые вещества. Остановимся на их рассмотрении более подробно.

Наркотические средства – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с законодательством.

Психотропные вещества определяются как вещества синтетического и естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

Прекурсоры представляют собой вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в нашей стране.

Сильнодействующие вещества – вещества синтетического или природного происхождения, в том числе растения, включенные в Список сильнодействующих веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков.

Ядовитые вещества – вещества растительного, животного и минерального происхождения или продукты химического синтеза, способные при воздействии на живой организм вызвать острое или хроническое отравление или смерть, включенные в Список ядовитых веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков.

Незаконный оборот наркотических средств представляет потенциальную угрозу для национальной безопасности страны. По законодательству Российской Федерации к незаконному обороту наркотических средств относятся преступления, предусмотренные ст. 228–234 УК РФ. При этом под *наркопреступностью* понимается совокупность преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств.

Термин «*наркомания*» в переводе с греческого означает страсть к эйфории, иными словами, гипертрофированное желание получить физиологическое удовольствие, «забыться» и тем самым не думать о тех сложностях и невзгодах, которые встречаются людям на их жизненном пути.

Согласно Словарю русского языка С. И. Ожегова, Н. Ю. Шведовой, *наркомания* – болезнь, характеризующаяся непреодолимым влечением к наркотикам, приводящая к тяжелым нарушениям функций организма. Однако чаще всего *наркомания* понимается как заболевание, возникающее в результате систематического употребления наркотических средств.

В соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 г. № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах»¹, *наркомания* – это заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. В данном определении

речь идет только о зависимости от веществ, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. В остальных случаях при употреблении веществ, не зарегистрированных как наркотические, на практике используют термин «токсикомания».

Важно отметить, что согласно унифицированному словарю терминов Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, под токсикоманией понимается зависимость, возникающая в результате злоупотребления наркотическими средствами или психотропными веществами, не включенными в список наркотических средств и психотропных веществ. Необходимо знать, что данное деление в первую очередь связано с правовыми, а не с медицинскими аспектами, поскольку с клинической точки зрения проявления наркомании и токсикомании весьма схожи.

В медицине наркомания и токсикомания представляют собой единую группу заболеваний со схожим симптомокомплексом – синдромом зависимости, представляющим собой комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который может развиваться после повторного использования вещества и обычно включает в себя сильное желание принять наркотическое средство или психотропное вещество; подразумевает нарушение контроля над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение потребления.

Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) наркотическая зависимость относится к классу V «Психические расстройства и расстройства поведения», блоку (F-11 – F-19) «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».

Больной наркоманией – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с федеральным законом, поставлен диагноз – наркомания. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) наркоманом считают человека, состояние которого соответствует нескольким из перечисленных условий: у наркомана возникает состояние периодической или постоянной интоксикации, связанное с приемом наркотиче-

ских веществ, наносящее не только вред своему физическому, психическому состоянию и социальному положению, но и материальный и моральный ущерб окружающим его близким людям и обществу.

Согласно Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриевой человек, использующий психоактивные вещества, подвергается риску развития острых интоксикационных состояний и аддиктивного процесса. Острые интоксикационные состояния могут быть обусловлены как передозировкой, так и взаимодействием с другими токсическими веществами и приводить к совершению преступлений. Аддиктивный процесс, возникающий при повторном приеме веществ, изменяющих психическое состояние, характеризуется развитием зависимости. В результате приема «мягких» наркотиков развивается психологическая зависимость, при приеме «жестких» наркотиков к психологической присоединяется физическая зависимость. Тем не менее, несмотря на отсутствие явлений физической зависимости, вещество может быть в аддиктивном плане очень опасным. Марихуана способна вызвать изменение в мотивационной сфере, фиксируя человека в мире переживаний, возникающих во время ее курения. Такая фиксация, характерная для аддикции, как выбор пути ухода от реальности способствует все большему движению человека по этому пути. Следует отметить, что выраженность зависимости и ее отдельные симптомы зависят от вида психоактивного вещества, особенностей его употребления, возраста и некоторых других факторов².

Для наркотической зависимости характерно фазное течение с наличием ряда поэтапно формирующихся синдромов: измененной реактивности, психической зависимости и физической зависимости. Эти три синдрома объединяются в общий наркотический синдром. Основным признаком наркомании является возникновение абстинентного синдрома как следствия наличия физической зависимости от конкретного вещества. При этом, по словам Б. Р. Мандель, разные виды наркотиков вызывают разную зависимость: ряд наркотиков вызывает сильную психологическую зависимость, но не вызывают физической зависимости; другие – сильную физическую зависимость; большинство же наркотиков – и физическую и психологическую зависимость³.

В отечественной и зарубежной психологии наркотическую зависимость рассматривают как вид аддиктивного поведения личности.

Ц. П. Короленко понимает *аддиктивное поведение* как один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема психически активных веществ (ПАВ)⁴.

По мнению отечественных и зарубежных ученых, основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удастся обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию.

Б. М. Сегал выделяет следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения: сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду, обвинять других, зная, что они невиновны; стремление уходить от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения, зависимость и тревожность⁵.

В рамках исследуемой проблемы наибольший интерес представляет базисная характеристика аддиктивной личности – ее зависимость. *Зависимость*, по определению ВОЗ, это состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества.

Зависимость отличается следующими характеристиками:

- овладевающим желанием или неодолимым влечением продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями;
- тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности;
- возникновением «индивидуальных и социальных проблем», обусловленных злоупотреблением и др.

По мнению ряда зарубежных авторов, для оценки отнесения человека к зависимому типу необходимо анализировать перечисленные ни-

же признаки, пяти из которых достаточно для диагностики клинической зависимости от наркотических веществ:

- неспособность принимать решения без советов других людей;
- готовность позволять другим принимать важные для него решения;
- готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы;
- затруднения начать какое-то дело самостоятельно;
- готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобретения поддержки и любви окружающих;
- ощущение опустошенности или беспомощности;
- непереносимость одиночества;
- охваченность страхом быть отвергнутым;
- ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны окружающих.

Согласно DSM-IV зависимость устанавливается, если три из следующих приведенных критериев присутствуют в течение более одного месяца:

- употребление наркотика в течение длительного периода;
- постоянное желание или безуспешные попытки снизить или контролировать его употребление;
- значительное время, затрачиваемое на то, чтобы достать наркотик или выздороветь от его эффекта;
- интоксикация или отнятие, когда необходимо выполнить главные обязательства;
- отказ или редуцирование важных активностей вследствие употребления;
- отчетливая толерантность;
- использование наркотика для облегчения или избегания симптомов отнятия⁶.

Таким образом, проведя анализ наркотических симптомов, можно дать следующее определение понятию «*наркотическая зависимость*» – это заболевание, характеризующиеся непреодолимым влечением к приему психотропных веществ, психической и физиологической зависимостью, тенденцией к увеличению употребляемых доз (толерантности), формированием абстинентного синдрома у наркоманов.

Психическая зависимость от наркотических веществ подразумевает болезненное стремление принимать наркотический (психоактивный) препарат для того, чтобы испытывать приятные ощущения либо снимать явления психологического дискомфорта.

Физиологическая зависимость – состояние перестройки функций всего организма в ответ на хроническое употребление ПАВ, проявляющееся выраженными психическими и соматическими нарушениями при прекращении приема наркотиков. Эти нарушения обозначаются как абстинентный синдром, который облегчается или полностью купируется при новом введении препарата.

Среди основных социально-психологических, биологических, педагогических *причин наркотизации* можно выделить следующие:

- воспитание в неблагополучных семьях;
- врожденные особенности генотипа, эндокринной системы;
- возрастные кризисы;
- психологические нарушения в виде депрессии;
- отсутствие веры в Бога;
- низкая самооценка;
- акцентуации характера;
- коммуникативные проблемы;
- низкий уровень интеллектуального, эмоционально-волевого развития;
- ограниченность интересов, бедность нравственных чувств;
- направленность личности на развлечения;
- психический инфантилизм;
- тяга к рискованным ситуациям, стремление выйти за границы разрешаемого;
- отсутствие ясных жизненных целей, низкая социальная ценность притязаний личности, пессимистическое отношение к своим жизненным перспективам;
- раннее курение сигарет.

Наряду с понятием «наркотическая зависимость» в науке часто используется термин «наркотизм». По определению Э. Г. Гасанова, *наркотизм* – это негативное социальное явление, включающее в себя социальный, правовой, криминологический, экономический, биологический и экологический аспекты, затрагивающие социальную, правовую,

криминологическую, экономическую, биологическую и экологическую сферы, отличающиеся высокой степенью общественной опасности, выражающиеся в заболеваемости наркоманией, причинении вреда здоровью потребителей наркотических средств и совокупности противоправных деяний, связанных с наркотиками либо совершаемых с целью добывания средств для последующего приобретения наркотиков или в состоянии наркотического опьянения, среди которых преступления, связанные с наркотиками, образуют самостоятельный вид преступности – наркотическую преступность, и организованности последней, превратившей наиболее опасную часть наркотической преступности в разновидность организованной преступности⁷.

Л. В. Готчина, Ю. Н. Канибер, В. Б. Коробов и другие авторы понимают *наркотизм* как социальное явление, способствующее массовому распространению наркомании как болезни, представляющее опасность не только для здоровья человека, но и для социальных групп, общества и государства в целом. Следовательно, термин «наркотизм» значительно шире термина «наркомания», так как наряду с болезненным пристрастием к наркотикам он характеризует и социальные проявления этого заболевания и в целом может быть охарактеризован как система дисфункциональных воздействий наркомании на общество⁸.

Отечественные исследователи Э. А. Колесникова и М. Я. Айнбиндера выделяют четыре группы *причин наркотизма*: биофизиологические, индивидуально-психологические, макросоциальные, микросоциальные. Рассмотрим их более подробно⁹.

Биофизиологические связаны с наследственной предрасположенностью к употреблению психоактивных веществ, с генетическим влиянием передающихся расовых, этнических, морфологических особенностей, сочетающимися с психофизиологическими особенностями индивида (патологии мозга).

Индивидуально-психологические объясняются особенностями патологии и личного опыта, который обуславливает неполноценный образ жизни и соответствующую тягу к ее компенсации за счет искусственной регуляции своего психоэмоционального состояния с помощью психоактивных веществ.

Макросоциальные понимаются как деструктивные тенденции в развитии цивилизации и культуры и вызваны разбалансированностью основных общественных институтов, в рамках которых осуществляется социализация личности.

Микросоциальные включают в себя негативное влияние социального окружения, субкультуры.

Нарушение механизмов социализации ведет к формированию специфического типа личности наркозависимого, для которого характерен кризис ценностей, подмена традиционных для культуры ценностных ориентаций и жизненных смыслов плацебо-ценностями; снижение регулирующей роли совести, позволяющее преодолеть нравственные нормы; разрушение механизмов психологической защиты от агрессивной внешней среды. Эти личностные качества создают благоприятную почву для наркотизма, который в ряде случаев выступает и как своеобразная компенсация за отсутствие возможностей самореализации, достижения жизненного успеха.

Наряду с причинами в научной литературе выделяются *факторы наркотизма*:

1) *социальные факторы* представляют собой межличностные, социорольевые, внутригрупповые и межгрупповые события, изменения в структуре и качестве социальной сети и поддержки (недостаток заботы, семейные конфликты, воспитание в детском доме, родительская гиперопека, непоследовательность в системе наказаний);

2) *недостаточное распространение медико-санитарных знаний среди населения* учреждениями здравоохранения, не позволяющее сформировать представления о разрушительных воздействиях наркотиков на организм;

3) *популяризация средствами массовой информации наркотической идеологии*, включающая в себя пропаганду употребления одурманивающих веществ, как неотъемлемой части современной молодежной субкультуры;

4) *просчеты в осуществлении молодежной политики*, выражающиеся в отсутствии эффективных форм социальной поддержки молодежи, обеспечения для них жизненных перспектив в отношении по-

лучения образования, трудоустройства, организованного досуга несовершеннолетних;

5) невыполнение функций выявления лиц, нуждающихся в помощи государства в связи с наркозависимостью, консультирования и оказания им помощи управлениями социальной защиты;

6) недостаточная поддержка со стороны государства общественных и религиозных организаций, потенциально способных активно противодействовать наркотизму;

7) просчеты органов внутренних дел и Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков в предупреждении и пресечении активизации преступных группировок по вовлечению молодежи в среду наркоманов;

8) ослабление функции контроля над наркотиками в России силовых структур и, как следствие, скачкообразный рост наркобизнеса;

9) недостаточный контроль органов внутренних дел за миграционными процессами, особенно за миграцией народов Средней Азии и Закавказья, в культуре которых допускается употребление наркотикосодержащих растений при проведении обрядов.

Таким образом, в России на сегодняшний день достаточно сложная и критическая наркоситуация, которая требует своего незамедлительного разрешения. Проблема роста наркотической зависимости населения стоит остро не только перед органами государственной власти, учреждениями образования, досуговыми учреждениями, но и перед правоохранительными органами, в том числе учреждениями ФСИН России.

1.2. Исследования наркотической зависимости в отечественной и зарубежной психологии

В отечественной и зарубежной психологии к настоящему времени собран богатый эмпирический материал, касающийся проблемы воздействия психически активных веществ на психику человека.

подавляющее большинство исследователей указывают на *преморбидные особенности* личности, то есть изначальные психологиче-

ские особенности, благоприятствующие становлению наркотической зависимости.

Так, Х. Когут отмечает, что «наркотик служит замещением дефекта в психологической структуре»¹⁰. В. А. Гиляровский указывает, что наркомании особенно часто бывают у лиц с неустойчивой конституцией, чувствительных к боли и ощущающих большую потребность в искусственном возбуждении¹¹. Т. В. Клименко (1990), изучая влияние последствий травматического поражения головного мозга на становление и развитие наркоманий, обнаружила, что церебрально-органическая патология, проявляющаяся эмоциональной неустойчивостью, слабостью волевых процессов, лабильностью функциональных систем головного мозга и изменением реактивности организма, в значительной мере способствует нарушению социальной адаптации и приобщению этих лиц к употреблению наркотиков, что, в свою очередь, усугубляет церебрально-органическую патологию¹².

М. Л. Рохлина (1981) констатирует в преморбиде у большинства больных с осложненными формами опийной наркомании наличие личностных девиаций, которые в основном проявились повышенной возбудимостью, истероформностью либо патологической конформностью¹³.

Согласно исследованиям А. Н. Олисова (1982), выраженность и характер медико-социальных последствий наркоманий определяются клиническими особенностями заболевания, с одной стороны, и преморбидными особенностями – с другой. Криминогенность, согласно автору, более характерна для больных с эпилептоидными и эксплозивными чертами характера по сравнению с больными, имеющими иные характерологические особенности.

Согласно данным А. Е. Личко (1977), у госпитализированных по поводу наркоманий подростков в 2/3 случаев была диагностирована психопатия, и в 1/3 – акцентуации характера, которые, вероятнее всего, присутствовали в преморбиде¹⁴.

Развивая представления о преморбиде наркозависимой личности, А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991) отмечают, что у подростков с психопатическими чертами характера риск развития наркоманий и

токсикоманий достаточно высок. При этом большее значение имеет не выраженность аномалии характера (психопатия или акцентуация), а ее тип¹⁵.

М. Г. Гулямов (1988) также указывал на наличие акцентуаций в преморбидном периоде у подростков, имеющих гашишную зависимость¹⁶.

Н. Г. Найденова, А. Ф. Радченко и И. Б. Власова (1992, 1993) нашли определенную связь между преморбидными личностными особенностями и склонностью субъекта к поиску специфической эйфории опийного типа. Чем больше у личности выражены черты возбудимости, аффективной неустойчивости, истероидности и агрессивности тем предпочтительнее для нее опийная эйфория¹⁷.

Многие исследователи, изучившие клинические аспекты опийной наркомании [И. В. Стрельчук (1956); В. В. Бориневич (1963); Г. В. Морозов, Н. Н. Боголепов (1984)], отмечали психопатические черты характера у будущих наркоманов.

Н. А. Сирота (1989), рассматривая мотивацию потребления наркотиков, выяснила, что в ее основе часто лежали такие подростковые поведенческие реакции, как имитация (в 33,75 % случаев), сочетающаяся, как правило, с реакциями группирования со сверстниками и эмансипации, а также реакции протеста (33,8 %) и гиперкомпенсации (17,5 %)¹⁸.

О. И. Трифонов (2008), изучая психические и поведенческие расстройства у осужденных подростков, зависимых от наркотиков, выявил следующие факторы, способствующие началу потребления и формирования наркотической зависимости: отягощенность алкоголизмом; акцентуации характера; психопатии; нарушение адаптации; нарушение межличностных отношений в семье; дефицит родительской эмпатии; гипоопека; злоупотребление родителями алкоголем¹⁹.

В. И. Рерке (2003), исследуя подростковую наркоманию, пришел к выводу о том, что такие психологические особенности личности, как низкая стрессоустойчивость, ярко выраженный конформизм, преобладание мотива «одобрения», существенно влияют на предрасположенность к наркозависимому поведению²⁰.

Следует отметить, что в вопросе преморбидных особенностей лиц, имеющих наркотическую зависимость, особое значение уделяется специфике мотивационной сферы.

Среди преморбидных отклонений мотивационной сферы, способствующих становлению зависимости от психоактивных веществ, В. А. Гиляровский (1935) указывал на наличие выраженной потребности в искусственном возбуждении²¹.

В. Д. Менделевич (2001), говоря о преморбиде, выделяет «слабо выраженные иерархические отношения в системе потребностей и мотивов». В данной ситуации любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей²².

По мнению В. Франкла (1962), приобщение к наркотикам связано с фрустрацией стремления к смыслу. В случае, когда у человека отсутствует смысл жизни, осуществление которого могло бы сделать его счастливым, он пытается достичь ощущения счастья иным путем, в частности посредством потребления наркотиков. Таким образом, причину наркомании В. Франкл связывает с ощущением утраты смысла²³.

П. Д. Шабанов и О. Ю. Штакельберг (2001) одно из центральных мест в этиологии наркоманий отдают незавершенному формированию мотивационно-установочной и нравственно-ценностной сфер личности подростков²⁴.

М. Г. Минков (2000) выделяет среди условий, благоприятствующих развитию зависимости («латентной селективной мотивационной недостаточности»), наличие у индивида устойчивой особенности личности, проявляющейся в слабой выраженности некоторой совокупности мотивационных детерминант (потребностей, интересов, побуждений и т. п.). Указанная особенность личности поведенчески проявляется в малой выраженности в повседневной жизни соответствующей деятельности по реализации этих детерминант²⁵.

Согласно В. Л. Малыгину, И. В. Ежову и И. Я. Туревскому (2003) среди наиболее значимых индивидуально-психологических факторов предрасположенности к потреблению психоактивных веществ выделяется наличие стремления к поиску новых острых ощущений с риском утраты контроля над своим поведением²⁶.

А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991) среди социально-педагогических факторов, способствующих потреблению наркотических веществ, называют желание подростков жить одним днем и отказ строить планы на будущее. При этом отмечается снижение или утрата интересов с возрастом бесцельного времяпрепровождения и крайней инертности. У них утрачивается не только профессиональная ориентация, но и сама установка на трудовую деятельность²⁷.

Б. С. Братусь (1974) подчеркивает, что причиной злоупотребления психоактивными веществами является дефектный способ решения неизбежно возникающих противоречий между потребностями человека и его возможностями²⁸.

Д. В. Колесов (1991) в монографии «Эволюция психики и природа наркотизма» вообще отрицает принципиальную предрасположенность к развитию болезненного пристрастия к наркотику и оценивает значение личности в аддиктивном поведении как минимальное²⁹.

М. Л. Рохлина и А. А. Козлов (2001) подчеркивают, что личность наркомана исследуется, как правило, уже на фоне сформировавшейся наркотической зависимости, когда не исключается ретроспективный перенос в преморбид ряда черт измененной в процессе болезни личности³⁰.

Говоря об *индивидуально-типологических особенностях* лиц, имеющих наркотическую зависимость, Н. Н. Мехтиханова отмечает, что среди опийных наркоманов достоверно больше лиц с холерическим темпераментом, чем среди здоровых, причем подавляющее большинство наркоманов-холериков – это холерики-экстраверты³¹.

А. А. Жарких, исследуя наркозависимых осужденных мужского пола с позиций теории ведущих тенденций Л. Н. Собчик, пришла к выводу о том, что наиболее многочисленной группой осужденных данной категории являются лица с выраженностью второй триады ведущих тенденций, характеризующиеся лабильностью нервной системы и холерическим типом темперамента³².

С. В. Березин и К. С. Лисецкий отмечают, что для наркоманов периода взросления чаще всего бывает характерен слабый или смешанный тип высшей нервной деятельности³³.

При исследовании состояния вегетативной нервной системы у опиоманов в фазе ремиссии (В. Н. Миртовская, В. И. Полтавец,

Т. Н. Майкова, 1991) были получены результаты, свидетельствующие о наличии у этих больных вегетативной дисфункции, что выражается в повышении вегетативного тонуса и снижении вегетативной реактивности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Это ограничивает регуляторно-приспособительные возможности организма и проявляется в подверженности больных вегетативным срывам, немотивированным изменениям поведенческих реакций, несмотря на субъективное улучшение состояния³⁴.

В настоящее время исследователями аккумулирован значительный массив информации относительно *психологических особенностей лиц, имеющих наркотическую зависимость*.

Данные современных ученых М. Л. Рохлиной (1995), А. А. Козлова (2001), С. И. Криворучко (1982), А. А. Колесникова (1982) свидетельствуют в пользу того, что личностные изменения лиц, имеющих наркотическую зависимость, начинают проявляться постепенно, начиная с *заострения преморбидных черт характера*. Затем, по мере продолжения употребления наркотиков, проявлялись отчетливые психопатоподобные нарушения, и, наконец, развивалось выраженное морально-этическое снижение, в ряде случаев с обеднением чувств, суждений, ослаблением активности, усилением психопатоподобной симптоматики, аффективных нарушений, снижением и утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией и формированием характерного дефекта. Одновременно с этим все заметнее становились интеллектуально-мнестические расстройства (разных форм и степеней выраженности).

Согласно данным А. Е. Личко (1977), у госпитализированных по поводу наркоманий подростков в 1/3 случаев диагностировались *акцентуации характера*³⁵.

Н. Н. Мехтиханова отмечает, что сравнительный анализ опийных наркоманов и здоровых испытуемых по отдельным типам акцентуаций показал, что среди больных наркоманией достоверно чаще встречаются акцентуации эпидептоидного круга, достоверно реже – акцентуации по психастеническому типу³⁶.

С. В. Березин и К. С. Лисецкий, описывая психологический портрет наркомана периода взросления, отмечают наличие симптомов истерической, эпилептоидной, параноидальной акцентуаций в 40, 20,

10 % случаев соответственно. У 20 % испытуемых проявляются самозаохистические тенденции. Склонность к циклотимическим расстройствам присутствует у 10 % клиентов³⁷.

Иные закономерности отмечают в своих работах М. П. Кутанин (1945), Л. М. Розенштейн (1933), М. Я. Серейский (1946). Ими констатируется проявление шизоидных черт характера у наркоманов. Ученые свидетельствуют в пользу «шизоидации» больных опиоманией, что внешне проявляется в апатии, замкнутости, эмоциональной тупости³⁸.

По мнению современных ученых, в ходе потребления наркотиков происходит *деформация эмоциональной сферы*. Так, эмоциональные расстройства в клинике опиной наркомании, по данным Л. Н. Благова (1993), являются одними из ведущих как в структуре абстинентного синдрома, так и в период формирования ремиссии. Со временем они становятся достаточно стойкими, формируя своеобразную наркоманическую личность. Расстройства настроения тесно связаны с другими психопатологическими проявлениями. Чаще всего у больных отмечается пониженное настроение на фоне астении, проявляющейся вялостью, слабостью, снижением волевой активности, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью. В ряде случаев наблюдаются более очерченные депрессивные состояния с выраженной тревогой, иногда достигающей степени ажитации, суточным колебанием аффекта с большей выраженностью в вечерние часы. Нередко встречаются жалобы на тоску, которая, однако, не достигает степени ветальной. Очень частыми являются расстройства дисфорического круга. Они свидетельствуют о наибольшей интенсивности патологического влечения к наркотику³⁹.

Анализируя результаты обследований больных опиной наркоманией, А. Н. Ланда (1989) пришла к выводу о том, что подобного рода лицам свойственна эмоциональная неустойчивость и склонность к дисфорическим реакциям⁴⁰.

Эмоциональную неустойчивость и эмоциональную незрелость у лиц, имеющих наркотическую зависимость, отмечают также С. В. Березин и К. С. Лисецкий (1997), А. И. Ушатиков (2003), М. С. Басенко (1991).

В. М. Фрагин (1983), исследуя клинику опийной наркомании у подростков, обратил внимание на эмоциональное огрубение⁴¹.

Подобную картину описывают Н. С. Курек и М. В. Самойлова (1989). Проведя психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опийной и эфедреновой наркоманиями, авторы обнаружили у них снижение точности распознавания эмоций по невербальной экспрессии и увеличение числа неэмоциональных ответов, что можно рассматривать как признак снижения эмоционального резонанса в общении, эмпатии, повышения порога чувствительности к переживаниям другого человека, то есть эмоциональной тупости. У больных эфедреновой наркоманией точность распознавания эмоций снижена в меньшей степени, чем у опийных наркоманов⁴².

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский также отмечают негативные изменения когнитивной и эмоциональной сфер наркоманов, что не позволяет последним эффективно использовать эмпатию в ситуациях общения. В результате отсутствуют чувство удовлетворенности общением и потребность в эмпатии дезактуализируется⁴³.

Как следствие, согласно Ц. П. Короленко и А. П. Донских (1990), для лиц с аддиктивным поведением характерен страх перед стойкими эмоциональными контактами⁴⁴.

Среди наиболее часто встречающихся эмоциональных состояний у больных наркоманиями состояние тревоги и депрессии S. M. R. Malfish, A. Krone (1990), В. J. Rounsaville с соавторами (1986), S. Wendy с соавторами (1990), E. J Khantzian, G. Treece (1985), В. J. Rounsavilleetal (1982,1986), W. Hall, S. Darke (1993), Н. Н. Дмитриева (2002), Д. В. Четвериков (2002).

По мнению Д. И. Громыко, И. В. Берно-Беллекур, Р. Д. Илюк (2009), характер эмоциональных расстройств зависит от вида потребляемых психически активных веществ. Так, при опиоидной зависимости проявляется пониженное настроение, раздражимость, внутреннее напряжение, апатия и дисфория. В случае зависимости от стимуляторов в постабстинентном состоянии доминирует эмоциональная неустойчивость, психическая гиперстезия, раздражительность. Относительно формирования мотивации к отказу от ПАВ авторы уделяют

большое место формированию чувства вины у лиц, имеющих зависимость⁴⁵.

Потребление наркотиков *приводит к деформации мотивационной сферы личности.*

Согласно мнению Б. В. Зейгарник (1971), в результате употребления наркотических средств формируется патологически измененная потребность (в наркотике), которая не входит в число естественных потребностей человека⁴⁶.

С. К. Бондырева и Д. В. Колесов (2006) считают, то наркогенная потребность не только быстро становится господствующей в иерархии потребностей индивида, но и деформирует эту иерархию. Другие потребности (конечно, за исключением витальных) становятся для индивида малозначительными, его потребностная сфера оскудевает. Наркогенная потребность вытесняет все другие потребности индивида, в результате чего происходит истощение гедонического механизма психики: утрачивается возможность подключаться к удовлетворению каких-либо прежних потребностей. Главенствующим мотивом, направляющим деятельность наркозависимого, становится удовлетворение потребности в наркотике. Потребность в наркотике перерастает во влечение, которое становится доминирующим в его жизни⁴⁷.

Б. С. Братусь (1988) указывает на то, что в ходе потребления наркотических средств происходит постепенное разрушение сформировавшейся до болезни мотивационно-смысловой иерархии и развитие взамен ее новой. Отличия старой и новой иерархических систем проявляются в том, что в процессе потребления наркотиков происходит «сдвиг мотива на цель», что ведет не к расширению мотивационных представлений, а к их сужению, замыканию на отдельных элементах некогда развернутой и сложной деятельности. При нормальном же развитии личности «сдвиги мотива на цель» ведут к расширению деятельности, развертыванию ее во все новых сферах⁴⁸.

Таким образом, в результате потребления психоактивных веществ деятельность из полимотивированной становится побуждаемой только одной потребностью – потребностью в наркотическом веществе.

Кроме того, у здорового человека мотивы деятельности лежат в основном в области изменений объективного мира. Что касается наркозависимой личности, то она концентрируется на субъективных эмоциональных переживаниях, достигаемых путем потребления наркотических средств, то есть не через реальную, а через иллюзорную деятельность. Вследствие этого постепенно утрачивается функция ранее ведущих мотивов, место которых начинают занимать мотивы достижения наркотического опьянения. Ведущие мотивы из реально действующих становятся мотивами, «только знаемыми». В результате нарушается сложившаяся до болезни иерархия мотивационной сферы.

Согласно К. С. Лисецкому и Е. В. Литягиной (2008) в мотивационной сфере наркозависимого человека формируются парадоксальные изменения. Для наркомана побудителями активности являются не цели, планы, ценностные ориентации, а колебания его настроения и самочувствия. Ухудшение самочувствия повышает его активность, а улучшение самочувствия способствует возникновению состояния покоя и даже обездвиженности⁴⁹.

