

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Зависимое поведение:  
клинико-психологические аспекты  
профилактики и коррекции**

ИРКУТСК  
2014

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Учебное пособие

Зависимое поведение: клинико-психологические аспекты  
профилактики и коррекции

Иркутск  
2014

Зависимое поведение: клинико-психологические аспекты профилактики и коррекции: Учебное пособие. – Иркутск: Изд-во ИГУ, 2014. – 182 с.

В пособии рассматриваются вопросы проявлений, классификаций, социальных и психобиологических предпосылок зависимостей. Представлены основные подходы к профилактике и коррекции зависимого поведения.

Пособие предназначено для бакалавров и магистрантов факультета психологии в рамках дисциплин «Психология зависимого поведения», «Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде», «Введение в клиническую психологию», «Психологическая помощь в экстремальных ситуациях», «Клинические основы психологического консультирования», «Профилактика и психотерапия зависимости», «Экстремальная психология».

Пособие будет полезно практическим психологам и социальным работникам, повышающим квалификацию по программам профилактической деятельности и реабилитации личности с зависимыми формами поведения.

## Оглавление

### Введение

#### **ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ФОРМЫ**

- 1.1. Основные концептуальные модели зависимого поведения и этапы формирования.....
- 1.2. Социальные и психобиологические предпосылки зависимого Поведения.....
- 1.3. Семья в формировании «донаркотической» личности.....

Вопросы для проверки знаний.....

Литература.....

#### **ГЛАВА 2. ХИМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ**

- 2.1. Механизмы формирования химической зависимости.....
- 2.2. Наркомания: синдромы и последствия.....
- 2.3. Психические и поведенческие расстройства личности в результате употребления наркотических и приравненных к ним веществ.....
- 2.4. Алкогольная зависимость.....
- 2.5. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.....
- 2.6. Табачная зависимость и ее последствия.....

Вопросы для проверки знаний.....

Литература.....

#### **ГЛАВА 3. НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ (аддикции).....**

- 3.1. Классификация нехимических зависимостей (аддикций).....
- 3.2. Пищевая аддикция.....
- 3.3. Гемблинг-аддикция.....
- 4.4. Эротические аддикции.....
- 4.5. Социально приемлемые аддикции.....
- 4.6. Технологические аддикции.....

Вопросы для проверки знаний.....

Литература.....

#### **ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ.....**

- 4.1. Общие профилактические подходы.....
- 4.2. Профилактика химической зависимости.....
- 4.3. Нехимические аддикции в профилактике и реабилитации

химически зависимых.....	
Вопросы для проверки знаний.....	
Литература.....	
<b>ГЛАВА 5. КОРРЕКЦИЯ ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ.....</b>	
5.1 Когнитивно-поведенческая модель психотерапии и психокоррекции зависимого поведения.....	
5.2 Организация психотерапевтической работы в условиях реабилитации химически зависимых.....	
5.3. Терапевтические механизмы групп анонимных зависимых (алкоголиков, наркоманов, гемблеров).....	
5.4. Психотерапевтическая работа с созависимыми семьями.....	
5.5. Терапевтическая программа «12 шагов».....	
Вопросы для проверки знаний.....	
Литература.....	
Приложение 1. Тест на Интернет-зависимость.....	
Приложение 2. Анкета и тест на выявление гаджет аддикции.....	
Приложение 3. Тест на Интернет-зависимость.....	
Приложение 4. Тест на выявление игровой зависимости (общество анонимных гемблеров).....	
Приложение 5. Тест на выявление любовной аддикции (общество анонимных любовных аддиктов).....	
Приложение 6. Тест на выявление игровой зависимости.....	
Приложение 7. Сексуальная аддикция .....	
Приложение 8. Тест на выявление работоголизма.....	
Приложение 9. Терапевтическая сказка для алкоголиков, наркоманов и игроманов.....	
Приложение 11. Программа профилактики социально неприемлемых Аддикций.....	
Приложение 12. Анкета «Твое отношение к наркотикам».....	
Приложение 13. Анкета для подростков.....	

## ВВЕДЕНИЕ

**Тот человек не свободен,  
Кто сам себе не хозяин**  
Эпиктет, римский философ

Каждый из нас несет ответственность за свое будущее и будущее других. Однако сегодня не все готовы исполнить этот долг. Вследствие этого возникают различные саморазрушающие состояния, влекущие деструктивное поведение и болезни, - социально-негативные явления.

Социально-негативные явления – это та злокачественная опухоль нашего общества, которая, разрастаясь, поглощает живое, оставляя после себя исковерканные судьбы, сломанные жизни, болезни и смерть. Поэтому проблемы профилактики и коррекции, а также реабилитации лиц с социально-негативными явлениями стоят в одном ряду с проблемами охраны природы и окружающей среды.

### Социально-негативные явления – что это?

Это неблагоприятные состояния (напряженность, утомление, высокая тревожность, пассивность, страх, паника и др.), болезни (неврозы, алкоголизм, наркомания, психические и соматические заболевания, СПИД и др.), поведенческие девиации (антидисциплинарные, асоциальные – бродяжничество, суициды, делинквентные – насилия, убийства, вандализм), оказывающие деструктивное влияние на организм и личность молодого человека, и способствующие его социальной и биологической дезадаптации. Спектр проявлений социально-негативных явлений очень разнообразен и уровень их распространения растет.

Самым распространенным видом социально-негативных явлений являются зависимые формы поведения, а среди них, самая опасная - зависимость от психоактивных веществ. В конце 20 и начале 21 веков злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами приняло характер эпидемии. Согласно данным НИИ наркологии около двух процентов всего населения России сегодня употребляет наркотические вещества.

По данным ВОЗ число людей с заболеваниями, вызванными приемом наркотических веществ (ВИЧ-инфекция, гепатит, венерические болезни и др.), составляет более 500 млн. человек. Смертность среди наркоманов из-за передозировки, соматических осложнений, самоубийств в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Большинство больных наркоманией – это лица в возрасте пятнадцати-двадцати пяти лет. При этом наркомания молодеет, средний возраст начала приобщения к наркотикам снизился до двенадцати лет. Наблюдается вы-

сокий рост преступлений, связанных с продажей и изготовлением наркотиков, а также совершаемых под их воздействием.

В России наблюдается увеличение зависимых людей от никотина. Статистика показывает, что курящих мужчин 60%, женщин - 25%. Сегодня отмечается рост курения табака среди девяти-двенадцатилетних детей. Как и другие зависимости, курение несет вред организму курящего и окружающих его людей. Продолжительность жизни курящего человека в результате болезней, вызванных курением табака, снижена на пять-семь и более лет. В настоящее время в России 42% случаев преждевременной смерти мужчин в возрасте 35-69 лет от рака легких, сердечно-сосудистых заболеваний связано с курением табака. Окружающие курящего люди страдают от «пассивного курения»: через 1,5 часа пребывания в накурленном помещении содержание никотина в крови у некурящего повышается в восемь раз.

Алкоголь – самый обычный и широко используемый в нашем обществе наркотик. Он одобрен и узаконен обществом; любой, достигший совершеннолетия, может свободно купить его и употребить. Спиртное привычно подают в открытых для широкой публики ресторанах, на банкетах и праздниках на службе, в театрах и на борту самолетов. Хлопанье пробок шампанского – необходимый атрибут наших торжеств; ни одно застолье не обходится без вина, и, более того, мы позволяем нашим детям впервые отведать пива.

Масштабы проблемы – и тот факт, что она преодолевает все расовые, социальные, экономические и географические барьеры – лишнее подтверждение того, что алкоголизм – это действительно болезнь. Иначе почему бы многие миллионы добровольно предпочли поведение, столь явно ведущее к саморазрушению.

Следует не забывать и о многочисленных нехимических аддикциях, при которых объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не психоактивные вещества.

Несмотря на слабое внимание со стороны психиатров и наркологов к нехимическим аддикциям, нельзя отрицать, как замечает В. Макоун [1], что они, во-первых, не только возможны, но и часто встречаются; во-вторых, они могут быть столь же серьезны по своим последствиям, как химические зависимости; в-третьих, эти аддикции встречаются во внутрисемейном контекста и часто им же стимулируются; в-четвертых, исходя из предыдущего, семейная терапия является терапией выбора при этих расстройствах.

В связи с этим возникают вопросы: «Почему многие молодые люди (и не только!) стремятся уйти от тягот реальной жизни путем искусственного изменения психического состояния?»; «Почему сообщество человечество само себя истребляет?»; «Почему основной базисный механизм общественного развития – человеческий, регрессирует в его психической и психологической составляющих, в здоровье не одного поколения?».

Одним из ответов на вопросы может быть следующий: низкий уровень мотивации здоровья, отсутствие знаний о здоровье влечет несформированность навыков здорового поведения и здорового образа жизни – с одной сто-

роны, недостаточность современных социально-адаптивных стратегий у взрослой части населения – родителей, педагогов, психологов не позволяет им оказывать результативное воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку современной молодежи, с другой стороны.

Личностная незрелость несовершеннолетних, кризисность подросткового возраста, несформированность навыков здорового поведения и здорового образа жизни у молодежи влекут неопределенность жизненных позиций, восприимчивость к негативным влияниям среды, трудности в семейно-бытовой и профессиональной сферах, несоответствие поведения нормам и требованиям общества и, в итоге, зависимость от психоактивных веществ. Поэтому делать ставку на самостоятельный выбор молодежью путей совершенствования наивно, и сегодня безосновательно.

Профессионалы, работающие с молодежью, должны обучать их позитивным формам поведения, воспитывать в них стрессоустойчивость, самостоятельность и ответственность за собственную жизнь. Основной акцент профессионал должен делать на методологии формирования у подрастающего поколения ценностей здоровья и потребности в личностном развитии и здоровом образе жизни.

Сегодня вопросы прогнозирования и моделирования путей развития и здоровьесбережения молодежи являются центральными в проблеме профилактики зависимых форм поведения.

Обобщение мирового опыта профилактики зависимых форм поведения позволяет выделить шесть основных подходов: информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий, обучение альтернативной деятельности, укрепление здоровья.

Стратегии профилактики зависимого поведения определяются теми концепциями, которые закладываются в основу понимания любых видов аддикций. Для организации системы профилактики важно знание причин и условий их формирования и преодоления.

Настоящее пособие поможет разобраться в проблеме зависимого поведения, узнать особенности его формирования, протекания и выявления.



# ГЛАВА 1.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ФОРМЫ

### 1.1. Основные концептуальные модели зависимого поведения и этапы его формирования

Проблема зависимостей сегодня остра и злободневна в связи с их распространенностью и трудностью преодоления. В словаре русского языка С.И.Ожегова *ЗАВИСИМОСТЬ* толкуется как «Подчиненность другим, чужой воле, чужой власти при отсутствии самостоятельности, свободы» [7, С. 184). В широком смысле зависимость - это устремление на кого-то или что-то для получения удовлетворения или адаптации. Психологический механизм зависимостей выступает в стремлении ухода от реальной жизни путем искусственного изменения психического состояния посредством приема психоактивных веществ (ПАВ) или занятий определенным видом деятельности с целью поддержания интенсивных эмоций.

Нельзя абсолютизировать негативный характер зависимостей вообще. Природная сущность человека ставит его в зависимость от пищи, воды, воздуха, других людей. Этот класс зависимостей составляют физиологические потребности и потребности в принадлежности, любви, уважении [5, 8], они составляют основу жизнедеятельности человека, его личностного и профессионального становления. Однако чрезмерные зависимости имеют деструктивную сущность и влекут зависимое поведение.

В науке и практике, помимо понятия «зависимость», распространено понятие «аддикция». В переводе с английского «addiction» - пагубная страсть, привычка. Исторический анализ происхождения понятия «addiction» обнаруживает его латинские корни. В переводе с латинского языка «аддикт» - это тот, кто связан долгами, приговорен к рабству за долги. Понятия «зависимость» и «аддикция» синонимичны и определяют по сути одни и те же явления.

Основной мотив личности, склонной к зависимости - изменение неудовлетворяющего психического состояния, которое рассматривается человеком как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное».

Каждый из нас когда-либо переживал состояние неудовлетворенности и безразличия, испытывал острое желание его изменить. Для его исполнения обычный здоровый человек использует конструктивные поведенческие стратегии, избегая формирования аддикций. Когда мотив стремления ухода от реальности превалирует в сознании над другими, подчиняя мысли, желания и поведение, возникает высокая вероятность формирования зависимостей.

Форм зависимостей (аддикций) множество, Коринн Свит они систематизированы в зависимости от их источника – химического и нехимического.

**Химическая зависимость (аддикция)** – наркомания, алкоголизм, табакокурение, токсикомания.

**Нехимическая зависимость**, называемая эмоциональной, выражается в *азартном поведении*, при котором побуждение к деятельности становится витальным, как сильный голод или жажда, и овладевает человеком полностью.

К объяснению сущности (зависимого) аддиктивного поведения есть несколько подходов (моделей): моральная модель, модель болезни, симптоматическая и психоаналитическая модели, системно-личностная модель, био-психо-социальная модель.

Моральная модель основывается на религиозных (православие, протестантство, ислам, буддизм, конфуцианство, йога) представлениях о пагубных привычках как о проявлениях греховности. Модель Болезни рассматривает аддиктивное поведение как болезнь, требующую лечения. В симптоматической модели аддиктивное поведение выступает результатом научения и воздействие направлено на симптом-привычку. Психоаналитическая модель в эпицентре аддикций рассматривает нарушение личностной динамики. В фокусе системно-личностной модели аддикции находятся нарушения значимых отношений человека с социумом (межличностных, производственных, семейных). Сегодня распространение приобрела био-психо-социальная модель аддиктивного поведения, рассматривающая в качестве механизма его развития нарушения в сложной системе «организм-личность-социум».

Существование различных моделей аддикций говорит об их сложности и многоаспектности, а также показывает острую необходимость консолидации усилий различных специалистов для решения острых проблем аддиктивного поведения.

Как любое другое социально-негативное явление зависимые (аддиктивные) тенденции возникают не сразу, а формируются постепенно, имеют разную этиологию, динамику, прогноз и последствия для организма человека и его личностного становления. Понимание закономерностей и особенностей становления зависимости поможет окружающим увидеть ее картину и оказать своевременную помощь нуждающемуся в ней.

Первый этап

ВЫ не контролируете ЭТО, ЭТО контролирует ВАС (К. Свит).

ВЫ поступаете так, как требует ЭТО (К. Свит).

Это формулы **первого этапа** развития аддикций и прокомментировать их можно так: определенные действия вызывают внутренний подъем, будят активность, изменяют неблагоприятное психическое состояние на позитивное. Человек воспринимает эти действия в качестве орудия противостояния скуке, апатии, неудовлетворенности и в неблагоприятных ситуациях прибегает к ним как к спасательному средству.

Второй этап

Этот этап подпадает под следующие формулы (К. Свит).

ВЫ делаете ЭТО все чаще, стараетесь получить сильный эффект.

ВЫ делаете ЭТО регулярно, когда предчувствуете скуку, одиночество, боль. На втором этапе становления аддикций увеличивается частота аддиктивных тенденций, они становятся привычными в трудных жизненных ситуациях, формируется «аддиктивный ритм».

Третий этап

ВЫ чувствуете, что уже не можете справиться с жизненными проблемами без ЭТОГО - пишет **К. Свит**.

Это формула третьего этапа. Аддикция становится центральным целостным личностным образованием и подчиняет себе все поведение человека, поведение не поддается критике, а аддикт становится невосприимчивым к позитивным средовым влияниям.

Четвертый этап

Формулы, вскрывающие развитие этапа следующие (**К. Свит**):

ВЫ сражаетесь с ЭТИМ, часто безуспешно.

ВЫ тратите на ЭТО энергию души, деньги, время.

Аддикция полностью овладевает человеком, межличностные отношения рвутся, аддикт живет в своем иллюзорном искусственно искаженном мире.

Пятый этап

ВЫ ненавидите СЕБЯ, теряете самоуважение, возникает угроза потери семьи, карьеры, друзей, здоровья. МНОГИХ ЭТО УБИВАЕТ! (**К. Свит**).

Этап необратим, завершается болезнями и часто летальным исходом, лишь в редких случаях человеку удастся вернуться к нормальной жизни.

Признаки зависимой личности.

В литературе выделены и описаны признаки, свойственные всем Зависимым личностям:

1. Устойчивое стремление личности к изменению своего состояния.

2. Непрерывность процесса становления аддикции. Продолжительность стадий зависит от личностных особенностей человека, социальной среды, источника (объекта) зависимости.

3. Цикличность аддиктивного поведения в виде наличия определенных фаз:

- фазы напряжения и активного поиска объекта зависимости, абстинентного состояния при невозможности удовлетворения потребности,
- фазы облегчения и расслабления при получении объекта,
- фазы относительного покоя (ремиссии).

4. Личностные изменения, детерминирующие социальную дезадаптацию [3]:

сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;

скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;

внешняя социабельность в сочетании со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;

стремление говорить неправду;

стремление обвинять других, зная, что они не виноваты;  
стремление уходить от ответственности в принятии решений;  
стереотипность поведения;  
зависимость и тревожность.

В тяжелых случаях наркомании и токсикомании развиваются болезни, наступает летальный исход.

Важным выступает видение сложного механизма развития человека, понимание причин и предпосылок наблюдаемых феноменов для определения прогнозов возможных вариантов приспособления к жизни каждого человека в отдельности.

## 1.2. Социальные и психобиологические предпосылки зависимого поведения

Общепризнанно, что зависимое поведение имеет биологическую, социальную и индивидуально-психологическую (личностную) обусловленность, в совокупности представляющие социальные и психобиологические предпосылки (рис.1).

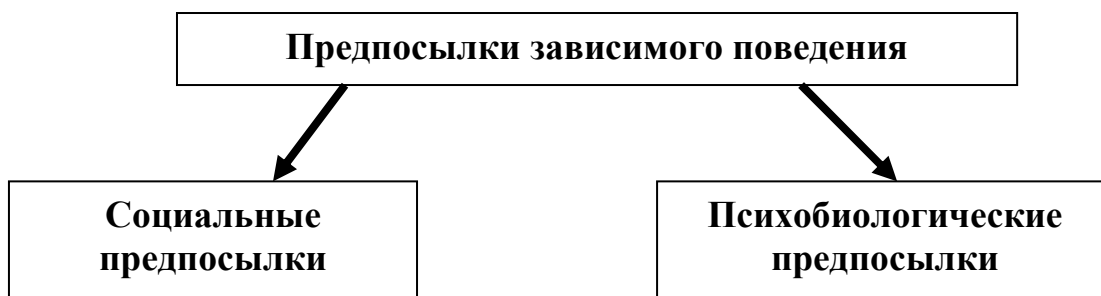


Рисунок 1. Предпосылки зависимого поведения

Предпосылки – «предварительное условие чего-нибудь», создают неблагоприятную основу для развития и адаптации [7, С. 533]. Сегодня известно, что предпосылки детерминируют неустойчивую личностную ориентацию, снижают стрессоустойчивость личности и затрудняют процесс социализации человека, создавая основу для формирования поведенческих стереотипов и определяя развитие социально-негативного поведения. Однако влияние предпосылок не носит фатального характера и не ведет неизбежно к аддикциям. При этом предпосылки следует отличать от этиологических факторов – биологических и средовых причин, составляющих благоприятную почву для формирования самих предпосылок развития и адаптации

*В группе социальных предпосылок, имеющих общественное происхождение, рассматривают:*

1. *Достижения технического прогресса* в области фармацевтической промышленности, в результате чего становятся доступными психоактивные

вещества. Известно, что лекарственная зависимость пришла из медицины. Сначала появились опиаты как оглушающее средство при болевом синдроме, барбитураты в качестве снотворных, позже - анальгетики и психостимуляторы, транквилизаторы, галлюциногены. По оценкам специалистов, в настоящее время лекарственная зависимость в России охватывает 30 млн. человек.

Технический прогресс явился причиной не только развития химической, но и нехимической аддикции. Так, появились такие формы зависимого поведения, как гаджет-аддикция, зависимость от TV, интернет-зависимость, игромания и т.д.

2. *Нарко- и игровой бизнес* набирает обороты и втягивает все больше людей, формируя у них стабильной зависимое поведение. Человечество травится суррогатным алкоголем, умирает от наркотических средств, проигрывает квартиры, дома, свою жизнь.