Мотивация потребления наркотических средств, по С. К. Бондыревой и Д. В. Колесову (2006), связана, главным образом, с фиксацией в памяти позитивного эмоционального переживания состояния наркотического опьянения. Данный психический феномен становится одним из факторов рецидива наркотизма: наркоман со стажем, переставший потреблять наркотик, обнаруживает, что его жизнь, наполненная ранее наркогенной потребностью и связанными с нею делами, теперь пуста, в ней почти ничего не осталось. Он ощущает пустоту и блеклость окружающего, а удовольствие, которое могло бы доставить ему удовлетворение каких-либо потребностей, во-первых, становится недостижимым вследствие угасания этих потребностей, а во-вторых, в сравнении с эйфорией, вызываемой наркотиком, даваемые ими приятные ощущения слишком слабы. В результате лишенный привычного ему подкрепляющего положительного действия наркогенного вещества индивид в течение длительного времени испытывает тягостное состояние эмоционального опустошения и сниженного жизненного тонуса⁵⁰.

В. Е. Смирнов (1988), описывая портрет наркомана, приходит к выводу о том, что все размышления и действия зависимого человека концентрируются на собственной личности, поэтому он не способен к полноценному общению с другими людьми. На первый взгляд его натура кажется сильной и энергичной, но внутри ее скрывается неуверенность, отсутствие жизненных целей⁵¹.

В соответствии с данными, полученными М. С. Басенко (1991) при обследовании наркозависимых осужденных женского пола, примерно 63 % из них не имеют определенных целей, кроме наркотизации⁵².

Б. В. Зейгарник и Б. С. Братусь (1980) говорят о недифференцированности реальных и идеальных целей, неумении объективно оценивать возникающую ситуацию, видеть ее в развернутой временной перспективе и ставить посильные реальные цели. Трудовые мотивы утрачивают значимость, а деятельность, побуждаемая этими мотивами, становится лишь вспомогательным действием по добыванию денег на алкоголь. Аналогичная картина наблюдается и при наркозависимости. У наркологических больных исчезают дальние мотивы⁵³.

С. В. Березин и К. С. Лисецкий (1998) в ходе исследования наркозависимых подростков выявили, что потребность в любви и автономии у них фрустрирована, а значимые отношения с матерью, лицами противоположного пола носят конфликтный характер⁵⁴.

С. А. Проценко (2003) констатирует снижение потребности в общении, а также повышение мотива личной автономии⁵⁵.

Б. В. Зейгарник (1971) указывает на то, что высшие потребности человека – быть личностью, эстетические, нравственные, потребности смысла жизни, в творческом труде у наркоманов не выражены либо претерпевают деформации⁵⁶.

Исследования мотивационной сферы подростков с аддиктивным поведением Т. З. Волкова и М. Г. Лиленко (1987) подтверждают «тяготение к легким развлечениям и удовольствиям»⁵⁷.

Ц. П. Короленко и В. Ю. Завьялов (1987), рассматривая личность подростков, склонных к потреблению психоактивных веществ, отмечают ее эгоцентрическую направленность, сочетающуюся с коммуникативно-гедонистической мотивацией⁵⁸.

О. Ю. Кондратьева (1999), исследуя подростков-аддиктов, говорит о наличии у них следующих особенностей мотивационной сферы: установки на быстрое удовлетворение потребностей при минимальных затратах усилий, на пассивные способы защиты при столкновении с трудностями, уход от ответственности за свои поступки, стремление переложить ее на окружающих, узости интересов, переносе главной активности личности в сферу досуга, неопределенности жизненной перспективы, нравственной инфантильности⁵⁹.

Т. Н. Дудко (2000) указывает на такие изменения мотивационной сферы наркозависимых, как непостоянство интересов, сосредоточенность интересов на наркотике⁶⁰.

Как отмечает Б. Ф. Райский (1986), познавательные и эстетические интересы у подростков, потребляющих наркотики, крайне низкие, отсутствует интерес к учебе, они не видят значения знаний в жизни. Главное место в сфере предпочтений занимают утилитарные интересы – бездумные развлечения, просмотр телепередач, посещение кино и стадионов, танцы, острые переживания, бродяжничество⁶¹.

А. А. Габиани (1988) на основе проведенных исследований утверждает, что из общего числа опрошенных молодых потребителей наркотиков более половины учатся плохо и неудовлетворительно, не имеют каких-либо познавательных интересов, большинство молодых людей не участвуют в общественной работе, жизни учебного заведения⁶².

А. Я. Гришко (1990) в рамках криминологического направления изучения наркомании отмечает, что ряды наркоманов пополняются и за счет нерадивых учеников, не интересующихся общественной жизнью сверстников и не участвующих в ней⁶³.

К исследованиям, указывающим на патологические изменения мотивационной сферы, следует отнести также работу Э. Г. Эйдемиллера, С. А. Кулакова, О. В. Черемисина (1989). Сравнивая подростков, потребляющих психоактивные вещества, со здоровыми, адаптированными в социуме подростками, они приходят к выводу о том, что первые обнаруживают социальную инфантильность, проявляющуюся в исчезновении или ослаблении мотивов к учебе и трудовой деятельности, наличии установок на материальную зависимость от взрослых, снижении мотивов профессиональной самореализации⁶⁴.

Н. В. Дмитриева и Д. В. Четвериков (2002), описывая особенности системы ценностей при героиновой наркомании, отмечают в структуре терминальных ценностных ориентаций доминирование досуговых (развлечения) и рентных (материально обеспеченная жизнь) ценностей. Среди предпочитаемых ценностей оказывается и свобода, которая авторами интерпретируется как свобода от родителей и социальных ограничений. Высшие ценности находятся на последних местах. В сфере инструментальных ценностей доминирует эффективность в делах, которая понимается как реализация меркантильных потребностей (удача в бизнесе, приобретение статусных вещей). Самоактуализация аддиктивной личности лежит в поле аддиктивных паттернов. Тенденция к самоактуализации проявляется в аддиктивной креативности, то есть в отточенном вранье, способности целенаправленно и эффективно искать аддиктивный агент⁶⁵.

Исследования Н. Н. Толстых и С. К. Кулакова (1989) показали, что ранние токсикомании приводят к сужению временной перспективы. Распределение объектов удовлетворения потребностей происходит у них в «ближайшем будущем» (сегодня, в течение недели, месяца) и в «актуальном периоде», не превышающем 1–2 лет⁶⁶.

По мнению ряда ученых (Б. Ф. Райский, Е. В. Заика, Н. П. Крейдун, А. С. Ячина, 1990), подростки, потребляющие наркотики, не осознают перспектив в жизни, то есть терпит деформацию временная перспектива будущего, являющаяся ментальной проекцией мотивационной сферы человека и представляющая собой в разной мере осознанные надежды, планы, проекты, стремления, опасения, притязания, связанные с более или менее отдаленным будущим. Сформировавшаяся новая временная перспектива будущего приобретает собственную побудительную силу, оказывая мощное влияние на развитие личности человека, в связи с чем и играет немаловажную роль в реабилитации несовершеннолетних наркоманов⁶⁷.

С позиции А. Ю. Акопова (2008), у наркозависимой личности «настоящее сдвигается в прошлое, а прошлое, диктуя текущее поведение, сдвигается в настоящее, что лишает зависимого будущего. Таким образом, в сознании зависимого человека происходит смещение и – тем са-

мым – смещение времен. Но искажается и последовательность времен, их соотношение, иерархия. Прошлое подменяет собой настоящее, вытесняя его из жизни наркомана и отсекая от него будущее. В сознании зависимого всегда доминирует прошлое над настоящим»⁶⁸.

В контексте проблемы особенностей мотивационной сферы личности наркозависимых людей, на наш взгляд, целесообразно выделить особым направлением вопрос *видовой классификации мотивов потребления наркотических веществ*. В. Ю. Завьялов (1988) выделил несколько групп таких мотивов:

– *социально-психологические* – мотивы, обусловленные традициями и культурой;

– *субмиссивные мотивы* – стремление личности соответствовать правилам поведения референтной группы;

– *псевдокультурные* – стремление приспособиться к «наркотическим ценностям»;

– *гедонистические* – мотивы, в основе которых лежит потребность в изменении собственного состояния, связаны с потребностью в получении удовольствия, наслаждения, эйфории от потребления ПАВ;

– *атарактические* – обуславливают потребление ПАВ с целью облегчения эмоционального состояния; мотивы гиперактивации поведения – при наличии потребности в избавлении от состояния апатии, пассивности и безразличия)⁶⁹.

Рассматривая наркотическую зависимость в контексте девиантного поведения, Е. В. Змановская (2003) выделяет следующие ее детерминанты: внешние социальные условия (технический прогресс, особенности субкультуры, проблемы в семье); индивидуально-личностные особенности (пол, возраст, типологические особенности центральной нервной системы, тип характера, стрессоустойчивость)⁷⁰.

В. В. Чирко и М. В. Демина (2002) выделяют такие мотивы возникновения и сохранения привычки к приему наркотиков: любопытство; выражение независимости; познание приносящего удовольствие нового опыта; достижение творческого вдохновения и чувства полного расслабления; стремление быть принятым группой и уход от гнетущих проблем. При этом они указывают, что основным мотивом

приема наркотиков у подростков является утрированная конформность со стремлением любой ценой стать «своим» в референтной микрогруппе⁷¹.

С. А. Проценко (2003) главной причиной начала употребления наркотиков называет любопытство⁷².

В. Д. Менделевич (2008) основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, видит активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Кроме того, для данного круга лиц не удастся обнаружить в реальности какие-либо сферы деятельности, способные надолго привлечь их внимание, вызвать выраженную положительную эмоциональную реакцию⁷³.

Е. В. Змановская и В. Ю. Рыбников (2011), анализируя психодинамические исследования по проблеме наркотической зависимости, приходят к выводу о том, что ведущим побудительным мотивом к систематическому употреблению может стать «доминирующее стремление избежать напряжения и боли»⁷⁴.

Ссылаясь на работы D. Hell, R. Battegay, R. Muhleman, A. Dillinger, Е. А. Мильчакова констатирует, что на основании анализа 40 802 анонимных анкет юношей были установлены три типа личностных мотиваций употребления наркотиков: позитивная («для получения удовольствия»); негативная («защита от тоски»); нейтральная («для приспособления к окружающим»). При определении же истинных психосоциальных причин выяснилось, что негативной мотивации предшествовала неблагоприятная ситуация, в результате которой появилось желание «поправить настроение». При позитивной мотивации больные во многих случаях скрывали имевшие место конфликты и депрессии. Таким образом, согласно Е. А. Мильчаковой все виды мотивации употребления наркотиков можно рассматривать как социальное приспособление⁷⁵.

Г. Кристалл (2000) констатирует, что использование тяжелых наркотиков, скорее всего, связано с глубоко нарушенными отношениями с родителями и серьезными эмоциональными расстройствами⁷⁶.

С. Блатт, изучая индивидов, имеющих зависимость от героина, пришел к заключению о том, что зависимость существенно детерми-

нируется: 1) потребностью контролировать агрессию; 2) поиском удовлетворения желания символических отношений с материнской фигурой; 3) желанием ослабить депрессивные аффекты⁷⁷.

Относительно *стиля саморегуляции произвольной активности* наркозависимых Н. Н. Мехтиханова (2008) отмечает низкий уровень развития основных регуляторных процессов и регуляторно-личностных свойств; компенсаторные отношения между звеньями саморегуляции отсутствуют. Такой стиль саморегуляции может быть назван неэффективным⁷⁸.

М. С. Басенко (1991); Л. Н. Благова (1993); С. В. Березин и К. С. Лисецкий (1998) также указывают на ослабление самоконтроля у наркозависимых.

Как отмечают Ц. П. Короленко и А. П. Донских (1990), Н. Н. Мехтиханова (2008), М. Л. Рохлина и А. А. Козлов (2001), А. А. Жарких (2013) и др., хроническая наркотизация приводит к формированию экстернальной ориентации *локуса контроля*.

Согласно Н. Н. Мехтихановой (2008) у наркозависимых прослеживается сниженная интернальность в области межличностных отношений и в области неудач. Причины неудач не рассматриваются как результат социальной некомпетентности, и личность не предпринимает попыток изменить свое поведение. Перенос ответственности на окружение и судьбу помогает избежать чувства вины и признания необходимости изменить свое собственное поведение. Накапливающийся опыт неудач в решении сложных жизненных проблем формирует убежденность в том, что эффективно справиться с жизненными трудностями невозможно⁷⁹.

Потребление наркотиков сказывается и на *самооценке наркозависимых*. Большинство авторов признают ее неадекватный характер.

Молодые люди с наркотической зависимостью отличаются заниженной, неустойчивой самооценкой и имеют низкий уровень притязаний... Самооценка наркозависимой личности неоднородна, но в целом самоотношение наркозависимой личности характеризуется более низким уровнем всех параметров в сравнении с самоотношением личности без зависимости. Опиных наркоманов отличает сниженный уровень самоинтереса и соответственно сниженный уровень по-

нимания и принятия собственной личности. Сниженная самооценка опийных наркозависимых находит свое выражение в неуверенности в себе и установках к самообвинению⁸⁰.

Согласно В. Д. Менделевич (2008) объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей скрытый «комплекс неполноценности». Они страдают от того, что не способны «жить как люди». Однако такой временно возникающий комплекс неполноценности оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, внушаемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях – условиях конфронтации личности с семьей или коллективом⁸¹.

В. И. Лавриненко, Г. Н. Садиков и А. М. Джанмедов (1989) по результатам проведенного психодиагностического исследования на лицах, потребляющих одурманивающие вещества, пришли к выводу о том, что им свойственна самоуверенность⁸².

Н. В. Дмитриева и Д. В. Четвериков также указывают на подобные противоречивые тенденции: выявляется снижение самокритичности как гиперкомпенсация комплекса неполноценности, низкое самоуважение⁸³.

М. Л. Рохлина и А. А. Козлов (2001) отмечают у наркозависимых показную уверенность в себе⁸⁴.

Согласно Н. Н. Мехтихановой (2008) в Я-концепции лиц, зависимых от наркотиков, явно проявляется феномен «двойной морали»: склонность к демонстративному соблюдению норм там и тогда, где и когда это может быть выгодно, и их игнорирование с уходом от ответственности всегда, когда для этого есть возможность. Ориентация планов на более или менее отдаленное будущее отсутствует⁸⁵.

С. В. Березин и К. С. Лисецкий (1998), Е. В. Литягина (2008) говорят о снижении интегративной функции Я у наркозависимых подростков⁸⁶, о нарушении чувств единства и целостности Я, о формиро-

вании внутренней установки на саморазрушение своего «Я» неэффективного без наркотиков⁸⁷.

С позиций психодинамики подходит к рассмотрению Я-концепции наркозависимых осужденных Т. И. Савельева. Структура Я наркозависимых осужденных характеризуется ярко выраженной подструктурой личности, которую автор называет предимпловное Я, представляющее собой переходное личностное образование, которое формируется в результате совместного действия: экстремальности условий жизнедеятельности и выраженных признаков аддиктивного поведения личности (опыт потребления ПАВ, психологическая зависимость и др.). Личность осужденного в данном состоянии со временем направляется либо к эксплозивному выходу, то есть к внутриличностным изменениям, либо в импловивную стагнацию, опасную суицидальными и иными деструктивными последствиями. Предимпловное Я предполагает Я-структурные изменения в личности, важнейшим из которых является нарастание внутренней противоречивости личности (между представлением о себе и реальным поведением, между желаемым и действительным и т. д.). Вследствие этого происходит существенный рост показателей защитной сферы, а также изменение структуры функциональных характеристик⁸⁸.

Большое место в изучении личности наркозависимых в настоящее время уделяется исследованию ее *защитных механизмов*.

Согласно Н. Н. Мехтихановой (2008) психологическая защита личности опийных наркозависимых (актуальных и в стадии ремиссии) отличается от психологической защиты личности субъектов без наркотической зависимости не только по степени выраженности отдельных защитных механизмов, но и по характеру связей между ними. Опийные наркозависимые, как актуальные, так и на стадии ремиссии, имеют склонность отказываться от травматических переживаний путем их отрицания или подавления. Выраженная склонность к избеганию тревожащей информации, по-видимому, лежит в основе анозогностического отношения опийных наркозависимых к своему состоянию. Выраженность защитных механизмов отрицания и подавления можно рассматривать в качестве одного из основных факторов, влияющих на развитие опийной наркотической зависимости⁸⁹.

Согласно С. В. Березину и К. С. Лисецкому (1998) наиболее характерными защитными механизмами наркозависимых являются вытеснение, отказ от самореализации⁹⁰.

Б. Р. Мандель [2012] среди защитных механизмов лиц данной категории выделяет: вытеснение, рационализацию и проекцию⁹¹.

По мнению Ю. В. Власовой, исследовавшей наркозависимых осужденных, психологические защиты являются одними из значимых факторов, детерминирующих психологическую и социальную адаптацию последних. У наркозависимых осужденных в структуре личности преобладают незрелые защитные механизмы: проекция, регрессия, отрицание, смещение, усиление степени их выраженности⁹².

В. И. Рерке, характеризуя подростков с наркозависимым поведением, утверждает, что среди прочих в структуре защитных механизмов у них преобладает отрицание⁹³.

Исследуя глубинные причины наркотической зависимости, Б. Р. Мандель (2012) считает, что зависимость – это латентный *суицид*, то есть попытка покончить с собой, растянутая во времени⁹⁴.

Достаточное количество исследований в настоящее время имеется и относительно *влияния наркотической зависимости на интеллектуальную сферу человека*.

Т. С. Бузина выявила высокие показатели полезависимости у больных опийной наркоманией. Эта когнитивная особенность свидетельствует об ориентации больных на внешние (полевые) признаки, а не на собственный когнитивный опыт⁹⁵.

А. Л. Камаев (1931) говорит о снижении интеллекта наркозависимых⁹⁶.

С. И. Криворучко и А. А. Колесников (1982) также отмечают интеллектуально-мнестические снижения у лиц, зависимых от наркотических средств⁹⁷.

А. Н. Ланда (1989), исследуя нарушения личности и познавательные функции больных опийной наркоманией, пришла к выводу о том, что познавательные процессы у них более серьезно изменены по органическому типу, чем указывается в литературе. Были выявлены нарушения кратковременной памяти и зрительно-пространственной координации; отмечались трудности при переключении внимания.

У некоторых больных, однако, эти нарушения имели функциональный характер и по мере улучшения их состояния качество выполнения тестов повышалось⁹⁸.

М. Я. Серейский и М. О. Гуревич (1946) указывали, что интеллект у опиоманов долгое время остается сохранным, но поведение их меняется; они становятся равнодушными к семье, своим обязанностям; их мысли заняты лишь получением наркотика, для чего они не брезгают никакими средствами⁹⁹.

А. Эрленмейер и П. Солье (1899), Е. Краепелин (1892, 1927) также находили у морфинистов неточность памяти, падение продуктивности умственной работы, особенно творческой, повышенную утомляемость и невозможность планомерной деятельности¹⁰⁰.

М. П. Кутанин (1915), описывая больных, страдающих кокаиновой наркоманией, наблюдал у них быстрое снижение профессиональной продуктивности, потерю способности к труду¹⁰¹.

Н. W. Maier (1926) в своей монографии указывал на снижение интеллекта больных, употребляющих кокаин, что проявляется в плоскости суждений, стремлении к бесплодным рассуждениям, падении творческой активности¹⁰².

По мнению В. П. Осипова (1931), характерным расстройством при длительной интоксикации кокаином является ослабление памяти¹⁰³.

В. А. Гиляровский (1935) описал у кокаинистов деградацию личности, ослабление памяти и других интеллектуальных способностей, в особенности ослабление «задерживающих влияний»¹⁰⁴.

И. Н. Пятницкая (1975) отмечала у больных барбитуроманией выраженное снижение сообразительности, замедленность осмысления, медленную речь с ограниченным запасом слов, грубые нарушения памяти¹⁰⁵.

И. П. Михайличенко (1983) показал, что степень выраженности интеллектуально-мнестических расстройств у больных наркоманиями зависит от вида наркотика и преморбидной патологии личности¹⁰⁶.

М. Я. Серейский и М. О. Гуревич (1946) считали, что у больных опийной наркоманией интеллект остается сохранным на протяжении

длительного времени от начала наркотизации. Этой же точки зрения придерживался М. Nyswander (1956)¹⁰⁷.

И. Н. Пятницкая (1975) отмечала, что для больных опийной наркоманией характерны слабость психических функций, затруднение мобилизации, концентрации внимания, неспособность к напряжению для выполнения предложенного задания. Однако качество мышления при должной степени сосредоточения остается высоким. На основании этого автор склонялся к мнению об интеллектуальной сохранности опиоманов¹⁰⁸.

Кроме того, наркотизация влечет за собой *морально-этические снижения*.

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский отмечают у наркозависимых игнорирование норм нравственного поведения¹⁰⁹.

В. А. Гиляровский (1935) указывал на ослабление чувства долга, склонность к воровству и другим преступлениям, часто развивающиеся гомосексуальные наклонности. У кокаинистов быстро наблюдается «опускание», психическое огрубление¹¹⁰.

А. Л. Камаев (1931) подчеркивает, что при длительном злоупотреблении гашишем ослабляются нравственные чувства¹¹¹.

Лживость, черствость, общее «моральное падение» у морфинистов отмечал В. Е. Рожнов¹¹².

С. И. Криворучко и А. А. Колесников (1982)¹¹³, М. Л. Рохлина и А. А. Козлов (2001)¹¹⁴ также отмечают морально-этические снижения при систематическом употреблении наркотиков.

Так, согласно М. Л. Рохлиной и А. А. Козлову (2001) морально-этическое снижение в структуре «наркоманической» личности у обследованных характеризовалось следующим. У больных на первом плане находились собственные интересы (забота только о себе), стремление к избеганию неудобств. Практически все использовали обман как средство для получения желаемого. Они обманывали родителей, выпрашивая деньги на наркотики, проявляя при этом невероятную изворотливость, своего рода артистизм. Обманывали медицинский персонал, пытаясь скрыть попытки проноса запрещенных в стационаре лекарств и даже наркотических веществ, алкоголя¹¹⁵.

А. И. Ушатиков (2003), описывая поведение осужденных, страдающих наркоманиями, говорит об их черствости, безответственности, лживости и уменьшении привязанности к близким. М. С. Басенко (1991), изучая наркозависимых осужденных женского пола, отмечает у них отсутствие нравственных барьеров к осуществлению асоциального поведения¹¹⁶.

Таким образом, рассматривая *комплекс общих характерологических особенностей, свойственных наркоманам*, можно выделить следующие точки зрения ученых.

С. В. Березин и К. С. Лисецкий, изучая наркоманов подросткового возраста, выделяют следующие характерологические особенности: пассивность, мягкость характера, уступчивость, развитое чувство вины; добродушие и кроткость, совестливость, высокая моральность, верность; высокая чувствительность к средовым воздействиям, нерешительность, боязливость, застенчивость, склонность перекладывать принятие решений и ответственность на плечи окружающих, тревожность, мнительность, в значительной мере зависимость настроения от отношения окружающих к ним, впечатлительность, склонность к глубокой привязанности, интровертированность, пессимистичность, необщительность, склонность к фантазированию, поиск признания, стремление к сотрудничеству; лживость, капризность, скрытая повышенная страсть к самодемонстрации и склонность к драматизации имеющихся проблем, стремление потакать своим слабостям; агрессивность, высвобождаясь из-под контроля сознания, проявляется вспышками разрушительной враждебности, интроверсия трансформируется в аутичность, пассивность – в мазохизм, пессимистичность преобразуется в депрессию, мнительность и сензитивность – в ипохондричность, эмотивность – в импульсивное поведение. Это свидетельствует о том, что исследованные личности находятся в состоянии дезадаптации¹¹⁷.

В. И. Лавриненко, Г. Н. Садиков и А. М. Джанмедов (1989) привели результаты психодиагностического исследования (с использованием теста Кеттелла) лиц, потребляющих различные одурманивающие средства. По их данным, подросткам свойственны такие черты, как излишняя доверчивость, способность легко устанавливать не-

формальные межличностные контакты, в том числе и с лицами морально неустойчивыми. Взрослым наркоманам присущи черты эгоцентризма, подозрительности. Больным обеих возрастных групп свойственны самоуверенность, элементы жесткости в отношениях с другими людьми; обособленность от всех и стремление избежать любой зависимости от других; у подростков эти черты более выражены, как бы заострены¹¹⁸.

По мнению В. М. Фрагина (1983), исследовавшего больных опийной наркоманией, прием наркотиков приводит к проявлению таких характерологических особенностей, как лживость, эгоизм, эмоциональное огрубление¹¹⁹.

Изучая личность подростков с наркозависимым поведением, В. И. Рерке описывает такие их характеристики, как излишний конформизм, тревожность, ригидность, склонность прибегать к фальши и манипуляциям¹²⁰.

Г. В. Страшенбаум (2006), описывая аддиктивную личность, выделяет в ней такие черты, как незрелость (невыраженность интеллектуальных и духовных интересов, твердых нравственных норм, неустойчивость, ненасытность, безответственность, чувство стадности), зависимость, тревожность, склонность к колебаниям настроения, стереотипность, повторяемость поведения. Аддикт хуже переносит трудности повседневной жизни, чем кризисные ситуации. Преувеличение своих достоинств маскирует скрытый комплекс неполноценности. Внешняя социабельность сочетается со страхом перед стойкими социальными контактами и манипулятивностью¹²¹.

Ц. П. Короленко и А. П. Донских выделяют следующие психологические особенности лиц с аддиктивным поведением: сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетаемая со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду; стремление обвинять других, зная, что они невиновны; стремление уходить от ответственности в принятии решений: стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность¹²².

В. Д. Менделевич и Р. Г. Садыкова выделяют такие черты личности с аддиктивным поведением, как внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкусу опасности», страх быть покинутым¹²³.

Формирующиеся в ходе потребления наркотиков личностные характеристики безусловно накладывают отпечаток и на *социально-психологические особенности, характер межличностных отношений*.

Так, согласно С. В. Березину и К. С. Лисецкому (1998) стиль межличностного поведения – пассивно-зависимый. Выражено стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений, в мир фантазий. Выражено стремление приспособиться к коллективу¹²⁴.

По словам Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского (2003), человек, зависимый от алкоголя или наркотиков, вынужден использовать в своем поведении оборонительную позицию, осознанно или неосознанно выбирать эгоцентрическую мотивацию своих поступков, то есть заботиться прежде всего о собственных интересах в ущерб интересам других, что подавляет развитие эмпатических навыков. Негативные изменения когнитивной и эмоциональной сфер не позволяют эффективно использовать эмпатию в ситуациях общения. Поведение становится преимущественно избегающим, основанным на иллюзиях и манипулятивных стратегиях, еще более осложняющих взаимодействие зависимого человека с окружающей его социальной средой. Кроме того, общение осуществляется в основном с наркотизирующейся группой¹²⁵.

И. М. Елисеев (1976) отметил, что наркотизация меняет социальную ориентацию личности: происходит непрерывный процесс нарушения адаптации больных в обществе, социально-трудова дезадаптация; растет число правонарушений¹²⁶.

Исследования, проведенные М. Л. Рохлиной и А. А. Козловым, показали, что при общении с окружающими лица, имеющие наркотическую зависимость, стремились произвести хорошее впечатление, часто

имела место показная уверенность в себе. Во внешнем виде обращали на себя внимание неряшливость, неопрятность, неухоженность либо, наоборот, вычурность в одежде, прическе, поведении. В семейной жизни, семейных отношениях часто имела место сексуальная распушенность, безразличное отношение к детям, отсутствие заботы о них, ответственности за их будущее. Характерными чертами поведения и реагирования больных при всех видах наркомании были: эгоизм, лживость, позерство, паразитические тенденции, легкомыслие, безразличие к своей судьбе, брутальность, непостоянство, непоследовательность, своевольность, показная уверенность в себе, неустойчивость намерений, слабый контроль эмоций, попытки избежать ответственности, позиция обвинения в своих неудачах окружающих, склонность к тунеядству и праздному образу жизни, циничность, жестокость по отношению к близким, непристойные, грубые выходки, развязность, отсутствие чувства дистанции, притупление родительского чувства, в том числе утрата материнского инстинкта, притупление профессионального долга, ветреность, сексуальная распушенность¹²⁷.

М. С. Басенко (1991), изучая наркозависимых осужденных женского пола, подчеркивает, что в их поведении преобладает импульсивность, возбудимость, слабый контроль эмоций, агрессивность, но главной характеристикой является двойственность и непредсказуемость поведения¹²⁸.

Приведенные данные позволяют нам констатировать наличие особого симптомокомплекса наркотической личности.

Так, А. А. Козлов и М. Л. Рохлина вводят понятие наркоманической личности. У всех пациентов независимо от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались и формировался своеобразный наркоманический дефект. Основными характеристиками такого дефекта являются различные аномалии эмоционально-волевой сферы: повышенная возбудимость, нарастающие аффективные расстройства в виде дисфорических и апатико-абулических депрессий, аффективная лабильность, доминирование истеровозбудимых форм реагирования, расстройства сферы влечений, в том числе сексуальная расторможенность. Независимо от вида употреблявшегося наркотика по мере нар-

котизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались, больные становились все более похожими друг на друга, у них формировался своеобразный наркоманический дефект. Последний характеризовался нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических или апатико-абулических депрессий, аффективной лабильности; преобладанием истеровозбудимых 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 интеллектуально-мнестические расстройства. Кроме того, наличие интеллектуально-мнестического снижения, характерных аффективных нарушений, истощаемости, утомляемости, астении, бездеятельности можно оценивать как «органическое снижение уровня личности» с десоциализацией или как своеобразный психоорганический синдром, сформировавшийся в результате болезни и имеющий различную степень выраженности у больных с разными видами наркоманий¹²⁹.

Таким образом, наркотическая зависимость, формируясь на почве имеющихся психических деформаций, ведет к дальнейшему усугублению особенностей эмоциональной, мотивационной и когнитивной сфер, характерологических особенностей, памяти, самосознания, смене защитных механизмов личности, что препятствует избавлению от наркотической зависимости.