3. *Отношение к ребенку в семье и поведение родителей* – это прямые детерминанты социально-негативного, в частности аддиктивного, поведения детей. Материнская депривация, воспитание по типу «Неприятие», «Тепличное воспитание», воспитание в криминогенной семье и др. оказывают психотравмирующее влияние на ребенка и в будущем такие дети имеют больший риск стать зависимыми.

4. *Влияния средств массовой информации*, посредством которых ребенок наблюдает порнографические сцены, сцены насилия, рекламу алкоголя, наркотиков, табака и др., оказывают негативное влияние, разрушающее психику или воспитывающее вседозволенность.

5. *Воздействия образовательных институтов*. Так, школьные программы и педагогические подходы к ребенку, не учитывающие его психофизиологический потенциал и психологические особенности развития, часто способствуют дезадаптации школьников и развитию деструктивного поведения.

6. *Кризис в обществе*, что влечет безработицу, снижение уровня жизни, межнациональные конфликты, неуверенность в завтрашнем дне, высокий уровень заболеваемости и смертности, беспризорности, бездуховности и обнищания масс. Негативные общественные трансформации снижают стрессоустойчивость личности и затрудняют процесс социализации человека.

В понятие «психобиологические предпосылки» сегодня включают различные возрастные кризисные проявления, патологии, отклонения в развитии, имеющие как наследственный либо врожденный характер, так и возникающие под влиянием неблагоприятных жизненных условий, и затрудняющие процесс социализации и адаптации человека.

*Психобиологические предпосылки имеют широкий спектр проявлений*, к ним относят кризисные проявления подросткового возраста, характерологические особенности (АХ), психопатические состояния, отставания в психическом развитии, физические недостатки (рис.2).

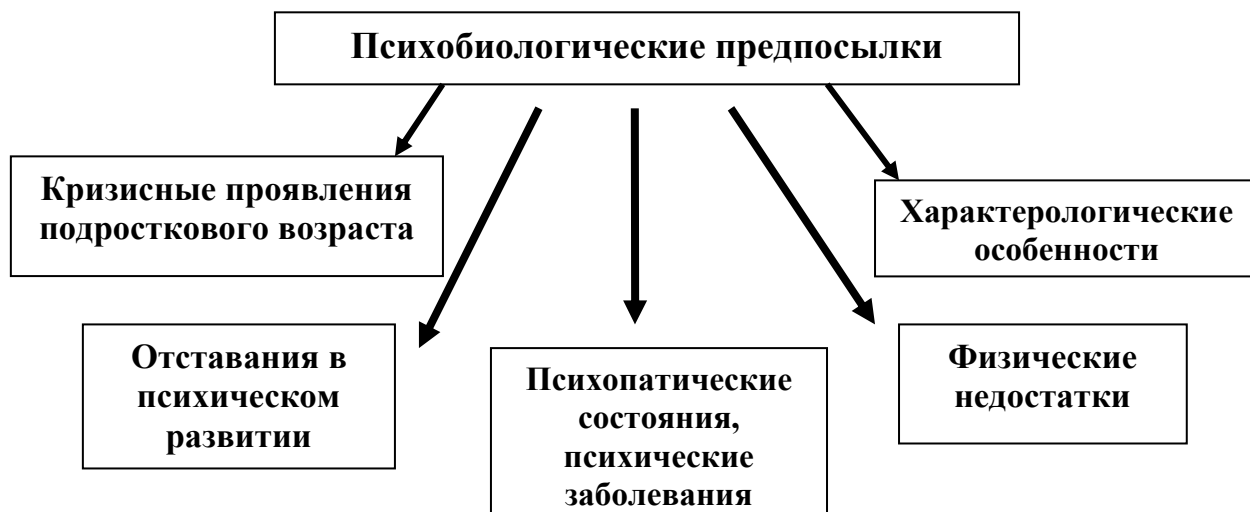


Рис. 2. Психобиологические предпосылки зависимого поведения

**1. Кризисные проявления подросткового возраста**, обуславливающие трудности подростка: а) физические особенности (акселерация и инфантилизм); б) психологические особенности подросткового возраста (реакции эмансипации, группирования, хобби и др.) – «подростковый комплекс» или «пубертатный криз».

А. Физические особенности подросткового возраста состоят в ускорении и неравномерности развития организма.

Ускорение развития организма человека (акселерация) ученые связывают с действием разных факторов: экологических, социальных и др.

В группе экологических факторов рассматриваются следующие:

- изменения солнечной активности,
- повышение радиации.

К социальным явлениям относят:

- урбанизацию, состоящую в росте больших городов и переселении в эти города сельского населения;
- распространение смешанных браков в результате ломки религиозных традиций;
- улучшением образа жизни - отдыха и питания населения, увеличение потребления белков и витаминов.

Акселерация, наряду с позитивным влиянием на процессы созревания организма подростков, способствует усугублению его физических и социально-психологических особенностей. Так, в связи с повышением активности эндокринной системы, в организме происходят «гормональные бури», которые сопровождаются повышенной возбудимостью, эмоциональной неустойчивостью, неадекватностью эмоциональных реакций, изменениями настроения подростка, меняющимися характер взаимоотношений с окружающими взрослыми и сверстниками, поведение и деятельность подростка.

Инфантилизм – задержка (незрелость) физического и сексуального развития. Физический инфантилизм часто сопровождается психической незрелостью, которая проявляется в личностной незрелости (незрелость интересов, несамостоятельность, безответственность, недоразвитие чувства долга на фоне удовлетворительного интеллектуального развития) и несоответствии поведения календарному возрасту. Описаны следующие типы инфантилизма в подростковом возрасте [3]:

1) психофизический (гармонический) инфантилизм характеризуется физической (тонкое телосложение, мелкие черты лица и его детское выражение, эмоциональная и вегетативная лабильность) и психической (игровые интересы и увлечения, несамостоятельность, капризность, наивность, манеры поведения свойственны младшему возрасту) незрелостью;

2) психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития выражается в незрелости интересов и чувства долга, безответственности, недостаточном морально-этическом развитии, что проявляется в деятельности и поведении;

3) дисгармонический (эндокринопатический) инфантилизм, обусловленный нарушением функции эндокринных органов - гипофиза и половых желез, и проявляется в гипогенитальном и гипофизарном видах. Гипогенитальный инфантилизм характеризуется запаздыванием развитием вторичных половых признаков, слабым ростом костной и мышечной систем организма при высоком росте, длинных голених и бедрах, подростков отличает робость, несамостоятельность, привязанность к родителям, осознание и переживание недостатка развития. Подростки с гипофизарным инфантилизмом отличаются небольшим ростом, недоразвитием гениталий, психологическими особенностями – обстоятельностью, увлечением детскими играми, склонностью опекать младших детей;

4) соматогенный инфантилизм встречается у соматически ослабленных детей, страдающих болезнями сердечной, дыхательной систем, хроническим артритом, бронхиальной астмой, нейродермитом и др. Свойственно отставание в развитии костно-мышечной системы и моторики, психологическая незрелость – беспомощность, зависимость от старших, тяготение к младшим по возрасту;

5) инфантилизм как следствие неправильного воспитания свойственен подросткам из семей, в которых наблюдается сочетание доминирующей, в виде чрезмерной опеки, и потворствующей гиперпротекции (воспитание по типу «кумир семьи») со стороны родителей. Подростков характеризует задержка развития умений и навыков, моторная неловкость, недостаточная физическая сила, сложности в общении со сверстниками, безответственность, недостаточное развитие чувства долга, истероидные черты характера.

Если акселерированных подростков характеризует опережение по ряду показателей на один-два периода стандарта календарного возраста, то инфантильные подростки отстают от стандарта на один-два периода. Личностная незрелость, в виде узости интересов, несамостоятельности, безответственно-

сти, недоразвития чувства долга и др., часто влечет активные и пассивные поведенческие деструкции.

Биологические факторы главным образом влияют на вероятность развития зависимости, а также скорость ее формирования (повышают их).

Б. Психологические особенности подросткового возраста состоят в:

- 1) общих психологических особенностях развития;
- 2) типологических особенностях, в виде заострения черт характера – его акцентуациях;
- 3) специфических поведенческих подростковых реакциях.

1. К общим психологическим особенностям подросткового возраста относятся:

- изменчивость настроения в виде внезапных его переходов от веселья к унынию;
- сочетание полярных качеств, например, подростков отличает чувствительность к мнениям, суждениям и оценкам других своей внешности и поведения, сочетающаяся с самоуверенностью и критичностью окружающих; сочетание чувствительности с черствостью, застенчивости с развязностью и грубостью;
- демонстрация независимости и свободы на фоне мотивации признания другими;
- эмансипационные проявления, которые сопровождаются обожествлением случайных, часто деструктивных, кумиров.

2. Подростковый возраст – это критический возраст в отношении становления характера, проявлений его типологических черт – акцентуаций. Такие акцентуации характера как гипертимность, эпилептоидность, шизоидность и др., а также личностные проявления (низкая самооценка, неуверенность, чувство собственной неполноценности) способствуют высокому риску дезадаптации подростков и развития зависимости от психоактивных веществ в трудных и экстремальных жизненных ситуациях.

3. Специфические поведенческие подростковые реакции – это поведенческие модели в ответ на действие средовых факторов и, прежде всего, факторов из ближайшего окружения. Реакции, выступающие предпосылками аддикций, следующие:

- эмансипации;
- группирования со сверстниками;
- хобби-реакции;

*Реакция эмансипации* состоит в стремлении освободиться от контроля и опеки взрослых – родственников, учителей. Правила, законы, порядки, ценности, установленные старшими, как будто не существуют для подростков, оспариваются и отвергаются ими. Реакция обусловлена потребностью самостоятельности и личностного самоутверждения и проявляется в 12-13, особенно в 14-15 лет, с большей выраженностью у мальчиков. Реакция эмансипации вызвана социально-психологическими факторами, например, чрезмер-



ной опекой и контролем, полным лишением самостоятельности и третируванием подростка. Проявляется реакция в поведении поступать по-своему, либо в возражениях на критику и наставления в свой адрес. У подростков реакция часто проявляется в символике татуировок.

Остро реакция эмансипация проявляется при психопатических состояниях и акцентуациях характера (например, гипертимной), обуславливая ситуативные нарушения поведения в виде побегов из дома и бродяжничества, употребления алкоголя и др. психоактивных веществ. При психических заболеваниях, например шизофрении, реакция эмансипация может иметь вычурные агрессивные проявления с возможными жестокими действиями по отношению к взрослым, например, «бредом чужих родителей» - писала Г.Е. Сухарева [11]. В условиях эмансипационного конфликта (столкновение реакции эмансипации с чрезмерным контролем) у гипертимной, шизоидной и истероидной личности может формироваться ситуативно обусловленной аддиктивное поведение.

*Реакция группирования со сверстниками* – влечение к объединению со сверстниками. Как отмечает А.Е. Личко, в условиях пребывания в учреждениях интернатного типа или психиатрических больницах, в специализированных школах для подростков, нуждающихся в особых условиях воспитания, а также в условиях депривации в семье, реакция группирования может проявляться остро и определять все поведение подростков. Если дезадаптированные в школе и семье подростки организуются в делинквентную группу, то повышается вероятность приобщения к наркотикам и психоактивным веществам. Это послужило основанием для рассмотрения реакции группирования в качестве фактора подростковых аддикций и групповых правонарушений [4].

При некоторых типах акцентуаций характера данная реакция может искажаться и влечь конфликты в среде сверстников. Это может быть свойственно гипертимным подросткам – в результате лишения возможности общения; подросткам с шизоидной, сенситивной, истероидной и эпилептоидной АХ в результате неумения общаться. При подростковой шизофрении в результате нарастания аутизма реакция группирования проявляется в фантазиях и вовсе подавляется. Закрытость от сверстников может снижать интерес к подростку и повлечь вытеснение его из группы; эгоцентризм и желание лидировать без поддержки группы может вызывать асоциальное и делинквентное поведение у эпилептоидной личности.

*Хобби-реакции* (реакции увлечения) свойственны подростковому возрасту и выступают фактором личностного развития. [4] систематизированы подростковые увлечения по следующим группам:

- интеллектуально-эстетические увлечения музыкой, рисованием, литературой, изобретательством, доставляющие подростку удовольствие как творческий процесс;

- телесно-мануальные (спортивные увлечения, увлечения вождением машины или мотоцикла и др.) увлечения, при которых важен не столько процесс, сколько его результат;
- лидерские увлечения – стремления руководить, направлять, принимать решения;
- накопительские увлечения – коллекционирование;
- эгоцентрические увлечения выражаются в желании быть замеченным и находиться в центре внимания, проявляются независимо от характера увлечения – художественного или спортивного;
- азартные увлечения состоят в стремлении к играм и пари, при которых как выигрыш, так и ощущение риска являются заманчивыми и приносят подросткам много удовольствий;
- информационно-коммуникативные увлечения проявляются в большом желании получения легкой информации, в смысл которой подросток не вникает, не подвергает критической оценки, сразу передает другому, даже мало знакомому, лицу.

Увлечения в тех случаях выступают предпосылкой нарушений поведения и аддикций, когда их предмет имеет асоциальный характер или чрезмерную интенсивность, в результате чего у подростков снижается успеваемость в школе, нарушаются взаимоотношения со сверстниками и окружающими близкими, наблюдается опасность жизни и деятельности (например, склонность к накоплению материальных благ связана с риском для жизни).

## **2. Характерологические особенности (АХ), психопатические состояния, психические заболевания.**

В развитии аддикций роль принадлежит индивидуально-психологическим и конституциональным особенностям характера - акцентуациям характера и психопатическим состояниям. Акцентуации характера – крайние варианты нормы характера, при которых отдельные черты характера заостряются, в результате чего обнаруживается избирательная уязвимость личности в отношении определенного вида воздействия при устойчивости к другим. Психопатические состояния (специфические расстройства личности) - аномальные, болезненные особенности личности, основу которых составляет стойкая дисгармония ее эмоционально-волевых свойств, генетического, органического и социального генеза. В этих случаях страдают эмоциональный и волевой компоненты (эмоционально-волевая неустойчивость, подчиняемость и внушаемость) механизма нормативного поведения человека, часто выражены реакции имитации и протеста, в результате не происходит отождествление себя с нормативной личностью, формируется потребность приема ПАВ, реализуется аддиктивная тенденция в поведении. Бедность внутренних побуждений, жажда ярких впечатлений, нарушение самооценки и снижение самоконтроля повышают вероятность развития зависимостей.

Подростки с конформной акцентуацией характера в аддиктивной компании попадают в зависимость от ПАВ. Для лиц с неустойчивым и эпилепто-

идными типами акцентуации характера или психопатии, в связи с их тяготением с детства к уличным делинквентным группам, уже в младшем школьном возрасте свойственно приобщение к наркотическим и другим психоактивным веществам. Эпилептоидные подростки отличаются высокой силой слабо контролируемого влечения. Свойственная им частая смена настроения – хорошая почва для повторного приема алкоголя или наркотика. Подростки с возбуждаемым типом акцентуации характера и специфическим расстройством личности (психопатия) также составляют группу «риска», особенно высокого в ситуации воспитания в асоциальных условиях. Такие подростки предпочитают крепкие спиртные напитки, в больших дозах опиаты, гашиш, транквилизаторы. Влечение в этих случаях побуждается быстро, является сильным. Истероидные подростки, стремящиеся лидировать в группе, попадая в пьющие компании, стремятся показать свою исключительность, доказывают, что им «все нипочем» постепенно приобретают зависимость. Эти подростки, склонные к преувеличиванию привлекательности опьянения, вызывают усиление интереса к психоактивному веществу у окружающих инфантильных подростков. Интровертированные и демонстративные личности также чаще, чем другие подростки попадают в зависимость от психоактивных веществ.

Как отмечает В.А. Жмуров, стертые формы эндогенных психических заболеваний (маниакальные и депрессивные состояния) могут детерминировать зависимости. При маниакальных состояниях больные характеризуются «избыточной тягой к чувственным радостям, усилением влечений и ослабленным самоконтролем» [2, С.13]. В.А. Жмуров подчеркивает, что «...неглубокие депрессивные состояния, которые характеризуются устойчивым или периодически повторяющимся упадком общего тонуса, ощущением скуки, опустошенности, переживанием безрадостного существования, чувством сниженной скованности и сниженной самооценкой», представляют большую опасность [там же]. Как пишет автор, алкогольное или наркотическое опьянение открывает таким личностям другой мир с радостями, весельем, удовольствиями, в котором можно быть независимым от других, раскованным. В связи с высокой привлекательностью прием психоактивных веществ становится постоянным и безудержным.

Психологические особенности характера и специфические расстройства личности с одной стороны затрудняют адаптацию к среде, более в трудных жизненных ситуациях, с другой стороны – выступают основой для возникновения межличностных конфликтов и социально-психологической дезадаптации.

**Отставание в психическом развитии.** Органическая мозговая недостаточность при умственной отсталости и задержке психического развития детерминирует ускорение развития психической и физической зависимости от психоактивных веществ. В этих случаях регулятор нормативного поведения страдает на всех уровнях – когнитивном, эмоциональном, мотивационном и волевом.

На когнитивном уровне сужено осведомление и понимание пагубности приема ПАВ. Нарушение критического мышления и прогностических способностей содействует становлению аддиктивной личности. На эмоциональном уровне не происходит отождествление себя с нормативной личностью. Повышенная внушаемость и подражательность подростков с легкой, умеренной умственной отсталостью, задержкой психического развития церебрально-органического генеза способствуют вовлечению детей и подростки в аддиктивные группировки.

На мотивационном уровне формируется потребность приема ПАВ, на волевом (поведенческом) реализуется аддиктивная тенденция в поведении. Нарушения процесса социализации и затруднения в формировании альтернативных установок в поведении облегчает формировании зависимостей [2].

**Физические недостатки.** Психический инфантилизм, эмоционально-волевая незрелость, повышенная внушаемость, склонность к подражанию, повышенная сенситивность, эгоцентрическая направленность личности способствуют формированию социальной незрелости глухого и слабослышащего подростка и молодежи с другими физическими недостатками, что негативно проявляется через систему межличностных отношений. В результате дезадаптации в социуме на фоне угнетенно-подавленного состояния у таких личностей легко формируется зависимость от психоактивных веществ.

Всех представителей группы «риска» отличает низкий адаптационный порог. Наркотики и другие психоактивные вещества, используемые ими для снятия психического напряжения, преодоления страха, чувства вины и выступающие средствами выхода из трудной жизненной ситуации и достижения психологического комфорта, в результате приводят к формированию зависимостей от них.

Однако при анализе предпосылок зависимого поведения необходимо учитывать следующие факторы:

а) фактор наследственной отягощенности со стороны родителей – психические заболевания и специфические расстройства личности, злоупотребление алкоголем, наркотиками;

б) наличие функциональной или органической недостаточности головного мозга пре-, пери- и постнатального генеза;

в) физическая ослабленность, хронические заболевания организма, травмы мозга в раннем детстве, дошкольном и младшем школьном возрасте.

Функционально-органическая недостаточности головного мозга, физическая ослабленность, хронические заболевания организма, травмы мозга влекут дизонтогенез в виде аномалий развития психики, личности и организма в целом или «пограничных» с ними состояний (умственная отсталость, задержка психического развития, психопатические состояния). На этом фоне в подростковом возрасте легко возникает патологический «пубертатный криз» и другие негативные явления, такие как истощаемость, снижение работоспособности, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, конфликтность, снижающие качество жизни молодого человека.

Резюмируя сказанное, подчеркнем, что риск возникновения зависимого поведения обусловлен совокупностью биологических, индивидуально-психологических и социальных факторов и связан с функционированием той общественной формации, в которую человек включен.

### **1.3. Семья в формировании «донаркотической» личности**

Рассматривая проблему, связанную со злоупотреблением психоактивными веществами, прежде всего, ее надо рассматривать, как проблему личности, которая употребляет наркотические вещества в определенном социально – культурно контексте, важнейшими элементами которого является семья наркомана и наркоманская субкультура.

Вопросы о механизмах формирования наркотической зависимости остаются одними из наиболее сложных проблем современной психологической науки. Несмотря на высокую социальную, научную и практическую значимость психологических исследований о роли семьи в возникновении и динамике наркомании, существующие попытки теоретического обобщения результатов эмпирических исследований не позволяют создать целостную психологическую концепцию наркомании.

Наметившаяся в последние годы тенденция к интеграции в системе наук, так или иначе направляемых на решение проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, значительно суживается недостаточностью психологических исследований, особенно в области центрального компонента наркоманического синдрома – психической зависимости и ее влияния на личность и внутрисемейные, межличностные отношения наркомана.

В последнее время результаты многочисленных исследований приводят к главному выводу, что основным источником причинности подростковой и юношеской наркомании является семья, создающая предпосылки для формирования у подростка генерализованной неудовлетворенности, либо оказавшейся неспособной компенсировать факторы наркотической контаминации социальной и биологической природы.

При рассмотрении данной проблемы чрезвычайно важным обстоятельством является то, как неблагоприятные внешние факторы (сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание, низкий общеобразовательный и культурный уровень окружающей социальной среды) преломляются в психике ребенка, как воспринимаются им жизненные события и различные обстоятельства. Так как основы личности ребенка закладываются прежде всего в семье, мы считаем необходимым изучение внутрисемейных отношений на основе результатов стандартных психологических тестов.

Риск развития аддиктивного поведения, с точки зрения современных представлений, во многом связан с условиями воспитания и проживания в семье в детском периоде жизни. Существуют попытки выделить определённые условия воспитания, наиболее предрасполагающие к риску развития аддиктивного поведения. В этих типах воспитания выделяется главное звено – нарушение эмоциональных связей с людьми.

Лица с повышенным риском развития аддикции в детстве не были научены правилам установления эмоциональных контактов с окружающими. Они воспитывались в семьях, в которых эмоциональная близость между членами семьи существовала не в реальности, а только на словах.

Выделяют следующие семейные факторы, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения уже в раннем возрасте:

- дистанцированность от окружающих;
- родители, как носители аддиктивного поведения (например, алкоголизма);
- манипулятивные семейные отношения.

Все это формирует у детей чувства внутренней пустоты и изоляции, с возникновением желания заполнить эти чувства путём создания в своих фантазиях особого мира, герои которого заменяют реальность.

Таким образом, создаются предпосылки для развития негативного стиля жизни. В результате человек попадает в трудное положение. С одной стороны, он не имеет возможности естественным путем, посредством контакта с близкими людьми, удовлетворить свои эмоциональные потребности, получить от них эмоциональную помощь и поддержку, а, с другой, – не в состоянии найти эту поддержку внутри себя, так как его не научили этому в детстве.

Упрощённые подходы к жизни постепенно захватывают человека. И если он и задаёт себе какие-то вопросы, то они, как правило, чрезвычайно просты и сводятся примерно к следующему: «Зачем думать о жизни, она и так трудна, не надо брать ничего в голову. Я не нуждаюсь в людях, мне никто не нужен. Зачем я буду заставлять себя контактировать с кем-то, если я не хочу этого делать? Зачем решать проблемы, которые трудно решить? Доверять можно только объектам, вещам и событиям, которые, в отличие от людей, более надёжны и предсказуемы». Мышление приобретает форму патологической закольцованности, идёт по кругу, включая в себя элементы мышления по желанию и формирует стабильную схему, которая не только поддерживает, но и усиливает аддиктивную систему убеждений.

Образ жизни и мышления аддикта оказывают отрицательное влияние на окружающих и, особенно, на детей, в связи с тем, что дети недополучают необходимого для них внимания, у них не формируется интегральная картина отношений с миром. У детей закладываются предпосылки для развития таких нарушений, как аддиктивное расстройство и созависимость, являющаяся, по сути, аддикцией отношений.

Если окружающие ребенка взрослые не могут оказать ему помощь в формировании мировоззрения, бессмысленность существования, его слабая событийная насыщенность толкают детей в группу риска. Порой ребенок своим девиантным поведением бросает вызов окружающим взрослым с целью вызвать их на откровенный разговор о назначении человека в мире своего рода и проверка их на звание человека с большой буквы. Проблемы у ребенка каким-то образом могут, например, решать проблемы в отношениях между его родителями, помогать им выжить. Такой ребенок может спланировать семью своим поведением или отвлекать родителей от обсуждения болезненных проблем в их отношениях.

К сожалению, любовь родителей в чистом виде и в достаточном количестве встречается крайне редко. Вместо нее ребенок часто получает игрушки, сладости, жалость, чрезмерную заботу, замечания, условия, требования, ремень, упреки в сломанной жизни и еще многое другое, что дают ему родители под «соусом любви». Родители так ее понимают, потому что так понимали их родители. Их так научили. И они думают, что любят. Многим родителям и в голову не приходит, что любовь - это совсем другое.

Это принятие личности такой, какая она есть, даже если ей от роду день. Любовь — это дать почувствовать ребенку, что он огромная ценность. Любовь — это создать ему условия, в которых он чувствовал бы себя безопасно и стабильно. Условия, в которых он смог бы развить в себе сильные и слабые стороны, научиться любить мир и улучшать его своими творениями. Воспитание — это любовь, а не насилие над личностью. Любви не может быть слишком много. Много может быть заботы, жалости, внимания, опеки. И тогда для любви остается слишком мало места. Она вытесняется суррогатом. А если ребенок не получил достаточно любви, то ему теперь придется столкнуться с двумя трудностями. Первая: он не умеет любить сам. Вторая: он не умеет принимать любовь и отличать ее от суррогата. А кроме того, он будет стремиться всю свою жизнь дополучить эту любовь, так как остался голоден. Вот эта, возможно, самая сильная потребность и будет главным мотивом в жизни. Опасность в том, что процесс этот неосознанный, скрытый от человека.

Коварное вещество дает ощущение любви. Под его воздействием человек раскрывает чувства, которые не умеет выражать в трезвом состоянии. И стоит ослабить контроль сознания под действием, например, алкоголя, как человеку становится легко и приятно от того, что он может сказать о них.

Как известно, самая сильная боль — душевная. Хуже всего человеку бывает от собственных негативных чувств. Вещество помогает испытать радость, удовольствие, счастье и другие приятные чувства. Вещество упрощает этот процесс. Ничего не делаешь хорошего; ни себе, ни другим, а чувства только позитивные. Такие моменты не забываются. Их хочется повторять и повторять. Все остальное время занято проявлениями внутренних комплексов.

Что такое комплекс? Это плохо работающий внутренний механизм. Он может проявляться как внутренняя установка. Например, «у меня, никогда ничего хорошего не получится». Установки формируются на протяжении всей жизни, особенно в детстве, когда все, что говорят родители, как на магнитную ленту, записывается в нашем мозгу. Мы принимаем их постулаты безоговорочно. Потом можем их перепроверять. А можем оставить так, как есть. Главное, что помнить их не обязательно. Они работают без участия нашего сознания, так как находятся в подсознании. Поменять их очень трудно. Но можно. Это инструмент, с помощью которого мы строим свою жизнь. Если жизнь не удастся, значит, инструмент не тот. Надо поискать другой или создать его. Но многие предпочитают забивать гвозди собственной головой, используя ее в качестве инструмента. Больно, конечно, зато привычной. И молоток искать не надо. А может быть, человек и не знает, что гвозди забивают молотком, а не собственной головой.

Если человек начал злоупотреблять алкоголем или принимает наркотики, он себя не любит. А стало быть, жить не хочет. Значит, хочет умереть? Неизвестно, быть может, он еще не решил. Не решил потому, что не считает собственную жизнь ценностью. И помочь ему найти самого себя и осознать свою ценность — единственный выход.

Действительно, роль неблагоприятных условий социальной среды во многом определяет, особенно у несовершеннолетних, динамику злоупотребления алкоголем или наркотиками. Однако понятие — неблагоприятная среда — в применении к детям обычно трактуется слишком узко. Называя данный фактор, многие подразумевают при этом лишь неблагополучные или неполные семьи, где родители (или один из них) пьют, ведут аморальный образ жизни, а также конфликтные семьи, где ребенок постоянно видит ссоры, скандалы, а то и драки. Безусловно, все эти признаки входят в понятие неблагоприятных условий воспитания, однако не являются исчерпывающими. Они отражают поверхностный взгляд на явление, улавливающий лишь очевидное, не вскрывают внутренней психологической сути происходящего.

Для формирования личности ребенка важны не столько факты, события, происходящие в семье, сколько их значение для него.

Большинство выявленных закономерностей свидетельствуют о том, что неадаптивное поведение подростков связано в основном с негативными, отвергающими стилями воспитания, которые осуществляют их родители. Величины корреляций неадаптивного поведения подростков с противоположными тактиками воспитания, скажем, такими, как проявление родительской привязанности и поддержки, в среднем, бывают ниже или вообще отсутствуют. Эти результаты позволяют сформулировать предположение о том, что негативность, как стиль воспитания, служит фактором риска, в то время как положительная тональность воспитания (привязанность и поддержка) не может предсказать (т. е. не может быть предиктором) появления неадаптивного поведения в подростковом возрасте [1].



Рассмотрим типы неправильного семейного воспитания и их роль в формировании личности, в первую очередь личности ущербной, прибегающей к химическим способам изменения своего психического состояния.

Конечно, в каждой семье есть свои нюансы, сложности и проблемы. Попытка все это схематизировать и дать точную классификацию типов воспитания детей, куда бы «вписалась» любая конкретная семья, вряд ли осуществима. Любой конкретный случай всегда индивидуален, как и каждый человек с его субъективностью и неповторимостью. Однако, можно определить основные параметры воспитательных воздействий, различные сочетания которых составляют типы семейного воспитания.

Рассмотрим два основных типа семейного воспитания. Это, во-первых, внимание к детям: степень контроля за ними, руководство их поведением; во-вторых, эмоциональное отношение к ребенку: степень душевного контакта с сыном или дочерью, нежность, ласковость в обращении с ним.

Повышенная опека ребенка, лишение его самостоятельности, чрезмерный контроль за поведением - все это характеризует воспитание по типу гиперпротекции. Когда родители, боясь «дурного влияния», сами выбирают друзей сыну или дочери, организуют досуг своего ребенка, насильно навязывают свои взгляды, вкусы, интересы, нормы поведения — это доминирующая гиперпротекция. Часто такой тип воспитания встречается в авторитарных семьях, где детей приучают безоговорочно подчиняться родителям или одному из взрослых членов семьи, волю которого исполняют все остальные. Эмоциональные отношения здесь обычно сдержанные. У детей нет глубокого душевного контакта с отцом и матерью, поскольку постоянная строгость родителей, их контроль и подавление инициативы ребенка мешают естественному развитию детской привязанности и формируют только уважение и страх.

Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции у повзрослевшего ребенка вызывает либо гипертрофированную реакцию эмансипации, и подросток вообще выходит из-под контроля родителей, становится неуправляемым (первый вариант), либо формирует конформный (приспособленческий, пассивный) тип личности. Во втором варианте ребенок вырастает безвольным, во всем зависит от влияния окружающей микросреды или от лидера, более активного, чем он сам. У него не развивается чувство ответственности за свои действия, самостоятельность в принятии решений, нет цели в жизни. Он часто оказывается беспомощным в новой ситуации, неприспособленным, склонным к невротическим или непродуктивным реакциям.

Асоциальные группы привлекают таких подростков чаще всего тем, что они чувствуют психологическую защищенность, отсутствие «давления» со стороны родителей. Они легко идентифицируют себя с другими подростками и охотно подчиняются лидеру, как раньше подчинялись отцу или матери. Обычно такие метаморфозы происходят во время длительного срока пребывания вне дома, например, учеба в другом городе, в техникуме, училище; переезд из села в город; поступление на работу и т. п. Оставшись без «поводыря», они готовы следовать за первым попавшимся человеком, который за-

хочет «вести» их за собой. Например, если такой подросток, поступив работать на завод, попадет в бригаду, где по любому поводу принято употреблять спиртное, то он, не задумываясь, перенимает эту традицию, заставляет себя пить, выполняя требования традиций, подражая старшим членам бригады и безоговорочно подчиняясь им.

К доминирующей гиперпротекции относится и воспитание в условиях высокой моральной ответственности. Здесь повышенное внимание к ребенку сочетается с ожиданием от него успехов гораздо больших, чем он может достичь. Эмоциональные отношения более теплые, и ребенок изо всех сил искренне старается оправдать надежды родителей. В этом случае неудачи переживаются очень остро, вплоть до нервных срывов или формирования комплекса неполноценности. В результате такого стиля воспитания возникает страх перед ситуацией напряженности, испытанием, что в дальнейшем часто становится толчком к употреблению психотропных веществ.

Повышенное внимание к ребенку в сочетании с тесным эмоциональным контактом, полным приятием всех поведенческих проявлений означает воспитание по типу потворствующей гиперпротекции. В этом случае родители стремятся выполнить любую его прихоть, оградить от трудностей, неприятностей, огорчений. В такой семье ребенок всегда находится в центре внимания, он — объект обожания, «кумир семьи». «Слепая» любовь побуждает родителей преувеличивать его способности, не замечать отрицательные качества, создавать вокруг ребенка атмосферу восхищения и похвалы. В результате, у детей формируется эгоцентризм, завышенная самооценка, непереносимость трудностей и препятствий на пути к удовлетворению желаний. Такие подростки считают себя стоящими вне критики, осуждений и замечаний. Свои неудачи они объясняют несправедливостью окружающих либо случайными обстоятельствами. Эту позицию формирует и подкрепляет поведение родителей, которые всегда активно отстаивают интересы своего сына или дочери, не желают слушать об их недостатках и обличают всех, кто «не понимает» их ребенка или «виновен» в его неудачах.

Естественно, что личность, сформированная в условиях воспитания по типу потворствующей гиперпротекции, очень часто испытывает отрицательные переживания при первых же столкновениях с реальностью. Лишение привычной атмосферы восхищения и незатрудненного удовлетворения желаний вызывает у подростка социальную дезадаптацию, поскольку воспринимается им как кризисная ситуация. Неумение преодолевать трудности, отсутствие опыта переживания отрицательных эмоций побуждают его к употреблению психотропных веществ, поскольку они дают возможность быстро без всяких усилий (волевых, интеллектуальных, духовных) изменить свое психическое состояние.

Следует отметить, что подростки, воспитывающиеся в условиях потворствующей гиперпротекции, крайне редко попадают в поле зрения нарколога не потому, что среди них реже встречаются случаи употребления психо-

тропных веществ. Просто родители всеми силами стараются скрыть факты употребления алкоголя или наркотиков.

Сначала они пытаются оправдать своего ребенка, как бы «не замечая того, что происходит, или объясняя такое поведение подростка его тонким душевным складом, необходимостью стимулирования творческих способностей. Затем подростка начинают лечить частным образом, чтобы избежать постановки на наркологический учет. И только когда подросток совершает преступление или все средства самостоятельного лечения исчерпаны, он поступает в невродиспансер, чаще всего уже в очень запущенном состоянии.

Воспитание по типу гипопротекции, напротив, означает пониженное внимание к ребенку. В этом случае родители крайне мало интересуются делами, успехами, переживаниями подростка. Формально запреты и правила в семье существуют, требования к ребенку предъявляются, но родители не контролируют их выполнение, забывая, что они вчера требовали от сына или дочери. Ситуация бесконтрольности а то и безнадзорности ребенка обусловлена либо равнодушием родителей, либо их чрезмерной занятостью, сосредоточенностью на других жизненных проблемах. Недаром у подростков, ставших алкоголиками, родители либо нигде не работали и вели паразитический, асоциальный образ жизни, либо, наоборот, были очень добросовестными, ответственными административными или научными работниками.

Если гипопротекция сочетается с хорошим эмоциональным контактом, т. е. родители любят ребенка, хотя и не занимаются его воспитанием, то такой ребенок растет в ситуации вседозволенности, у него не вырабатывается привычка к организованности, планированию своего поведения. Преобладают импульсы, отсутствует представление о том, что «хочу» должно быть на втором месте после «надо». У таких детей к подростковому возрасту, по сути, не развивается саморегуляция, и их поведение аналогично поведению акцентуантов по неустойчивому типу.

К серьезным негативным последствиям ведет воспитание в условиях гипопротекции в сочетании с эмоциональной холодностью родителей, отсутствием душевного контакта. В этом случае ребенок постоянно ощущает свою ненужность, обделенность лаской и любовью. Он тяжело переживает равнодушное отношение, пренебрежение со стороны отца и матери, и эти переживания способствуют формированию у него комплекса неполноценности. Дети, лишенные любви и внимания родителей, вырастают озлобленными, агрессивными. Они привыкают рассчитывать только на самих себя, во всех видят врагов, а своей цели добиваются силой или обманом.

Наиболее часто сочетание гипопротекции с эмоциональной холодностью (вплоть до эмоционального отвержения) встречается в социально неблагополучных семьях. Там, где родители злоупотребляют алкоголем, ведут аморальный образ жизни, дети обычно брошены, предоставлены самим себе, лишены элементарного ухода и заботы. Здесь часто применяют к детям физические наказания, побои и истязания за малейшие проступки или просто так, чтобы «сорвать зло». Тяжелая домашняя обстановка побуждает подрост-

ка искать утешения в компании таких же обездоленных сверстников. Усвоенные от родителей представления о жизни и ее ценностях (асоциальное поведение, злоупотребление спиртными напитками, принципы типа «у кого сила, тот и прав» и др.) они переносят в эту уличную группу, образуя свою криминогенную среду. Очевидно, что воспитание по типу гипопротекции, по сути, оставляет ребенка «один на один» с жизненными трудностями. Лишенный руководства взрослого, его защиты и поддержки, он испытывает отрицательные эмоциональные состояния гораздо чаще, чем может выдержать еще не сформировавшаяся личность. Поэтому вместо умения преодолевать трудности, искать выход из фрустрирующей ситуации, подросток ищет способ снять напряжение, изменить свое психическое состояние. В этом случае психотропные вещества выступают для него универсальным средством для решения всех его жизненных проблем.

Помимо рассмотренных выше основных типов неправильного воспитания, существует еще множество подтипов, где переплетаются различные элементы, входящие в основные. Собственно, в чистом виде указанные типы воспитания встречаются в реальной жизни гораздо реже, чем их сочетания. Это обусловлено, прежде всего, тем, что в настоящее время семья не представляет такого единства, как это было в прошлом веке. Зачастую сейчас члены семьи относятся к ребенку по-разному, создавая каждый свои условия воспитания. Например, отец может осуществлять воспитание сына по типу гипопротекции в сочетании с эмоциональной холодностью, мать — по типу доминирующей гиперпротекции в сочетании с повышенной моральной ответственностью, а бабушка, с которой внук проводит основную часть своего времени, — по типу потворствующей гиперпротекции. Таким образом, условия для формирования его личности крайне неблагоприятные [1].

Немало важными факторами, влияющими на воспитательный процесс, является неконгруэнтность в общении, т.е. альтернирующее воспитание. Ситуация, в которой к ребенку предъявляются противоречивые требования, когда устои и традиции в семье практически отсутствуют, а нормы поведения непостоянны, наиболее опасна для формирования личности ребенка, особенно в раннем возрасте. Современные исследования показывают прямую связь алкоголизма и наркомании несовершеннолетних с такими условиями развития, как альтернирующий (переменный, чередующийся) тип эмоциональных отношений со стороны родителей и неконгруэнтность общения родителей с детьми.

Неконгруэнтность, т. е. несоответствие слов родителей интонации и мимике, часто встречается в случае скрываемого эмоционального отвержения ребенка. Слушая наставления и поучения родителей, находясь под постоянным контролем и вниманием взрослых, ребенок в то же время чувствует их неискренность, глубоко спрятанное равнодушие. Такое положение может сложиться в семьях с появлением мачехи или отчима, которые стараются играть роль хороших родителей. Ребенок глубоко переживает эту ситуацию, тонко чувствует фальшь отношений, понимает, что он «лишний», что его не

любят. Менее очевидно для взрослых, но не менее остро для ребенка проявляется аналогичная ситуация и в родной семье. Например, радостный, сияющий первоклассник, весь измазанный грязью, с восторгом рассказывает матери, как они сажали деревья в школьном дворе. Мать хвалит его за участие в полезном деле, но лицо ее выражает досаду и недовольство по поводу испачканной одежды. Если ребенок постоянно сталкивается с тем, что родители, вроде бы слушая и отвечая ему, думают совсем о другом и это отражается в их мимике и интонациях, его внимание раздваивается из-за противоречивого содержания общения. Это отражается и на его поведении, делая ребенка двигательно расторможенным, гиперактивным. Получая противоречивую информацию от родителей, ребенок никогда не научится концентрировать свое внимание, вырабатывать формы целенаправленного поведения [1].