1.3. Характеристика наркозависимых осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы

Согласно данным переписи осужденных 2009 г., в местах лишения свободы около 8,4 % осужденных имеют зависимость от ПАВ¹³⁰.

Однако в последние три года, по данным управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России, наблюдается тенденция уменьшения количества регистрируемых наркозависимых осужденных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях

ФСИН России: в 2010 г. – 105 504 чел.; 2011 – 101 243; 2012 – 91 752 чел. (рис. 1).

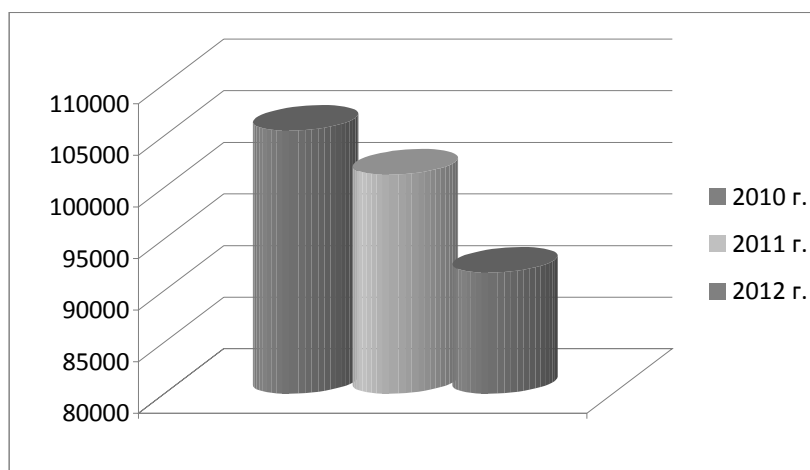


Рис. 1. Динамика численности наркозависимых осужденных по УИС

Несмотря на общее уменьшение численности наркозависимых осужденных, несовершеннолетних наркозависимых осужденных: в 2010 г. – 627 чел.; 2011 – 388; 2012 – 216 и наркозависимых осужденных мужского пола: в 2010 г. – 93 023; 2011 – 88 404; 2012 – 78 643 чел., число наркозависимых женщин неуклонно растет.

Такая ситуация объясняется общей тенденцией увеличения доли женщин – потребителей наркотических и наркогенных средств, что, в свою очередь, является следствием реализации типично женских жизненных стратегий, например, таких как устроить или сохранить личную жизнь, удовлетворить потребность в общении, статусе, в разрешении других социальных проблем¹³¹.

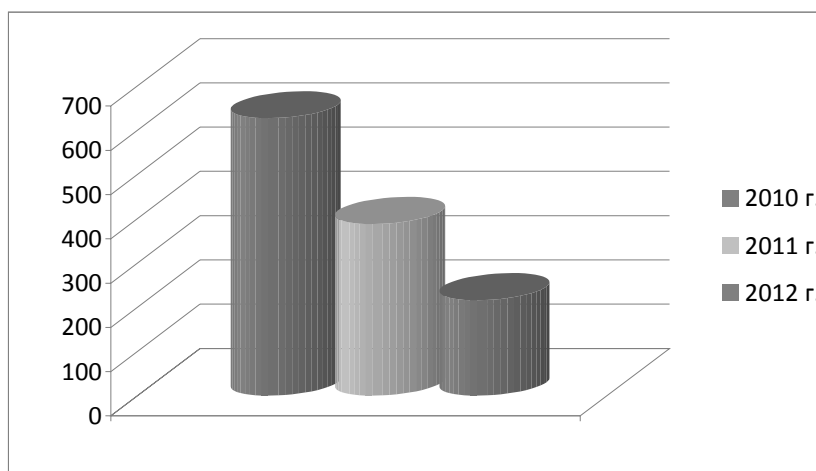


Рис. 2. Динамика численности наркозависимых несовершеннолетних осужденных по УИС

Следует отметить, что в местах изоляции от общества, по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12–18 ноября 2009 г., наркотики осужденными мужчинами потребляются в 20 раз реже, чем на свободе, у женщин – 89 раз. Следовательно, осужденные женщины в меньшей степени, нежели мужчины, имеют возможность потребления наркотиков во время отбывания наказания.

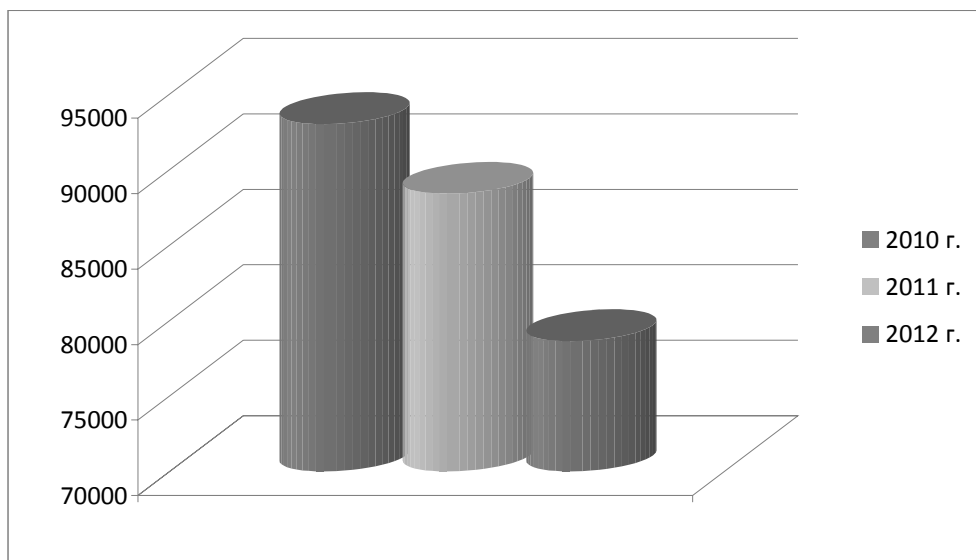


Рис. 3. Динамика численности наркозависимых осужденных мужского пола по УИС

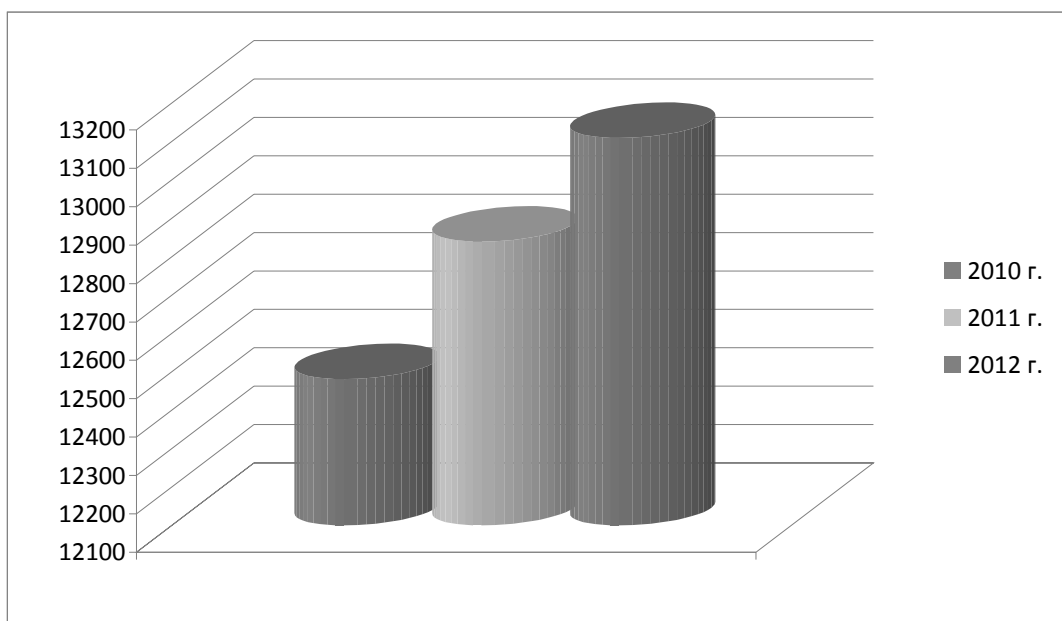


Рис. 4. Динамика численности наркозависимых осужденных женского пола по УИС

По данным отчета, представленным управлением организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России, анализ данных распространенности наркозависимых осужденных по федеральным округам показывает, что наибольшее число наркозависимых осужденных отбывают наказание в Приволжском и Сибирском федеральных округах. Наименьшее число наркозависимых осужденных отбывают наказание в Южном, Северо-Кавказском и Дальневосточном округах. Однако данная тенденция наблюдается не вследствие меньшей распространенности наркотиков в данных федеральных округах, а по причине меньшего числа исправительных учреждений.

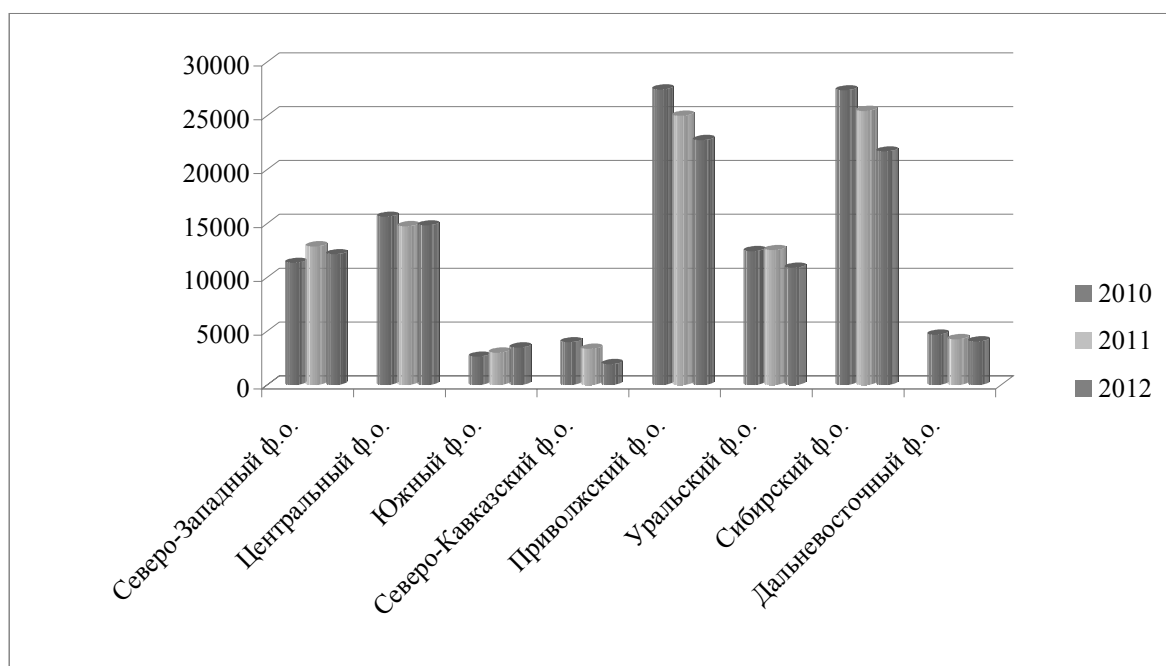


Рис. 5. Динамика численности наркозависимых осужденных по федеральным округам

Сопоставление числа наркозависимых осужденных, проходящих обязательное лечение, с числом больных, поступающих за год, показывает, что в среднем за период 2010–2012 гг. только 15,6 % наркозависимых осужденных участвуют в реабилитационных мероприятиях, что, с одной стороны, затрудняет их ресоциализацию, а с другой – негативно сказывается на наркоситуации в исправительных учреждениях.

Более тяжелая ситуация наблюдалась по данным переписи 2009 г.: 92,5 % участвовавшим в переписи наркозависимым осужденным какого-либо лечения назначено не было. Из общего числа нарко-

зависимых лечение от наркомании было назначено 4,1 %; от туберкулеза – 1,6; ВИЧ-инфекции – 1,2; алкоголя – 0,3; венерических заболеваний – 0,2; токсикомании – 0,1 %.

Следует отметить, что с 2010 по 2012 год доля наркозависимых осужденных, проходящих обязательное лечение, имеет тенденцию к уменьшению: в 2010 г. – 16,5 %, 2011 – 15,5, в 2012 г. – 15 %. Такое положение негативно сказывается на общей наркоситуации в исправительных учреждениях.

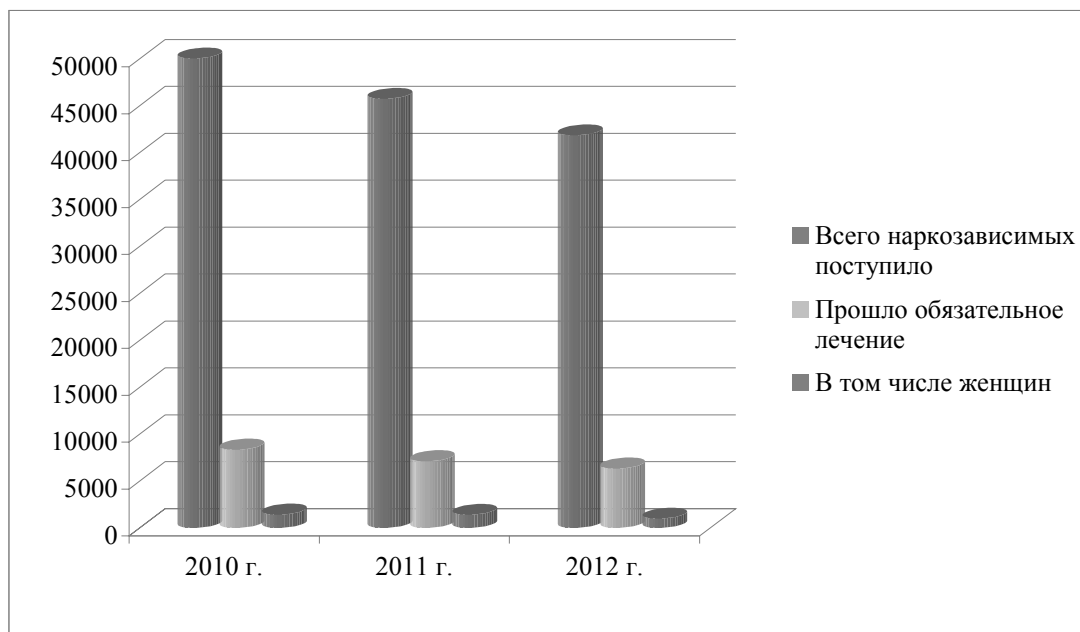


Рис. 6. Соотношение поступивших и охваченных обязательным лечением наркозависимых осужденных по годам

Анализ исследования С. В. Фирсакова, проведенного по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12–18 ноября 2009 г., показывает, что социально-демографический портрет наркозависимого осужденного, содержащегося в исправительных учреждениях ФСИН России, выглядит следующим образом. Наркозависимые осужденные в основном представлены лицами мужского пола, хотя при отдельном сравнении мужчин и женщин, потребляющих наркотики, доля осужденных женщин-наркоманов в 1,6 раза превышает аналогичный показатель у мужчин (соответственно 13 и 8 %) ¹³².

В основном лица, потреблявшие наркотики, отбывающие наказание, являются гражданами РФ. Среди наркозависимых осужденных наиболее представлена возрастная группа 25–29 лет (30,72 %),

что объясняется ранним возрастом первичного приема наркотиков (12–16 лет) и малой продолжительностью жизни лиц, имеющих наркотическую зависимость. Однако по ст. 228 УК РФ осуждены в большей степени лица возрастной категории 30–39 лет (46 %). По гражданству наблюдается следующее распределение наркозависимых осужденных: 97,6 % – граждане России, 1,9 % – иностранные граждане, 0,5 % – лица без гражданства;

Большая часть наркозависимых осужденных имеют среднее полное и среднее профессиональное образование – 36,5 и 31,0 % соответственно. В основном наркозависимые осужденные являются лицами без определенных занятий (49,8 %) и рабочими (26,2 %). 70,73 % наркозависимых осужденных не состоят в браке. Большинство совершили преступления против здоровья населения и общественной нравственности (54,2 %), преступления, связанные со сферой экономики (32,9 %), и против личности (12,2 %). 74,6 % осужденных наркоманов не имели соучастников преступления. 55 % наркозависимых отбывают наказание в колониях общего режима, 31,5 – в колониях строгого режима, 6,3 – в колониях-поселениях, 4,1 – в воспитательных колониях; 2 – в исправительных колониях особого режима, 1,2 % – в тюрьмах. Администрацией характеризуется положительно большее количество отбываемых наказание наркоманов – 38,6 %, нейтрально – 38,5, не желают становиться на путь исправления – 20,3; злостные нарушители дисциплины – 2,6 %. По материалам переписи 3,56 % наркозависимых осужденных страдают психическими заболеваниями, не исключающими вменяемости, 8,99 – больны туберкулезом, 27,7 % – ВИЧ-инфицированы (в 4,8 раза больше, чем у всех осужденных). На учет в исправительных учреждениях ставятся далеко не все лица, употребляющие наркотики (на момент переписи только каждый шестой). 92,5 % осужденным наркоманам лечение в процессе отбывания наказания не было назначено. По материалам переписи, доминирующим мотивом употребления наркотиков обвиняемыми, подозреваемыми и осужденными была надежда уйти с их помощью от жизненных осложнений и проблем¹³³.

¹ См.: Собрание законодательства Российской Федерации. 1998. № 2. Ст. 219.

-
- ² См.: Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология: настольная книга. М., 2012. С. 284–286.
- ³ См.: Мандель Б. Р. Психология зависимостей. М., 2012. С. 224–225.
- ⁴ См.: Короленко Ц. П., Дмитриева К. В. Указ. соч.
- ⁵ Сегал Б. М. Алкоголизм: клинические, социально-психологические и биологические проблемы : монография. М., 1989.
- ⁶ См.: Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Указ. соч. С. 285.
- ⁷ Основные технологии профилактики наркомании : курс лекций / Готчина Л. В., Канибер Ю. Н., Коробов В. М. [и др.]. М.; Белгород, 2008.
- ⁸ См.: Там же.
- ⁹ См.: Там же.
- ¹⁰ Кнут Х. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. М., 2000. С. 36.
- ¹¹ См.: Гиляровский В. А. Психиатрия. М.; Л., 1935.
- ¹² Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М., 2001. С. 24.
- ¹³ См.: Там же. С. 29.
- ¹⁴ Личко А. Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. Л., 1991. С. 9–15.
- ¹⁵ Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. М., 1991.
- ¹⁶ Гулямов М. Г. Гашишная наркомания // Здоровоохранение Таджикистана. 1998. № 2. С. 36–42.
- ¹⁷ Найденова Н. Г. Аффективные нарушения при политоксикоманиях // Неотложная наркология : тез. докл. обл. науч.-практ. конф. Харьков, 1987. С. 252–255.
- ¹⁸ См.: Сирота Н. А. Динамика психопатологических расстройств у наркотизирующихся подростков // Актуальные вопросы наркологии : тез. Респ. совещания наркологов (24–25 апр. 1989 г.). Ашхабад, 1989. С. 45–46.
- ¹⁹ См.: Трифонов О. И. Психические расстройства у осужденных подростков, зависимых от наркотиков : дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. С. 161.
- ²⁰ Рерке В. И. Особенности мотивационно-потребностной сферы личности подростков с наркозависимым поведением : дис. ... канд. психол. наук. Иркутск, 2003. С. 128.
- ²¹ См.: Гиляровский В. А. Указ. соч. С. 97.
- ²² См.: Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. М., 2001. С. 379.
- ²³ См.: Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990. С. 54.
- ²⁴ См.: Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб., 2001.
- ²⁵ См.: Минков Е. Г. О совокупности условий, необходимых и достаточных для формирования зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. 2000. № 3. С. 51–61.
- ²⁶ См.: Малыгин В. Л., Ежов И. В., Туревский И. Я. Индивидуально-психологические и социальные факторы риска формирования зависимого пове-

дения // Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии : сб. материалов Междунар. конф. / под ред. В. Д. Менделевича. Казань, 2003.

²⁷ См.: Личко А. Е., Битенский В. С. Указ. соч. С. 56.

²⁸ См.: Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974.

²⁹ См.: Колесов Д. В. Эволюция психики и природа наркотизма. М., 1991.

³⁰ См.: Рохлина М. Л., Козлова А. А. Указ. соч. С. 23.

³¹ См.: Мехтиханова Н. Н. Психология зависимого поведения : учеб. пособие. 2-е изд. М., 2008. С. 77.

³² См.: Жарких А. А. Психологические особенности мотивационной сферы наркозависимых осужденных. : дис. ... канд. психол. наук. Рязань, 2013. – 174 с.

³³ Березин С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании : учеб. пособие. М.; Самара, 2000.

³⁴ Миртовская В. Н., Полтавец В. И., Майкова Т. Н. Состояние вегетативной нервной системы в фазе ремиссии у больных опийной наркоманией // Проблемы современной наркологии : сб. науч. тр. М., 1991. С. 72–74.

³⁵ См.: Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. М., 1991.

³⁶ См.: Мехтиханова Н. Н. Указ. соч.

³⁷ См.: Березин С. В., Лисецкий К. С. Указ. соч. С. 60.

³⁸ См.: Кутанин М. П. Хронический кокаинизм. К вопросу о психозах отравления. М., 1915.

³⁹ См.: Благоев Л. Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании // Материалы Междунар. науч. конф. Гродно, 1993. С. 301–302.

⁴⁰ См.: Ланда А. Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // Некоторые проблемы наркомании : сб. науч. тр. М., 1989. С. 103–110.

⁴¹ Фрагин В. М. Некоторые особенности клиники опийной наркомании, начавшейся в подростковом возрасте // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. Вильнюс, 1983. С. 99–101.

⁴² См.: Рохлина М. Л. Указ. соч. С. 17.

⁴³ См.: Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Зыков О. В., Терентьева А. В. Баушева И. Л. Наркомания: программа профилактики среди подростков и молодежи. М., 1998.

⁴⁴ См.: Короленко Ц. П., Донских А. П. Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск, 1990.

⁴⁵ См.: Громыко Д. И., Берно-Беллекур И. В., Илюк Р. Д. Особенности эмоционально-мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ. СПб., 2009. С. 14–29.

⁴⁶ См.: Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности.

⁴⁷ См.: Бондырева С. К., Колесов Д. В. Наркотизм: природа и преодоление. М., 2006. С. 113–114.

⁴⁸ См.: Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988. С. 175.

-
- ⁴⁹ См.: Лисецкий К. С., Литягина Е. В. Психология и профилактика наркотической зависимости. Самара, 2008. С. 167.
- ⁵⁰ См.: Бондырева С. К., Колесов Д. В. Указ. соч. С. 115–120.
- ⁵¹ См.: Смирнов В. Е. Наркомания: знак беды. М., 1988. С. 34.
- ⁵² См.: Басенко М. С. Психологическая характеристика личности женщины, потребляющей наркотики, и ее учет в воспитательной деятельности в местах лишения свободы : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1991. С. 6.
- ⁵³ См.: Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980. С. 184.
- ⁵⁴ См.: Березин С. В., Лисецкий К. С. Указ. соч. С. 64.
- ⁵⁵ См.: Проценко С. А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых : дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2003. С. 27.
- ⁵⁶ См.: Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности.
- ⁵⁷ См.: Волкова Т. З., Лиленко М. Г. Психоорганический синдром, вызванный летучими токсическими веществами // Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987. С. 49.
- ⁵⁸ См.: Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь. М., 1987. С. 57–61.
- ⁵⁹ См.: Кондратьева О. Ю. Социально-педагогическая диагностика и развитие мотивационной сферы подростков с аддиктивным поведением : дис. ... канд. психол. наук. Владимир, 1999. С. 114.
- ⁶⁰ См.: Дудко Т. Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации // Вопр. наркологии. 2000. № 3. С. 13–21.
- ⁶¹ См.: Райский Б. Ф. Условия и причины возникновения и развития отклонений в поведении детей и подростков. Волгоград, 1986. С. 88.
- ⁶² См.: Габиани А. А. Наркотизм: вчера и сегодня. Тбилиси, 1988. С. 48–63.
- ⁶³ См.: Гришко А. Я. О наркомании среди подростков // Социол. исслед. 1990. № 2. С. 100.
- ⁶⁴ См.: Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Черемисин О. В. Исследование образа «Я» у подростков с аддиктивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989. С. 74–79.
- ⁶⁵ См.: Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Психология аддиктивного поведения. Новосибирск, 2002.
- ⁶⁶ См.: Толстых Н. Н., Кулаков С. А. Изучение мотивации подростков, имеющих пагубные привычки // Вопр. психологии. 1989. № 2. С. 35.
- ⁶⁷ См.: Райский Б. Ф. Указ. соч. С. 35.
- ⁶⁸ См.: Акопов А. Ю. Свобода от зависимости: социальные болезни личности. СПб., 2008. С. 77.
- ⁶⁹ См.: Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск, 1980. С. 22–27.
- ⁷⁰ См.: Змановская, Е. В., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы. СПб., 2011. С. 125–129.

-
- ⁷¹ См.: Чирко В. В., Демина М. В. Очерки клинической наркологии. М., 2002.
- ⁷² См.: Проценко С. А. Указ. соч. С. 33.
- ⁷³ См.: Менделевич В. В. Указ. соч. С. 78.
- ⁷⁴ См.: Змановская Е. В., Рыбников В. Ю. Указ. соч. С. 122.
- ⁷⁵ См.: Мильчакова Е. А. Психологические особенности наркоманов с различным стажем героиновой зависимости при оказании кризисно-реабилитационной помощи с использованием эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии : дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2003. С. 28.
- ⁷⁶ См.: Кнут Х. Указ. соч. С. 105.
- ⁷⁷ См.: Там же. С. 34.
- ⁷⁸ См.: Мехтиханова Н. Н. Указ. соч.
- ⁷⁹ См.: Там же. С. 77.
- ⁸⁰ См.: Там же. С. 75–76.
- ⁸¹ См.: Менделевич В. Д. Указ. соч. С. 80.
- ⁸² См.: Рохлина М. Л., Козлов А. Л. Указ. соч.
- ⁸³ См.: Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Указ. соч.
- ⁸⁴ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч. С. 66.
- ⁸⁵ См.: Мехтиханова Н. Н. Указ. соч.
- ⁸⁶ См.: Березин С. В., Лисецкий К. С. Указ. соч. С. 59.
- ⁸⁷ См.: Лисецкий К. С., Литягина Е. В. Психология и профилактика наркотической зависимости. Самара, 2008. С. 165.
- ⁸⁸ См.: Савельева Т. И. Психодинамика аддиктивного поведения осужденных в местах лишения свободы : дис. ... канд. психол. наук. Рязань, 2009.
- ⁸⁹ См.: Мехтиханова Н. Н. Указ. соч. С. 78.
- ⁹⁰ См.: Березин С. В., Лисецкий К. С. Указ. соч. С. 59.
- ⁹¹ См.: Мандель Б. Р. Указ. соч. С. 257.
- ⁹² См.: Власова Ю. В. Динамика психологических механизмов личности наркозависимого после освобождения из мест лишения свободы. : дис. ... канд. психол. наук. Рязань, 2006. С. 9.
- ⁹³ См.: Рерке В. И. Указ. соч. С. 13.
- ⁹⁴ См.: Мандель Б. Р. Указ. соч. С. 249.
- ⁹⁵ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч.
- ⁹⁶ См.: Там же.
- ⁹⁷ См.: Криворучко С. И., Колесникова А. А. Клинико-психологический анализ особенностей личности и мыслительной деятельности больных гашишной наркоманией и шизофренией, осложненной употреблением гашиша // Актуальные вопросы наркологии : тез. науч. докл. Омск, 1982. С. 78–81.
- ⁹⁸ См.: Ланда А. Н. Указ. соч.
- ⁹⁹ См.: Серейский М. Я., Гуревич М. О. Учебник психиатрии. М., 1946.
- ¹⁰⁰ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч. С. 22.
- ¹⁰¹ См.: Кутанин М. П. Указ. соч.
- ¹⁰² См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч. С. 22.
- ¹⁰³ См.: Осипов В. П. Руководство по психиатрии. М. ; Л., 1931.

-
- ¹⁰⁴ См.: Гиляровский В. А. Указ. соч.
- ¹⁰⁵ См.: Пятницкая Н. Н. Наркомания: руководство для врачей : учебник. М., 1994.
- ¹⁰⁶ Михайличенко И. П. О некоторых изменениях личности у больных наркоманией // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. Вильнюс, 1983. С. 58–60.
- ¹⁰⁷ См.: Серейский М. Я., Гуревич М. О. Указ. соч.
- ¹⁰⁸ См.: Пятницкая И. Н. Указ. соч.
- ¹⁰⁹ См.: Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Зыков О. В. Указ. соч.
- ¹¹⁰ См.: Гиляровский В. А. Указ. соч.
- ¹¹¹ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч.
- ¹¹² См.: Там же.
- ¹¹³ См.: Криворучко С. И., Колесников А. А. Указ. соч.
- ¹¹⁴ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч.
- ¹¹⁵ См.: Там же. С. 64.
- ¹¹⁶ См.: Ушатиков А. И., Казак Б. Б. Пенитенциарная психология : учебник. 2-е изд. перераб. и доп. Рязань, 2003.
- ¹¹⁷ См.: Березин С. В., Лисецкий К. С. Указ. соч. С. 58–59.
- ¹¹⁸ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч. С. 20.
- ¹¹⁹ См.: Фрагин В. М. Указ. соч. С. 99–101.
- ¹²⁰ См.: Рерке В. И. Указ. соч. С. 13.
- ¹²¹ См.: Страшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М., 2006.
- ¹²² См.: Короленко Ц. П., Донских А. П. Указ. соч. С. 54–59.
- ¹²³ См.: Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г. Психология зависимой личности. Казань, 2002. С. 84–105.
- ¹²⁴ См.: Березин С. В., Лисецкий К. С. Указ. соч. С. 59.
- ¹²⁵ См.: Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркомании и алкоголизма. М., 2003. С. 30–31.
- ¹²⁶ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч. С. 151–161.
- ¹²⁷ См.: Там же. С. 65–66.
- ¹²⁸ См.: Басенко М. С. Указ. соч.
- ¹²⁹ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч.
- ¹³⁰ Фирсаков С. В. Наркоманы, отбывающие лишение свободы (по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12–18 ноября 2009 г.) / под ред. В. И. Селиверстова. М., 2011. Вып. 8.
- ¹³¹ См.: Там же.
- ¹³² См.: Там же. С. 8.
- ¹³³ См.: Там же. С. 7–37.

ГЛАВА 2

Эмпирическое исследование наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы

2.1. Организация исследования социально-психологических особенностей наркозависимых осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы

В 2012–2013 гг. на базе исправительных учреждений и следственных изоляторов УФСИН России по Рязанской области, УФСИН России по Республике Мордовия, УФСИН России по Чувашской Республике – Чувашии проведено эмпирическое исследование наркотической зависимости осужденных, изучены индивидуально-психологические особенности осужденных наркоманов, отбывающих наказание в местах лишения свободы.

Для достижения поставленной цели и проверки гипотез исследования нами была разработана концепция исследования психологических особенностей личности наркозависимых осужденных, включающая в себя три этапа.

1. Информационно-аналитический этап. В рамках данного этапа проводились сбор и анализ научной литературы по рассматриваемой проблематике, анализировались существующие отечественные и зарубежные подходы к изучению указанной проблемы, а также требования нормативных актов и обзорно-аналитических источников, освещающих данный вопрос.

2. Эмпирически-экспериментальный этап. На этом этапе осуществлен подбор диагностического инструментария исследования психологических особенностей личности наркозависимых осужденных; проведено эмпирическое исследование личности наркозависимых осужденных с учетом гендерных особенностей; осуществлен математико-статистический анализ полученных результатов.

В целях получения достоверной информации по итогам исследования нами были сформированы две выборки: основная и контрольная.

В основную выборку были отобраны наркозависимые осужденные мужского и женского пола, находящиеся в состоянии вынужденной ремиссии и отбывающие наказание в виде лишения свободы в исправительных учреждениях общего режима и лечебно-исправительных учреждениях УФСИН России по Республике Мордовия. Факт наличия зависимости от наркотических средств подтверждался медицинскими частями соответствующих учреждений исполнения наказания. Общий объем данной выборки составил 138 человек: из них 11 подозреваемых-мужчин пребывали в ФКУ СИЗО-1 УФСИН России по Рязанской области, 61 осужденный-мужчина отбывал наказание в ФКУ ЛИУ-19 УФСИН России по Республике Мордовия, 56 осужденных-женщин – в ФКУ ЛИУ-7 УФСИН России по Республике Чувашии – Чувашии.

Контрольную группу составили подозреваемые-мужчины, содержащиеся в ФКУ СИЗО-1 УФСИН России по Рязанской области, осужденные-мужчины, отбывающие наказание в ИК-12 УФСИН России по Республике Мордовия общего режима, осужденные-женщины, отбывающие наказание в ИК-5 УФСИН России по Республике Мордовия, не имевшие опыта потребления наркотических средств, а также имеющие сходные по возрасту и уровню образования показатели с осужденными из экспериментальной группы. Численность контрольной группы составила 90 человек.

Подбор методического инструментария осуществлялся с учетом обоснованных в пп. 1.1, 1.2 теоретических представлений о психологических особенностях личности наркозависимых осужденных, а также на основе объекта, предмета, цели и поставленных задач исследования.

Для формирования репрезентативных выборок мы прибегли к помощи следующего методического инструментария.

1. *Наблюдение* (непосредственное) применялось с целью изучения особенностей мотивационной сферы личности наркозависимых осужденных, а также как метод проверки достоверности их ответов в период психодиагностического обследования. Преимуществом наблюдения являются естественные условия сбора информации, возможность наблюдать поведенческие реакции, в которых проявляются значимые личностные качества и психические состояния наркозави-

симых осужденных. Кроме того, наблюдение использовалось в качестве дополнительного метода и позволяло интегрировать, анализировать и интерпретировать полученные эмпирические данные.

2. *Беседа* применялась с целью уточнения полученных в процессе эмпирического исследования данных, формирования целостного впечатления о личности обследуемых осужденных. Беседа состояла из вводной части, в которой устанавливался психологический контакт с осужденными, и основной. В основной части беседы обследуемым задавались вопросы, касающиеся причин употребления или неупотребления наркотических средств, специфики пребывания в исправительном учреждении, происходящих с ними изменений в период отбывания наказания, об отношении к лицам, употребляющим наркотические средства, о взаимоотношениях с близкими до и после осуждения и т. д. При подготовке к индивидуальной беседе с обследуемыми осужденными задаваемые вопросы видоизменялись в зависимости от интеллектуального и культурного уровня опрашиваемых.

3. *Анкетирование* применялось для изучения социально-демографических показателей обследуемых, а также для формирования однородных выборок в целях исследования социально-психологических особенностей. Кроме того, данные анкеты дополняли представление об иерархии жизненных ценностей, временной перспективе и т. д. Данные анкеты подверглись частотному анализу и рассматривались вместе с данными других методик.

4. *Анализ личных дел* обследуемых осужденных двух выборок применялся для более детального изучения склонности к употреблению наркотических средств, социально-демографических, социально-правовых и социально-бытовых характеристик обследуемой категории осужденных. Важнейшим преимуществом метода выступает высокая объективность получаемой с его помощью информации, так как вся она подтверждена документально. Кроме того, для его использования нет необходимости в личном участии наркозависимых осужденных. Среди положительных сторон метода анализа личных дел следует также отметить возможность вернуться к анализу документов неоднократно в любое удобное время. Данный метод дополняет результаты, полученные в ходе анкетирования, и позволяет получить

дополнительную информацию о влиянии социально-демографических, социально-правовых и социально-бытовых характеристик осужденных на употребление наркотических средств.

5. *Тестирование* проводилось с использованием следующего блока методик: «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (Л. Н. Собчик), «Индивидуально-типологический опросник» (Л. Н. Собчик), «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Г. Конте), «Оценка доминирующего психического состояния» (Л. В. Куликов), «Методика исследования акцентуаций характера» (Х. Смишек), «Уровень субъективного контроля» (Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд, Е. А. Голынкина), «Ценностные ориентации» (М. Рокич), «Морфологический тест жизненных ценностей» (В. Ф. Сопов, Л. В. Карпушина), «Диагностика самоактуализации личности» (Н. Ф. Калина), «Смыслжизненные ориентации» (Д. А. Леонтьев), «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (А. А. Реан).

«Индивидуально-типологический опросник»¹ Л. Н. Собчик использовался нами для выявления ведущих тенденций личности, раскрывающих характер социально-психологических особенностей наркозависимых осужденных.

Опросник состоит из 91 утверждения. Небольшой объем стимульного материала является весьма благоприятным фактором для наркозависимых осужденных, поскольку нивелирует фактор переутомления.

Методика включает в себя 10 шкал. Две шкалы достоверности: «L» – шкала «лжи», «A» – шкала «аггравации» и 8 основных шкал, сгруппированных в пары в соответствии с описываемыми ими противоположными личностными тенденциями, выполняющими по отношению друг к другу компенсаторные функции, а при максимальной выраженности приводящие к внутриличностным конфликтам: экстраверсия – интроверсия; спонтанность – сензитивность; агрессивность – тревожность; ригидность – лабильность.

Графическое изображение результатов по этим шкалам позволяет глубже понять степень компенсированности выплеснувшихся за границу нормы тенденций, трансформировавшихся в дезадаптивные проявления в виде клинических симптомов.

«Стандартизированный многофакторный метод исследования личности»² Л. Н. Собчик применялся нами с целью исследования социально-психологических особенностей наркозависимых осужденных и дополнял данные по методике ИТО. СМИЛ состоит из 566 вопросов-утверждений, на которые испытуемый должен ответить «верно» или «неверно». Методика включает в себя 3 шкалы достоверности: «L» – шкала «лжи», «F» – шкала «достоверности», «K» – шкала «коррекции»; десять основных шкал: «невротического сверхконтроля», «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», «импульсивности», «мужественности – женственности», «ригидности», «тревожности», «индивидуалистичности», «оптимистичности», «социальной интроверсии» и 212 дополнительных.

Интерпретация получаемых в ходе психодиагностического обследования результатов осуществляется на основе рассмотрения взаимного влияния шкал и не сводится к последовательной интерпретации каждой шкалы.

Результаты психодиагностического обследования по методике СМИЛ, согласно концепции Л. Н. Собчик, были совмещены с круговой диаграммой «Индивидуально-типологического опросника», что позволило, с одной стороны, дополнить информацию об индивидуально-типологических особенностях наркозависимых осужденных мужского пола, а с другой – убедиться в достоверности получаемых результатов.

Методика **«Индекс жизненного стиля»³** Р. Плутчика, Г. Келлермана, Г. Конте в адаптации Е. С. Романова и Л. Р. Гребенкова направлена на выявление особенностей функционирования психологических защит наркозависимых осужденных. Опросник выявляет следующие механизмы психологической защиты: отрицание, подавление, регрессия, компенсация, проекция, замещение, рационализация, реактивное образование. Опросник включает в себя 97 пунктов и 9 шкал: восемь шкал направлены на выявление психологических защитных механизмов, одна – общий уровень психозащитного поведения. Методика позволяет исследовать уровень напряженности 8 основных психологических защит, изучить иерархию системы психологической защиты и оценить общую напряженность всех измеряемых защит. По утверждению

некоторых ученых (В. Г. Каменская, Р. М. Грановская и др.), наиболее конструктивными психологическими защитами являются компенсация и рационализация, а наиболее деструктивными – проекция и замещение. Использование конструктивных защит снижает риск возникновения конфликта или его обострения. Более того, степень выраженности защит указывает на уровень внутриличностного конфликта, то есть дезадаптированные индивиды должны использовать защиты в большей степени, чем адаптированные испытуемые.

Методика *«Оценка доминирующего психического состояния»*⁴ Л. В. Куликова предназначена для определения характеристик настроения и некоторых других характеристик личностного уровня психических состояний с помощью субъективных оценок обследуемого. Основным назначением опросника является диагностика относительно устойчивых (доминирующих) состояний. Опросник содержит 57 стимулов, работающих на 8 шкал: активность, бодрость, тонус, раскованность, спокойствие, устойчивость, удовлетворенность, положительный образ самого себя.

*«Методика исследования акцентуаций характера»*⁵ Х. Смишек выбрана нами для диагностики выраженности акцентуаций личности. Методика разработана на основе концепции К. Леонгарда и предназначена для изучения акцентуаций личности. В основе концепции акцентуированных личностей К. Леонгарда акцентуации – «заострение» некоторых, присущих каждому человеку, индивидуальных свойств. Акцентуации рассматриваются как крайний вариант нормы, в чем состоит их главное отличие от психопатий – патологических расстройств личности. Леонгард подразделял 10 типов акцентуированных личностей на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый); акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный). Тест содержит 10 шкал, которые реализованы в виде перечня из 88 вопросов, предполагающих один из двух вариантов ответов «Да» и «Нет». Сумма баллов по каждой шкале после умножения на коэффициент дает показатель акцентуированности. В зависимости от его величины, определяется: степень акцентуированности (не выражена, на уровне тенденции, выражена).

Методика «Уровень субъективного контроля»⁶ Е. Ф. Бажина, А. М. Эткинда, Е. А. Голынкиной применялась нами с целью изучения уровня субъективного контроля наркозависимых осужденных над жизненными ситуациями и, как следствие, степени активности жизненной позиции по отношению к происходящим с ними в жизни событиям.

Данная методика является опросниковой многомерной шкалой, состоящей из 44 вопросов и измеряющей индивидуальные особенности субъективного контроля над различными жизненными ситуациями. Шкалы опросника «Уровень субъективного контроля»: интернальность в области достижений (Ид), интернальность в области неудач (Ин), интернальность в области производственных отношений (Ип), интернальность в области межличностных отношений (Им), интернальность в отношении здоровья и болезни (Из), интернальность в семейных отношениях (Ис).

В основу опросника легла концепция локуса контроля американского психолога Дж. Роттера, который считал, что люди различаются между собой в зависимости от того, где они локализуют контроль над значимыми для себя событиями. По его мнению, существуют два крайних типа такой локализации: интернальный и экстернальный. При интернальном локусе контроля человек считает, что происходящие с ним события прежде всего зависят от его личностных качеств и являются закономерным результатом его собственных действий. При экстернальном локусе контроля он убежден, что его успехи или неудачи становятся результатом таких внешних сил, как везение, случайность, давление окружения, действия других людей и прочие обстоятельства. Таким образом, результаты теста позволяют локализовать место человека на шкале интернальности – экстернальности.

В отличие от Дж. Роттера Е. Ф. Бажин и А. М. Эткинд исходили из того, что иногда возможны не только однонаправленные сочетания локуса контроля в различных по типу ситуациях. В связи с этим разработки теста, кроме основной шкалы общей интернальности, предложили выделить в методике диагностики локуса контроля субшкалы, характеризующие интернальность в сфере достижений и неудач, в сфере производственных, межличностных, семейных отношений, а также в сфере здоровья. Опросник полностью отвечает теоретическим представлениям, сложившимся в отечественной психологии, в которой исследова-

нию и формированию сознательной, активной деятельности личности всегда придавалось первостепенное значение.

Актуальность опросника применительно к нашему исследованию объясняется тем, что уровень интернальности связан со способностью личности оценивать причинно-следственные связи и адекватно выстраивать свое смысловое пространство, что является одним из факторов избавления от наркотической зависимости.

Опросник *«Ценностные ориентации»*⁷ М. Рокича использовался с целью выявления наиболее значимого круга ценностей наркозависимых осужденных. Разработанная М. Рокичем методика основана на прямом ранжировании списка ценностей. Автор методики различает два класса ценностей: *терминальные* – убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться, и *инструментальные* – убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Стимульный материал методики представлен набором из 18 терминальных и 18 инструментальных ценностей, которым испытуемый в порядке уменьшения значимости должен присвоить ранговый номер. Вначале оценивают терминальные ценности, а потом инструментальные.

При анализе полученных ранжировок ценностей необходимо обращать внимание на их группировку в содержательные блоки по разным основаниям. Например, можно выделить «конкретные» и «абстрактные» ценности, ценности профессиональной самореализации, личной жизни и т. д. Инструментальные ценности могут группироваться в этические ценности, ценности общения, ценности дела; индивидуалистические и конформистские, альтруистические ценности; ценности самоутверждения и ценности принятия других и т. д.

*«Морфологический тест жизненных ценностей»*⁸ (МТЖЦ) И. Ф. Сопова, Л. В. Карпушиной (модификация теста «Опросник терминальных ценностей» И. Г. Сенина) в адаптации А. А. Жарких применялся нами с целью выявления отношения наркозависимых осужденных к главным жизненным ценностям и степени значимости основных жизненных сфер.

Основным диагностическим конструктом МТЖЦ являются терминальные ценности, под которыми понимается отношение субъекта

к явлению, жизненному факту, объекту и субъекту и признание его как важного, имеющего жизненную важность. Опросник направлен на изучение индивидуальной системы ценностей человека с целью лучшего понимания смысла его действия или поступка и включает в себя 112 утверждений, каждое из которых испытуемому необходимо оценивать по 5-балльной системе.

Перечень жизненных ценностей опросника: развитие себя, духовное удовлетворение, креативность, активные социальные контакты, собственный престиж, высокое материальное положение, достижение, сохранение собственной индивидуальности.

Терминальные ценности реализуются по-разному, в различных жизненных сферах. Опросник охватывает 6 сфер: профессиональная жизнь; образование; семейная жизнь; общественная активность; увлечение; физическая активность.

Под жизненной сферой понимается социальная сфера, где осуществляется деятельность человека. Значимость той или иной жизненной сферы для разных людей неодинакова.

Опросник *«Диагностика самоактуализации личности»*⁹ А. В. Лазуткина в адаптации Н. Ф. Калина применялся нами с целью изучения степени самоактуализации наркозависимых осужденных.

В соответствии с мнением автора методики «самоактуализация» интерпретируется как стремление человека к наиболее полному раскрытию и реализации своего личностного потенциала. Наиболее полная самореализация состоит в реализации смысложизненных и ценностных ориентаций, то есть имеет место сущностная, аутентичная самореализация – осуществление потребности в самоактуализации как стремление реализовать свои способности и таланты.

Методика состоит из 100 пар утверждений, из которых испытуемый должен выбирать одно, наиболее ему подходящее. Результаты опросника формируются в 11 шкал: ориентация во времени, ценности, взгляд на природу человека, потребность в познании, стремление к творчеству или креативность, автономность, спонтанность, самопонимание, аутосимпатия, контактность, гибкость в общении.

Тест *«Смысложизненные ориентации»*¹⁰, являющийся адаптированной Д. А. Леонтьевым версией теста «Цель в жизни»

Дж. Крамбо и Л. Махолика и отражающий теорию стремления личности к смыслу В. Франкла, был использован нами с целью изучения смысложизненных ориентаций наркозависимых осужденных, составляющих основу их образа Я.

Д. А. Леонтьевым, М. О. Калашниковым и О. Э. Калашниковой было установлено, что осмысленность жизни личности не является внутренне однородной структурой.

Показатели теста включают в себя общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), а также пять субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации (СЖО) и два аспекта локуса контроля: «цели в жизни», «процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни», «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», «локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)», «локус контроля – жизнь или управляемость жизни».

Согласно концепции теста СЖО жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из имеющихся и добиваться результатов. Важной является соотнесенность элементов со временем. Это предполагает ясное соотнесение целей с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым. Ситуация предоставляет каждому человеку возможность сделать в настоящем определенный выбор в виде поступка, действия или бездействия. Основа такого выбора – сформированное представление о смысле жизни или его отсутствии. Совокупность осуществленных, актуализированных выборов формирует «прошлое», которое неизменно. Вариациям подвержены лишь его интерпретации. «Будущее» есть совокупность потенциальных, ожидаемых результатов усилий, предпринимаемых в настоящем. В связи с этим будущее принципиально открыто, а различные варианты ожидаемого будущего имеют разную мотивирующую притягательность.

Таким образом, тест СЖО позволяет оценить источник смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Опросник «*Мотивация успеха и боязнь неудачи*»¹¹ А. А. Реана применялся с целью изучения выраженности мотивации достижения, которая является непременной составляющей в плане избавления от наркотической зависимости. Опросник состоит из 20 утверждений, направлен на выявление степени выраженности двух противоположных тенденций: мотивации на успех и мотивации на неудачу.

Мотивация на успех относится к позитивной мотивации. При ее наличии человек, начиная дело, имеет в виду достижение чего-то конструктивного, положительного. В основе его активности лежит надежда на успех и потребность в достижении успеха. Такие люди обычно уверены в себе, в своих силах, ответственны, инициативны и активны. Их отличает настойчивость в выполнении задач, целеустремленность.

Мотивация на неудачу относится к негативной мотивации. При ее наличии активность человека связана с потребностью избежать срыва, порицания, наказания, неудачи. В основе этой мотивации лежат идеи избегания и негативных ожиданий. Начиная дело, человек уже заранее боится возможной неудачи, думает о путях избегания этой гипотетической неудачи, а не о способах достижения успеха. Люди, мотивированные на неудачу, обычно отличаются повышенной тревожностью, низкой уверенностью в своих силах, стараются избегать ответственных заданий, а при необходимости решения сверхответственных задач могут впадать в состояние, близкое к паническому. Ситуативная тревожность у них в этих случаях становится чрезвычайно высокой. Все это, вместе взятое, может сочетаться с весьма ответственным отношением к делу.

По окончании сбора материала на эмпирически-экспериментальном этапе исследования проводилась обработка полученных эмпирических данных методами математической статистики. Для уровневого анализа данных использовали расчет средних значений и стандартного отклонения по каждому показателю; для сравнения средних значений использовался критерий Стьюдента.

При обработке эмпирического материала использовалась компьютерная программа STATISTICA 8.0. и Psychometric Expert 8.0.

3. Обобщающе-внедренческий этап. На этом этапе исследования проанализированы и проинтерпретированы полученные эмпирические результаты.

2.2. Социально-психологические особенности наркозависимых осужденных

Анализ распределения обследуемых наркозависимых осужденных по возрасту (рис. 7) показывает, что они в основном являются представителями возрастной группы до 30 лет (61 %), что объясняется: большей распространенностью наркомании среди лиц молодежного возраста; малой продолжительностью жизни наркозависимых (5–10 лет).

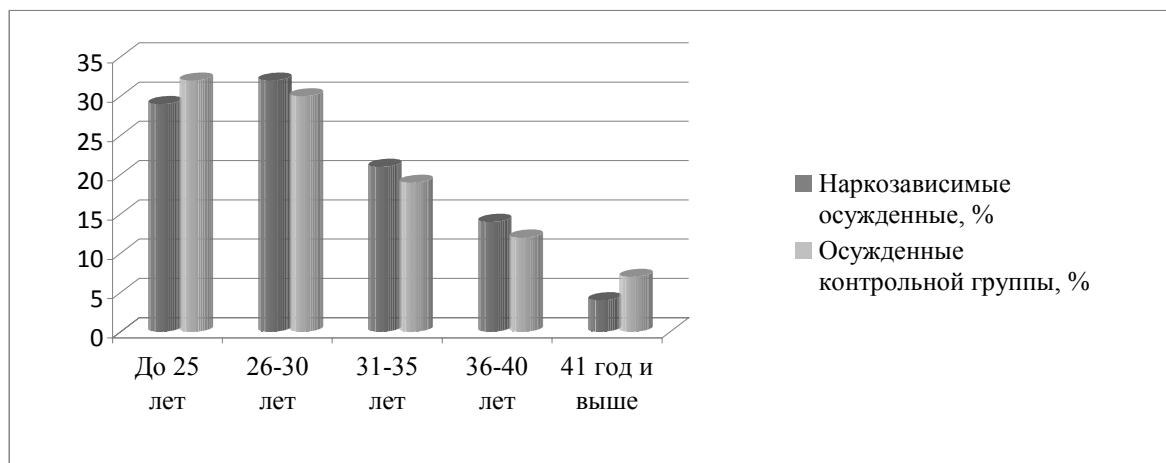


Рис. 7. Распределение наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы в зависимости от возраста

В отношении семейного положения процентное соотношение распределения обследуемых осужденных в целом в рассматриваемых выборках не различается (рис. 8).

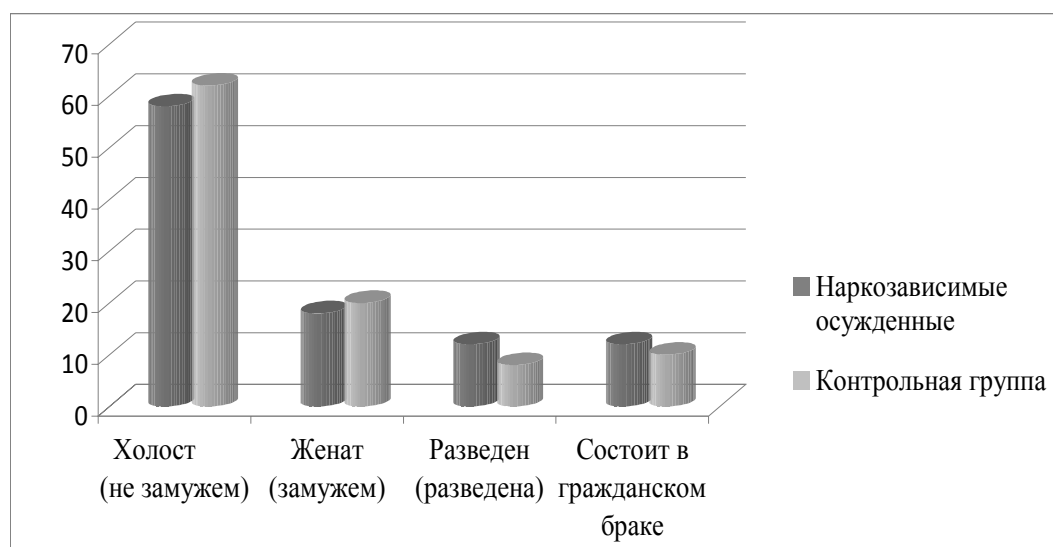


Рис. 8. Распределение обследуемых осужденных в зависимости от семейного положения, %

Так, большинство обследуемых осужденных никогда не вступали в брачные отношения и только 18 % наркозависимых осужденных и 20 % осужденных контрольной группы состоят в браке.

Важно подчеркнуть, что 26 % наркозависимых осужденных и 32 % осужденных из числа контрольной группы имеют детей.

По уровню образования в основном обследуемые двух групп распределяются похожим образом: большинство имеет среднее общее, неполное среднее и среднее профессиональное образование (рис. 9).

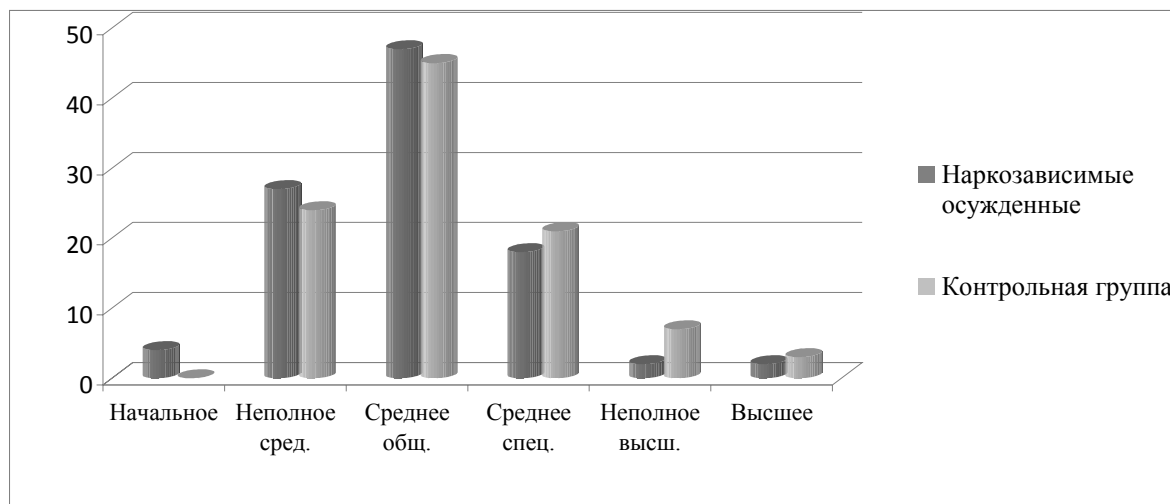


Рис. 9. Распределение обследуемых осужденных в зависимости от уровня образования, %

Таким образом, анализ социально-демографических характеристик обследуемых основной и контрольной групп показывает, что они по основным показателям совпадают и существенных различий между ними не наблюдается. Следовательно, подобранные нами выборки осужденных соответствуют основным требованиям к их формированию.

В зависимости от состава преступлений, за которые наркозависимые осужденные отбывают наказание, можно выделить следующие наиболее часто встречающиеся статьи УК РФ: ст. 228 (незаконное приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов) – 58 %; ст. 158 (кража) – 22 %; ст. 161–162 (грабеж, разбой) – 19 %; ст. 105, 111, 112, 114 (преступления против жизни и здоровья) – 7 %, то есть в основном наркозависимые осужденные отбывают наказание за незаконные приобретение, хранение, перевозку, изготовление, переработку наркотических средств, пси-

хотропных веществ или их аналогов, а следовательно, причины совершения противоправных деяний связаны с потреблением наркотических средств. Средний срок лишения свободы составляет 5 лет (рис. 10).

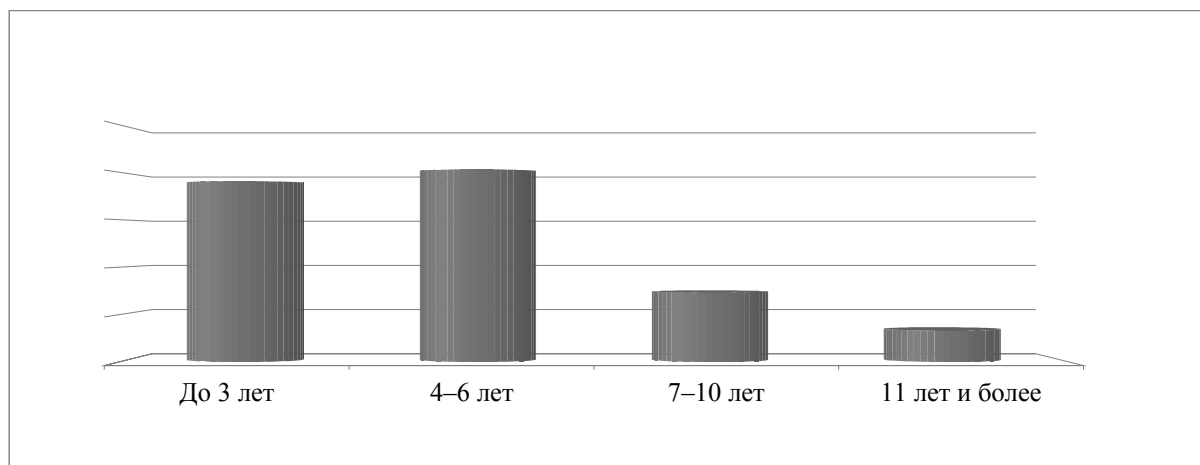


Рис. 10. Распределение обследуемых осужденных в зависимости от срока наказания, %

Распределение основной группы по стажу потребления наркотиков имеет следующий вид: 35 % принимали наркотические вещества от полугода до 3 лет; 37 – от 4 до 6 лет; 19 – от 7 до 10 лет и 9–11 лет и более (рис. 11). Средний стаж потребления наркотических средств по группе составил 6 лет, что находится в пределах средней продолжительности жизни лиц после начала систематического употребления наркотиков¹².