Еще более негативные последствия дает альтернирующее, т. е. неустойчивое эмоциональное, отношение со стороны родителей, особенно матери. Имеется в виду непоследовательность, немотивированность эмоциональных проявлений, когда похвала или упрек зависят от настроения, а не от объективного (хорошего или плохого) поведения ребенка. Особенно отрицательно сказывается такой тип отношений, если он начинается с раннего детства. Например, когда мать в хорошем настроении, она обнимает, целует ребенка, увлеченно играет с ним, т. е. создает ему ситуацию удовлетворения, одобрения, счастья. Потом она отводит его в ясли или детский сад, уходит и надолго оставляет с чужими людьми, заставляя испытывать страх, тяжело страдать без ласки, утешения и, главное, ни за что, без всякой вины со стороны ребенка. Когда мать опять возвращается и забирает его домой, ей некогда играть с ребенком, она устала на работе, раздражена, сын или дочь кажутся ей надоедливymi, невыносимыми, капризными. Поэтому мать отталкивает ребенка.

В результате малыш усваивает тот факт, что все происходящее с ним (нежность и ласка матери или ее раздражительность и строгость) зависит не от его поведения, а от внешних причин, обстоятельств, времени. Вчера было плохо, сегодня хорошо, потом опять будет плохо, непонятно почему. Ребенок не может понять, что происходит с матерью, почему она меняет одну «личину» на другую, относится к нему так по-разному. В конечном счете, он вообще отказывается от попыток понять причинно-следственные связи окружающего социума, не анализирует соответствие своих поступков социальным нормам, не вникает в причины изменения настроения у самого себя, не ищет источник своих радостей и огорчений, поскольку они непредсказуемы, как непредсказуемо настроение его матери. Такое непонимание причинно-следственных связей между поступками, действиями, настроением и эмоциональным состоянием, по мере взросления ребенка, делает все более прочным представление о неконтролируемости изменений своего психического состояния. Став взрослым, такой человек, желая поднять свое настроение (если оно не «хочет» повышаться само собой), прибегает к искусственному

способу регулирования психического состояния, например, к употреблению психотропных веществ.

Родительские установки — скорее результат, чем причина девиантных форм поведения детей. Причиной же различий в поведении детей одной семьи служат генетические особенности. Иначе говоря, возможно, что неадаптивное поведение подростка, в действительности, коррелирует лишь с тем, насколько он оценивает установку своих родителей по отношению к себе как более негативную, по сравнению с их установкой по отношению к его (ее) брату или сестре, а не с тем, насколько она (эта установка) негативна в действительности. Однако (и это важно!), в обоих случаях речь идет о специфике индивидуальной среды.

Результаты исследований последних лет привели к заключению, что люди выбирают (или создают) индивидуальную среду в соответствии со своей генетической индивидуальностью

Феномен выбора среды в соответствии с индивидуальным генотипом означает, что «однотипные» генотипы (например, предрасположенность к алкоголю) стремятся выбирать и «однотипную» среду, например супруга или супругу; иными словами, распределение генотипов по вариантам среды бывает неслучайным.

Даже в том случае, когда действие средовых факторов риска имеет действительно угрожающий характер, определенная доля этого риска является по своему происхождению генетической (наследственной). Центральный вопрос в таких ситуациях — не что первично, а что вторично и каким образом взаимодействие этих двух факторов ведет к повреждению нормального механизма развития человека и формированию аддикции как формы девиации.

Наследственность выступает «дирижером» средового «оркестра», организуя (скорее, стараясь организовать) индивидуальную мелодию для индивидуального генотипа. В этом (и только в этом) смысле надо понимать все, сказанное выше. Генетические факторы весьма существенно влияют на то, как мы накапливаем, выбираем и ищем среду, в которой наиболее адекватно сможет проявляться наш генотип.

Например, генетически предрасположенные к развитию алкогольной ад-дикции не будут проявлять никаких признаков болезни только до тех пор, пока среда, в которой они находятся, не содержит патогенный фактор; индивидуумы же, генетически не предрасположенные к развитию данного заболевания, не будут его обнаруживать даже при наличии патогенного триггера в среде. Иными словами, патогенный фактор будет по-разному влиять на носителей гена (генов), способствующего развитию заболевания, и на тех, в чьем генотипе они не представлены [6].

Таким образом, можно сказать, что генетически отягощенные более чувствительные к средовым факторам риска, чем неотягощенные индивидуумы. Например, установлено, что показатели наследуемости алкоголизма были выше у незамужних женщин, чем у замужних. Очевидно, это свиде-

тельствует о том, что предрасположенность к алкоголизму сильнее проявляется у одиноких женщин.

Мы имеем дело с, так называемым, генотип-средовым взаимодействием, отражающим чувствительность данного генотипа к конкретным условиям среды, имеет весьма существенное значение в развитии индивидуальности человека, особенно для групп людей, у которых значения исследуемых признаков находятся на краях распределений популяционных значений этих признаков [6].

Отягощенный алкогольный генотип (надо помнить) – это лишь предрасположенность, а значит, еще не приговор. Среда, в которую попадает такой индивидуум, может определить всю дальнейшую судьбу.

Помимо негативных последствий генетической предрасположенности и неправильного воспитания, особо следует отметить пагубное влияние на развитие ребенка неблагоприятной обстановки в семье, вызванной конфликтными отношениями между родителями. Ребенок (особенно маленький) не может определить, кто из родителей прав. Он не знает, на чью сторону становиться, и тяжело страдает, буквально «разрываясь на части» между родителями, сопереживая им обоим, потому что он любит обоих и нуждается в любви отца и матери в равной степени. Позже он научится ограждать себя от таких переживаний, начнет избегать семейных сцен, уходя из дому или не обращая на них внимания, иногда даже посмеиваясь над «причудами» родителей. Однако эта защита будет достигнута дорогой ценой - ценой отчуждения от родителей, высокомерия по отношению к ним, эгоизма, циничного отношения к чувствам других людей.

Влияние супружеских конфликтов не только на развитие личности, но и на возникновение отклонений в психике детей (неврозы, психотические реакции и др.) давно известно детским психиатрам. Если родители используют ребенка как орудие в семейных баталиях, то конфликт между взрослыми перекладывается на плечи детей, глубоко раня их неокрепшую психику. Например, мать, убеждая сына или дочь «не любить папу», вынуждает ребенка лгать, делать вид, что он действительно больше не любит папу в угоду маме, воспитывая в нем лживость, притворство, скрытность.

Иной раз отклонения в развитии психики ребенка или его плохое поведение, возникшее как следствие конфликтных отношений между родителями, становятся стабилизаторами отношений в семье. Пока ребенок, на котором вымещается супружеский конфликт, болеет или его поведение вызывает опасение, муж и жена невольно объединяются в общей заботе о нем, острота их конфликта ослабевает. Когда же ребенок выздоравливает или его поведение нормализуется, конфликт между родителями вспыхивает с новой силой. Получается, что выздоровление ребенка дестабилизирует такую семью, и, наоборот, эта семья сохраняется за счет здоровья ребенка. Поэтому лечение невротических или поведенческих расстройств у детей – прежде всего лечение семьи, в которой они живут. Иногда удается вылечить некоторые расстройства (ночные страхи, внезапно возникающее заикание и другие откло-

нения), воздействуя только на родителей (в основном, на мать), даже без непосредственного контакта с ребенком.

Таким образом, семья, не сумевшая дать ребенку родительской любви, заботы, душевного контакта, ощущения защищенности, устойчивости и гармоничности отношений, приводит к самой разнообразной психической и личностной патологии в будущем, которая, в свою очередь, является предпосылкой употребления ПАВ.

### Вопросы для проверки знаний

1. Дайте определение зависимости и зависимому поведению.
2. Назовите основные концептуальные модели зависимого поведения. В чем состоит их главная суть?
3. Назовите этапы формирования зависимого поведения по К. Свиту.
4. Укажите признаки зависимой личности.
5. Назовите социальные факторы, детерминирующие зависимое поведение.
6. Назовите психобиологические факторы как предпосылки зависимого поведения.
7. Опишите типы инфантилизма в подростковом возрасте по А.Е. Личко.
8. Назовите общие психологические особенности подросткового возраста.
9. Раскройте сущность и проявления специфических поведенческих подростковых реакций.
10. Какую роль в формировании «донаркотической» личности играет гипо- и гиперпротекция?
11. Представьте основную суть генотип-средового взаимодействия в формировании «донаркотической» личности.

### Литература

1. Баркова Н.. Стандарты реабилитации. / Н.П. Баркова, И.Г. Ванкон. / Под общей редакцией О.В.Зыкова. – Общественная палата Российской Федерации, Институт Наркологии Здоровья Нации. – М.: РБФ «НАН», 2012.- Серия «Правовая наркология»- Вып. 3.- 221 с.
2. Жмуров В.А., Красовская Л.Г. Наркомания и токсикомания у подростков и детей. – Иркутск: Изд-во Иркутского государственного педагогического института, 1995. – 112 с.
3. Короленко, Донских, 1990
4. Личко А.Е., Скродцкий Ю.А. 1973 Акцентуации характера и психопатии
5. Маслоу А.,



6. Равич-Щербо И.В. Психогенетика. / И.В. Равич-Щербо, Т.М. Марютина, Е.Л. Григоренко. – М.: Педагогика, 2008. – 448 с.
7. Ожегов С.И. Словарь русского языка. Изд. 12-е стереотип /Под ред. д-ра филолог. наук проф. Н.Ю. Шведовой. – М.: «Русский язык», 1978. – 846 с.
8. **Симонов П.,**
9. Старшенбаум Г.В. Аддиктология, психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когнито-Центр, 2006. – 367 с.
10. **Сухарева Г.Е. (1937).**
11. Ярославцева И.В., Рерке В.И. Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде. Учебно-методическое пособие, изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 116 с.
12. Ярославцева И.В., Рерке В.Р. Профилактика табакокурения в молодежной среде. Учебно-методическое пособие, изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 64 с.

## ГЛАВА 2 ХИМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

### 2.1. Механизмы формирования химической зависимости

Официально Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) для определения состояний использует термин – «лекарственная зависимость». Лекарственная зависимость (ВОЗ) – это психическое, а иногда также физическое состояние, характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые включают настоятельную потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства».

Химическая зависимость имеет «тяжелые» и «легкие» формы проявлений (рис. 3).



Рис. 3. Формы химической зависимости

К тяжелым формам химической зависимости относят алкоголизм, наркоманию и токсикоманию, характеризующиеся специфическими синдромальными проявлениями на психологическом и физическом уровнях организма. Во второй, легкой группе, рассматривают поведенческие паттерны, при которых физическая зависимость отсутствует, есть только психологическое влечение к психоактивному веществу (потребность в дозе алкоголя, никотина). Поэтому их попустительски называют вредными привычками и часто не уделяют им должного внимания. В результате отсутствия медико-психолого-социального воздействия есть высокий риск перехода зависимости на физический уровень организма и формирования тяжелой формы химической зависимости.

Психоактивное вещество (ПАВ) – вещество, которое оказывает наркотическое воздействие на организм. Выделяют наркотики и вещества, офици-

ально не причисленные к наркотикам: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

Наркотик (греч. *narkoticos* - одурманивающий) – вещество, которое вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую и физическую зависимость - наркоманию.

Наркотики различаются в зависимости от источника происхождения и способа применения.

В зависимости от источника происхождения выделяют следующие наркотики:

- 1) яды растительного происхождения, используемые в чистом виде (марихуана, гашиш, получаемые из индийской конопли; грибы);
- 2) ядовитые вещества растительного происхождения, подвергаемые химической переработке (гашишное масло, опий, морфин, героин, кодеин, кокаин, крэк);
- 3) синтетические (искусственные) соединения («экстази», ЛСД и др.).

В зависимости от способа применения различают:

- 1) наркотики для курения - препараты из конопли (марихуана, анаша, гашиш);
- 2) наркотики для приёма через рот (таблетки «экстази»);
- 3) наркотики для внутримышечного и внутривенного введения (героин);
- 4) наркотики для вдыхания через нос (кокаин).

Виды химических зависимостей представлены на рисунке 4.

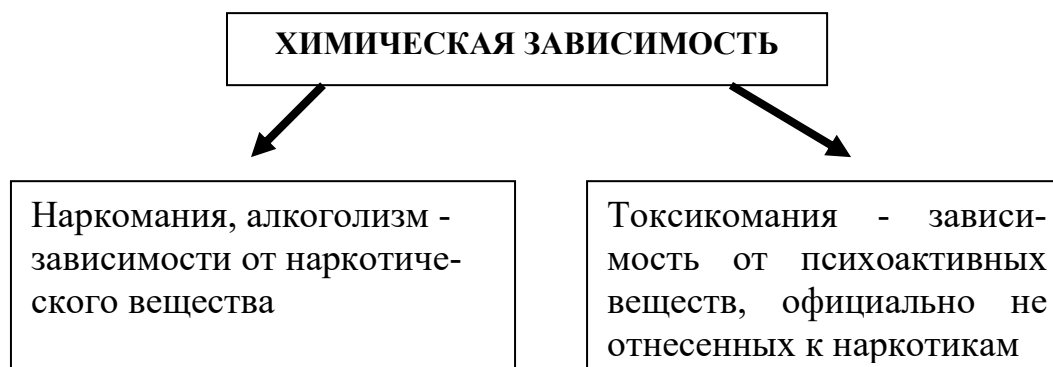


Рис. 4. Виды химической зависимости

Зависимость от ПАВ, официально отнесенных к наркотикам, называют наркоманией.

Зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам, называют токсикоманией. Виды токсикомании: алкоголизм (в том числе пивной), никотиномания (табакокурение), лекарствомания, зависимость от средств

бытовой и промышленной химии (летучих растворителей, паров бензина и др.).

К химической зависимости относят: алкоголизм, наркоманию, токсикоманию и табакокурение.

Наркомания, алкоголизм и табакокурение в подростковой и молодежной среде обусловлена следующими личностными особенностями молодежи;

- 1) подражанием другим – в связи с желанием казаться взрослыми;
- 2) конформностью - нежеланием отстать от сверстников;
- 3) протестом против власти взрослых;
- 4) любопытством;
- 5) желанием снять напряжение и получить удовольствие.

## 2.2. Наркотическая зависимость

Наркомания - зависимость от наркотического вещества и для всех ее форм, наряду со специфическими, свойственны общие диагностически значимые симптомы. Закономерное сочетание этих симптомов составляет наркоманический синдром. Синдром – это сочетание симптомов, характерных для какого-либо заболевания. Клинико-психологический синдром состоит в закономерном возникающем сочетании симптомов нарушения познавательных процессов и личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего звена в системно-структурном строении психики.

Наркоманический синдром составляют три синдрома [11]:

1. Синдром изменения реактивности организма к действию данного вещества.

2. Синдром психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации).

3, Синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

В зависимости от формы зависимости синдромы варьируют и в развитии болезни возникают не одновременно. Первыми формируются синдромы измененной реактивности и синдром психической зависимости, на фоне их развития возникает синдром физической зависимости.

### Синдром измененной реактивности.

Изменение реактивности проявляется в комфортном психическом и физическом состоянии при постоянном приеме ПАВ.

Описаны следующие признаки синдрома [11]: изменение формы потребления; изменение толерантности; исчезновение защитных реакций при передозировке; изменение формы опьянения (рис. 5).

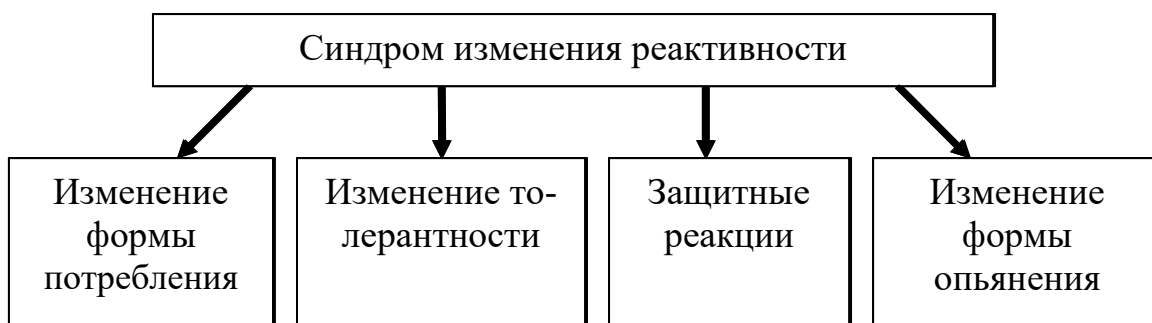


Рис. 5. Признаки синдрома изменения реактивности

1. Изменение формы потребления. Примером могут быть случаи употребления снотворного препарата с целью нормализации сна (экстази для повышения настроения), что позже приводит к его употреблению для достижения состояния опьянения.

2. Изменение толерантности. В одном из пониманий, толерантность – это способность организма переносить неблагоприятное влияние того или иного фактора среды толерантность - это способность организма переносить воздействие определенных доз ПАВ. Толерантность развивается при переходе к регулярному приему вещества. С развитием болезни переносимость возрастает, привычная доза перестает вызывать желаемый эффект (эйфорию), требуется большое количество вещества, может наблюдаться потребность в нескольких наркотических препаратов (полинаркомания).

Организм наркомана и алкоголика приспосабливается к смертельным для здорового человека дозам наркотика. Возрастание толерантности, ее стабилизация на высоком уровне, а затем снижение относят к осевым симптомам наркомании.

3. Защитные реакции являются ответным сигналом организма в ответ на действие наркотического вещества. Защитные реакции проявляются в форме рвотного рефлекса (под воздействием алкоголя), инициального зуда (вызывают опиаты), профузного пота, икоты, слюнотечения, рези в глазах, чувства дурноты, тошноты. Уменьшение и исчезновение защитных реакций говорит о новом уровне реагирования организма, который характеризуется тем, что высокие дозы наркотика, в результате приспособления к ним, нетоксичны для организма. Исчезновение защитных реакций наблюдается вскоре после начала регулярной наркотизации и говорит о повышении переносимости наркотика.

4. Изменение формы опьянения – это симптом систематического приема наркотика, он проявляется на фоне высокой толерантности и исчезновения защитных реакций на передозировку. Симптом проявляется в извращении эффекта опьянения (снотворные вызывают возбуждение, транквилизаторы не оказывают седативного эффекта, кодеин не подавляет кашля и др.). Повыше-

ние дозы не дает ожидаемого эффекта и может повлечь соматические осложнения.

Синдром измененной реактивности меняется в течение болезни, поскольку меняются его составляющие симптомы: форма потребления, толерантность, форма опьянения. Динамика синдрома отражает развитие процесса наркоманической зависимости.

#### Синдром психической зависимости

Синдром психической зависимости заключается во влечении к наркотику (обсессивном) и способности достижения психического комфорта в интоксикации. При этом влечение к наркотику неспецифично, что проявляется в смене формы наркотизма (рис.6).

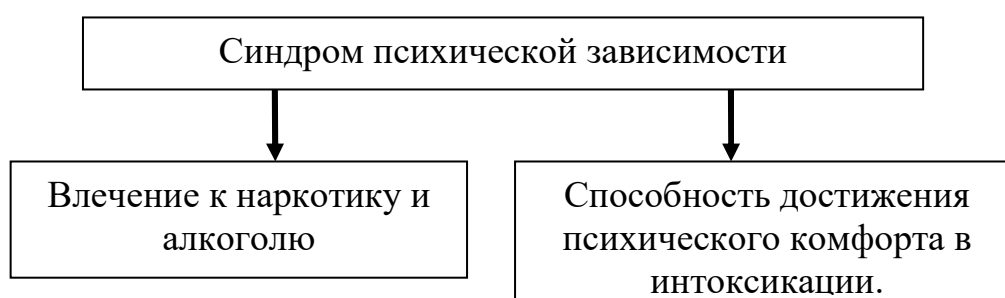


Рис. 6. Проявления синдрома психической зависимости

Влечение выражено в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении его приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие наркотика. Борьба мотивов – частый спутник влечения. Сочетание с навязчивостью мыслей о наркотике дает основание рассматривать психическое влечение обсессивным, определяющим настроение и эмоциональный фон больного. Течение обсессивного влечения волнообразное. Оно выражено при эмоциональном неблагополучии, воспоминаниях и разговорах о наркотиках, встречах с товарищами, злоупотребляющими ПАВ, и не проявляется в привычном ритме наркотизации, при его нарушении в конфликте, в случаях госпитализации, а также подавления другими сильными увлечениями [10].