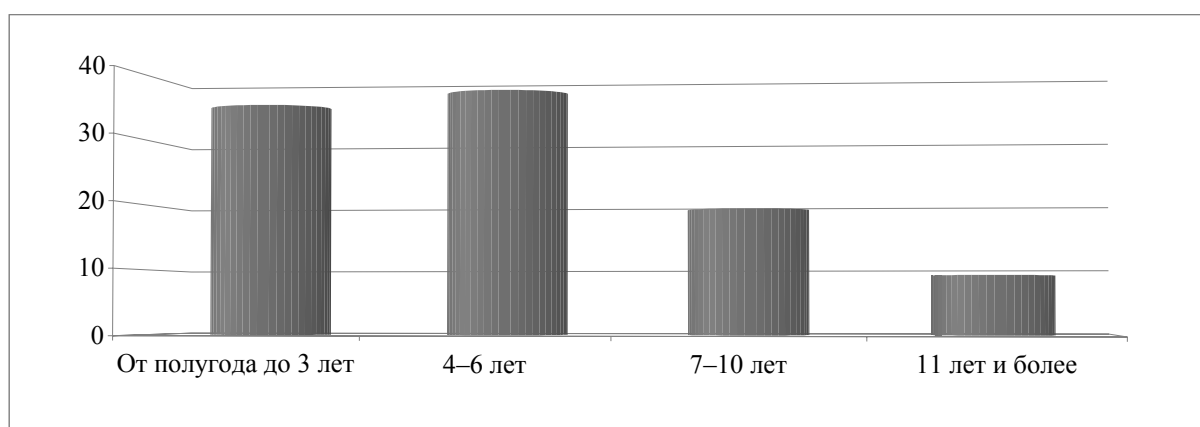


Рис. 11. Распределение наркозависимых осужденных в зависимости от длительности потребления наркотических средств, %

По виду потребляемого до лишения свободы наркотика основная выборка имеет следующее распределение:

54 % – до лишения свободы принимали опиаты¹³;

1 % – психостимуляторы;

5 % – производные конопли;

1 % – галлюциногены;

36 % – комбинированные препараты либо чередовали прием различных наркотических веществ;

1% – седативные препараты.

Следовательно, наркозависимые осужденные в основном до лишения свободы принимали опиатные наркотики* либо чередовали различные наркотические средства.

Таким образом, социально-демографический анализ показал, что наркозависимые осужденные мужского пола в основном представлены возрастной группой до 30 лет; не связаны брачными отношениями; со средним образованием; осуждены в основном по ст. 228, 158, 161, 162 УК РФ. Средний срок наказания – 5 лет. Средний стаж потребления наркотиков – 6 лет. До лишения свободы в основном принимали наркотики опиатной группы либо чередовали прием различных наркотических средств.

Анализ результатов психодиагностического обследования по методике «*Стандартизированный многофакторный метод исследования личности*» (СМИЛ) Л. Н. Собчик показал, что наркозависимые осужденные, как и осужденные контрольной группы, имеют сходный рисунок профилей, различия наблюдаются лишь в степени выраженности подъемов по шкалам (рис. 12).

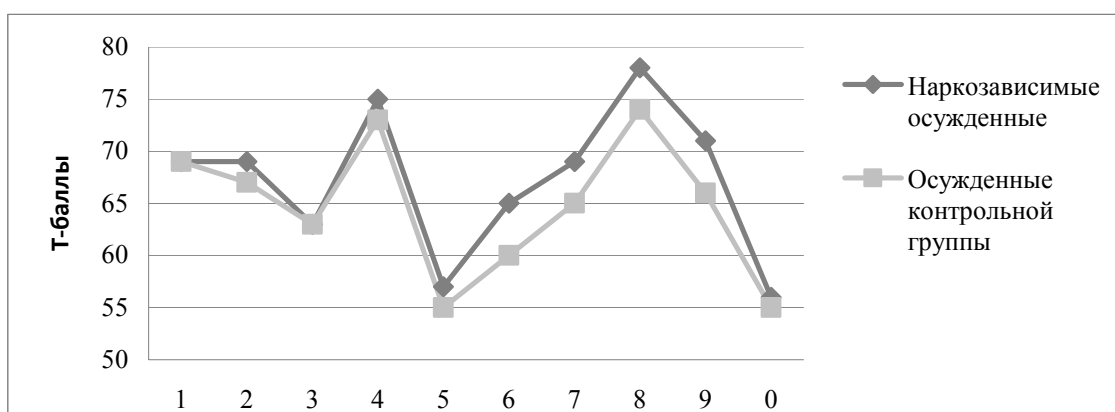


Рис. 12. Распределение обследуемых осужденных в зависимости от результатов обследования по опроснику СМИЛ

* Опиатные наркотики изготавливаются из мака: как из самого растения, так и из его сока (опий-сырец). Некоторые также производятся синтетическим путем.

Данные обследования показывают, что наличие наркотической зависимости заостряет черты, характерные для осужденных, не имеющих наркотической зависимости. У наркозависимых осужденных в сравнении с осужденными контрольной группы становятся еще более выраженными следующие шкалы: 4 – шкала асоциальной психопатии, 6 – шкала паранояльности, 8 – шкала шизоидности и 9 – шкала гипомании (при $p < 0,05$ для указанных шкал). Подобная картина иллюстрирует происходящую деформацию личностных черт в сторону асоциальной направленности. Заострение 4-й шкалы говорит о нарастающей психопатизации личности, влекущей за собой нарушение социально приемлемых норм поведения. Подъем 8-й шкалы, выявляющей иррациональный тип реакций, в сочетании с высокой 9-й шкалой, ведущей к защитному механизму отрицания проблем, приводят к невидению негативных аспектов своего поведения. Кроме того, достаточное повышение 2-й шкалы в сочетании с пиком по 8-й указывает на тревогу и растерянность, возникающие в результате нарушения адаптации и потери продуктивности. Таким образом, неудивительно, что профили наркозависимых осужденных являются более выраженным повторением профилей осужденных, не имеющих наркотической зависимости. По Л. Н. Собчик, профиль **84'9**-характеризуется нонконформизмом, противопоставлением своих субъективных взглядов и суждений окружению, жесткостью и эгоцентризмом установок¹⁴.

Аналогичные, но менее выраженные профили мы встречаем и в исследованиях наркозависимых личностей, проходящих курс реабилитации в стационаре, и осужденных, не имевших наркотической зависимости¹⁵.

Анализ результатов психодиагностического обследования по методике «*Индивидуально-типологический опросник*» (ИТО) показал значимые различия между наркозависимыми осужденными и осужденными контрольной группы по шкалам Ext, Sp, Rg, Lab ($p < 0,05$ для указанных шкал). Необходимо заметить, что в случае применения ИТО средние профили не так информативны, поскольку для интерпретации данных имеет большое значение соотношение полярных шкал, что можно проследить только в индивидуальных результатах (рис. 13).

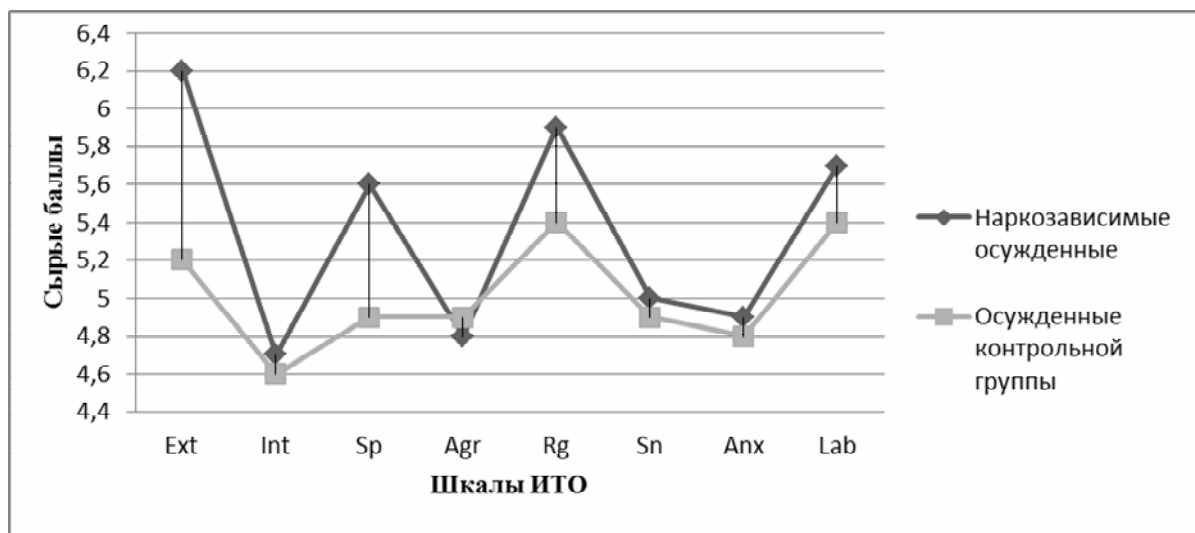


Рис. 13. Распределение обследуемых осужденных в зависимости от результатов обследования по опроснику ИТО

Большее значение по экстраверсии у наркозависимых осужденных объясняется поисками себе подобных, достаточно поверхностными социальными отношениями. По вектору ригидность – лабильность наркозависимых осужденных также наблюдаются большие значения, что говорит о нарастающих в сравнении с осужденными контрольной группы внутриличностных конфликтах: для наркозависимых осужденных в большей степени, чем для осужденных контрольной группы, характерна, с одной стороны, повышенная лабильность, ведущая к неустойчивой мотивации, с другой – «залипание», «зацикливание» ригидных установок. Более высокая спонтанность наркозависимых осужденных свидетельствует о тенденции к необдуманным поступкам.

Данные по методике «*Индекс жизненного стиля*» (LSI) (рис. 14) показали, что статистически значимые различия ($p < 0,05$) между наркозависимыми осужденными и осужденными контрольной группы наблюдаются по следующим видам психологических защитных механизмов: отрицание, регрессия, замещение, которые наиболее выражены у наркозависимых осужденных. Подобные защитные механизмы констатирует у наркозависимых и Ю. В. Власова. Отрицание как наиболее примитивный механизм защиты позволяет наркозависимым решать внутренний психологический конфликт между социально-желательными установками и своим поведением, обусловленным наркоманией, не предпринимая при этом никаких действий для своего из-

лечения. Регрессия, свидетельствующая о переходе личности на инфантильный способ реагирования, ведет к примитивности интересов, эмоциональной уплощенности, плаксивости, внушаемости, отсутствию чувства опасности. Замещение, развивающееся как сдерживающий механизм эмоций гнева на более сильного субъекта, выступающего в роли фрустратора, во избежание ответной реакции, приводит к снятию напряжения за счет обращения агрессии на более слабый объект. Кроме того, в периоде ремиссии, по словам Ю. В. Власовой, это может привести к смене одной формы зависимости на другую¹⁶.

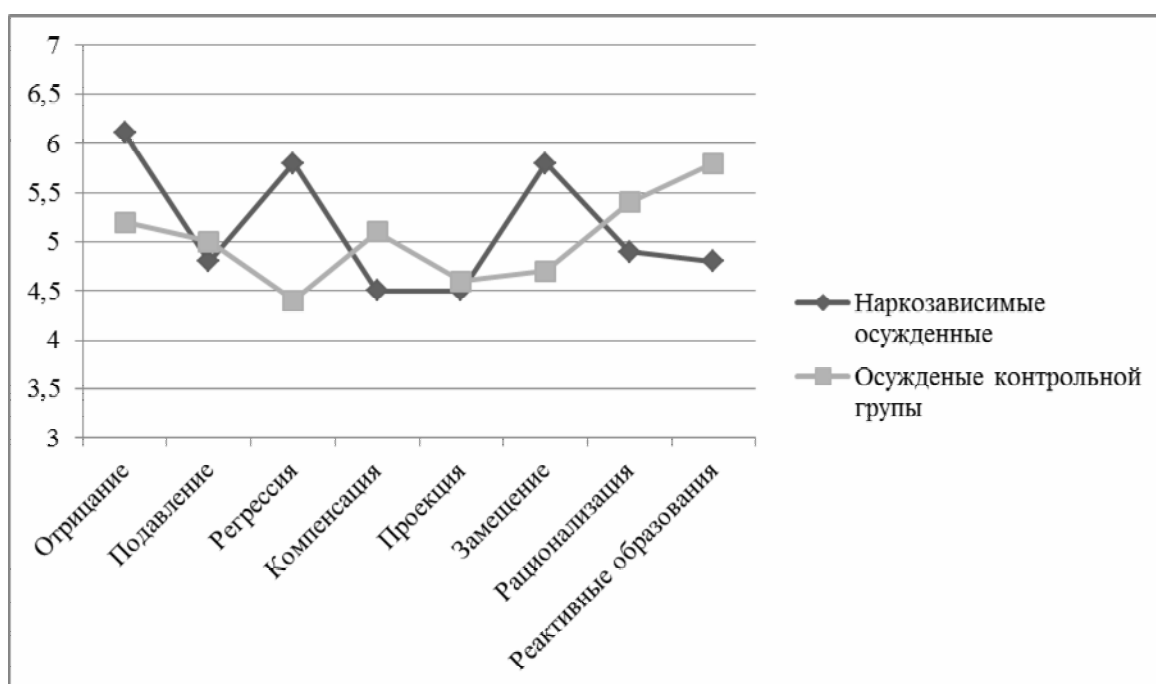


Рис. 14. Усредненные профили наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы по шкалам теста «Индекс жизненного стиля»

Статистически значимые различия наблюдаются и по шкале «реактивные образования» ($p < 0,05$), причем у наркозависимых осужденных данный вид психологических защит выражен в меньшей степени.

Результаты, полученные в ходе тестирования по методике «Оценка доминирующего психического состояния» (ОДПС) (рис. 15) выявили, что в целом по основным показателям наркозависимые осужденные имеют более низкие значения. Так, выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по шкалам «активность», «бодрость», «тонус», «ус-

тойчивость», которые имеют меньшую выраженность у наркозависимых осужденных в сравнении с осужденными контрольной группы. Данный факт свидетельствует о том, что наркозависимые осужденные имеют более пассивное отношение к жизни, более низкий эмоциональный фон, для них в большей степени характерна усталость, вялость, несобранность и инертность, эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражимость. При этом выявлены значимые различия ($p < 0,05$) в степени выраженности положительного образа самого себя. Примечательно, что наркозависимые осужденные имеют более выраженный положительный образ самого себя, что, по всей видимости, происходит вследствие действия психологических защитных механизмов.

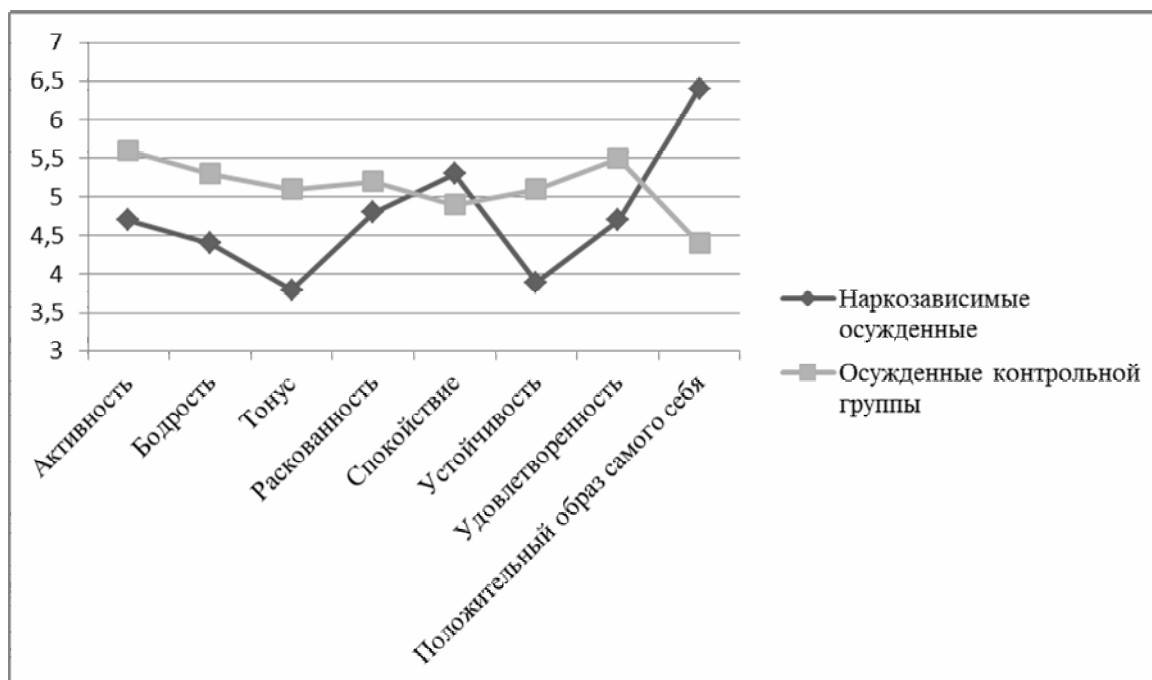


Рис. 15. Усредненные профили наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы по шкалам теста «Оценка доминирующего психического состояния»

Результаты, полученные по тесту «*Методика исследования акцентуаций личности*» (рис. 16), свидетельствуют о том, что у наркозависимых осужденных имеются выраженные акцентуации по гипертимному, эмотивному, демонстративному и экзальтированному типу. Причем по соответствующим шкалам показатели превышают таковые у осужденных, не имеющих наркотической зависимости ($p < 0,05$). По-

добного рода акцентуации, на наш взгляд, препятствуют избавлению от наркотической зависимости и предрасполагают к антисоциальному поведению.

Несмотря на значительные показатели по тревожности (7,1), мы склонны считать, что акцентуаций по данному свойству у наркозависимых осужденных не наблюдается, поскольку в сырых баллах данное свойство имеет достаточно низкие показатели (8,3 при максимуме в 24 балла), а высокие показатели в стенах являются следствием специфичности категории спецконтингента.

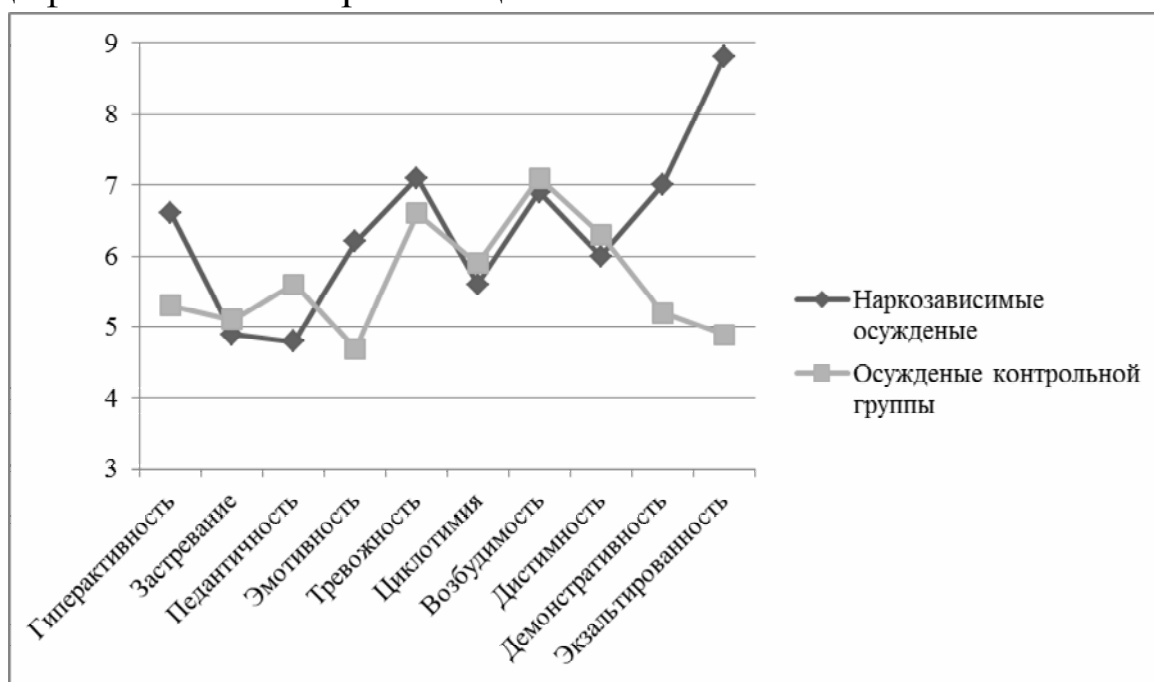


Рис. 16. Усредненные профили наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы по шкалам теста «Методика исследования акцентуаций личности»

Обследование по методике «Уровень субъективного контроля» показало, что в целом наркозависимые осужденные дают более высокие показатели экстернальности, чем осужденные контрольной группы (рис. 17). Это соответствует более низкому уровню субъективного контроля, то есть наркозависимые осужденные в меньшей степени видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действий других людей.

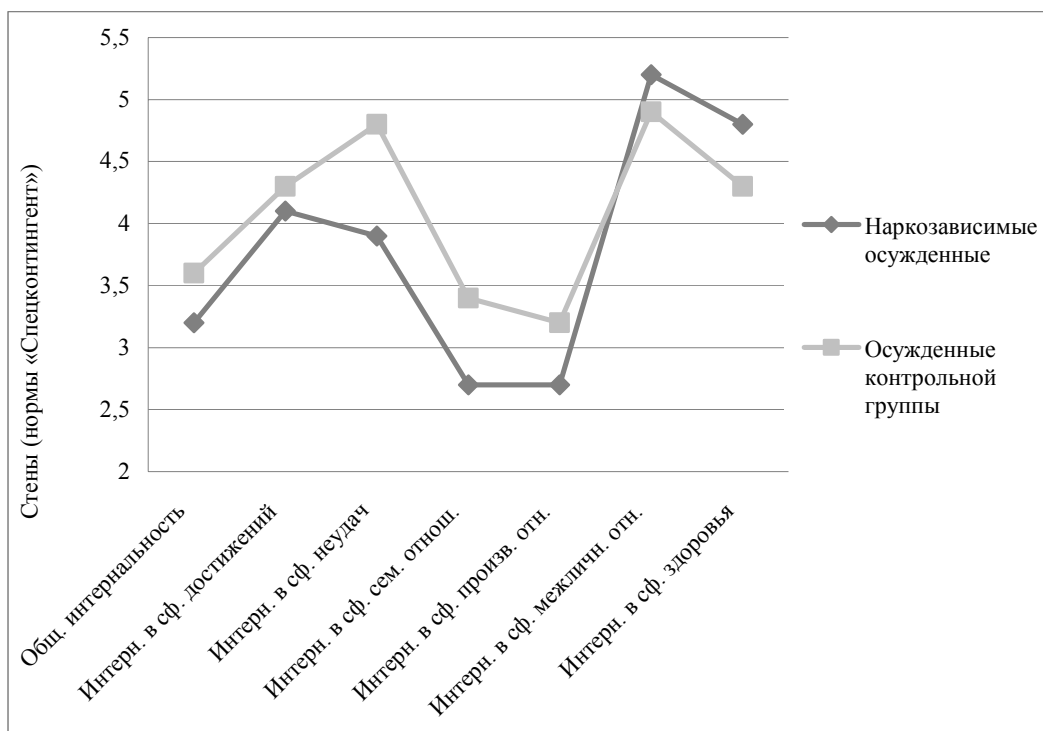


Рис. 17. Усредненные профили наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы по шкалам теста «Уровень субъективного контроля»

Что касается здоровья, то у наркозависимых осужденных просматривается более высокий уровень интернальности, чем у осужденных контрольной группы, что подтверждается статистически значимыми различиями групп по этому признаку ($p < 0,05$). Данный факт, на наш взгляд, связан с наличием соматических заболеваний у наркозависимых осужденных. Ввиду этого у них со временем появляется большая ответственность за свое здоровье, чем у осужденных контрольной группы. Подтверждение этому мы находим и в результатах анкетного опроса, где наркозависимые осужденные в жизненных планах после освобождения уделяют здоровью большее внимание, чем осужденные контрольной группы.

Для характеристики ценностных ориентаций наркозависимых осужденных использовали методику «*Ценностные ориентации*» М. Рокича. Поскольку при анализе групповых результатов мы рассматривали средние значения ценностей по рангам, то меньшие средние значения соответствовали более значимым для осужденных ценностям. Анализ данных показал, что наиболее значимыми для нарко-

зависимых осужденных *терминальными ценностями* являются: здоровье (2); любовь (5); жизненная мудрость (7); наличие хороших и верных друзей (7); счастливая семейная жизнь (7) (рис. 18).

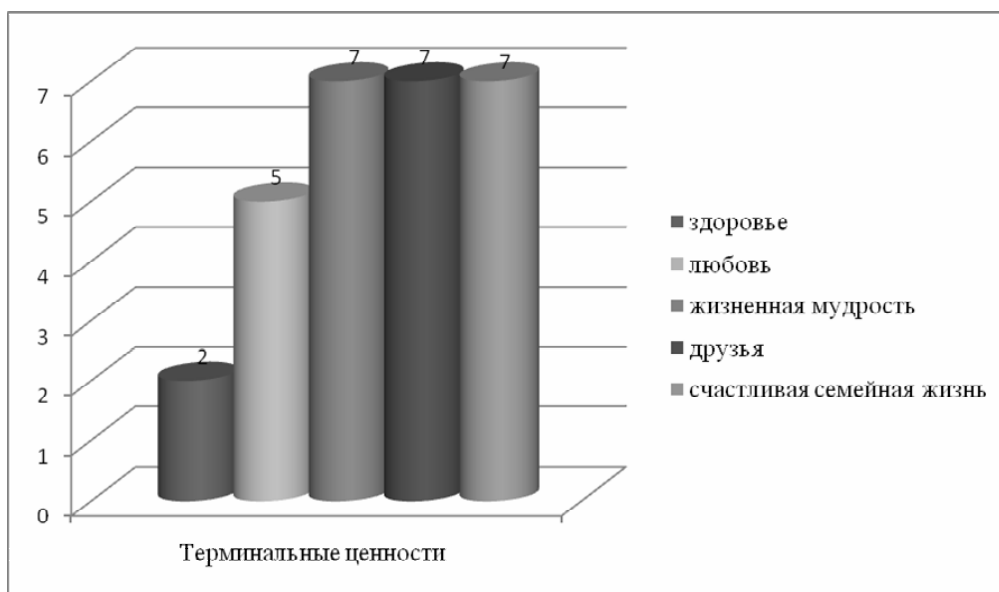


Рис. 18. Значимые терминальные ценности наркозависимых осужденных по методике «Ценностные ориентации» М. Рокича

Наиболее значимыми *инструментальными ценностями* выступают: воспитанность (7); ответственность (8); твердая воля (8); жизнерадостность; честность (8) (рис. 19).

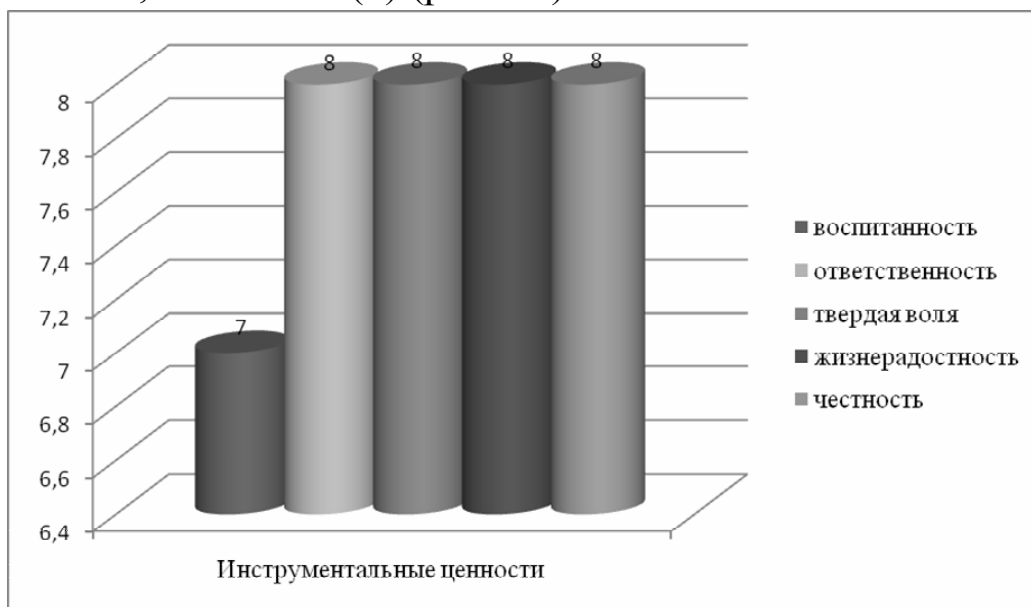


Рис. 19. Значимые инструментальные ценности наркозависимых осужденных по методике «Ценностные ориентации» М. Рокича

В довершение картины ценностной сферы наркозависимых осужденных стоит назвать наименее значимые составляющие. Из числа *терминальных ценностей* это: красота природы и искусства (17); развлечения (14); творчество (14); счастье других (13) (рис. 20). Из числа *инструментальных ценностей*: непримиримость к недостаткам других (16); эффективность в делах (13); высокие запросы (14) (рис. 21).

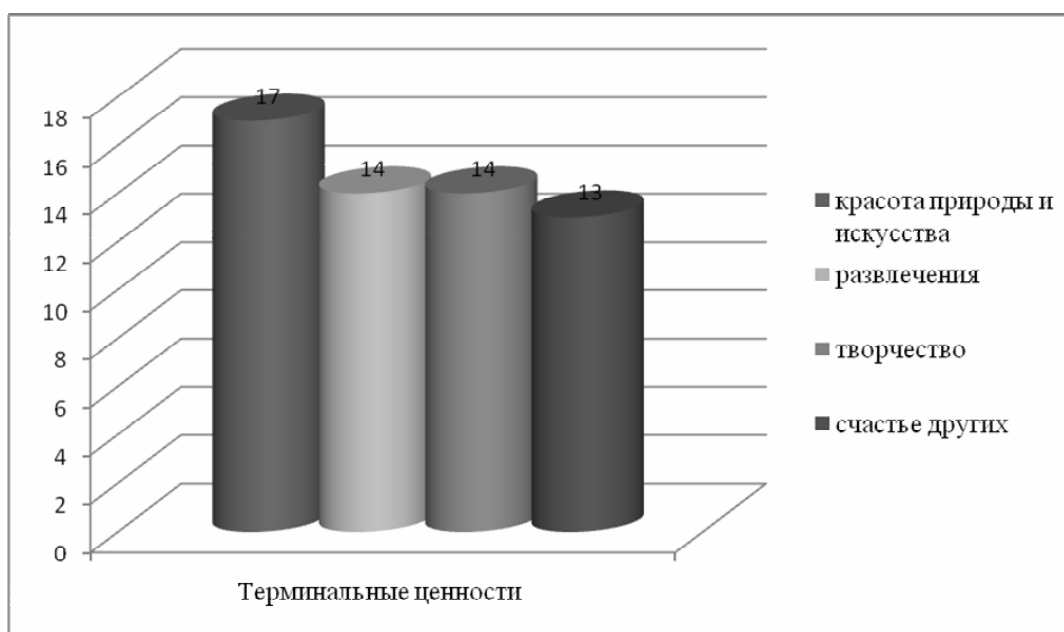


Рис. 20. Наименее значимые терминальные ценности наркозависимых осужденных по методике «Ценностные ориентации» М. Рокича

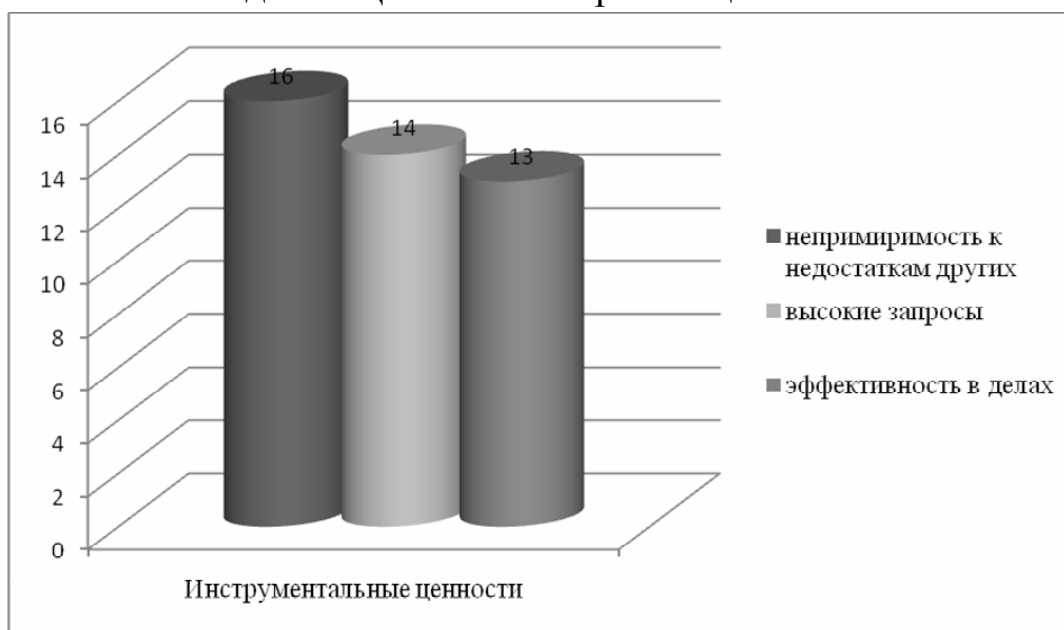


Рис. 21. Наименее значимые инструментальные ценности наркозависимых осужденных по методике «Ценностные ориентации» М. Рокича

Следовательно, у наркозависимых осужденных в сфере терминальных ценностей превалируют конкретные ценности и ценности личной жизни, направленные на поддержание нормального жизнеобеспечения, и при этом не выражены эстетические, альтруистические ценности и ценности саморазвития. Из числа инструментальных ценностей наиболее выражены индивидуалистические ценности и менее – ценности дела.

Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что по терминальным ценностям наблюдается большая согласованность в ответах (шире диапазон средних рангов), чем по инструментальным ценностям, что свидетельствует о более общих представлениях в группе наркозависимых осужденных относительно конечных целей индивидуального существования и более пестрых, размытых групповых представлениях о предпочитаемых способах действий и личностных качествах.

Сопоставление данных наркозависимых осужденных, полученных по рассматриваемой методике, с данными индивидуальных бесед показывает значительную дефицитарность просоциальных потребностей.

Анализ межгрупповых различий с помощью методики «Ценностные ориентации» М. Рокича выявил ряд значимых отличий между группой наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы ($p < 0,05$). Для наркозависимых осужденных в сравнении с осужденными контрольной группы более значимыми оказались независимость и общественное признание. Развитие, счастливая семейная жизнь, уверенность в себе и честность были более актуальными ценностями для осужденных контрольной группы.

Такого рода результаты хорошо вписываются в общую картину портрета наркозависимой личности¹⁷. Ценность независимости, по всей видимости, у изучаемых осужденных отождествляется со свободой от обязательств и хорошо согласуется с повышенным эгоцентризмом; общественное признание – с позерством и демонстративностью.

По методике «*Морфологический тест жизненных ценностей*» значимые различия обнаружались лишь в сфере семейной жизни ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что результаты данного теста не противоречат результатам методики «Ценностные ориентации», где семейные ценности обладают большей значимостью для наркозависимых осужденных, чем для осужденных контроль-

ной группы, поскольку в отличие от теста «Ценностные ориентации» шкала «семейная жизнь» теста «Морфологический тест жизненных ценностей» отражает активную жизненную позицию по отношению к семье. Данные анкетного опроса и тестирования показывают, что наркозависимые осужденные воспринимают семью как способ защиты, источник для выкачивания денег и поддержания собственного жизнеобеспечения.

Что касается параметров, связанных с жизненными ценностями, то в основном рисунок профиля наркозависимых осужденных повторяет таковой у осужденных контрольной группы, только в более низких числовых выражениях (рис. 22). Это может говорить либо о более низкой значимости всех ценностей, либо о более низком жизненном тоне (подтверждается результатами теста «Метод портретного выбора», где наркозависимые осужденные показывают более низкие значения коэффициента вегетативного баланса).

Только по шкале «высокое материальное положение» наркозависимые осужденные набирают более высокие, чем в контрольной группе, значения. Это соответствует и результатам методики «Ценностные ориентации» Рокича, в которой терминальная ценность «Т – материально обеспеченная жизнь» у наркозависимых осужденных занимает более значимые позиции.

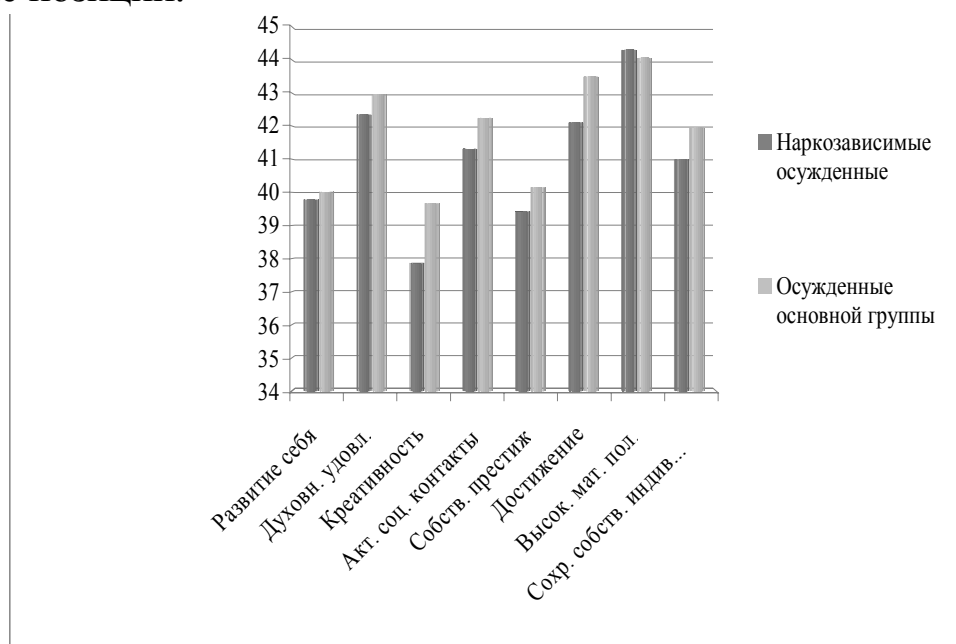


Рис. 22. Среднее по шкалам ценностей «Морфологического теста жизненных ценностей»

Относительно жизненных сфер рисунок профиля наркозависимых осужденных также повторяет профиль осужденных контрольной группы, но в более низких числовых выражениях, за исключением сферы профессиональной жизни и образования. Наркозависимые осужденные декларируют большую значимость этих сфер, чем осужденные контрольной группы (рис. 23).

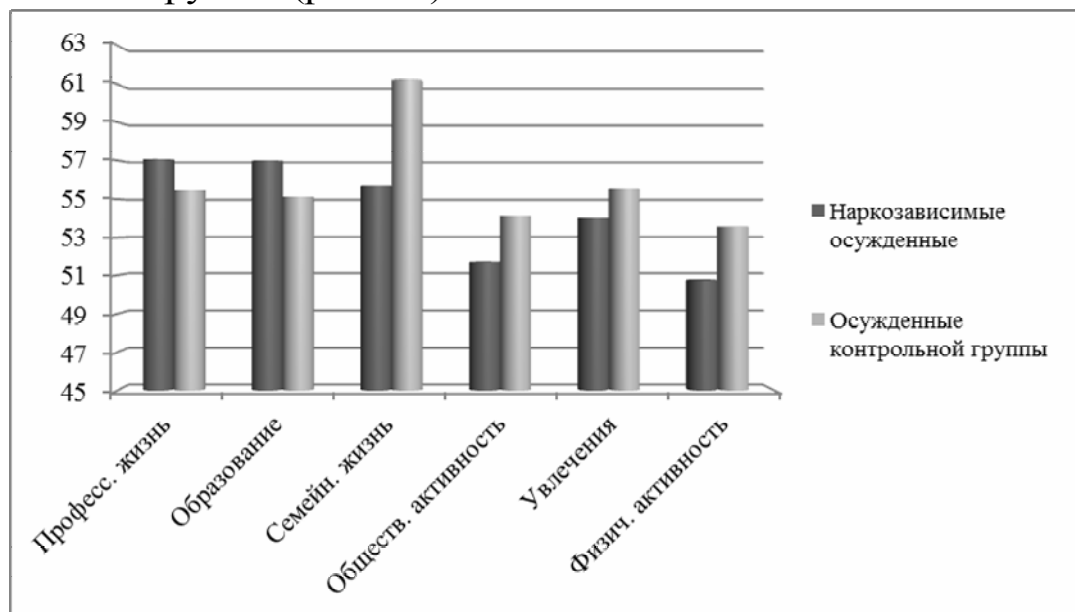


Рис. 23. Среднее по шкалам жизненных сфер «Морфологического теста жизненных ценностей»

Анализ результатов теста *«Диагностика самоактуализации личности»* выявил значимые различия между наркозависимыми осужденными и осужденными контрольной группы ($p < 0,05$). Так, в соответствии с полученными в ходе тестирования по указанной методике данными у наркозависимых осужденных в меньшей степени выражена шкала ориентации во времени, а следовательно, они в меньшей степени способны полноценно жить настоящим и являться творцами своего будущего (рис. 24).

Сравнительный анализ этого параметра с анкетными данными показывает, что наркозависимые осужденные как бы оказываются вне времени: с одной стороны, они в меньшей степени стараются думать о прошлом, так как меньше способны к самоанализу и прошлое вызывает негативные воспоминания, к тому же наркотическая зависимость за долгие годы стала не способом получения удовольствия, а инструмен-

том мнимого поддержания душевного равновесия; с другой стороны, они в незначительной степени (хотя и несколько больше, чем осужденные контрольной группы) думают о будущем. Причем их мысли не носят конструктивного характера и не связаны с планированием реальных событий по преобразованию собственного будущего (согласно анкетным данным, только 19 % от общего числа наркозависимых осужденных пытаются планировать свою жизнь в будущем).

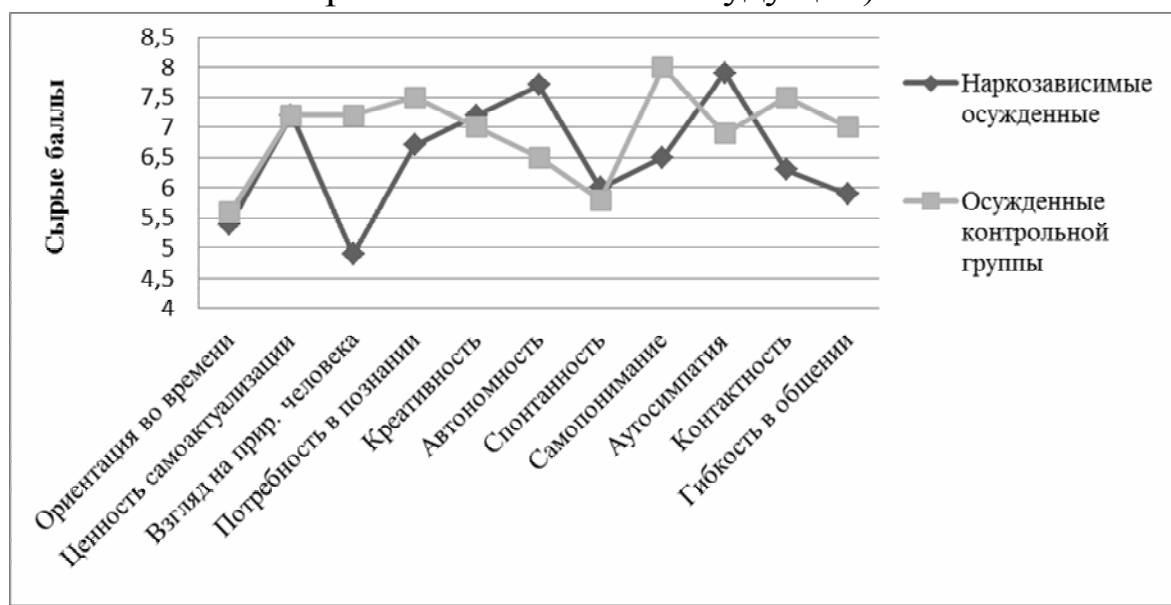


Рис. 24. Усредненные профили наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы по шкалам теста «Диагностика самоактуализации личности»

И наконец, полноценная жизнь настоящим им тоже несвойственна, поскольку присутствует постоянный отрицательный эмоциональный фон ввиду как нарушений эндорфинной системы мозга¹⁸, так и нахождения в местах лишения свободы. Видится, что именно поэтому для наркозависимых осужденных в большей степени, чем для осужденных контрольной группы, характерны иллюзорные мечты, что подтверждается результатами по методике СМИЛ, где фиксируется резко очерченный пик по 8-й шкале.

Кроме того, результаты обследования у наркозависимых осужденных выявили меньшую веру в людей, могущество человеческих возможностей, что связано с низкой эмпатией – невозможностью чувствовать переживания других людей и с негативными ожиданиями со стороны окружающей среды¹⁹. Отсутствием эмпатии, эгоцен-

трическими позициями, а также ригидными установками наркозависимых объясняются также более низкие результаты по шкалам контактности и гибкости в общении. Потребность в познании у наркозависимых осужденных тоже проявляется в меньшей степени, что объясняется неспособностью получать радость от этой сферы жизни. Неспособность к конструктивному самоанализу дает более низкие результаты по шкале «самопонимание», что отражает и неуверенность в себе, и конформность установок.

Выявлено, что автономность и аутосимпатия у наркозависимых осужденных выражены в большей степени, чем у осужденных контрольной группы. Что касается шкалы автономности, то авторы теста «Диагностика самоактуализации личности» пытались вложить в ее стимулы фроммовского понимания автономности (позитивная «свобода для» в отличие от негативной «свободы от»), но, по всей видимости, наркозависимые осужденные не смогли дифференцировать оттенки стимулов. Так, спонтанность понималась ими как «делаю, что хочу»; отсутствие склонности к длительным самокопаниям и застреваниям – как полное отсутствие способности к самоанализу; отсутствие конформных установок – как высокая эгоцентричность жизненных позиций. Таким образом, в свете целостного портрета личности наркозависимого осужденного нам видится не совсем правильным говорить о высокой степени развития у них автономности. Более высокие результаты наркозависимых осужденных по шкале аутосимпатии, на наш взгляд, являются следствием отсутствия способности к самоанализу.

Анализ результатов теста «*Смыслжизненные ориентации*» не выявил значимых различий по шкалам теста, но показал аналогичное и менее выраженное в числовом выражении повторение результатов осужденных контрольной группы, которые, в свою очередь, сами демонстрируют среднюю и ниже среднего осмысленность жизни (рис. 25).

В наименьшей степени у наркозависимых осужденных выражены такие составляющие, как результативность жизни и удовлетворенность самореализацией, что является следствием наличия наркотической зависимости, которая полностью подчиняет себе всю жизнь человека. Низок у них также общий показатель осмысленности жизни. В большей степени у наркозависимых осужденных по сравнению с

другими показателями проявляется Локус контроля – Я, характеризующий представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями.

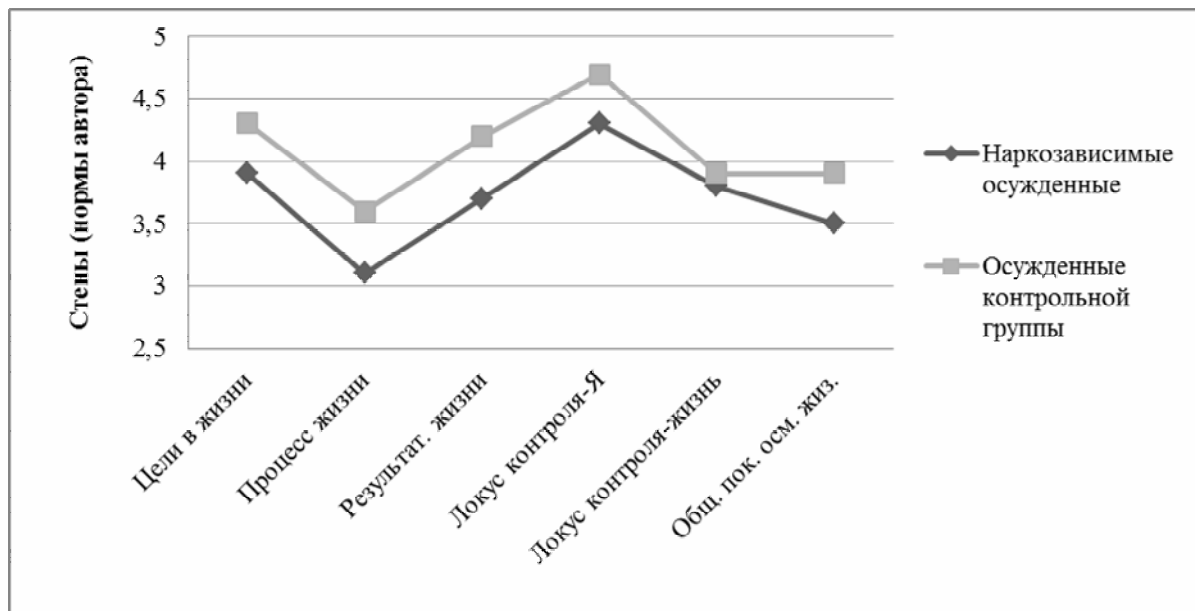


Рис. 25. Усредненные профили наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы по шкалам теста «Смыслоразностные ориентации»

Однако данные результаты, по нашему мнению, носят весьма декларативный характер, что опять же связано со слабой способностью наркозависимых к самоанализу, а также неадекватной самооценкой²⁰. Возможно, что это происходит вследствие некоторого повышения жизненного тонуса в связи с длительной ремиссией.

В целом как большинство наркозависимых осужденных, так и осужденные контрольной группы источник смысла жизни видят лишь в прошлом и будущем, не связывая его с настоящим. На наш взгляд, это объясняется рядом факторов: во-первых, пассивной личностной позицией, когда полноценная целенаправленная жизнь либо соотносится с «когда-нибудь в будущем», либо остается «когда-то в прошлом», но не реализуется в настоящем; во-вторых, непониманием смысла отбывания наказания как способа исправления ошибок за совершенные противоправные деяния, как исправления и подготовки к новой жизни.

Результаты обследования по методике «*Мотивация успеха и боязнь неудачи*» показали менее выраженную мотивацию успеха в сравнении с осужденными контрольной группы (рис. 26).

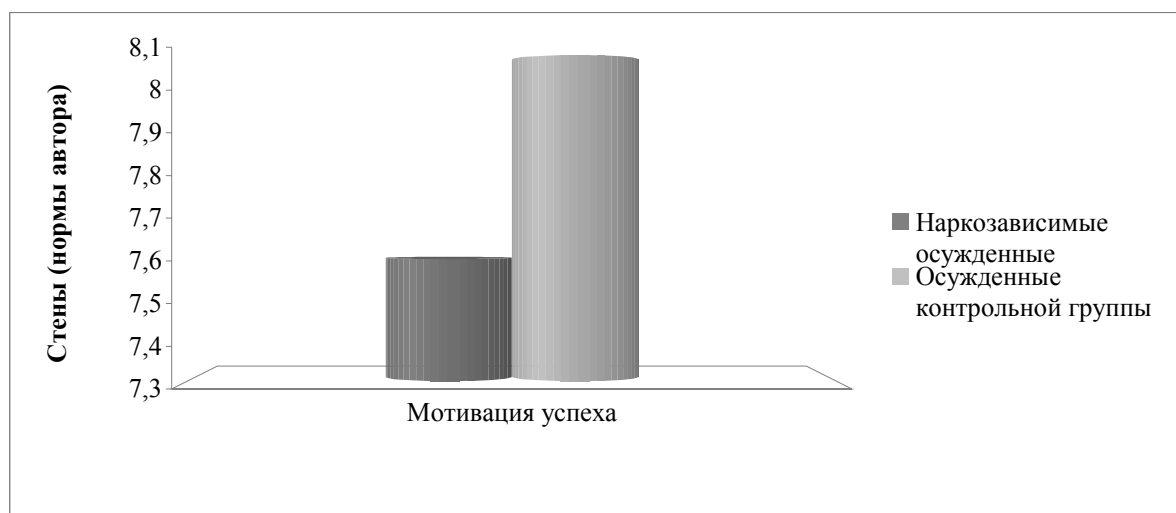


Рис. 26. Среднее по шкалам тестов «Диагностика потребности в поисках ощущений», «Готовность к риску», «Мотивация успеха и боязнь неудачи» наркозависимых осужденных и осужденных контрольной группы

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Подобранная в соответствии с целями нашего исследования выборка наркозависимых осужденных имела такие социально-демографические характеристики: возраст до 30 лет; большинство не состоит в брачных отношениях; имеют среднее и среднее профессиональное образование.

2. Индивидуально-типологические особенности наркозависимых осужденных являются усугубленным повторением таковых у осужденных, не имеющих наркотической зависимости, что прослеживается в большей выраженности индивидуалистичности, импульсивности и экзальтированности, которые в совокупности проявляются в нонконформизме, противопоставлении своих субъективных взглядов и суждений окружению, жесткости и эгоцентризме установок. При достаточно высоком уровне ригидности и экстернальности, низком уровне образования вся совокупность этих факторов создает неблагоприятные предпосылки к адаптации в социуме и снижает вероятность длительных ремиссий. Выраженная лабильность, влекущая за собой

неустойчивость мотивационной направленности, в совокупности с выраженной ригидностью могут лежать в основе внутриличностных конфликтов наркозависимых осужденных. Кроме того, для них характерно общее состояние тревоги.

3. Наркозависимые осужденные характеризуются использованием незрелых форм защитных механизмов: отрицание, регрессия, замещение.

4. Психические состояния наркозависимых осужденных характеризуются более низким эмоциональным фоном, пассивным отношением к жизни, в большей степени в сравнении с осужденными, не имеющими наркотической зависимости, характерна усталость, вялость, несобранность и инертность, эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражимость. При этом характерен положительный образ самого себя, что, вероятно, является следствием действия психологических защитных механизмов.

5. Среди личностных акцентуаций преобладают акцентуации по гипертимному, эмотивному, демонстративному и экзальтированному типу, что, по всей вероятности, должно препятствовать процессу избавления от наркотической зависимости и предрасполагать к антисоциальному поведению.

6. Мотивационная сфера наркозависимых осужденных в сравнении с осужденными контрольной группы характеризуется: снижением устойчивости мотивационной направленности; снижением устойчивости интересов; снижением мотивации к достижению; наличием потребности в покое; большей степенью подавленности потребностей; деформацией временной перспективы (несбалансированная временная перспектива): они, с одной стороны, в меньшей степени стараются думать о прошлом, поскольку в меньшей степени способны к самоанализу и прошлое вызывает у них негативные воспоминания; с другой стороны, в незначительной степени думают о будущем, при этом мысли не носят конструктивного характера и не связаны с планированием реальных событий по преобразованию жизни (отсутствие конструктивных планов на будущее), и наконец, полноценная жизнь настоящим им тоже несвойственна, поскольку присутствует постоянный отрицательный эмоциональный фон ввиду как нарушений эндорфинной системы мозга, так и нахождения в местах лишения свободы; общей тенденцией снижения значимости

смыслообразующих ценностей; превалированием ценностей, связанных с поддержанием процессов собственного жизнеобеспечения; снижением значимости ценностей, связанных с развитием и помощью окружающим; меньшей осмысленностью жизни (источник смысла жизни видят лишь в прошлом и будущем, не связывая его с настоящим).

¹ См.: Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб., 2008. С. 64–71.

² См.: Там же. С. 91–173.

³ См.: Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособие для врачей и психологов. СПб., 1999.

⁴ См.: Куликов Л. В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и чувств. Описание методик, инструкций по применению. СПб., 2003.

⁵ Кортнева Ю. В. Диагностика актуальной проблемы. М., 2004.

⁶ См.: Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие. Самара, 1998. С. 288–297.

⁷ См.: Там же. С. 637–641.

⁸ См.: Сопов В. Ф., Карпушина Л. В. Морфологический тест жизненных ценностей. Руководство по применению : метод. пособие. Самара, 2002.

⁹ См.: Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., 2002. С. 426–434.

¹⁰ См.: Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентации. 2-е изд. М., 2000.

¹¹ См.: Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб., 2000. С. 382–383.

¹² Сердюкова Н. Б. Наркотики и наркомания. Ростов н/Д, 2000.

¹³ См.: Классификация наркотических средств: наркомания : метод. рек. по преодолению зависимости / под ред. А. Н. Гаранского. М.; СПб., 2000. С. 33–50.

¹⁴ См.: Собчик Л. Н. Указ. соч. С. 143.

¹⁵ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М., 2001. 208 с.; Соболева Л. Ф., Кошкина Е. А., Широкова М. С. Особенности мотивации антиалкогольного лечения у пациентов наркологических стационаров Москвы и Будапешта // Вопр. наркологии. 1995. № 1. С. 32–39.

¹⁶ См.: Власова Ю. В. Указ. соч. С. 58–64.

¹⁷ См.: Рохлина М. Л., Козлов А. А. Указ. соч. С. 66.

¹⁸ См.: Чирко В. В., Демина М. В. Указ. соч. С. 228.

¹⁹ См.: Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Указ. соч. С. 30

²⁰ См.: Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. Самара, 1998. С. 60.

ГЛАВА 3

Профилактика и коррекция наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы

3.1. Профилактика наркотической зависимости осужденных

Согласно Словарю русского языка С. И. Ожегова, Н. Ю. Шведовой, *профилактика* – совокупность предупредительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление нормального состояния, порядка.

В медицине под *профилактикой* понимается комплекс мер, направленных на предупреждение конкретных заболеваний или патологических состояний, обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний, в том числе улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды, сохранение и укрепление здоровья.

Профилактика (превенция) наркомании – деятельность, направленная на предупреждение приобщения к наркотикам и преодоление последствий наркопотребления.

Согласно дополнению Федерального закона от 25 октября 2006 г. № 170-ФЗ, внесенному в Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», «*профилактика наркомании* – совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании».

В методике профилактики наркотической зависимости существует четыре основных направления:

- санитарно-гигиеническое воспитание населения;
- административно-законодательные меры;
- воспитательная работа;
- общественная борьба с распространением и употреблением наркотиков.

Рассмотрим более подробно виды профилактической деятельности реализуемые в обществе. Они разделяются на ряд направлений:

- профилактика, основанная на влиянии семьи;
- профилактика на базе учебных заведений;
- профилактика с помощью СМИ;
- профилактика с помощью общественных организаций и волонтеров.

Согласно традиционному подходу профилактика злоупотребления наркотическими веществами делится на три этапа:

– *первичная профилактика* включает в себя комплекс мероприятий, предназначенных для избегания злоупотребления наркотиками, состоящий из информационного, просветительского, медицинского и социально-психологического аспектов последствий от приема наркотических веществ;

– *вторичная профилактика* – система мероприятий, аналогичная раннему лечению, когда проблемы с наркотиками всплывают на поверхность;

– *третичная профилактика* заключается в лечении наркозависимых, ее цель заключается в прекращении употребления наркотиков и избегании дальнейших ухудшений в организме человека.