Обсессивное влечение является одним из первых и трудно устранимых симптомов. С развитием болезни психическое влечение заслоняется такими симптомами, как компульсивное влечение (определяет поведение), абстинентный синдром (состояние психических и физических нарушений, которые развиваются после резкого прекращения употребления наркотического вещества). В ремиссии обсессивное влечение актуализируется и снижает эффективность лечебного процесса, влечет рецидив.

Суть симптома способности достижения психического комфорта в интоксикации выражена в цитате: «Состояние психического комфорта при интоксикации для наркомана означает не только уход от дискомфорта трезво-

сти, но и восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым условием благополучного психического существования и функционирования» [14, с.30].

#### Синдром физической зависимости

Синдром физической зависимости охватывает физическое (компульсивное) влечение, способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром (рис.7).

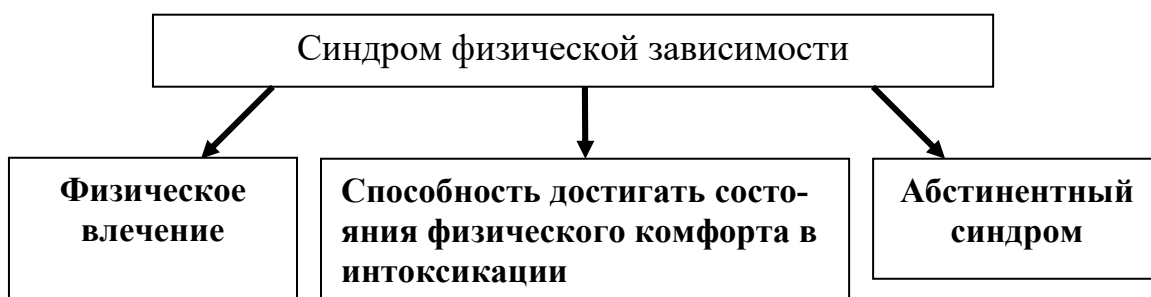


Рис. 7. Проявления синдрома физической зависимости

Физическое (компульсивное) влечение состоит в неодолимом влечении к наркотизации, вытесняющем даже такие витальные влечения, как голод и жажду. Механизм такого влияния состоит в подчинении сознания человека непреодолимой потребности, вытесняющей все другие, не связанные с наркотизацией желания. Компulsive влечение определяет поведение, снимает контроль поступков и действий, направленных на поиск наркотика. Влечению характерны вегетативные проявления: расширение зрачков, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор. И.Н.Пятницкая описывает три вида компulsive влечения: влечение, возникающее вне интоксикации; влечение, входящее в структуру абстинентного синдрома; влечение, возникающее при опьянении [11].

Способность достижения состояния физического комфорта при интоксикации детерминирована тем, что постепенно наркотики вытесняют вещества, производные самим организмом, и начинают выполнять их функции. Наркотик включается в биохимические процессы и организм зависимого человека уже не может функционировать без него, наркотик воспринимается как жизненная необходимость. Вне наркотизации у больного плохое самочувствие, снижена психическая активность. Состояние сопровождается влечением к наркотику, т.к. он вызывает психический, и физический комфорт.

При отсутствии наркотиков начинается абстинентный синдром, или «ломка». Время возникновения абстинентного синдрома различно и определяется формой зависимости - от нескольких часов при алкоголизме до 20-24 часов при опиомании и гашишизме. Время формирования абстинентного синдрома также определяется формой зависимости: при алкоголизме син-

дром формируется медленно, при гашишизме и злоупотреблении снотворными и стимуляторами - скоро, самый краткий срок формирования абстинентного синдрома зафиксирован при опиоманиях.

Симптомы абстинентного синдрома – психопатологические, вегетативные, соматоневрологические. Их удельный вес определяется формой наркомании.

Наличие абстинентного синдрома является показателем сформировавшейся физической зависимости от наркотика для относительно нормального функционирования организма теперь уже на качественно ином уровне. В организме в отсутствие наркотика («вне интоксикации») развивается компульсивное влечение.

Таким образом, зависимость от ПАВ представляет сложное образование. Сущность болезни составляют три синдрома: измененной реактивности, психической и физической зависимости, объединенные в большой наркоманический синдром. В процессе болезни структурные элементы наркоманического синдрома развиваются последовательно.

Последствия хронической наркотизации различны, грубы, деструктивно воздействуют на организм (23). Распространенными нарушениями выступают интеллектуально-мнестические расстройства, проявляющиеся в грубых расстройствах памяти и интеллекта, личностные расстройства в виде снижения психической активности, ограничения интересов и обеднения мотивационной сферы, упрощения побуждений, обеднения эмоциональной сферы, тревоги, депрессии.

Психопатизация выступает частым спутником наркомании и состоит в психопатическом состоянии (патология личности), возникающем на фоне органических мозговых или хронических соматических заболеваний. Свойственны острые психозы, состоящие в нарушениях психической деятельности в виде галлюцинаций, бреда, не критичности и неспособности произвольно руководить собой.

Нарушения неврологического статуса проявляется в истощении организма, выраженных трофических расстройствах. При поражении мозга развиваются парезы и параличи чаще нижних конечностей.

Общеорганизменные расстройства у наркоманов проявляются многоуровневым нарушением нейрорегуляции и иммунной защиты (клеточного и гуморального иммунитета). Расстройства желудочно-кишечного тракта диагностируются у опиоманов, барбитуроманов, органов дыхания — у гашишистов и барбитуроманов. У полинаркоманов часты поражения печени. При многих формах наркомании отмечается слабость миокарда с повышенной вероятностью к инфаркту. Часты такие страшные болезни как гепатит Б, СПИД, заражение крови и др.

Внешний облик отличается своими особенностями: бледность, утрата тургора кожи, блеска глаз, ногтей, волос, расслоение ногтей, выпадение волос, похудение, выпадение зубов. При злоупотреблении опиатами кожа при-



обретает желтоватый оттенок, сходный с тем, который бывает при обезвоживании, наблюдается более темная желтизна, напоминающая старческую пигментацию с локализацией в местах введения наркотика. Выглядят наркоманы намного старше своего паспортного возраста.

### 2.3. Психические и поведенческие расстройства личности в результате употребления наркотических и приравненных к ним веществ

#### 1. Лекарственные препараты

Все лекарственные препараты, приравненные к наркотическим веществам, подразделяются следующим образом (рис. 8):

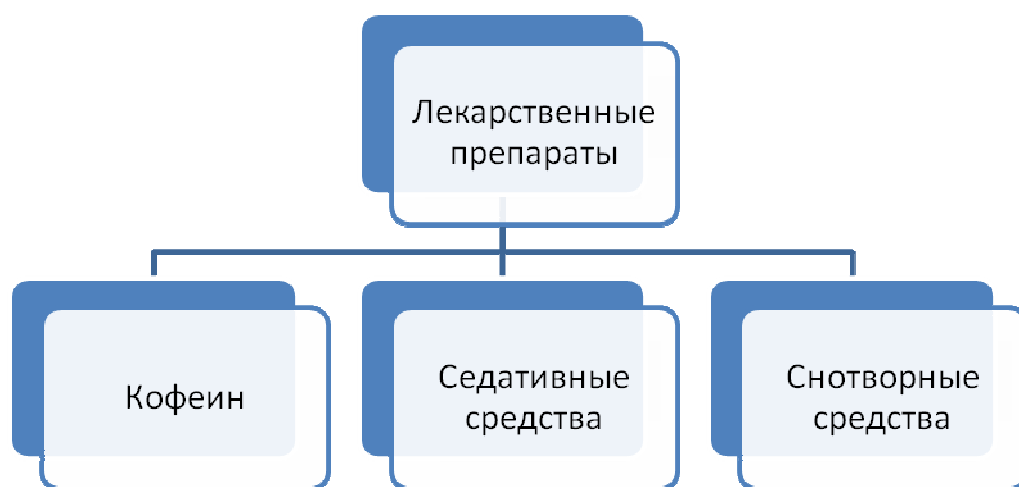


Рис. 8. Классификация лекарственных препаратов, приравненных к наркотическим средствам

**Кофеин** содержится в целом ряде продуктов, таких как чай, кофе, какао. В одной чашке кофе содержится от 100 до 150 мг кофеина. Родиной кофе является Эфиопия. Согласно легенде один эфиопский пастух заметил, что козы становились возбужденными, начинали прыгать и резвиться после того, как лакомились плодами кустов в изобилии растущих в тех местах. Попробовав плоды, пастух почувствовал необычайный прилив сил и бодрости. Из Эфиопии кофе попало к арабам, которые употребляли его как средство от меланхолии вместо запрещенного религией алкоголя.

В 16-м веке кофе был завезен в Турцию, где он приобрел большую популярность. Мусульманское духовенство объявило его дьявольским зельем, омрачающим разум и отвлекающим правоверных от веры. Употребление кофе запретили под страхом наказания в виде избивания палками и огромного штрафа. Однако популярность этого напитка была настолько велика, что султан, опасаясь народных волнений, вынужден был отменить запрет.

В 17-м веке кофе был завезен в Европу и быстро завоевал ее. В настоящее время в мировой торговле кофе занимает второе место после нефти. Основными производителями кофе являются Бразилия и другие страны южной Америки [1].

Кофеин содержится в чае. Родиной чая является Древний Китай. Он был известен своими целебными свойствами еще 5 тысяч лет тому назад. В Европу чай попал только в 19-м веке. Все многочисленные сорта чая получают из одного и того же вида растения - чайного куста. Цвет чая зависит от технологической обработки и обусловлен технологической обработкой и обусловлен степенью ферментации. Кроме кофеина в чае содержатся и другие алкалоиды, а также дубильные и пектиновые вещества, органические кислоты, витамины. Особенно богат витаминами зеленый чай, который в отличие от черного, не подвергается ферментации и теряет меньше полезных веществ.

Кофеин оказывает стимулирующее действие на ЦНС, усиливает процессы возбуждения, повышает настроение, вызывает ощущение бодрости, прилива сил, повышает умственную и физическую работоспособность. К физиологическим эффектам кофеина относятся повышение диуреза, стимуляция сердечной мышцы, усиление перистальтики желудка и секреции желудочного сока.

При острой интоксикации кофеином развивается тревожность, психомоторная ажитация, тошнота, бессонница, расстройство работы ЖКТ, тахикардия, аритмия. При длительном употреблении высоких доз кофеина развивается психическая зависимость. Состояние отмены характеризуется головной болью, сонливостью, раздражительностью, гедонией, депрессией. Хроническое потребление кофеина приводит к повышению кислотности желудочного сока и таким образом может провоцировать язвенную болезнь желудка, а также приводить к развитию сердечной аритмии.

#### **Седативные средства.**

Бензодиазепины включают группу из нескольких десятков препаратов. Наиболее известные из них реланиум (диазепам), элениум. По продолжительности действия препараты классифицируются следующим образом:

- 1) короткого действия (3-8 часов) - темазепам, оксазепам, триазолам
- 2) средней продолжительности действия (10-20 часов) - лоразепам, лорметазепам, хлордиазепоксид (элениум), альпрозалам, флюнитразепам
- 3) длительного действия - нитразепам, флюразепам, диазепам (реланиум, седуксен).

Препараты этой группы обладают успокаивающим, снотворным и противосудорожным эффектом. Сразу же после их внедрения в клиническую практику в 60-х годах они стали одной из самых популярных групп препаратов. В настоящее время стали осторожнее относиться к их назначению в связи с риском развития зависимости от них.

Психическая зависимость может сформироваться, если препарат применять в терапевтических дозах на протяжении 3-4 недель. Пациентов, зависящих от бензодиазепинов можно разделить на две группы:

1) зависимые от алкоголя или других ПАВ часто используют бензодиазепины с целью усиления эффекта основного наркотика, либо с целью смягчения проявлений абстинентного синдрома;

2) пациенты, страдающие тревожно-депрессивными расстройствами и нарушениями сна, принимающие бензодиазепины на протяжении длительного времени [2].

Если пациент внезапно прекращает прием бензодиазепинов, то возникают симптомы, которые можно отнести к трем категориям: ребаунд-синдром, рекуррентный синдром и синдром отмены.

Состояние отмены характеризуется тревожностью, дисфорией, парестезией, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, бессонницей. В редких случаях могут наблюдаться судорожные припадки. С целью профилактики зависимости курс терапии бензодиазепинами рекомендуется проводить не дольше чем 3-4 недели. Следует иметь в виду, что зависимость быстрее формируется к короткоживущим бензодиазепинам. Поэтому, при синдроме отмены в качестве заместительной терапии предпочтительно использовать бензодиазепины длительного действия.

#### **Снотворные средства.**

Барбитураты по продолжительности действия делятся на:

- 1) короткого действия (20 минут) – тиопентал;
- 2) средней продолжительности действия (3-8 часов) – пентобарбитал, секобарбитал, циклобарбитал;
- 3) длительного действия (24-48 часов) – фенобарбитал. Первыми препаратами из этой группы барбитал (веронал) и фенобарбитал были синтезированы в начале века. В медицинской практике они используются как снотворные и противосудорожные средства. Наиболее популярными на «черном» рынке являются амитал-натрий и секобарбитал. Зависимость может развиваться в результате длительного использования барбитуратов в качестве снотворной. Другой вариант внутривенное введение барбитуратов с целью получения эйфории

Состояние опьянения, вызванное барбитуратами, напоминает алкогольное опьянение и характеризуется эйфорией, нарушением координации движений, растормаживанием сексуальных и агрессивных импульсов, заострением личностных черт. При этом, формируется психическая и физическая зависимость, наблюдается значительный рост толерантности. Все седативные и снотворные препараты обладают перекрестной толерантностью.

Абстинентный синдром клинически схож с алкогольным абстинентным синдромом, однако, протекает тяжелее и часто осложняется судорожными припадками. С целью профилактики эпилептического статуса отмена барбитуратов производится путем постепенного снижения дозы препарата. На фоне синдрома отмены также может развиваться делирий, который по клинической картине практически не отличается от алкогольной белой горячки

Поскольку толерантность к барбитуратам быстро возрастает, а летальная доза растет незначительно, то существует опасность, что принятая доза будет

недостаточной для достижения наркотического эффекта, но достаточной для угнетения высших вегетативных центров и смертельного исхода.

Хроническая интоксикация барбитуратами приводит к быстрому формированию энцефалопатии, которая в целом сходна с алкогольной энцефалопатией, однако характеризуется выраженным брадипсихизмом и дисфорией. Психический дефект формируется значительно быстрее, чем при алкоголизме.

## 2. Наркотические средства

Все наркотические средства классифицируются следующим образом (рис. 9):

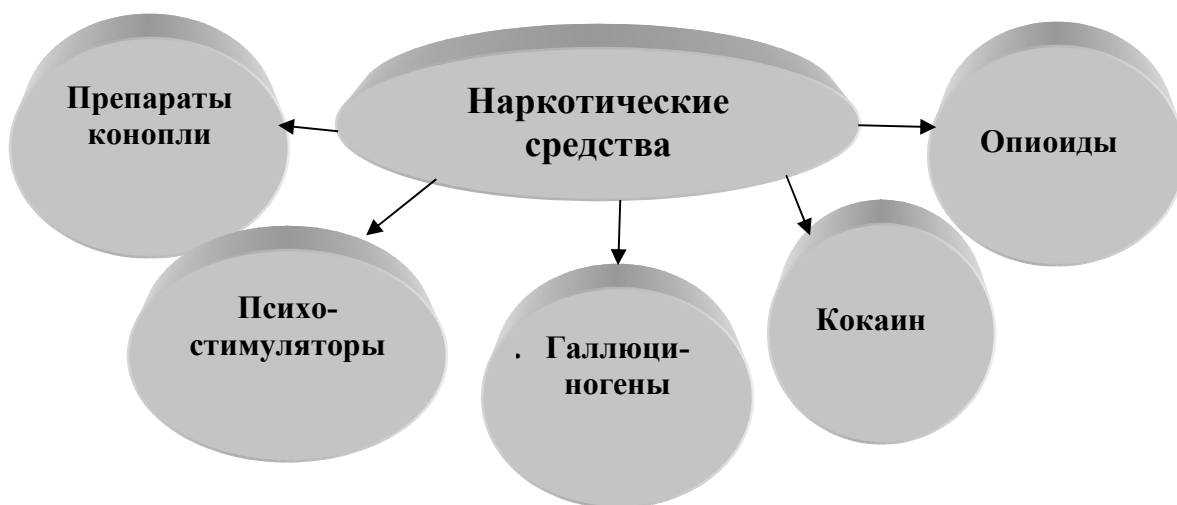


Рис. 9. Классификация наркотических средств

**Препараты конопли** - каннабиноиды являются самыми распространенными наркотиками в мире. Все препараты изготавливаются из растения *Cannabis sativa* и отличаются по уровню содержания активного вещества тетрагидроканнабинола. Марихуана (анаша) представляет собой сушеные измельченные листья конопли. Гашиш - это смола из цветущих верхушек растений, которая прессуется в блоки.

Наиболее активным препаратом является конопляное масло. Марихуану обычно курят, смешивая с табаком. Такая сигарета сгорает косо, за что и получила жаргонное название «косяк». Эффекты в картине гашишного опьянения выделяют три фазы: первая длится 5-10 минут и характеризуется легким возбуждением, тревогой, подозрительностью, двигательным беспокойством. Вторая фаза наркотическая, длится 0,5-2 часа. Ощущения в этой фазе во многом зависят от исходного состояния пользователя, его ожиданий и прежнего опыта. Характерны эйфория, оживленность, повышение самооценки, обострение сознания, актуализация латентных признаков, диссоциативность мышления.

Кроме этого, отмечается повышенная готовность к эмоциональной индукции, т.е. от одного члена к другому передается страх, смех и т.д. Таким

образом, эмоциональное состояние неустойчиво и во многом определяется обстановкой. Характерны расстройства восприятия (иллюзии, парейдолии), нарушение восприятия пространства и времени. Оно как будто бы замедляет свое течение, наблюдаются феномены дереализации и деперсонализации; снижается порог восприятия, повышается чувствительность к внешним стимулам, цвета кажутся более яркими; появляется чувство голода, усиливается либидо.

Среди соматических эффектов можно отметить учащение пульса, гиперемиию лица, блеск глаз, покраснение склер. В том случае, если доза препарата была небольшой, то вторая фаза заканчивается отрезвлением через состояние астении, сонливости. В случае приема высокой дозы развивается психотическая фаза (делирий). Расстройства восприятия достигают степени галлюцинаций, появляется страх, дезориентировка, бред преследования. При хроническом потреблении каннабиноидов развиваться пролонгированные бредовые психозы, которые характеризуются шизофреноподобной симптоматикой, бредом преследования.

Зависимость от препаратов конопли формируется достаточно медленно, при этом большинство авторов считает, что развивается только психическая зависимость. В то же время, некоторые авторы отмечают, что при хроническом употреблении сортов конопли с высоким содержанием активного вещества (Чуйская) возможно формирование физической зависимости. Толерантность растет незначительно. Хроническое употребление высоких доз каннабиноидов обуславливает развитие так называемого амотивационного синдрома, который характеризуется снижением интеллекта, апатией, пассивностью. Эти нарушения обусловлены органическими изменениями в головном мозге.

**Психостимуляторы.** Амфетамины составляют большую группу препаратов, стимулирующих ЦНС. Наиболее известными из них являются фенамин и метамфетамин. Фенамин был синтезирован в 1887 году, но разрешен как фармакологическое средство против астмы и насморка в 1932 году, а позже, как средство против нарколепсии, энцефалитического паркинсонизма и депрессии. Вскоре он стал популярен как средство улучшающее работу мозга – “таблетки для супермена”. Препарат использовался солдатами и летчиками во время войны и дальнобойщиками в мирное время для снятия усталости.

В настоящее время в некоторых странах применяется при гиперкинетическом синдроме у детей, нарколепсии, ожирении, депрессии. Выпускается в форме таблеток и порошка. Применяется перорально и внутривенно. Он усиливает высвобождение серотонина из пресинаптических окончаний, а также снижает его обратный захват. Психостимулирующий эффект заключается в повышении настроения, умственной и физической работоспособности, снижении потребности в пище и сне. Пользователь становится подвижным, разговорчивым, повышается самооценка, усиливается либидо. Соматическая симптоматика включает тахикардию, повышение АД.

После окончания действия наркотика наблюдается тревога, дисфория, сонливость, усталость, ночные кошмары, головная боль, голод. Довольно быстро формируется психическая зависимость от препарата, растет толерантность. Так, если первоначально доза в 120 мг может быть смертельной, то в последующем толерантность может увеличиться до одного грамма. Высокая доза препарата может вызвать острую интоксикацию, которая проявляется беспокойством, дисфорией, паническими реакциями.

Более того, может развиваться психотическая симптоматика, напоминающая параноидную шизофрению с преобладанием в клинической картине бреда преследования; наблюдаются делириозные эпизоды, сопровождающиеся агрессивностью, а также ощущением ползания насекомых под кожей (формикация). Обычно в течение нескольких дней симптомы интоксикации исчезают. Клиническую картину интоксикации амфетаминами довольно сложно отличить от приступа параноидной шизофрении. В таких случаях учитывается факт употребления наркотика и наличия наркотика в биологических средах (до 48 часов). Состояние отмены характеризуется тяжелой депрессией, которая может завершиться суицидом.

В нашей стране до появления амфетаминов использовались фенаминоподобные препараты, произведенные путем кустарной обработки эфедрина. Эфедрин и его фенаминоподобные производные обладают выраженными кардиотоксическими эффектами, поэтому злоупотребление ими может привести к остановке сердца.

Каш - вещество, выделенное из вечнозеленого кустарника высотой до 6 метров, который произрастает в Восточной Африке и Южной Аравии. Действующими веществами являются алкалоиды катин и катинон. Местные жители жуют свежие листья, закладывая за щеки. Злоупотребление катом широко распространено в тех странах, где он произрастает и носит характер пандемии.

**Галлюциногены** (психоделики, психодизлептики, психотомиметики) - это сборная группа из более 100 природных и синтетических препаратов, которые вызывают симптомы, напоминающие психоз. Наиболее известные из природных соединений является псилоцибин, получаемый из грибов *Psilocybe mexicana* и мескалии, производимые из кактуса.

Существует много видов галлюциногенных грибов, два из которых растут в Европе. К синтетическим препаратам относится диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) и галлюциногенный амфетамин или экстази. ЛСД пропитывают маленькие квадраты фильтровальной бумаги, которые затем растворяются на языке. На них наносят красочный абстрактный рисунок или изображение героев мультфильмов. Эффект зависит от психологических особенностей пользователя, его ожиданий и каждый раз непредсказуем. Как правило, повышается интенсивность перцепции запахов, цвета, вкуса, т.е. окружающий мир воспринимается более ярко и насыщено. Появляются синестезии - у цвета появляется звук и, наоборот. Наблюдается расстройство схемы тела,

нарушение восприятия пространства и времени. Как правило, появляются зрительные галлюцинации.

Общее повышение остроты восприятия может вызвать повышение восприятие работы внутренних органов. Углубление интроспекции приводит к тому, что всплывают давно забытые воспоминания, возникают переживания глубоких религиозных чувств, философских размышлений. После таких переживаний появляется ложное представление о повышении творческого потенциала. Соматическими эффектами галлюциногенов являются мидриаз, тахикардия, потливость.

Осложнением интоксикации галлюциногенами является так называемое плохое путешествие "bed trip", которое характеризуется психотической шизофреноподобной симптоматикой. Поскольку каждый раз эффект от применения препарата может быть различным, то к нему развивается только психическая зависимость. Толерантность растет незначительно и в течение нескольких дней возвращается к исходной. Потенциальной опасностью использования галлюциногенов является появление ретроспективных переживаний или flashbacks (обратная вспышка).

Эти состояния представляют собой повторные переживания ощущения действия препарата без его приема. При этом, они могут появляться через длительные промежутки времени после последнего приема препарата. Эти состояния могут сопровождаться депрессией и суицидальным поведением. Чаще такие реакции развиваются у лиц с шизоидными чертами и с нестабильной психикой.

Особенно много таких реакций наблюдалось в 60-е годы, когда ЛСД широко использовался как средство самолечения при психических кризисах. Так, из 123 больных с невротическими расстройствами, пролеченных с помощью ЛСД, четверо совершили суицидальные попытки, двое покончили жизнь самоубийством, а один совершил убийство.

Очевидно, что кроме осознания себя, существуют скрытые системы организма, которые могут программировать процесс мышления, процесс чувствования, процесс действия, направленного к разрушению самого себя. ЛСД может привести в действие эти программы. Интересным является факт сходства лизергинового психоза с приступом шизофрении. Несмотря на то, что клинически эти состояния чрезвычайно схожи, в настоящее время общепринятым считается мнение, что лизергиновый психоз является экзогенным психозом и не может считаться экспериментальной моделью шизофрении.

В то же время, не только клиническая картина, но и патогенетические механизмы у этих состояний схожи. Так, ЛСД инактивирует холинэстеразу и моноаминоксидазу. При этом накапливающийся адреналин окисляется до адренохрома, который обладает галлюциногаторными свойствами. Высокий уровень адренохрома обнаружен в крови у больных шизофренией.

Существует адренохромная теория шизофрении. Предполагается, что в крови таких больных присутствует вещество, препятствующее превращению адренохрома в адреналин. Этот ингибитор был выделен и при введении

здоровым лицам вызывал шизофреноподобную реакцию. В опытах на животных было показано, что при хронической лизергиновой интоксикации изменения в головном мозге носят характер токсико-трофической энцефалопатии. Об этом свидетельствуют диффузные дистрофические изменения в нейронах головного мозга приводящие к их гибели. Морфологические изменения со стороны нейронов и сосудов появляются уже через несколько часов после введения препарата и в последующем нарастают параллельно длительности интоксикации.

При микроскопическом исследовании были обнаружены выраженные изменения со стороны нейронов в виде набухания клеточного тела, увеличения объема ядра, гиперпигментация синапсов. Параллельно нарастают изменения со стороны сосудов мягких мозговых оболочек и вещества мозга в виде венозного полнокровия, повышения проницаемости сосудистой стенки. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в коре и зрительном бугре, т.е. филогенетически более молодых отделах головного мозга. При шизофрении наблюдается сходная патоморфологическая картина, которую можно охарактеризовать как токсико-трофическая энцефалопатия.

Под действием ЛСД наблюдается нарушение структуры ДНК и РНК и появление базофильных гранул. Длительное введение ЛСД приводит к выраженным изменениям митохондрий в виде их набухания, дистрофии и деструкции. Нарушение белкового обмена и энергетических процессов является важным звеном в механизме лизергинового психоза.

Экстази является галлюциногенным амфетамином. Синтезирован в 1910 году, однако его эффекты были обнаружены только в 50-х годах. Умеренные дозы обладают психостимулирующим эффектом вызывают эйфорию и состояние, которое на сленге называется "спешка". Высокие дозы препарата вызывают галлюцинации. Потенциально опасным является использование препарата молодежью на ночных рейв-дискотеках, где могут наблюдаться смертельные случаи вследствие обезвоживания и теплового удара.

Галлюциногенным эффектом обладают и так называемые диссоциативные анестетики кетам или кеталар, фенциклидин. Фенциклидин раньше использовался в медицинской практике как средство для внутривенной анестезии. Поскольку выход из наркоза сопровождался делириозным состоянием, то этот препарат был исключен из медицинской практики и в настоящее время используется только в ветеринарии.

Широкое распространение злоупотребление этими препаратами получило в 70-х годах. Эффекты могут быть разными Чаще всего наблюдается эйфория, деперсонализация, расстройство схемы тела, нарушение восприятия пространства и времени, галлюцинации. Могут развиваться психотические эпизоды в виде делирия и параноидного бреда.

Мускатный орех - плод вечнозеленого дерева, растущего в Восточной Индии, используется как приправа к пище. Содержит психоактивные вещества миристицин и элимецин. Эффект во многом определяется культурологическими факторами. У жителей Малайского архипелага и южноамерикан-



ских индейцев обычно появляется ощущение, что тело увеличивается до гигантских размеров, так что голова упирается в облака, и что они могут общаться с богами. Европейцы испытывают эйфорию и общее возбуждение. Из-за неприятных побочных эффектов в виде обмороков и рвоты препарат не получил широкого распространения.

Диметилтринтамин галлюциногенный наркотик, содержащийся в растении *Piptadenia peregrina*, которое произрастает в Западной Индии и в Южной Америке. Под воздействием этого препарата пользователи склонны к анти-социальному поведению, насилию и самоубийству.

Синтетический наркотик с ярко выраженными галлюциногенными свойствами создан в военных лабораториях как боевое отравляющее вещество. Происхождение названия неизвестно. Некоторые расшифровывают аббревиатуру STP как "screnity-tranquillity-peace" (покой-тишина-мир). Часто вызывает осложнение в виде эпилептических припадков и паралича дыхательного центра.

**Кокаин** - алкалоид, получаемый из листьев кустарника *Nrythroxylon* соса, произрастающего в Боливии и Перу. Местные жители издавна жуют листья для снятия усталости и чувства голода. В Европе упоминается с 17-го века. В 1860 году был выделен в форме чистого алкалоида. Впервые в медицинских целях кокаин был применен в качестве анестезирующего средства при операции на глазах в 1884 году. В последующем широко применялся как местный анестетик, психостимулятор и средство для лечения морфиновой зависимости.

Известный тонизирующий напиток кока-кола, созданный в 1886 году включал в себя кокаин. В 1906 году он был заменен кофеином. Выпускается в форме белого порошка. Обычным способом потребления является нюханье, а также внутривенное введение. Существует также паста коки, которую обычно курят в смеси с табаком.

Долгое время из-за высокой стоимости употреблять кокаин могли только состоятельные люди. Ситуация резко изменилась после того, как кокаин стали производить в виде свободного основания (крэк). Крэк представляет собой небольшие кусочки выщелоченного кокаина размером с изюм. Название происходит от звука, издаваемого горящими примесями при нагревании наркотика. Крэк обладает термостойкостью, поэтому обычно его курят, смешивая с табаком или поджигают на куске оловянной фольги и вдыхают пары. При курении наркотик поступает непосредственно в мозг, что обеспечивает эффект, сравнимый с внутривенным введением. Кокаин является самым мощным психостимулятором из всех известных наркотиков. Он вызывает сильную эйфорию, повышение умственной и физической работоспособности, повышение самооценки, усиление либидо. При употреблении высоких доз могут наблюдаться явления острой интоксикации, проявляющиеся ажитацией, агрессивностью, импульсивным сексуальным поведением. Могут также появляться параноидные идеи, а также делириозное расстройство сознания.

Кроме того, характерен такой симптом как складывание предметов парами. Среди физиологических эффектов следует отметить тахикардию, повышение АД, мидриаз. Кокаин обладает выраженным кардиотоксическим эффектом, поэтому нередко острая интоксикация приводит к остановке сердца.

К кокаину очень быстро развивается чрезвычайно сильная психическая зависимость. Толерантность может возрастать до 3 грамм в сутки. Состояние отмены характеризуется тяжелой депрессией, бессонницей, При хроническом употреблении кокаина развиваются кокаиновые психозы, для которых характерен бред преследования и ревности, которые сопровождаются галлюцинациями. Характерен дерматозойный бред, т.е. ощущение ползания насекомых под кожей, иногда эти ощущения настолько интенсивны, что пациенты расцарапывают себе кожу иголками.

Кроме того, может появляться агрессивность, и даже одержимость жаждой убийств. У хронических потребителей часто бывает заложен нос и наблюдается насморк, появляются изъязвления и перфорация носовой перегородки. Кокаин быстро разрушает личность употреблявшего, делает его раздражительным, эгоистичным, лживым.

**Опиоиды** представляют собой сухое молочко из головок опиумного мака (*Papaver somniferum*). Из опиума получают более 20 алкалоидов, наиболее известным из которых является морфин. На его основе получают героин (диацетилморфин), который на порядок более активен, чем морфин за счет лучшей проницаемости через гематоэнцефалический барьер. К синтетическим опиатам относятся промедол, омнопон, метадон [6].

По влиянию на опиоидные рецепторы препараты классифицируются следующим образом:

1. Сильные агонисты - морфин, промедол, метадон, фентанил.
2. Слабые агонисты - кодеин, дифеноксилат.
3. Смешанные агонисты-антагонисты - налбуфии, бупренорфин, буторфанол, пентазоцин, трамадол.
4. Антагонисты - налоксон, налтрексон.

"Обычно опиаты вводят внутривенно, хотя распространенным является также опиокурение и опиофагия. Через несколько минут после внутривенного введения препарата пользователь ощущает сильную эйфорию, ощущение тепла, разливающегося по всему телу, сонливость. На сленге это состояние называется "приход". Психическая зависимость развивается очень быстро при внутривенном введении опиатов. Часто для этого бывает достаточно нескольких инъекций.

Скорость формирования физической зависимости зависит от режима наркотизации и дозы наркотика и обычно составляет от нескольких дней до нескольких месяцев. Толерантность возрастает в сотни раз по сравнению с первоначальной. Состояние отмены (ломка) развивается через 6-8 часов после приема последней дозы наркотика и протекает достаточно тяжело с выраженной соматовегетативной симптоматикой. Наиболее характерным явля-

ются сильные суставные и мышечные боли. Как правило, угрозы для жизни это состояние не представляет. Поскольку опиаты подавляют функцию дыхательного центра, то смерть от передозировки наступает в результате остановки дыхания. Дифференциально-диагностическим признаком комы при передозировке опиатов служат узкие зрачки. Терапия передозировки заключается в введении антагонистов опиатных рецепторов (налоксон, налорфин).

Соматические последствия злоупотребления ПАВ разнообразны и обусловлены не только токсическим воздействием наркотика, но и действием токсических примесей, которые содержатся в нем как следствие фальсификации и кустарного приготовления. Прежде всего, характерен внешний вид человека, зависящего от ПАВ. Вследствие нарушения питания эти лица выглядят истощенными, значительно старше своего возраста, кожа у них бледного цвета, ломкость костей, выпадение волос, зубы крошатся и выпадают. Характерны гнойные поражения в местах введения наркотика. Частые флебиты и флегмоны в местах инъекций приводят к тому, что вены склерозируются, превращаясь в плотные тяжи.

Кожа над венами пигментирована, со следами инъекций. Частота инфекционных поражений объясняется антисанитарными условиями введения наркотика, а также снижением иммунитета. Нарушение как клеточного, так и гуморального иммунитета приводит к очаговым и диффузным воспалительным процессам различной этиологии (вирусной, бактериальной, грибковой).

Бактериальные эндокардиты протекают тяжело, с пролапсом клапанов сердца и абсцессами миокарда, часто осложняются тромбозом мозговых сосудов. Большинство наркотиков обладают выраженным гепатотоксическим действием. Злоупотребление барбитуратами, летучими растворителями быстро приводит к гепатиту и циррозу. Особенно токсичны кустарно приготовленные наркотики. Так, при использовании ацетона с целью экстрагирования опиатов из маковой соломки у пользователей через несколько лет развивается цирроз печени. При внутривенном введении наркотика резко возрастает риск развития гепатита, С, который известен своей терапевтической резистентностью, и, как правило, переходит в цирроз печени. Многие наркотики обладают выраженными кардиотоксическими эффектами. Особенно это характерно для психостимуляторов, употребление которых может привести к внезапной смерти вследствие развития аритмии или инфаркта миокарда.

#### **2.4. Алкогольная зависимость**

К наиболее часто анализируемым фактам, связанным со смертностью в алкогольном опьянении, относят возраст (молодой, средний) и типы пьянства. При этом, причины смерти: в молодом возрасте – чаще насильственная смерть, при запойном пьянстве – несчастные случаи и суициды; в среднем возрасте при постоянном пьянстве – цирроз печени, рак, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания легких.

Большинство людей, случись им заболеть какой-либо болезнью, начинают пытаться найти от нее лечение, при условии доступности для них медицинской помощи. Люди, страдающие алкоголизмом, как правило, сами добровольно не ищут лечения, т.к. не осознают, что они больны. Это происходит потому, что эта зависимость всегда сопровождается эмоциональным синдромом: расслаблением, успокоением, хорошим настроением, эйфорией при принятии алкоголя после напряженного дня. Далее формируется иллюзия: если одна рюмка выпитого алкоголя дает такой эффект, то большее его количество способно усилить это приятное состояние.

Седативный эффект и доступность алкоголя делают его наиболее распространённым средством борьбы с тревогой, депрессией и бессонницей. Алкоголь даёт ощущение тепла, защищённости, уверенности в себе. Само употребление алкоголя – это измененное состояние сознания, искажающее образ мира и себя самого, устраняющее боль, субъективное переживание неприятностей и возможной ответственности за них. Его противоположностью является состояние абстиненции, то есть отсутствия необходимого количества вещества в организме, что само по себе сопровождается резким ухудшением физического состояния, переживанием отчаяния, ужаса, безнадежности, угрозы собственной физической и психической гибели. Источник своих страданий человек видит не в себе и не в своем поведении.

Источником нынешних страданий, по мнению зависимого, является отсутствие вещества и плохое отношение других людей, которые не обеспечили ему необходимых жизненных благ, а сейчас еще и мешают ему употреблять химические вещества, которые «помогают» чувствовать себя лучше. При применении алкоголя, который изменяет восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от этого вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б.С. Братуся, опьяняющее вещество отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологически привлекательным [9].

В основе психологических теорий алкоголизма лежат различные представления о субъективной психологической потребности индивида в алкоголе. К числу психологических представлений об этиологии алкоголизма относится «гипотеза самолечения». В соответствии с этой гипотезой, больные алкоголизмом употребляют алкоголь с целью избавления от тревоги или преодоления другого психологического дискомфорта. По нашему мнению, данная гипотеза не лишена научного обоснования. Но она может приниматься безоговорочно лишь в отношении части больных алкоголизмом

Следует отметить, что многие больные алкоголизмом склонны объяснять свое пристрастие к алкоголю желанием «избавиться от стресса». Но по-

добные высказывания, за исключением некоторых случаев, которые соответствуют действительности, относятся к разряду психологических защит и тесно связаны с феноменом алкогольной анозогнозии [10].

Снижение уровня алкоголя /наркотика в крови вызывает новый ряд компенсирующих реакций, направленных на достижение равновесного состояния. Для наркомана это соответствует состоянию похмелья. Приходится повторно принимать наркотик для устранения тягостных признаков. Так, прежде здоровый человек замыкает порочный круг и вступает на путь, метко названный «дорогой обреченных» (рис. 10).



Рис. 10. Схема порочного круга

В дальнейшем зависимая личность тратит много усилий для осуществления «иллюзорно-компенсаторной деятельности» по замкнутому циклу аддикции, в который включены практически все структуры психики.

Необходимо оговориться, что систематическое злоупотребление алкоголем сопровождается снижением порогов психогенного реагирования и толерантности к фрустрации, в результате чего уменьшается устойчивость к стрессу. Поэтому некоторые больные алкоголизмом, не имевшие соответствующих преморбидных особенностей, предрасполагавших к «проблемному пьянству», в ходе болезни приобретают склонность к преодолению эмоционального стресса с помощью спиртных напитков.

Вот несколько суждений об алкоголе, которые являются большой ошибкой и используются для оправдания собственной слабости употребления (рис. 11).

Для того, чтобы развеять первый миф, необходимо ответить на несколько простых вопросов:

1. Я хотя бы изредка, но иногда выпиваю.
2. У меня нет аллергии на спиртное.
3. Могу выпить в хорошей компании для поднятия настроения.
4. Спиртной напиток (какой-нибудь) расслабляет меня.