Первичная профилактика наркомании осуществляется посредством следующих стратегий:

– информирование личности о ПАВ, их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека и формирование мотивации на гармоничное социально-психологическое и физическое развитие;

– формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение;

– развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения;

– развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от ПАВ.

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики включают в себя:

- воздействие средств массовой информации;
- антинаркотическое обучение;

- использование альтернативных употреблению наркотиков профилактических программ;
- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные организации и т. д.);
- проведение антинаркотических мотивационных акций;
- организация деятельности социальных работников, волонтеров;
- развитие системы ювенальной юстиции.

Исследователи также выделяют *психологические технологии первичной профилактики*:

- развитие личностных ресурсов;
- формирование социальной и персональной компетентности;
- развитие адаптивных стратегий поведения;
- формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Вторичная профилактика наркомании осуществляется с применением следующих стратегий:

- формирование мотивации на изменение поведения;
- изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные;
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Социальные и педагогические технологии подразумевают под собой:

- формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков;
- формирование мотивации на изменение поведения;
- развитие проблем-преодолевающего поведения;
- формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социальных сетях.

Психологические технологии вторичной профилактики включают в себя:

- преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
- осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
- развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий;

– анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от ПАВ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов и ролей взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Медицинские технологии вторичной профилактики заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия личности.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий:

- формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков;
- изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные;
- осознание ценностей личности;
- изменение жизненного стиля;
- развитие коммуникативной и социальной компетентности;
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Социальные и педагогические технологии третичной профилактики подразумевают:

- формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;
- формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления ПАВ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;
- развитие социальной компетентности, преодоление искушения наркотизации;
- формирование социально-поддерживающей стратегии поиска социальной поддержки в поддерживающих сетях.

Психологические технологии третичной профилактики включают в себя:

- осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;

- осознание личных целей и путей их достижения;
- осознание влечения и зависимости;
- изменение жизненного стиля в целом;
- развитие коммуникативной и социальной компетентности;
- развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;
- развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.

Медицинские технологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Таким образом, первичная, вторичная и третичная профилактика наркотической зависимости носят комплексный, междисциплинарный характер.

В настоящее время в области просветительско-воспитательной деятельности известны следующие модели профилактики наркомании:

- *модель запугивания*, основанная на декларации идеи опасности потребления наркотиков;

- *информационная модель*, в рамках которой потенциальному потребителю предлагают информацию о действии ПАВ на организм и риске, с которым связано их потребление;

- *модель, ориентированная на коррекцию личностных особенностей*, способствующих употреблению ПАВ;

- *модель укрепления здоровья*, которая строится на развитии альтернативных привычек (спорт, активный досуг, здоровый образ жизни, режим труда и т. д.), препятствующих употреблению ПАВ;

- *модель, основанная на роли социальных факторов*, разработанная на теории социального научения А. Бандуры, согласно которой важнейшим фактором развития тех или иных форм поведения является среда как источник обратных связей, поощрений и наказаний;

- *модель, основанная на аффективном (эмоциональном) обучении*, базируется на том, что зависимость от наркотиков чаще развивается у людей, имеющих низкую самооценку, слаборазвитые навыки принятия решения, трудности в определении и выражении эмоций. Задачей профилактической работы является помощь личности в устранении этих индивидуально-психологических особенностей;

– модель, основанная на формировании жизненных навыков, базируется на понятии изменения поведения и использует методы поведенческой модификации и терапии. Теория социального научения Л. Бандуры и теория проблемного поведения Р. Джессора являются основой этой модели;

– модель, основанная на альтернативной наркотикам деятельности. По мнению представителей этого подхода, уменьшению распространения случаев развития зависимости от наркотиков способствует значимая деятельность, альтернативная наркотизации.

В рамках встреч наркозависимым подросткам были прочитаны лекции на темы «Вред наркомании», «История возникновения наркомании», «Наркофизиология или путешествие в мозг человека», «Воздействие наркомании на организм женщины в период беременности и родов», «Уголовная ответственность за употребление, хранение и распространение наркотиков», «Средства и пути борьбы с наркоманией». После заслушивания докладов каждое выступление обсуждалось.

Во время встреч также обсуждались альтернативы наркотизации: активный групповой отдых на природе, занятия спортом (борьбой, плаванием, дзюдо, самбо, легкой и тяжелой атлетикой), участие в спортивных мероприятиях (лыжных гонках, кроссах, заплывах), физическая подготовка, танцы, посещение кружков художественной самодеятельности, культурных мероприятий (театров, музеев, концертов, кинотеатров), выставок, расширение кругозора и повышение своих знаний, чтение книг, хорошая учеба.

Во время групповых занятий с подростками-наркоманами мы познакомили их с психотехниками *Н. В. Подхватилина*:

– *изменяющими жизненную позицию* («Три года до смерти», «Трудно быть Богом», «Понимание эмоций убеждения», «Изменение личной истории», «Перевешивание ярлыков»);

– *формирующими недостающие убеждения* («Эмоциональный отказ», «Отрицательные мотивации», «Изменение контекста восприятия», «Работа с неприятными ощущениями», «Хохочущий друг»).

Технологии вторичной профилактики направлены на выработку мотивации к изменению жизненного стереотипа и преодоление формирующейся зависимости. Они включают в себя:

– преодоление барьеров осознания собственных эмоциональных состояний;

– понимание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;

– развитие когнитивных и поведенческих стратегий (разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, избегания);

– анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от ПАВ (Я-концепция, коммуникативные ресурсы, социальная компетентность, ценностные ориентации, когнитивное развитие, интернальный локус контроля, принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия, восприятие социальной поддержки, изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье, формирование психологической устойчивости к давлению среды).

Цель данных технологий помочь личности:

– в осознании и преодолении барьеров (эмоциональных, когнитивных и поведенческих), препятствующих пониманию необходимости изменения наркозависимого поведения;

– изменить нарушенные, дезадаптивные формы поведения;

– в развитии здоровых, адаптивных форм поведения.

Эти цели возможно реализовать при помощи проведения тренингов, психотерапии и психокоррекции, направленных на развитие ресурсов личности и среды, контроля над зависимостью, обучения навыкам проблем-преодолевающего поведения, устойчивости к давлению наркоманической среды.

Согласно приказу Минюста России от 20 ноября 2006 г. № 333 наркозависимые осужденные подлежат постановке на профилактический учет, и психологи исправительных учреждений обязаны проводить с данной категорией осужденных психокоррекционные мероприятия.

По определению Б. Д. Карвасарского, психокоррекция – это направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

В уголовно-исполнительной системе в настоящее время нет единых законодательно утвержденных моделей психотерапевтического и

психокоррекционного воздействия, обязательных к исполнению для наркозависимых осужденных. Практика показывает, что чаще всего психологи УИС для работы с наркозависимыми используют методы арт-терапии, гештальттерапии, психодрамы, НЛП, суггестивной терапии, когнитивно-поведенческой терапии, системной семейной психотерапии и др. Психокоррекционное воздействие, оказываемое на подозреваемых, обвиняемых и осужденных, в обязательном порядке сопровождается психодиагностическим обследованием, проводимым до, в ходе и по окончании курса коррекции.

Для эффективного воздействия на психику наркозависимого на этапе вторичной профилактики целесообразнее всего использовать следующие психокоррекционные методы и методики: семейное консультирование, поведенческий тренинг, музыкотерапия, библиотерапия, арт-терапия, социально-психологический тренинг, педагогический аутотренинг, психогимнастика. Остановимся на их рассмотрении более подробно.

Семейное консультирование – разновидность семейной психотерапии, которая ставит целью совместное с консультантом изучение проблемы членов семьи для изменения ролевого взаимодействия и обеспечения возможностей творческого роста. Принципиальное отличие от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в акценте на анализе ситуации, аспектов ролевого взаимодействия в семье, поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации – «вееров решений».

Поведенческий тренинг основан на идеях поведенческой психотерапии; его целью является обучение приспособительным умениям, необходимым при столкновениях со сложными жизненными ситуациями. Подбор пациентов в группы осуществляется на основе сходных проблем и задач. Поведенческий тренинг имеет следующие особенности:

- постановка целей (пациент должен определить, какие навыки поведения он хочет приобрести в результате работы);
- измерение и оценка проблемы;
- психотерапевтические приемы: ролевые игры, четкое тематическое построение занятий, объединение ролевых игр с трансактным

анализом, интегративный подход с использованием гештальт-терапии, психодрамы и репетиции поведения;

– домашняя работа – способ, поощряющий перенос поведенческих изменений во внешний мир, служит «экологической проверкой» приобретенных навыков.

Музыкотерапия – метод, основанный на использовании музыки в качестве реабилитационного средства. Широко применяется при групповой психотерапии. По силе воздействия на психику человека первое место в ряду музыкальных произведений занимают органная и классическая музыка. На одном занятии прослушивают, как правило, 3 произведения или отрывка (каждый по 10–15 мин).

Программа музыкальных произведений строится на основе постепенного изменения настроения, динамики, с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение – спокойное, должно отличаться расслабляющим действием. Второе – динамичное, драматическое, напряженное, несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера. Третье произведение должно снимать напряжение, создавать атмосферу покоя.

Для моделирования настроения чаще всего используют следующие произведения: «Утро» Грига, «Полонез» Огинского (при переутомлении или нервном истощении); «К радости» Бетховена, «Аве Мария» Шуберта (при угнетенном меланхолическом настроении); «Хор пилигримов» Вагнера, «Сентиментальный вальс» Чайковского (при выраженной раздражительности, гневности); «Времена года» Чайковского, «Лунный свет» Дебюсси, «Грезы» Шумана (при снижении сосредоточенности, внимания).

Расслабляющее воздействие оказывают такие классические мелодии, как «Баркарола» Чайковского, «Пастораль» Бизе, «Соната де мажор» (часть 3) Леклена, «Лебедь» Сен-Санса, «Сентиментальный вальс» Чайковского и др.

Программа тонизирующего влияния реализуется с помощью «Шербургских зонтиков» Леграна, «Аделиты» Пурсела, «Кумпарситы» Родригеса, «Чардаша» Монти, «Мелодии» Глюка, «Мгновения» М. Таривердиева, «Тореодора» Ж. Бизе-Щедрина и др.

Библиотерапия – влияние на психику человека при помощи чтения книг является процессом лечебно-педагогического, психологического воздействия. Методика представляет собой сложное сочетание книговедения, психологии и психотерапии (В. Н. Мясищев). Рекомендую больному книги в библиотерапевтических целях (А. М. Миллер, 1975), следует учитывать три принципа: степень доступности изложения; герой книги должен быть клиенту по плечу; максимальное сходство ситуаций в книге и ситуации, в которой находится больной.

Можно использовать библиотерапию при групповой терапии (5–6 чел.), необходимо только подбирать членов по степени начитанности и читательским интересам. В ходе библиотерапии ее участник обязан вести читательский дневник, в котором отображаются собственные мысли, размышления и переживания.

Арттерапия (art – искусство, arttherapy – терапия искусством) – сборное понятие, включающее в себя множество разнообразных форм и методов, когда пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера: рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из кожи, меха, тканей, видео-арт, инсталляция, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль. Упор в арттерапии делается на творческую активность личности. Интегрирующая роль искусства заключается в том, что творческий процесс снижает напряжение, ведущее к неврозу, и снимает внутренние конфликты.

Социально-психологический тренинг – метод активного обучения и психологического воздействия, осуществляемого в процессе интенсивного группового взаимодействия и направленного на повышение компетентности в сфере общения. В процессе социально-психологического тренинга применяются различные методические приемы: групповая дискуссия, ролевые игры, невербальные методики, использование видеозаписей.

Принцип активности, реализующийся в социально-психологическом тренинге, предполагает не усвоение готовых знаний и приемов, а самостоятельную выработку эффективных навыков общения.

Другой важный принцип – принцип обратной связи, на котором строится приобретение нового перцептивного, эмоционального и когнитивного опыта. В зависимости от приоритета задач социально-психологический тренинг может приобретать различные формы:

1) ориентированный на приобретение и развитие специальных навыков (умение вести деловую беседу, разрешать межличностные конфликты и др.);

2) нацеленный на углубление опыта анализа ситуаций общения, коррекцию, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения, развитие способности адекватно воспринимать себя и других людей, анализировать ситуации группового взаимодействия.

Педагогический аутотренинг А. С. Новоселовой – методика воздействия на сознание и подсознание личности в состоянии релаксации. При этом возрастает эффективность усвоения направленной информации, формируется умение управлять эмоциями, тренируется воля, снимается тревожность, идет педагогически целесообразное управление взаимосвязью осознанного и неосознанного, активное формирование новых позитивных установок.

Психогимнастика – невербальный метод групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. Она предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимики. В основе психогимнастики лежит система приемов, предложенная чешским психологом Юновой (Junova H., 1975), и невербальные методики, используемые в группах встреч. Психогимнастика включает в себя три части – подготовительную, пантомимическую, заключительную.

Задачи подготовительной части состоят: в уменьшении напряжения участников группы, снятии страхов и запретов, сокращении эмоциональной дистанции между участниками группы, формировании способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы без слов и понимать невербальное поведение других людей.

Пантомимическая часть наиболее важна. Пациентам предлагаются темы, которые они представляют без помощи слов, чаще всего

привычные жизненные ситуации (просьбы, советы, требования, обвинения и др.); темы, относящиеся к проблемам самих пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья, моя болезнь); темы, отражающие конфликты (преодоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога) и др.

Заключительная часть способствует снятию напряжения, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности.

Технологии третичной профилактики (реабилитации) условно можно подразделить на медико-психологические и психотерапевтические, социально-педагогические и медико-биологические.

Психологические технологии включают в себя:

- тренинг профилактики рецидивов;
- тренинг эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности;
- тренинг когнитивного развития;
- индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на коррекцию личностных и средовых ресурсов адаптации.

Главными задачами реабилитации больных наркоманией являются профилактика рецидивов и психосоциальная адаптация. Основная цель реабилитации – построение пациентом своего успешного поведения, изменение его в сторону выздоровления на основании личного опыта преодоления болезни.

Одним из важнейших условий успешности реабилитации является *осознание пациентом личностных духовных ценностей*.

После преодоления пациентом абстиненции, физической и психической зависимости у него неизбежно возникают мысли о смысле своего существования. В этот период пациенту необходима психотерапия, направленная на *осознание и формирование жизненных целей и путей их достижения*. Это один из очень сложных этапов реабилитации.

Психотерапия пациентов с наркотической зависимостью – это марафон длиной в жизнь. Процесс реабилитации растягивается на многие годы, поскольку требования среды меняются и невозможно обучить пациента способам поведения, эффективным при любых обстоятельствах.

Для эффективного воздействия на психику наркозависимого на третьем этапе целесообразнее всего использовать следующие психо-

терапевтические методы: семейная психотерапия, поведенческая психотерапия, православная терапия, логотерапия, психодрама, позитивная психотерапия, когнитивная терапия, поддерживающая терапия. Остановимся на их рассмотрении более подробно.

Семейная психотерапия – особый вид терапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. В семейной терапии выделяют четыре этапа: диагностический (семейный диагноз); ликвидация семейного конфликта; реконструктивный; поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них. Диагностика семейных отношений осуществляется путем присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические методики. На втором этапе происходит выявление источников семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем, проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. На поддерживающем этапе (фиксации) в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводится консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

К психотерапевтическим приемам, наиболее часто используемым в семейной психотерапии, относятся следующие: эффективное использование молчания; умение слушать; обучение с помощью вопросов; повторение (резюмирование); суммарное повторение; уточнение (прояснение) и отражение аффекта; конфронтация; проигрывание ролей; создание «живых скульптур»; анализ видеоманитофонных записей.

Поведенческая психотерапия – развивающееся направление в психотерапии. Поведенческая психотерапия, по Фейдимену и Фрей-

геру (Faidiman J., Frager R., 1994), заключается в том, чтобы стремиться помочь людям реагировать на жизненные ситуации так, как они хотели бы этого сами, то есть содействовать увеличению потенциала их личного поведения, мыслей, чувств и уменьшению или исключению нежелательных способов реагирования; поведенческой терапии не ставится задача изменить эмоциональную суть отношений и чувств личности; позитивное терапевтическое отношение – необходимое, но не достаточное условие эффективной психотерапии; жалобы пациента принимаются как значимый материал, на котором терапия фокусируется, а не как симптомы лежащей за ними проблемы; пациент и психотерапевт договариваются о специфических целях терапии.

Православная психотерапия – совокупность форм и подходов к врачеванию души, покоящихся на православной вере, духовном, аскетическом и литургическом опыте Единой Соборной и Апостольской Церкви (конфессионально определяемой как Православная)¹. Отличительными свойствами православной психотерапии являются: христианское милосердие, человеколюбие, аскетизм как воспитательное и исправительное свойство души, соблюдение заповедей Господних, спасительные средства (пост, смирение, раскаяние, плач о своих грехах, память смертная – помнить, что самое страшное – это смерть духовная).

Логотерапия (от греч. *logos* – слово, *therapeia* – забота, уход, лечение). Созданная В. Франклом теория логотерапии и экзистенциального анализа представляет собой систему философско-психологических воззрений на природу и сущность человека. В своей концепции Франкл выделяет три основные части: учение о стремлении к смыслу, о смысле жизни, о свободе воли. Спецификой логотерапии являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика сократовского диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни.

Основные тезисы учения Франкла гласят: человек стремится обрести смысл и ощущает экзистенциальную фрустрацию или вакуум, если это стремление остается нереализованным; жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах, смысл жизни всегда может быть найден; человек свободен найти и реализовать

смысл жизни, даже если его свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами. Однако найти смысл – это всего полдела, необходимо также реализовать его.

Психодрама – метод групповой психотерапии, разработанный Джекобом Леви Морено, представляет собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Морено исходит из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникает спонтанность, креативность, эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующий развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирование нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Процесс психодрамы включает в себя три основные фазы: инициальную, или подготовительную (разогрев); собственно психодраматическое действие; обсуждение (предоставление обратной связи и эмоциональный обмен).

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих элементов.

1. Протагонист – пациент – субъект П., главный исполнитель, представляющий свои проблемы.

2. Терапевт (режиссер, фасилитатор) – тот, кто помогает пациенту исследовать свои проблемы.

3. Помощники терапевта – котерапевт и пациенты, исполняющие вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта (вспомогательные Я).

4. Зрители – остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие

ситуацию после ее завершения не только относительно протагониста и участников психодрамы, но и по отношению к самим себе.

5. Сцена – место, где разворачивается психодрама.

Позитивная психотерапия (N. Peseschkian) исходит из принципа обладания человеком способностей к саморазвитию, гармоничностью. Позитивная психотерапия включает в себя: изменение представлений о себе, актуализацию базисных способностей, расширение целей жизни для преодоления конфликтных ситуаций и болезней.

Когнитивная психотерапия (А. Век) рассматривает механизмы различных эмоциональных феноменов в связи с имеющимися у пациента отклонениями в оценке реальной действительности в виде систематических убеждений (когнитивная уязвимость, сверхгенерализация, катастрофизация и др.). Цель – исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону рационализации и выработки стратегии здравого смысла.

Поддерживающая психотерапия используется для продолжения психотерапевтической работы с больными наркоманией, психическими, нервными и соматическими заболеваниями. Задачей поддерживающей терапии является продолжение начатой ранее терапии с целью стабилизации и поддержания удовлетворительного состояния, предотвращения рецидива заболеваний.

Таким образом, рассмотренные выше психолого-педагогические технологии профилактики наркотической зависимости позволяют обеспечивать психологическую, педагогическую, социальную поддержку наркозависимых в обществе и учреждениях уголовно-исполнительной системы.

В США вся подростковая и молодежная популяции как группа риска в широком смысле слова является объектом *общей профилактики*, направленной на противодействие макросоциальным факторам наркомании.

Лица с незначительно выраженными формами какого-либо отклоняющегося поведения, эпизодически употребляющие психоактивные вещества, но при этом не имеющие выраженной болезненной симптоматики, попадают в целевую группу *выборочной профилактики*, которая направлена на коррекцию поведения.

Лица, злоупотребляющие наркотическими веществами, но пока не имеющие клинического статуса больных наркоманией, рассматриваются как объекты *симптоматической профилактики*, состоящей в долгосрочной социально-психологической работе.

Общая профилактика является массовой, охватывает всю популяцию подростков и молодежи и направлена на противодействие наиболее общим причинам наркопотребления (макросоциальным факторам): социально-исторические, политические или экономические изменения, которые влекут за собой рост уровня отклоняющегося поведения в обществе, в том числе наркотизации. В рамках общей профилактики реализуются следующие *направления работы*.

1. *Информационно-пропагандистская деятельность*, включающая в себя такие основные направления, как:

- информирование общественности и представителей целевых групп профилактики о государственной стратегии, позиции властей, а также реализуемой профилактической деятельности в отношении наркомании;

- формирование общественного мнения, направленного на изменение норм, связанных с поведением риска, и пропаганду ценностей нормативного здорового поведения;

- информирование о поведении, наносящем ущерб здоровью, о рисках, связанных с наркотиками;

- стимулирование подростков к обращению за психологической и иной профессиональной помощью;

- формирование позитивных ценностей через эмоциональную сферу подростков.

2. *Развитие адаптивных навыков*, необходимых подросткам для социализации и преодоления жизненных проблем:

- воспитание лидеров подростковой среды (волонтерская работа);

- реализация программ по формированию жизненных навыков.

Выборочная профилактика направлена на молодежь и подростков, демонстрирующих какие-либо поведенческие нарушения. Идея выборочной профилактики состоит в том, что приобщение к наркотикам происходит преимущественно на фоне психологических или жизненных проблем, с которыми подросток не может справиться са-

мостоятельно, при этом поведенческие нарушения являются их индикатором. Таким образом, цель выборочной профилактики – раннее выявление психологических или жизненных проблем подростка до того, как они приведут к приобщению к наркотикам, и дальнейшая реализация мероприятий по социально-психологической коррекции его поведения.

Симптоматическая профилактика направлена на лиц, уже имеющих опыт потребления наркотиков, но еще не имеющих клинического статуса больных наркоманией. Как правило, употребление наркотиков на этой стадии проявляется в характерных изменениях поведения: снижении успеваемости, сужении круга интересов, появлении безразличия к родителям, кругу друзей и социальному окружению, алкогольных и токсических эксцессах и пр.

Отдельным направлением профилактики наркомании в США является *реабилитация*, которая требуется для восстановления психологических и социальных навыков лицам, прошедшим курс лечения. Ее целью является мотивирование пациента к полному и окончательному отказу от приема наркотиков – профилактика «срыва». Последнее замечание подчеркивает центральную проблему всей реабилитации – удержание поведения пациента в направлении выздоровления, для чего крайне важным является обеспечение максимально возможной доступности для пациента каждого из этапов реабилитации.

В США наряду с *традиционной моделью реабилитации*, включающей в себя последовательное прохождение пациентом этапов психиатрической, психологической и социальной помощи, существуют *модели профилактики, основанные на приобщении к религии и труду*. Существенное отличие между традиционной и религиозной моделями реабилитационного процесса состоит в том, что традиционная модель подразумевает восстановление психологических и социальных навыков и возвращение бывшего наркозависимого в его привычную среду, когда он становится к этому готов. Программы, основанные на религиозной модели, сводятся к уходу бывшего наркозависимого из привычной социальной среды на неопределенный срок и могут быть эффективны только для лиц, не ориентированных на восстановление своей полноценной социальной жизни.

В России на государственном уровне профилактика наркотической зависимости декларируется как двухкомпонентная система, включающая в себя меры по ограничению распространения наркотиков и антинаркотическую пропаганду, обеспечиваемую средствами массовой информации и социальными институтами.

Государственная политика как социальный феномен характеризуется особым статусом в силу известных особенностей ее субъекта, выделяющих государство из других институтов общества. Используя авторитет и силу публичной власти, административный ресурс аппарата, политика выполняет роль мощного активатора общественной жизни и обеспечивает эффективное идеологическое сопровождение процесса государственного управления.

Основой эффективной государственной политики противодействия наркотизации является управление, которое предполагает осмысление того, каково соотношение политики и права, чем вызываются и под влиянием каких детерминант возникают проблемные ситуации, каковы их основные типы, политические, правовые, педагогические, социально-психологические, культурологические, экономические и другие параметры, какими личностными чертами, особенностями сознания и поведения отличаются активные участники процесса противодействия, что содействует или препятствует предупреждению негативных противостояний.

Однако следует заметить, что политика противодействия наркотизации должна не только исходить из правовых ограничений в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, но и базироваться на идее партнерства органов государственной власти и личности на основе гармонизации государственных и личных интересов, создания условий для развития всех групп населения. Партнерство государства и личности является основой социального государства.

Целью государственной политики противодействия наркотизации является утверждение в обществе здорового и безопасного образа жизни на основе формирования позитивных и жизнеутверждающих (альтернативных наркомании, токсикомании, алкоголизму) ценностей и идеалов, духовности и нравственности, гражданственности и патриотизма, уважения к закону, преодоления правового негативизма.

Реализации цели рассматриваемой государственной политики может способствовать определение приоритетного подхода, который, наряду с другими, предполагается в большей степени использовать в ходе решения рассматриваемой проблемы.

Лица, на которые направлены те или иные профилактические меры, называются *целевыми группами профилактики*. Каждая из них высоко восприимчива к одним профилактическим мерам и менее или совсем невосприимчива к другим.

Стратегия профилактики наркомании обусловлена сложной этиологией этого явления. В специальной литературе выделяют сотни факторов формирования и развития наркомании, которые действуют на индивидуальном, групповом и макросоциальном уровнях. Профилактические меры заключаются в противодействии этим факторам.

Концепцией государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации еще в 1993 г. определены принципы, с соблюдением которых должна была быть обеспечена ее реализация: сбалансированное применение воспитательных и принудительных мер, а также скоординированное проведение просветительных, лечебно-реабилитационных и правоохранительных мероприятий.

Более развернутое определение принципы государственной политики нашли через несколько лет в ст. 4 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Осуществление государственной политики противодействия наркотизации общества предполагает и обуславливает наличие особого управляющего механизма в виде различных учреждений и организаций. Данный механизм представляет собой определенный комплекс социальной регуляции, располагающий специфическими стимулами, методами и средствами управления деятельностью государственных органов и общественных организаций. Он характеризуется системой мер, с помощью которых обеспечивается выполнение поставленных задач. В нее входят как юридические нормативы и административно-дисциплинарные меры, так и методы общественного воздействия.

9 июня 2010 г. Президент Российской Федерации подписал Указ № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года». Генеральной

целью Стратегии является существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства.

Достижение цели предполагается осуществлять на основе сбалансированного и обоснованного сочетания мер по следующим направлениям:

– сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны, противодействия наркоагрессии;

– сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы;

– развитие и укрепление международного сотрудничества в сфере контроля над наркотиками.

Документом также определены стратегические задачи:

а) разработка и внедрение государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации;

б) создание и реализация общегосударственного комплекса мер по пресечению незаконного распространения наркотиков и их прекурсоров на территории Российской Федерации;

в) выработка мер противодействия наркотрафику на территорию Российской Федерации, адекватных существующей наркоугрозе;

г) обеспечение надежного государственного контроля за легальным оборотом наркотиков и их прекурсоров;

д) создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий первичной профилактики;

е) совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи больным наркоманией и их реабилитации;

ж) совершенствование организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности.

Таким образом, *государственная антинаркотическая политика в РФ* – система стратегических приоритетов и мер, а также деятельность федеральных органов государственной власти, Государственного антинаркотического комитета, органов государственной власти

субъектов Российской Федерации, антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации, органов местного самоуправления, направленная на предупреждение, выявление и пресечение незаконного оборота наркотиков и их прекурсоров, профилактику немедицинского потребления наркотиков, лечение и реабилитацию больных наркоманией.

Стратегией также определена *государственная система профилактики немедицинского потребления наркотиков* как совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения немедицинского потребления наркотиков и наркомании.

Стратегической целью профилактики немедицинского потребления наркотиков является сокращение масштабов немедицинского потребления наркотиков, формирование негативного отношения к незаконному обороту и потреблению наркотиков и существенное снижение спроса на них.

Достижение названной цели осуществляется путем решения следующих основных задач:

а) формирование негативного отношения в обществе к немедицинскому потреблению наркотиков, в том числе путем проведения активной антинаркотической пропаганды и противодействия деятельности по пропаганде и незаконной рекламе наркотиков и других психоактивных веществ, повышения уровня осведомленности населения о негативных последствиях немедицинского потребления наркотиков и об ответственности за участие в их незаконном обороте, проведения грамотной информационной политики в средствах массовой информации;

б) организация и проведение профилактических мероприятий с группами риска немедицинского потребления наркотиков;

в) организация профилактической работы в организованных (трудовых и образовательных) коллективах;

г) развитие системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков, в частности, посредством ежегодной диспансеризации;

д) создание условий для вовлечения граждан в антинаркотическую деятельность, формирование, стимулирование развития и государственная поддержка деятельности волонтерского молодежного антинаркотического движения, общественных антинаркотических объединений и организаций, занимающихся профилактикой наркомании;

е) формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающее снижение спроса на наркотики;

ж) формирование психологического иммунитета к потреблению наркотиков у детей школьного возраста, их родителей и учителей.

Мероприятия по профилактике наркозависимости предназначены для всех категорий населения, в первую очередь для детей и молодежи, находящихся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также для лиц групп риска немедицинского потребления наркотиков. Предполагается, что в формировании системы профилактики участвуют органы государственной власти всех уровней, органы местного самоуправления, общественные объединения и религиозные организации, граждане, в том числе специалисты образовательных, медицинских и культурно-просветительских учреждений, волонтеры молодежных организаций.