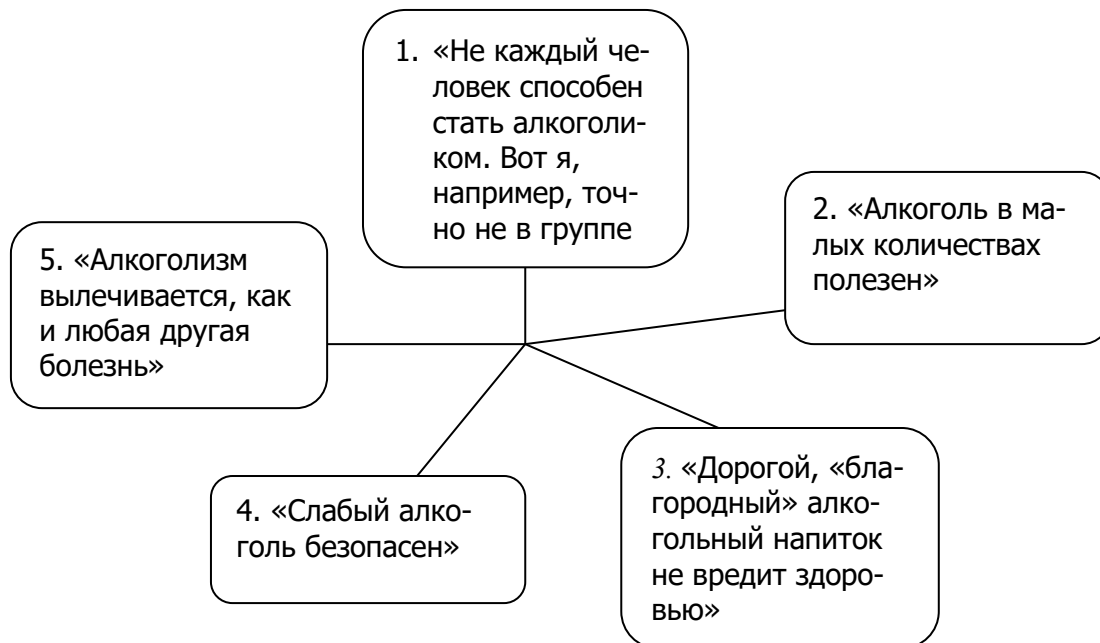


Рис. 11. Основные мифы об алкоголизме

Если Вы хотя бы на один из этих вопросов ответили «Да», то Вы потенциально при стечении определенных обстоятельств можете стать часто употребляющим алкоголь.

Неверность второго мифа определяется следующим: во-первых, не для всех. Надо учитывать, что не все люди одинаково воспринимают алкоголь. Во-вторых, малое количество - понятие растяжимое. Кому-то достаточно 25 г. водки, чтобы запьянеть. Если эту дозу принимать каждый день, можно заработать привыкание.

Что касается третьего мифа, необходимо сказать: конечно же, благодаря чистоте и ряду химических свойств, абстинентный синдром (похмелье) после приёма таких напитков значительно слабее, чем от более дешёвых его заменителей. Но похмелье - это не показатель силы алкогольной зависимости.

Четвертый миф - заблуждение. Пивной алкоголизм очень часто лечится труднее, чем любой другой. Почему? Потому что втягивание в пивной алкоголизм происходит очень мягко. Нет или почти нет похмелья, напиток недорогой, не зазорно пить в одиночку. Вот те факторы, которые играют за пиво.

И, наконец, последний миф. Лечится, верно, но не вылечивается, к сожалению полностью. Лечение от алкоголизма даёт лишь временную отсрочку для очередного запоя. Такая отсрочка может длиться год, 5 лет, 15 лет, но при определённых условиях алкогользависимый может сорваться и уйти в запойное состояние. Это научный факт (аксиома) и забывать об этом нельзя!

Принято считать, что к злоупотреблению алкоголем и формированию алкогольной зависимости приводят такие личностные особенности, как импульсивность, нарушение самооценки и склонность к переживанию собственных психологических проблем, предрасположенность к тревоге и де-

прессии, а также формирующееся в детском или подростковом возрасте девиантное поведение.

Большое значение в развитии алкоголизма и других форм зависимости от ПАВ придается стрессам, пережитым в детском и юношеском возрасте, в том числе связанным с сексуальным и физическим насилием

Необходимым и достаточным условием диагностики алкогольной зависимости как основы алкоголизма можно считать наличие следующих основных феноменов [3].

1. Алкоголь занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей индивида;
2. Употребляемые количества спиртных напитков всегда или в большинстве случаев превосходят предполагаемые или планируемые величины (утрата контроля дозы алкоголя);
3. Употребление алкоголя продолжается вопреки возникающим препятствиям, противодействию со стороны окружения, профессиональным и социальным интересам индивида;
4. Употребление алкоголя сопровождается развитием синдрома отмены.

Первые три критерия служат отражением психического компонента алкогольной зависимости, а последний отражает ее физический компонент.

Алкоголь влияет на механизм передачи нервных импульсов. Одной из основных систем этой передачи является система гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), основного тормозящего нейротрансммиттера. Отношение трансмиттера и рецептора напоминают «ключ и замок». Алкоголь, взаимодействуя с соответствующим рецептором, изменяет ощущение боли и удовольствия. ГАМК отвечает за расслабление, а алкоголь стимулирует ГАМК-рецепторы, что приводит к повышенному содержанию ионов хлора и ощущению релаксации [4].

У людей больных алкоголизмом функционирование всей системы ГАМК зависит от наличия алкоголя в организме. В отсутствие его эта система не может функционировать нормально, что приводит к повышенной раздражительности, нарушению сна, ухудшению памяти, снижению возможности сосредоточиться, к общему дискомфорту и отсутствию нормального самочувствия. Кроме этого, алкоголь понижает содержание серотонина (гормона удовольствия) в нервной системе и приводит к депрессии.

Р. Найт в своей работе «Психодинамика хронического алкоголизма» выделил три фазы алкоголизации. Первая характеризуется душевным подъемом, расторможенностью, более свободным выражением подавленных или вытесненных влечений. Эти явления отражают тот факт, что алкоголь в первую очередь затрагивает высшие мозговые центры, осуществляющие функцию контроля и торможения. Если человек продолжает пить, алкоголь постепенно парализует и нижние отделы мозга, и развивается вторая фаза, для которой характерны депрессивные тона. Когда выпивший трезвеет, он вступает в третью фазу – похмелья. При этом возвращается первоначальная стрессовая ситуация, ещё более отягощённая дополнительным стрессом, а

именно чувством вины и стыда за то, что перепил. Он реагирует на похмелье тем, что начинает пить снова, подхлестываемый желанием вновь ощутить подъём и заглушить чувство вины и самобичевание [12].

В ходе алкоголизма происходят глубокие изменения личности, всех ее основных параметров и составляющих. Это, в свою очередь, неизбежно приводит к появлению и закреплению в структуре личности определенных установок, способов восприятия действительности, смысловых смещений, клише, которые начинают определять все, в том числе и «неалкогольные», аспекты поведения, порождать их специфические для алкоголизма черты в отношениях к себе и окружающему миру.

Степень алкогольного опьянения зависит от дозы алкоголя, скорости его всасывания из желудочно-кишечного тракта, а также от чувствительности организма к нему. Всасывание алкоголя происходит в желудке и в тонком кишечнике. Обильная жирная пища замедляет всасывание. Газированные алкогольные напитки всасываются быстрее. Чувствительность к алкоголю повышается под влиянием неблагоприятных факторов: утомление, недосыпание, перегревание [5].

Выделяют три степени алкогольного опьянения (рис. 12):

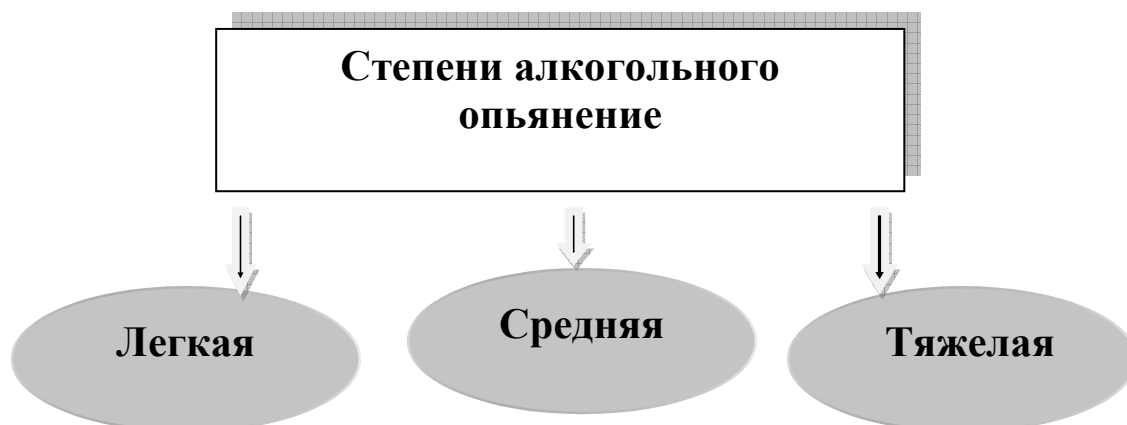


Рис. 12. Степени алкогольного опьянения

**Легкая степень алкогольного опьянения** проявляется повышенным настроением, ощущением комфорта. Появляется желание общаться с окружающими. При этом, речь становится громкой и быстрой, мимика утрированной, жесты размашистыми. Человек переоценивает свои возможности. Нарушается координация тонких движений, ухудшается внимание. Через несколько часов это состояние сменяется вялостью и сонливостью.

**Средняя степень алкогольного опьянения** характеризуется выраженными неврологическими нарушениями. Речь становится смазанной (дизартрия), походка шаткой, нарушается устойчивость (атаксия), нарушается координация движений. Настроение неустойчивое. Эйфория с бурными проявлениями веселья чередуется с раздражительностью, озлобленностью,



склонностью к скандалам и агрессии. Состояние возбуждения сменяется глубоким сном, за которым следует разбитость, вялость, головная боль.

**Тяжелая степень алкогольного опьянения** проявляется прогрессирующим угнетением сознания от оглушения до сопора и комы. В коматозном состоянии исчезают рефлексы (зрачковый, корнеальный). Потенциально опасным в этом состоянии является появление рвоты и аспирация рвотными массами. После пробуждения воспоминания, относящиеся к периоду опьянения не сохраняются.

## **2.5. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя**

Как правило, атипичная картина алкогольного опьянения развивается у лиц с расстройством личности, а также на фоне перенесенных черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций. Появлению атипичного опьянения могут способствовать астения, эмоциональный стресс, а также сочетание алкоголя с другими токсическими средствами.

*Дисфорическое опьянение* может наблюдаться у лиц с возбудимым и эпилептоидным расстройством личности, а также перенесших черепно-мозговую травму. Вместо эйфории возникает дисфория тоскливо-злостное настроение. Это состояние часто сопровождается агрессивными и аутоагрессивными тенденциями.

*Депрессивное опьянение* характерно для лиц склонных к депрессиям (циклоидные и сензитивные личности). Это состояние сопровождается высказываниями о безысходности, самоупреками, суицидальными тенденциями.

*Сомнолентное опьянение* наблюдается у астенизированных субъектов. Эйфория кратковременна или отсутствует. Быстро наступает крепкий сон. Истерическое опьянение обычно наблюдается у лиц с расстройством личности. Проявляется бурной экспрессией патетическими интонациями, выразительными жестами, позами, утрированной мимикой. Перед окружающими разыгрывается спектакль, в котором субъект изображает страдающую, никем не понятую выдающуюся личность.

В редких случаях прием даже небольшого количества алкоголя вызывает транзиторный психоз. Это состояние начинается внезапно и длится несколько часов (до суток). Как правило, патологическое опьянение возникает у мужчин в возрасте от 21 до 40 лет. В 81,5% случаев оно сопровождается особо тяжкими общественно опасными действиями против личности (чаще всего убийствами). Обычно патологическое опьянение развивается спустя несколько минут после приема алкоголя в дозе от 50 до 500 мл.

Основным симптомом патологического опьянения является внезапно развивающееся *сумеречное помрачение сознания*. Внешне оно проявляется отрешенным видом субъекта, сопровождается дезориентировкой всех видов. При этом координация движений сохранена. Сохраняется также способность

выполнять автоматизированные действия. Поэтому, на окружающих субъект не производит впечатление сильно пьяного человека. В этом состоянии человек не доступен контакту.

В поле зрения психиатров попадают те случаи патологического опьянения, при котором сумеречное помрачение сознания сопровождается продуктивными расстройствами (бредом, зрительными галлюцинациями устрашающего содержания, аффектом страха, двигательным возбуждением). В таких состояниях часто совершаются общественно опасные действия, проявляется жестокая и бессмысленная агрессия. Поведение субъекта целиком определяется возникшими психотическими расстройствами и, как правило, носит характер обороны со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей жизни ситуации.

Условно выделяют две формы патологического опьянения: *эпилептоидную и параноидную*. При эпилептоидной форме преобладает интенсивное двигательное возбуждение, обычно в форме бессмысленных и хаотичных агрессивных действий, аффект иступленной злобы и ярости. Речевая продукция скудная. При параноидной форме преобладает образный бред, содержанием которого являются ситуации, угрожающие жизни опьяневшего. Бредовые переживания сопровождаются простыми зрительными галлюцинациями. Окружающее воспринимается в измененном виде. Преобладающим аффектом является страх. Речевая продукция состоит из отдельных слов или коротких фраз.

Как правило, патологическое опьянение сменяется глубоким сном. Характерным симптомом патологического опьянения является амнезия психотического эпизода. Более, чем у половины лиц, перенесших патологическое опьянение, наблюдается полная амнезия, а у остальных - частичная. Патологическое опьянение может возникать у практически здоровых лиц. Однако, чаще психотический эпизод развивается на фоне остаточных явлений перенесенных травм, нейроинфекций, интоксикаций. Фоном для возникновения патологического опьянения может быть переутомление, недосыпание, соматические заболевания.

Алкогольная зависимость (алкоголизм) - это хроническое болезненное состояние, развивающееся вследствие длительного злоупотребления алкогольными напитками, характеризующееся психической и физической зависимостью и приводящее к деструкции личности, нарушению здоровья, а также к социальной дезадаптации.

Согласно МКБ 10, принципы классификации диагностики расстройств, связанных с злоупотреблением алкоголя такие же, как и для других ПАВ. В основу отечественной классификации алкогольной зависимости положен клинико-динамический принцип. Формирование алкогольной зависимости происходит постепенно. Поскольку алкоголь является социально приемлемым наркотиком, то многие употребляют алкоголь эпизодически, от случая к случаю, не испытывая при этом каких-либо проблем [8].

Наиболее распространенным паттерном употребления алкоголя является социальное употребление, т.е. употребление алкоголя в каком-либо социальном контексте (праздники, встреча гостей). Этап предболезни или донозологический этап (привычное пьянство) характеризуется частым употреблением спиртных напитков без поводов, в случайных местах и компаниях. На этом этапе появляются признаки психической зависимости, а также наблюдается некоторый рост толерантности. Возникают проблемы медицинского и социального характера. На этом этапе может наступить стабилизация, либо переход в болезнь. Таким образом, многие субъекты остаются на стадии привычного пьянства всю жизнь, не становясь при этом алкоголиками.

В развитии алкогольной зависимости выделяют три стадии (рис. 13).

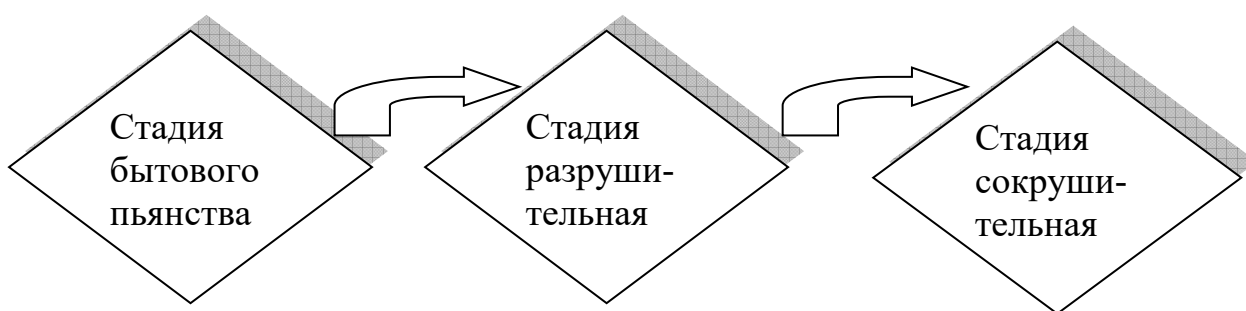


Рис. 13. Стадии развития алкогольной зависимости

Первая стадия - бытовое пьянство. Базовым синдромом этой стадии является синдром психической зависимости, который характеризуется тем, что нормальное психическое функционирование возможно только в состоянии интоксикации. Это значит, что алкоголь становится необходимым условием для поддержания нормального психического тонуса. Все мысли человека направлены на поиск возможности выпить. Обычно обсессивное (навязчивое) влечение к алкоголю актуализируется в ситуациях связанных с возможностью выпить. Часто такие ситуации создаются искусственно.

Проявлением психической зависимости на поведенческом уровне является оживление, повышение настроения в предвкушении застолья. Появление препятствий вызывает раздражение и неудовлетворенность. Нужно отметить, что синдром психической зависимости сложно диагностировать, т.к. лица с алкогольной зависимостью склонны к диссимуляции и отрицают влечение к алкоголю.

Таким образом, больные на первой стадии зависимости редко попадают в поле зрения нарколога и ее обычно диагностируют ретроспективно. Важным диагностическим симптомом является повышение толерантности. Это значит, что изначальная доза уже не вызывает опьянения и для достижения комфортного состояния необходимо выпить значительно больше, чем это требовалось раньше.

Как уже отмечалось, рост толерантности происходит уже на этапе бытового пьянства. Важным диагностическим симптомом является утрата количественного контроля. Проявляется он тем, что после начальной дозы алкоголя и появлении признаков опьянения возникает желание продолжить выпивку вплоть до тяжелой степени опьянения. Так, например, выпивая 150 грамм водки, субъект может без проблем остановиться, но, после 200 грамм он уже не может контролировать свое дальнейшее потребление.

Утрата ситуационного контроля приводит к употреблению алкоголя, где попало и с кем попало. Исчезновение рвотного рефлекса является менее надежным симптомом, т.к. у многих он отсутствует изначально. Нарушения памяти также могут являться симптомом алкогольной зависимости, при этом, нужно иметь в виду, что частичное или полное выпадение из памяти событий происходивших во время алкогольного эксцесса может наблюдаться у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью после тяжелой алкогольной интоксикации. В этом случае обычно полностью проявляется амнезия на события, предшествовавшие фазе наркотического сна.

Нарушения памяти не являются специфичным симптомом, так как у субъектов перенесших черепно-мозговые травмы они могут наблюдаться после первых эпизодов алкогольного опьянения. Для первой стадии алкогольной зависимости характерны частые, однократные выпивки. Однако, алкоголизация может носить характер алкогольных эксцессов, длящихся несколько дней.

Вторая стадия алкогольной зависимости – разрушительная. Для этой стадии характерны все симптомы; имевшиеся на первой стадии Базовым синдромом этой стадии является синдром физической зависимости.

В классическом виде похмельный синдром появляется при запое, через 12-24 часа после прекращения приема алкоголя и проявляется комплексом психических и соматоневрологических симптомов. Среди психических нарушений наиболее важным является сильное влечение к алкоголю. По своей напряженности оно сравнимо с основными витальными потребностями. В отличие от обсессивного влечения, при нем отсутствует борьба мотивов.

К другим психическим нарушениям относятся тревога, депрессия, раздражительность, бессонница, головная боль. Из соматических симптомов следует отметить отсутствие аппетита, повышение АД, учащение пульса, обострение хронических соматических заболеваний. В неврологической симптоматике следует отметить тремор, а также судорожный синдром,

На протяжении всей второй стадии отмечается максимальный рост толерантности (плато толерантности). Наблюдается изменение картины опьянения. Период эйфории укорачивается, появляются психопатоподобные формы поведения (эксплозивные и истерические).

В динамике алкогольной болезни режим алкоголизации может быть разным. Как правило, частые однократные выпивки, характерные для первой стадии на второй стадии сменяются псевдозапойми, которые на третьей стадии переходят в истинные запои. Может иметь место и перемежающийся ха-

рактар, когда на фоне постоянной алкоголизации возникают периоды резкого увеличения потребления алкоголя.

Таким образом, для второй стадии характерны псевдозапой, которые характеризуются периодами ежедневного пьянства. Начало псевдозапоя обусловлено внешними факторами (получение зарплаты, выходные дни). Окончание также связано с внешними причинами (отсутствие денег, семейные конфликты, дисциплинарные взыскания на работе).

В возникновении псевдозапоя нет цикличности. На протяжении всего эпизода толерантность высокая. На второй стадии еще более отчетливо вырисовываются различного рода проблемы. Это социальные проблемы (конфликты в семье, прогулы на работе), проблемы медицинского характера (алкогольная жировая дистрофия печени, алкогольный гепатит, цирроз, алкогольная кардиомиопатия, гастрит, панкреатит). Заострение преморбидных личностных особенностей (так называемая алкогольная психопатизация) усугубляет социальную дезадаптацию. Кроме того, на второй стадии могут возникать алкогольные психозы.