Одним из предпочтительных направлений антинаркотической деятельности является включение в основные и дополнительные образовательные программы общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования разделов по профилактике злоупотребления психоактивными веществами, а также программ, направленных на соответствующие целевые аудитории (далее – целевые программы). При этом реализация целевых программ должна охватывать следующие возрастные и социальные группы:

– дети и подростки в возрасте до 17 лет включительно (обучающиеся, воспитанники образовательных учреждений и осужденные в воспитательных колониях уголовно-исполнительной системы России);

– молодежь в возрасте до 30 лет включительно;

– работающее население;

– призывники и военнослужащие.

Согласно Стратегии при проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию индивидуальных и групповых методов работы, а также методам прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из групп риска немедицинского потребления наркотиков, освоения и раскрытия ресурсов психики и личности, поддержки молодого человека и помощи ему в самореализации собственного жизненного предназначения.

Необходимо также разработать механизмы социального партнерства между государственными структурами и российскими компаниями и корпорациями, общественными объединениями и организациями при проведении профилактических мероприятий антинаркотической направленности.

В Российской Федерации профилактика наркомании реализуется рядом государственных и негосударственных организаций, основными из которых являются:

- межведомственные антинаркотические комиссии (Государственный антинаркотический комитет, антинаркотические комиссии субъектов РФ, антинаркотические комиссии при органах местного самоуправления);

- Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков России и ее территориальные управления и отделы;

- органы внутренних дел, их территориальные управления и отделы;

- органы управления системы образования и профильные учреждения.

- органы управления, государственные и муниципальные профильные учреждения системы здравоохранения.

- органы управления по молодежной политике и профильные учреждения;

- органы управления социальной защитой населения и профильные учреждения;

- кризисные подростковые службы (негосударственные);

- общественные организации.

Анализ государственных профилактических программ РФ показывает, что все они недостаточно эффективны и ориентированы на

несовершеннолетних и лиц молодежного возраста. К сожалению, в масштабах государства не существует государственных программ по профилактике наркотической зависимости осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.

Очевидно и то, что рассмотренная выше система организации профилактики наркомании требует совершенствования.

3.2. Психологическая коррекция наркотической зависимости осужденных

В уголовно-исполнительной системе в настоящее время нет единых законодательно утвержденных моделей психотерапевтического и психокоррекционного воздействия, обязательных к исполнению для наркозависимых осужденных.

В программе по снижению алкогольной и наркотической зависимости у осужденных, разработанной НИИ ФСИН России, описаны методы психотерапевтической коррекции, которые можно использовать по отношению к наркозависимым подозреваемым, обвиняемым и осужденным в учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы: директивная психотерапия (индивидуальная рациональная терапия, коллективная рациональная терапия), суггестивная терапия (гипнотерапия), коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия В. Е. Рожнова, методы групповой психотерапии (методика направленной дискуссии и др.). Рассмотрим их более подробно.

Психотерапия – планомерное использование психического воздействия с лечебными целями, включающей в себя влияние лечебного режима учреждения, комплекс психотерапевтических воздействий, дифференцированный и чуткий подход к больному. Психотерапевтическое воздействие значительно усиливает лечебный эффект применяющихся медикаментозных средств и других методов лечения.

Директивная психотерапия включает в себя все формы психотерапии, для которых характерны принятие психотерапевтом роли ор-

ганизатора и руководителя терапевтического процесса, возложение на себя ответственности за достижение психотерапевтических целей. С помощью ее психотерапевт может с высокой вероятностью прогнозировать время и качество терапевтических изменений у пациента и более структурированно, планомерно реализовать и контролировать их, имеет возможность работать с пациентом в более интенсивном режиме.

Рациональная психотерапия – один из методов социальной, лично-стно-ориентированной психотерапии больного, находящегося в состоянии бодрости. Основа метода – логически аргументированные разъяснения больному причин и механизмов заболевания путем его преодоления, вселение уверенности в значительное улучшение и полное выздоровление. Рациональная психотерапия – это цепь последовательных этапов в лечебном взаимодействии врача и больного, включающих в себя:

- 1) изучение личности и генеза заболевания;
- 2) объяснение правильного взгляда на причину, патогенез болезни и пути преодоления ее;
- 3) создание индивидуального лечебного режима и изменение отношений;
- 4) активирование и тренировку личности;
- 5) закрепление и поддержание выработанных новых отношений и перспективных планов жизнедеятельности.

Техника проведения характеризуется директивным подходом с привлечением авторитета, знаний врача, методик убеждения, переубеждения, ободрения, отвлечения. Физиологические механизмы рациональной психотерапии сложны и далеко еще не изучены. В основном они сводятся к ломке, торможению патологических стереотипов и тренировке основных нервных процессов. Проведение рациональной психотерапии может быть *индивидуальным* и *групповым*.

Суггестивная терапия – лечение внушением. Большинство авторов рассматривают внушение как психический процесс, вызывающий определенное ощущение и представление без их должной критической оценки. Суггестивную психотерапию проводят в бодрственном состоянии, гипнозе и наркогипнозе. Различают прямое внушение с

непосредственным воздействием смыслового содержания речи и косвенное внушение с реализацией его через предметы, прием индифферентных лекарств, плацебо и др.

Внушение в бодрствующем состоянии показано проводить у тех больных, у которых трудно или невозможно вызвать гипнотическое состояние. Внушение в состоянии бодрствования проводится индивидуально и в группе. Группу используют как мощный терапевтический фактор.

Внушение в состоянии гипноза осуществляется благодаря условно-рефлекторному торможению в коре головного мозга с наличием «сторожевого пункта» (И. П. Павлов), благодаря которому устанавливается словесная связь (раппорт) между врачом и гипнотизируемым. С помощью раппорта вызываются различные реакции со стороны нервной системы, организма человека, так как в гипнотическом состоянии слово может вызвать такие же реакции, как и сам непосредственный раздражитель, внутренний или внешний, который это слово заменяет. Гипноз отличается от естественного сна и бодрствования особой избирательностью в переработке и усвоении информации, с которой связана эффективность психотерапевтического внушения при лечении психических и соматических нарушений.

Гипносуггестивная психотерапия может проводиться в форме индивидуальной или коллективной гипнотерапии. Положительной стороной коллективной гипнотерапии является то, что в коллективе повышается внушаемость, больные индуцируют друг друга, а также экономится время врача. Недостаток метода – трудность индивидуализировать внушение, в ряде случаев внушение, относящееся к одному лицу, слышат и другие.

Наркогипноз. Методика наркопсихотерапии состоит в следующем: перед словесным внушением больной принимает какой-либо снотворный препарат или транквилизатор с седативным действием и спустя 25–30 мин с появлением сонливости проводят внушение. Внушение можно начинать и сразу после приема больным снотворных медикаментов. Легкое гипнотическое состояние будет усиливаться под действием снотворных и транквилизирующих средств. В случае появления сонливости или повышенного настроения введе-

ние лекарства прекращается и проводятся лечебные внушения общего и частного характера, направленные на те или иные психические расстройства или на восстановление нарушенных нервно-соматических функций.

Преимущества данного метода: требует мало времени на проведение внушения; возможность проводить лечение больных, у которых трудно вызвать гипнотическое состояние. Недостатки метода: необходимость применения наркотических средств, настороженность больных к введению лекарств и опасения осложнений от их воздействия.

Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия В. Е. Рожнова – в методике сочетаются лечение средой и коллективом, разъяснение и убеждение, эмоционально насыщенное внушение (с разнообразием интонаций от приказа и осуждения до обнадеживания и поддержки), используются внутригрупповые отношения больных с целью взаимоиндукции, подкрепление сильнодействующим раздражителем. Отличительной чертой методики является опора на адекватное лечебным задачам эмоциональное воздействие, приводящее к выработке устойчивой условно-рефлекторной эмоционально отрицательной реакции на наркотики.

Методика включает в себя проведение бесед (индивидуальных и групповых), предшествующих гипнотическим сеансам, и собственно когнитивную эмоционально-стрессовую гипнотерапию. Размер группы – 8–20 человек. По мнению автора, малочисленные группы утрачивают преимущества выраженной взаимоиндукции, слишком большие – затрудняют осуществление индивидуализированного подхода.

Групповая психотерапия. Основное средство взаимодействия – интеракции между участниками групп, включая психотерапевта. Общий принцип – сознательное и целенаправленное использование всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих внутри группы между ее участниками, то есть групповой динамики в лечебных целях.

Групповая динамика включает в себя:

- 1) цели, задачи и нормы группы;
- 2) структуру лидерства в группе;
- 3) соотношение групповых ролей;

4) сплоченность группы – привлекательность группы для ее членов;
5) групповое напряжение, проявление враждебности и антипатии;
6) актуализацию прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных отношений во взаимодействии с отдельными членами группы;

7) формирование подгрупп – их отношение к группе и влияние на ее функционирование.

Данные факторы являются осью групповой психотерапии.

Метод направленной дискуссии. Групповая дискуссия рассматривается как основная, опорная форма групповой психотерапии, по отношению к которой другие методы групповой психотерапии выступают как вспомогательные. Традиционно групповую дискуссию относят к вербальным методам групповой психотерапии, так как основным средством взаимодействия здесь является вербальная коммуникация, а в центре анализа находится преимущественно вербальный материал.

Арттерапия – одно из направлений психотерапии искусством. В рамках арттерапии для лечения наркотической зависимости успешно используется сказкотерапия. Основное воздействие осуществляется с помощью психотерапевтических и медитативных сказок. Психотерапевтические сказки, с одной стороны, создаются психологом как метафорическое изложение истории жизни клиента, с другой стороны, заимствуются из богатого художественного наследия как носители нравственных ценностей и способов выхода из кризиса. Для каждой стадии сказкотерапии подбираются специальные художественные психотерапевтические сказки. Медитативные сказки создаются психологом для снятия психоэмоционального напряжения (медитативные сказки первого вида), насыщения бессознательного положительными созидательными образами (медитативные сказки второго вида), для раскрытия личностного ресурса клиента (медитативные сказки третьего типа²).

Логотерапия наркотической зависимости уделяет внимание работе с личностными смыслами наркоманов. Согласно данному психотерапевтическому направлению чтобы добиться изменений, нужно помочь клиенту исследовать и реализовывать свои потенциалы, не-

обходимые для более здоровых альтернативных паттернов, которые будут осмыслены в рамках собственного мира клиента. Структурированные и запрограммированные приемы работы, не учитывающие экзистенциальной реальности человека, обречены на провал. Но если обратиться к личностному смыслу, то шансы на прогресс возрастают. В экзистенциальной терапии желаемым исходом является ощущение возросшей личностной силы и ответственности, открытие здоровых способов удовлетворения собственных потребностей. Вместо термина «зависимость» употребляется термин «нездоровый паттерн поведения».

Нейролингвистическое программирование (НЛП) также является одним из направлений, техники которого используются при работе с лицами, имеющими наркотическую зависимость. НЛП характеризуется стратегичностью, нацеленностью на результат. Основной идеей НЛП является возможность самоисцеления путем активизации механизма, называющегося нейросоматическим контуром человеческого мозга. С помощью НЛП решается проблема перевода с «языка сознания» на «язык тела», что позволяет сознательно управлять не слишком сознательным телом, активизируя нейросоматический контур самоисцеления.

В заключение важно отметить, что эффективное лечение от наркотической зависимости возможно лишь в том случае, если сам пациент желает вылечиться. Без осознания собственной проблемы и твердой уверенности в необходимости лечения избавиться от наркотической зависимости невозможно.

¹ См.: Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 2006.

² См.: Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. СПб., 2004.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В монографии мы рассмотрели наркотическую зависимость осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.

В Российской Федерации существует 5 видов веществ, незаконный оборот которых преследуется в рамках уголовного законодательства: наркотические средства, психотропные вещества, их прекурсоры, сильнодействующие и ядовитые вещества.

Наркотические средства – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством.

Психотропные вещества определяются как вещества синтетического и естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

Прекурсоры представляют собой вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в нашей стране.

Сильнодействующие вещества – вещества синтетического или природного происхождения, в том числе растения, включенные в Список сильнодействующих веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков.

Ядовитые вещества – вещества растительного, животного и минерального происхождения или продукты химического синтеза, способные при воздействии на живой организм вызвать острое или хроническое отравление или смерть, включенные в Список ядовитых веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков.

Термин «наркомания» в переводе с греческого означает страсть к эйфории, иными словами, гипертрофированное желание получить физиологическое удовольствие, «забыться» и тем самым не думать о

тех сложностях и невзгодах, которые встречаются людям на их жизненном пути.

Согласно Словарю русского языка С. И. Ожегова, Н. Ю. Шведовой, наркомания – болезнь, характеризующаяся непреодолимым влечением к наркотикам, приводящая к тяжелым нарушениям функций организма. Однако чаще всего наркомания понимается как заболевание, возникающее в результате систематического употребления наркотических средств.

В соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 г. № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» наркомания – это заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. В данном определении речь идет только о зависимости от веществ, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. В остальных случаях при употреблении веществ, не зарегистрированных как наркотические, на практике используют термин «токсикомания».

Важно отметить, что согласно унифицированному словарю терминов Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков под токсикоманией понимается зависимость, возникающая в результате злоупотребления наркотическими средствами или психотропными веществами, не включенными в Перечень наркотических средств и психотропных веществ. Необходимо знать, что данное деление в первую очередь связано с правовыми, а не с медицинскими аспектами, поскольку с клинической точки зрения проявления наркомании и токсикомании весьма схожи.

В медицине наркомания и токсикомания представляют собой единую группу заболеваний со схожим симптомокомплексом – синдромом зависимости, представляющим собой комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который может развиваться после повторного использования вещества и обычно включает в себя сильное желание принять наркотическое средство или психотропное вещество; подразумевает нарушение контроля над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение потребления.

Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) наркотическая зависимость относится к классу V «Психические расстройства и расстройства поведения», блоку (F-11–F-19) «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».

Больной наркоманией – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с федеральным законом, поставлен диагноз – наркомания. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) наркоманом считают человека, состояние которого соответствует нескольким из перечисленных условий: у наркомана возникает состояние периодической или постоянной интоксикации, связанное с приемом наркотических веществ, наносящее не только вред своему физическому, психическому состоянию и социальному положению, но и материальный и моральный ущерб окружающим его близким людям и обществу.

Употребление наркотических веществ – один из видов аддиктивного поведения. *Аддиктивное поведение* – это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций; аддиктивной установки – совокупности когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих аддиктивное отношение к жизни.

подавляющее большинство отечественных и зарубежных психологов указывает на *преморбидные особенности* личности наркозависимых, то есть изначальные психологические особенности, благоприятствующие становлению наркотической зависимости. В связи с этим личность наркомана исследуется, как правило, уже на фоне сформировавшейся наркотической зависимости, когда не исключается ретроспективный перенос в преморбид ряда черт измененной в процессе болезни личности.

Среди *индивидуально-типологических особенностей* лиц, имеющих наркотическую зависимость, можно выделить преобладание лиц

с холерическим темпераментом, характеризующихся лабильностью нервной системы.

Наиболее существенными *психологическими особенностями лиц, имеющих наркотическую зависимость*, выделяемых отечественными и зарубежными психологами, являются:

1) *заострение преморбидных черт характера* – отчетливое проявление психопатоподобных нарушений, выраженное морально-этическое снижение, в ряде случаев с обеднением чувств, суждений, ослаблением активности, усилением психопатоподобной симптоматики, аффективных нарушений, снижением и утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией и формированием характерного дефекта; проявление интеллектуально-мнестических расстройств (разных форм и степеней выраженности);

2) *деформация эмоциональной сферы*. Со временем они становятся достаточно стойкими, формируя своеобразную наркоманическую личность. Среди наиболее часто встречающихся эмоциональных состояний у больных наркоманиями – состояние тревоги и депрессии;

3) *деформация мотивационной сферы личности*. Формируется патологически измененная потребность (в наркотике), которая не входит в число естественных потребностей человека. Наркогенная потребность не только быстро становится господствующей в иерархии потребностей индивида, но и деформирует эту иерархию;

4) *экстернальная ориентация локуса контроля*;

5) *преобладание незрелых защитных механизмов*: проекция, регрессия, отрицание, смещение, усиление степени их выраженности;

6) *структура Я наркозависимых осужденных* представляет собой переходное личностное образование, которое формируется в результате совместного действия: экстремальности условий жизнедеятельности и выраженных признаков аддиктивного поведения личности (опыт потребления ПАВ, психологическая зависимость и др.);

7) *высокие показатели полезависимости*, что свидетельствует об ориентации на внешние (полевые) признаки, а не на собственный когнитивный опыт;

8) *снижение интеллекта наркозависимых*;

9) *морально-этические снижения*: отмечается игнорирование норм нравственного поведения, ослабление чувства долга, склонность к воровству и другим преступлениям, часто развивающиеся гомосексуальные наклонности, ослабление нравственных чувств, появление лживости, черствости, общее «моральное падение».

Таким образом, по мнению отечественных и зарубежных авторов, наркотическая зависимость, формируясь на почве уже имеющихся психических деформаций, ведет к дальнейшему усугублению особенностей эмоциональной, мотивационной и когнитивной сфер, характерологических особенностей, памяти, самосознания, смене защитных механизмов личности, что препятствует избавлению от наркотической зависимости.

Анализ материалов специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей в учреждениях УИС, показывает у наркозависимых осужденных следующие тенденции:

– доля наркозависимых осужденных составляет около 8,4 % от общего количества осужденных;

– наблюдается следующее распределение наркозависимых осужденных по гражданству: 97,6 % – граждане России, 1,9 – иностранные граждане, 0,5 % – лица без гражданства;

– увеличение доли наркозависимых женщин (количество осужденных женщин-наркоманов в 1,6 раза превышает аналогичный показатель у мужчин);

– происходит значительное омоложение наркозависимых осужденных, появляется все больше лиц, употребляющих наркотики, среди несовершеннолетних и молодежи);

– подавляющее большинство наркозависимых осужденных – 40,74 % – лица трудоспособного возраста 30–39 лет; 30,72 – 25–29; 13,0 – 20–24; 8,7 – 40–47; 2,5 – 16–17; 2,0 – 18–19; 1,4 – 50–54; 0,4 – 55–59; 0,34 – 14–15; 0,2 % – 60 и более лет. Большинство наркозависимых осужденных трудоспособны – 86,5 %, относительно приобретенной профессии преобладают лица, не имеющие определенных занятий – 49,8 %; рабочие – 26,2 %;

– подавляющее большинство наркозависимых имеет невысокий образовательный уровень: 32,56 % осужденных имеет среднее полное

(общее) образование; 27,24 – основное общее (неполное среднее) образование; 21,38 – среднее профессиональное образование; 6,24 – начальное общее образование; 2,5 – высшее профессиональное образование; 1,68 % – не имеют образования;

– 70,3 % наркозависимых осужденных имеют семьи;

– 54,2 % осужденных совершили преступления против здоровья населения и общественной нравственности; 39,0 – в сфере экономики; 12,2 – против личности; 0,5 – против общественной безопасности и порядка; 0,08 – против государственной власти; 0,08 – против правосудия; 0,04 % – против безопасности движения и эксплуатации транспорта;

– большинство осужденных наркоманов не имели соучастников – 74,6 %;

– 55 % наркозависимых отбывают наказание в колониях общего режима, 31,5 – в колониях строгого режима, 6,3 – в колониях-поселениях, 4,1 – в воспитательных колониях; 2,0 – в исправительных колониях особого режима, 1,2 % – в тюрьмах;

– наркомания у осужденных, как правило, сочетается с другими психическими и поведенческими расстройствами и заболеваниями (ВИЧ, гепатит, туберкулез);

– на учет в исправительных учреждениях ставятся далеко не все лица, употребляющие наркотики (на момент переписи только каждый шестой);

– 92,5 % осужденных наркоманов лечение в процессе отбывания наказания не было назначено;

– администрацией характеризуется положительно большее количество отбываемых наказание наркоманов – 38,6 %; нейтрально – 38,5, не желают становиться на путь исправления – 20,3; злостные нарушители дисциплины – 2,6 %;

– доминирующим мотивом употребления наркотиков осужденными была надежда уйти с их помощью от жизненных осложнений и проблем.

В 2012–2013 гг. на базе исправительных учреждений и следственных изоляторов УФСИН России по Рязанской области, УФСИН России по Республике Мордовия, УФСИН России по Чувашской Рес-

публике – Чувашии проведено эмпирическое исследование наркотической зависимости осужденных, изучены индивидуально-психологические особенности осужденных наркоманов, отбывающих наказание в местах лишения свободы.

Для достижения поставленной цели нами была разработана программа исследования психологических особенностей личности наркозависимых осужденных, включающая в себя три этапа: информационно-аналитический, эмпирически-экспериментальный, обобщающе-внедренческий.

Для диагностики индивидуально-психологических особенностей наркозависимых осужденных были использованы такие методы и методики, как наблюдение, беседа, анкетирование, анализ личных дел, тестирование. Тестирование проводилось с использованием следующего блока методик: «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (Л. Н. Собчик), «Индивидуально-типологический опросник» (Л. Н. Собчик), «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Г. Конте), «Оценка доминирующего психического состояния» (Л. В. Куликов), «Методика исследования акцентуаций характера» (Х. Смишек), «Уровень субъективного контроля» (Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд, Е. А. Голынкина), «Ценностные ориентации» (М. Рокич), «Морфологический тест жизненных ценностей» (В. Ф. Сопов, Л. В. Карпушина), «Диагностика самоактуализации личности» (Н. Ф. Калина), «Смысложизненные ориентации» (Д. А. Леонтьев), «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (А. А. Реан).

Для обработки эмпирического материала использовались компьютерные программы STATISTICA 8.0 и Psychometric Expert 8.0.

Проведенное исследование психологических особенностей наркозависимых осужденных позволило выявить следующие особенности их личности.

1. *Индивидуально-типологические особенности наркозависимых осужденных* являются усугубленным повторением таковых у осужденных, не имеющих наркотической зависимости, что прослеживается в большей выраженности индивидуалистичности, импульсивности и экзальтированности, которые в совокупности проявляются в нон-

конформизме, противопоставлении своих субъективных взглядов и суждений окружению, жесткости и эгоцентризме установок. При достаточно высоком уровне ригидности и экстернальности, низком уровне образования вся совокупность этих факторов создает неблагоприятные предпосылки к адаптации в социуме и снижает вероятность длительных ремиссий. Выраженная лабильность, влекущая за собой неустойчивость мотивационной направленности, в совокупности с выраженной ригидностью могут лежать в основе внутриличностных конфликтов наркозависимых осужденных. Кроме того, для них характерно общее состояние тревоги.

2. Наиболее характерными *защитными механизмами* наркозависимых являются: отрицание, регрессия, замещение.

3. *Психические состояния* наркозависимых осужденных характеризуются более низким эмоциональным фоном, пассивным отношением к жизни, в большей степени в сравнении с осужденными не имеющими наркотической зависимости характерна усталость, вялость, несобранность и инертность, эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражимость. При этом характерен положительный образ самого себя, что, вероятно, является следствием действия психологических защитных механизмов.

4. Преобладающими *личностными акцентуациями* наркозависимых осужденных являются: акцентуации по гипертимному, эмотивному, демонстративному и экзальтированному типу, что, по всей вероятности, должно препятствовать процессу избавления от наркотической зависимости и predispose к антисоциальному поведению.

5. *Мотивационная сфера* наркозависимых осужденных в сравнении с осужденными контрольной группы характеризуется: снижением устойчивости мотивационной направленности; снижением устойчивости интересов; снижением мотивации к достижению; наличием потребности в покое; большей степенью подавленности потребностей; деформацией временной перспективы (несбалансированная временная перспектива): они, с одной стороны, в меньшей степени стараются думать о прошлом, поскольку в меньшей степени способны к самоанализу и прошлое вызывает у них негативные воспоминания; с другой стороны, в незначительной степени думают о будущем,

при этом мысли не носят конструктивного характера и не связаны с планированием реальных событий по преобразованию жизни (отсутствие конструктивных планов на будущее), и наконец, полноценная жизнь настоящим им тоже несвойственна, поскольку присутствует постоянный отрицательный эмоциональный фон ввиду как нарушений эндорфинной системы мозга, так и нахождения в местах лишения свободы; общей тенденцией снижения значимости смыслообразующих ценностей; превалированием ценностей, связанных с поддержанием процессов собственного жизнеобеспечения; снижением значимости ценностей, связанных с развитием и помощью окружающим; меньшей осмысленностью жизни (источник смысла жизни видят лишь в прошлом и будущем, не связывая его с настоящим).

Одним из основных методов борьбы с наркоманией является ее профилактика.

Профилактика – комплекс мер, направленных на предупреждение конкретных заболеваний или патологических состояний, обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний, в том числе улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды, сохранение и укрепление здоровья.

Профилактика (превенция) наркомании – деятельность, направленная на предупреждение приобщения к наркотикам и преодоление последствий наркопотребления.

Согласно дополнению Федерального закона от 25 октября 2006 г. № 170-ФЗ, внесенному в Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» *профилактика наркомании* – совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании.

В соответствии с терминологией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выделяют:

первичную профилактику – предупреждение употребления наркотиков;

вторичную профилактику – раннее выявление и активное лечение лиц, употребляющих психоактивные вещества;

третичную профилактику – социально-трудоу и медицинскую реабилитацию больных наркоманией.

К *социальным и педагогическим технологиям первичной профилактики* относят:

- воздействие средств массовой информации;
- антинаркотическое обучение;
- использование альтернативных употреблению наркотиков профилактических программ;
- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные организации и т. д.);
- проведение антинаркотических мотивационных акций;
- организация деятельности социальных работников волонтеров;
- развитие системы ювенальной юстиции.

К *психологическим технологиям первичной профилактики* относят:

- развитие личностных ресурсов;
- формирование социальной и персональной компетентности;
- развитие адаптивных стратегий поведения;
- формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Вторичная профилактика наркомании осуществляется с применением следующих стратегий:

- формирование мотивации на изменение поведения;
- изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные;
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Социальные и педагогические технологии подразумевают:

- формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков;
- формирование мотивации на изменение поведения;
- развитие проблем-преодолевающего поведения;
- формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социальных сетях.

Психологические технологии вторичной профилактики включают в себя:

- преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
- осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
- развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий;
- анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от ПАВ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов и ролей взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Медицинские технологии вторичной профилактики заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия личности.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий:

- формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков;
- изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные;
- осознание ценностей личности;
- изменение жизненного стиля;
- развитие коммуникативной и социальной компетентности;
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Социальные и педагогические технологии третичной профилактики подразумевают:

- формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;
- формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления ПАВ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;
- развитие социальной компетентности, преодоление искушения наркотизации;

– формирование социально-поддерживающей стратегии поиска социальной поддержки в поддерживающих сетях.

Психологические технологии третичной профилактики включают в себя:

– осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;

– осознание личных целей и путей их достижения;

– осознание влечения и зависимости;

– изменение жизненного стиля в целом;

– развитие коммуникативной и социальной компетентности;

– развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;

– развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.

Медицинские технологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Таким образом, первичная, вторичная и третичная профилактика наркотической зависимости носят комплексный, междисциплинарный характер.

Согласно приказу Минюста России от 20 ноября 2006 г. № 333 наркозависимые осужденные подлежат постановке на профилактический учет и психологи исправительных учреждений обязаны проводить с данной категорией осужденных психокоррекционные мероприятия.

Психокоррекция – это направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

В уголовно-исполнительной системе в настоящее время нет единых законодательно утвержденных моделей психотерапевтического и психокоррекционного воздействия, обязательных к исполнению для наркозависимых осужденных. Практика показывает, что чаще всего психологи УИС для работы с наркозависимыми используют методы арт-терапии, гештальттерапии, психодрамы, НЛП, суггестивной терапии, когнитивно-поведенческой терапии, системной семейной психотерапии и др. Психокоррекционное воздействие, оказываемое на

подозреваемых, обвиняемых и осужденных, в обязательном порядке сопровождается психодиагностическим обследованием, проводимым, до, в ходе и по окончании курса коррекции.

На этапе вторичной профилактики целесообразнее всего использовать следующие психокоррекционные методы и методики: семейное консультирование, поведенческий тренинг, музыкотерапия, библиотерапия, арт-терапия, социально-психологический тренинг, педагогический ауто-тренинг, психогимнастика.

На третьем этапе целесообразнее всего использовать следующие психотерапевтические методы: семейная психотерапия, поведенческая психотерапия, православная терапия, логотерапия, психодрама, позитивная психотерапия, когнитивная терапия, поддерживающая терапия.

Среди рекомендуемых программой по снижению алкогольной и наркотической зависимости у осужденных, разработанной НИИ ФСИН России, выделяют следующие методы психотерапевтической коррекции, которые можно использовать по отношению к наркозависимым подозреваемым, обвиняемым и осужденным в учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы: директивная психотерапия (индивидуальная рациональная терапия, коллективная рациональная терапия), суггестивная терапия (гипнотерапия), коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия В. Е. Рожнова, методы групповой психотерапии.

Научное издание

Ганишина Ирина Сергеевна, **Жарких** Александра Анатольевна

**НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОСУЖДЕННЫХ,
СОДЕРЖАЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
И СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ
УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Монография

Печатается в авторской редакции

Корректоры *О. А. Кейзина, Е. В. Одекова*

Компьютерная верстка *Г. Н. Смирнова*

Подписано в печать 07.07.2015. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печ. л. 8,38. Усл. печ. л. 7,79. Тираж 500 экз. Заказ № .

Редакционно-издательский отдел Академии ФСИН России
390000, г. Рязань, ул. Сенная, 1

Отпечатано: Отделение полиграфии РИО Академии ФСИН России
390000, г. Рязань, ул. Сенная, 1