Третья стадия алкогольной зависимости (энцефалопатическая или сокрушительная). Для этой стадии характерны основные симптомы предыдущих стадий, которые проявляются в виде наиболее тяжелых клинических вариантов. Наиболее важным диагностическим критерием на этой стадии является снижение толерантности. При этом, сначала падает разовая толерантность при сохранении суммарной суточной толерантности, а затем снижается и последняя.

Меняется режим алкоголизации. Как правило, алкоголь употребляется на протяжении дня часто, небольшими дозами. Обычно от крепких спиртных напитков переходят к слабым, чаще всего к дешевым крепленым винам. Для этой стадии характерны истинные запои, которые носят циклический характер. Началу запоя предшествует аффективная фаза в виде тревожно-депрессивного настроения. На этом фоне возникает компульсивное влечение к алкоголю.

В первые дни запоя толерантность максимально высокая, а затем постепенно снижается вплоть до полной непереносимости алкоголя. Таким образом, абстинентный синдром не может быть купирован дополнительным введением алкоголя. Как правило, больные не могут самостоятельно справиться с нарастающим кризисом и обращаются за медицинской помощью.

Абстинентный синдром может осложняться развитием алкогольных психозов, при этом часто наблюдаются энцефалопатические формы. На третьей стадии достигают максимальной выраженности проблемы, вызванные болезнью. Как правило, больные социально дезадаптированы, ведут паразитический образ жизни. Изменения личности определяются понятием алкогольная деградация. Характерно эмоциональное огрубение, утрата морально-этических норм, отсутствие критического отношения к своему состоянию. Эйфория с грубым цинизмом и плоским алкогольным юмором чередуются с дисфориями. Нарастают психоорганические нарушения, ухудшается память,

снижается интеллект, мышление становится торпидным. Интересы ограничиваются поиском алкоголя.

Как правило, у женщин алкогольная зависимость формируется быстрее и протекает более злокачественно. Стадии болезни как бы наслаиваются друг на друга. В клинической картине большой удельный вес занимают депрессивные расстройства. В связи с тем, что злоупотребление алкоголем женщинами осуждается обществом, больные длительное время скрывают свою проблему и обращаются за помощью на поздних этапах, когда уже наблюдается социальная дезадаптация. Лечение на поздних стадиях является малоэффективным.

Злоупотребление алкоголем в подростковом и юношеском возрасте, как правило, быстро приводит к формированию алкогольной зависимости, которая протекает злокачественно. В пожилом возрасте наблюдается медленная динамика болезни. При этом на первый план выступают соматические проблемы и ускорение процессов старения.

Психозы при алкоголизме возникают на 2-3 стадии заболевания; когда в результате хронической алкогольной интоксикации развивается поражение внутренних органов, нарушаются обменные процессы. Алкогольные психозы развиваются на поздней стадии болезни, когда выражены соматические проблемы и высок уровень эндогенной интоксикации.

Выделяют следующие формы алкогольных психозов (рис.14): Течение психоза может быть острым, подострым или хроническим. Часто наблюдаются смешанные и атипичные формы алкогольных психозов.



Рис. 14. Формы алкогольных психозов

Алкогольный делирий (белая горячка) – металкогольный психоз в форме галлюцинаторного помрачения сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий и образного бреда, сопровождающийся аф-

фектом страха, двигательным возбуждением. В клинике алкогольного делирия имеют место различные соматовегетативные, неврологические и обменные нарушения (ацидоз, обезвоживание).

Выделяют следующие формы делирия: классический, редуцированный, смешанный, атипичный, тяжелый. При всей своей условности эта классификация помогает лучше ориентироваться в терапевтической тактике. Как правило, алкогольный делирий развивается на фоне абстинентного синдрома.

Клиника делирия развивается постепенно. К вечеру появляется возбужденность, гиперестезия, наплыв образных представлений и воспоминаний. Настроение изменчиво. Подавленность и беспокойство сменяется эйфорией, а затем возникают зрительные иллюзии. Преобладают зооптические зрительные галлюцинации (мелкие животные, насекомые, змеи). Их появление сопровождается страхом. Появление обонятельных, тактильных, слуховых галлюцинаций свидетельствует об углублении делириозного помрачения сознания. Поведение больного соответствует характеру галлюцинаторных переживаний. Больные возбуждены, пытаются куда-то бежать, что-то стряхивают с себя. Речь состоит из обрывков фраз. Характерен образный бред преследования и физического уничтожения. Больные дезориентированы в окружающей обстановке и времени, в то время как самосознание сохранено.

Редукции симптомов делирия способствуют и внешние отвлекающие моменты, например, разговор с врачом. Продолжительность алкогольного делирия составляет от 2 до 8 дней. Чаще всего выздоровление наступает после глубокого сна, реже постепенно (литически) на фоне выраженной астении. У больных сохраняются фрагментарные воспоминания о психическом расстройстве.

Среди неврологических симптомов наблюдается атаксия, дизартрия, тремор, рефлекс оральной автоматизма. В связи с выраженными соматоневрологическими расстройствами, возбуждение больных ограничено пределами постели. При профессиональном делирии больные совершают простые движения, отражающие привычные повседневные, а также связанные с профессиональной деятельностью движения.

Алкогольный галлюциноз по частоте занимает второе место после делирия. По длительности течения может быть острый, подострый и хронический. Острые галлюцинозы продолжаются от нескольких часов до нескольких недель. Длительность подострых галлюцинозов составляет от 1 до 6 месяцев.

Как правило, галлюциноз развивается на фоне похмельного синдрома. На фоне бессоницы появляются слуховые галлюцинации в форме акаоэмов и фонем (шум, свист, отдельные слова). Это состояние сопровождается тревогой, бредовой настроенностью. Затем больной начинает слышать из окружающего пространства голоса большого числа людей. Характерными для алкогольного галлюциноза являются антагонистические галлюцинации, это значит, что одни голоса его обвиняют, а другие оправдывают. Среди угроз и обвинений часто встречаются темы, связанные с пьянством и интимной жизнью

больного (обвиняют в гомосексуализме или цинично обсуждают сексуальное поведение их жен). Часто между голосами недоброжелательного содержания и голосами, которые оправдывают больного, развивается дискуссия. Больной является заинтересованным участником галлюцинаторных переживаний. Содержание бредовых идей, которые появляются на фоне галлюциноза тесно связано с его темой, т.е. развивается галлюцинаторный бред. По тематике это может быть бред преследования, физического уничтожения, эротический и т.д.

Алкогольный параноид - проходит с преобладанием образного бреда, аффекта страха, двигательного возбуждения. Как же как делирий и галлюциноз развивается на фоне абстинентного синдрома. Появлению психоза может предшествовать короткий продромальный период, сопровождающийся тревогой, бессонницей, бредовой настроенностью. У больного появляется уверенность, что его жизни угрожает смертельная опасность, развивается бред преследования. Как правило, больной не может сказать, кто и за что хочет его убить. Бредовое толкование окружающего сопровождается его иллюзорным восприятием. Больные слышат в разговорах окружающих реплики в свой адрес, видят в руках преследователей орудия убийств. Больные внезапно бросаются бежать, зовут на помощь, выбрасываются из окна. Агрессивные действия в отношении мнимых преследователей сравнительно редки. Длится психоз от нескольких дней до нескольких недель.

Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) возникает у мужчин с паранойяльной структурой личности, склонных к сверхценным образованиям. Фоном для развития этого психоза является развивающаяся у больного импотенция. Бред ревности развивается постепенно. Сначала отдельные бредовые высказывания появляются лишь в период опьянения или на фоне похмельного синдрома. Содержание бредовых переживаний на начальных этапах отражают взаимоотношения между супругами и имеют определенную правдоподобность. В последующем связь с реальными фактами утрачивается.

Поведение больного определяется бредовыми переживаниями и направлено на доказательство фактов измены жены. Происходит ретроспективная переоценка прошлой жизни. Больной утверждает, что жена и раньше ему изменяла с друзьями, соседями, сыновьями, приводит различные нелепые доказательства. Часто больные проявляют агрессивные действия по отношению к жене, но не по отношению к мнимому сопернику. Алкогольная паранойя является хроническим психозом.

Острая алкогольная энцефалопатия соответствует клинике тяжелой формы алкогольного делирия. В дальнейшем нарастают явления оглушения, развивается так называемый псевдоэнцефалитический синдром. Больные обычно неподвижно лежат с открытыми глазами, не реагируя на происходящее вокруг. Нарастают соматические и неврологические нарушения: гипотония, тахикардия, повышается температура, могут наблюдаться фибриллярные подергивания мышц лица, гиперкинезы, а также другие глазные симптомы (двоение в глазах, страбизм, симптом Гуддена). Через 3-10 дней после



начала психоза симптоматика редуцируется. В дальнейшем состояние больного снова может ухудшиться. Как правило, наблюдается переход острой энцефалопатии в хроническую (Корсаковский психоз).

Клиническая картина Корсаковского психоза складывается, как и при острых алкогольных энцефалопатиях, из психических, неврологических и соматических нарушений. Психический компонент определяется триадой симптомов: амнезией, дезориентировкой и парамнезиями. (псевдореминисценции и конфабуляции). Амнестические расстройства проявляются нарушениями памяти на текущие события (фиксационная амнезия), а также прогрессирующей амнезией.

Неврологические расстройства проявляются в форме невритов в области конечностей, сопровождаемых атрофией мышц, нарушениями чувствительности, ослаблением сухожильных рефлексов, нарушением походки. Параллелизм между выраженностью психических и неврологических расстройств часто отсутствует.

Алкоголизм является серьезной медико-социальной проблемой, т.к. его последствия несут не только значительный ущерб здоровью индивидуума зависящего от алкоголя, но и тяжелым бременем ложится на все общество. Огромные издержки несет здравоохранение, социальное обеспечение, службы транспорта и общественного порядка. Долгое время влияние алкоголя на общественное здоровье и его вклад в заболеваемость, и смертность недооценивался. В настоящее время имеются многочисленные данные, свидетельствующие о существовании тесной связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем различных типов ущерба, касающегося физической, психической и социальной сфер. Этот ущерб принято называть проблемами, ассоциированными с алкоголем.

Это могут быть острые проблемы, возникающие при однократном употреблении больших доз алкоголя, острые алкогольные отравления, производственный и транспортный травматизм, преступность. Кроме того, сюда относятся хронические соматические заболевания, в этиологии которых алкоголь играет главную роль: цирроз печени, панкреатит, кардиомиопатия, рак верхнего пищеварительного тракта. Многие другие заболевания часто ассоциируются со злоупотреблением алкоголя: болезни дыхательной и сердечно-сосудистой системы, туберкулез, эпилепсия. Уровень общей смертности отражает состояние здоровья населения и, кроме того, может отражать спектр медицинских и социальных проблем, вызванных злоупотреблением алкоголя.

Кроме того, в число нарушений деятельности и смысловой сферы у людей, страдающих алкогольной зависимостью, входят: установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых затратах усилий; установка на пассивные способы защиты при встречах с трудностями; установка на избегание ответственности за совершаемые поступки; установка на малую опосредованность деятельности; установка довольствоваться временным, не вполне адекватным потребности результатом деятельности. Конечным итогом является деградация личности в целом.

## 2.6. Никотиновая зависимость и ее последствия

Среди токсикоманий в последние годы большую распространенность имеет никотиновая зависимость – патологическое влечение к никотину, содержащемуся в табаке. При этой зависимости особый вред организму наносят алкалоид никотина, который является нейротропным ядом, углекислый газ, окись углерода и другие канцерогенные вещества. Вред от никотина состоит в том, что он снижает сопротивляемость организма, хронифицирует заболевания, ускоряет развитие злокачественных образований, сердечно-сосудистых нарушений и др. Никотин особенно вреден растущему организму ребенка и женщинам.

В результате отравления никотином растет число неврологических и психических заболеваний. Это послужило основанием для специального выделения в Международной классификации болезней (МКБ-10) самостоятельной группы расстройств - F17 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака» [8].

Курение молодежи обусловлено:

- 1) подражанием другим – в связи с желанием казаться взрослыми;
- 2) конформностью - нежеланием отстать от сверстников;
- 3) протестом против власти и запретов взрослых;
- 4) любопытством;
- 5) желанием снять напряжение и получить удовольствие.

В процессе приобщения к курению и собственно курения табака выделяют четыре стадии: узнавание, проба (экспериментирование), привыкание, продолжение курения (зависимость).

Узнавание того, что курение - это вредная привычка происходит в детстве, когда ребенок наблюдает вокруг курящих взрослых. Становясь пассивным курильщиком в курящей семье, ребенок привыкает к запаху и виду сигарет, со временем у него возникает желание выкурить сигарету.

Первое знакомство с сигаретой, движимое любопытством, часто происходит в первом или втором классе. Первые пробы табака вызывают неприятные ощущения, например, горечь и першение в горле, тошноту, рвоту, кашель, головные боли, что вызывает отвращение у большинства школьников от курения. Первая проба (эксперимент) происходит в группе с одобрения сверстников. Усиливает желание выкурить сигарету боязнь быть отвергнутым сверстниками, а стремление к независимости ведет к следующим пробам. Появляется вера в то, что курение «успокаивает нервы», улучшает настроение. Среди учеников шестого-восьмого классов число курящих начинает увеличиваться. Постепенно неприятные ощущения от курения проходят, и остается привычка к курению, которая постепенно переходит в никотиновый синдром.

У молодежи следствием курения, наряду с тяжелыми болезнями, выступают когнитивные расстройства - расстройства внимания и памяти, снижение

умственной работоспособности, раздражительность, вспыльчивость, что, в свою очередь, сказывается на деятельности и поведении. Курение тайком, торопливо затягиваясь, способствует еще большему повышению содержания никотина и других вредных веществ в табачном дыме.

При курении возникает ощущение опьянения, выражающееся в эйфории и проявляющееся в повышении тонуса, просветлении сознания, ускорении мышления. Человек на какое-то время может ощущать приятное головокружение, расслабление и чувство удовольствия. Механизм этого состояния состоит в усилении под воздействием никотина процесса выработки серотонина и снижении активности мозговых клеток, что ослабляет тягостные проявления переживания и вызывает чувство умиротворения. Через некоторое время увеличивается количество гормона норадреналина и человек ощущает приятное повышение активности. Однако, это состояние длится лишь несколько десятков минут, оно сменяется прежними негативными ощущениями и переживаниями и курильщику вновь необходима сигарета, чтобы подавить их.

Таким образом, миф – представления о том, что курение улучшает самочувствие и настроение, повышает работоспособность. Алкалоид никотина, углекислый газ, окись углерода и другие канцерогенные вещества снижают потенциал организма и влекут развитие серьезных заболеваний.

Человеку ставят диагноз острой интоксикации (отравления) при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- а) бессонница, причудливые сны;
- б) аффективная неустойчивость;
- в) снижение умственной продуктивности;
- г) тошнота или рвота, проливной пот;
- д) учащенное сердцебиение и сердечная аритмия.

Защитными реакциями на никотиновое отравление являются сухость и першение в горле, кашель, головокружение, головная боль, слюнотечение, тошнота и рвота, боли в животе и понос. Исчезновение этих реакций свидетельствует о сформировавшейся зависимости (*никотиномании*).

Выделяют 3 уровня никотиномании:

1-й уровень сравнивается с вредной привычкой;

2-й соответствует состоянию, которое можно прекратить благодаря лишь консультативной психологической помощи;

3-й уровень никотиномании требует психотерапевтического вмешательства на фоне медикаментозного лечения (В.В. Макаров, 1999). [7].

Об уровнях никотиномании судят по высказываниям курильщика.

• Первый уровень:

Высказывания: «Курю иногда, но прекращать совсем не хочется. Когда не курю, даже не вспоминаю об этом. Могу не курить в течение недель и месяцев. Затем снова закуриваю».

• Второй уровень:

Высказывания: «Курю регулярно, каждый или почти каждый день. Могу прекратить курение. На самочувствии это не отражается. Я легко прекращаю курение, но почему-то начинаю снова».

- Третий уровень:

Высказывания: «Курю регулярно. Прекратить курение трудно. Когда делаю перерыв, ищу возможность закурить. Курение отрицательно отражается на моем здоровье».

Абстинентный синдром (болезненное состояние) развивается через 1,5 часа после выкуривания последней сигареты. Признаки абстинентного синдрома:

- ощущение стеснения в груди;
- затруднение дыхания;
- першение в горле, сухость во рту или обильное выделение слюны;
- появление потребности жевать, неприятные ощущения в желудке и кишечнике, что воспринимается как повышение аппетита;
- астенические расстройства в виде раздражительности, вспыльчивости, слезливости, подавленности до безразличия к жизни;
- повышенная утомляемость, слабость либо двигательное беспокойство, суетливость;
- поверхностный сон с обильными сновидениями, бессонница, чередующаяся с сонливостью.

Абстинентный синдром диагностируется при наличии не менее двух из следующих признаков: тяга к употреблению табака, недомогание, слабость, тревога, дисфория, раздражительность или беспокойство, бессонница, повышенный аппетит, кашель, изъязвление слизистой полости рта, снижение концентрации.

Выделяют три стадии развития никотинового синдрома

Первая стадия продолжается 3-5 лет. В этой стадии курение носит систематический характер; курильщик предпочитает сигареты определенного сорта; количество выкуриваемых за день сигарет увеличивается. В 85% случаев начало никотиновой зависимости совпадает с выкуриванием первой сигареты. Существует две формы психической зависимости от никотина. Первая - психосоциальная форма, отражает стремление курильщика к самоутверждению, достижению социального доверия и признания. Вторая форма - сенсорно-двигательная проявляется в эстетическом и чувственном удовольствии от самой процедуры курения. Фармакологическая зависимость имеет три формы: потворствующая (гедонистическая), седативная (для успокоения при стрессе) и стимулирующая (для сохранения концентрации внимания в напряженной ситуации). Выраженная физическая зависимость обусловлена развитием абстиненции при лишении никотина.

Вторая стадия продолжается много лет. Толерантность повышается, человек выкуривает 1-2 пачки сигарет в день. Здесь возникает потребность в крепком чае, кофе, алкоголе. В случаях воздержания от курения в течение суток или попытки снизить дозу у человека появляется четыре из следующих признаков:

страстное желание закурить, раздражительность, фрустрация или злобность, тревожность; трудность сосредоточения внимания; беспокойство; урежение сердцебиения; повышение аппетита. Курильщиков часто сопровождает кашель по утрам, ощущение тяжести в голове, раздражительность, ухудшение работоспособности, сонливость днем, плохой сон ночью.

Третья стадия характеризуется следующими признаками:

- падение толерантности;
- появление дискомфорта от высоких доз никотина, исчезновением прежних приятных ощущений от курения;
- снижение психического влечения;
- курение становится автоматическим;
- абстинентное (болезненное) состояние в виде тяжести в голове и головных болях, снижения аппетита, усиления жажды, потливости, колебаний пульса и температуры тела.

В первые три месяца воздержания от табака в 70% случаев у больных отмечаются рецидивы из-за сохраняющейся тяги к нему. Тяга к табаку усиливается после еды, выпивки, при пробуждении, при умственном и эмоциональном напряжении, а также при виде других курильщиков и ощущении запаха табачного дыма. Попытки перейти на более легкие сорта табачных изделий безуспешны, так как нужная доза достигается за счет глубоких затяжек и увеличения количества выкуриваемых сигарет.

Последствия курения: раздражительность, когнитивные нарушения - ухудшение памяти, слуха и зрения, снижение работоспособности. Со временем развиваются воспалительные заболевания полости рта, разрушаются зубы, снижается иммунитет. Нарушается репродуктивная функция организма курильщика: у мужчин ухудшается качество спермы, у женщин появляется риск бесплодия или рождения неполноценных детей с синдромом отравления никотином. Курильщиков отличает большая импульсивность и экстравертированность, недоброжелательность, тревожность, часто низкий уровень образования. Они злоупотребляют алкоголем и кофе, наблюдаются семейные трудности - разводы или уход из семьи.

Курение имеет социальные последствия, такие как:

- рождение ослабленного потомства;
- нарушения взаимоотношений с людьми;
- увеличение риска хронических заболеваний;
- преждевременная смерть.

К болезням, вызванным курением табака относят: ранний сосудистый склероз, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, язва желудка, рак полости рта, пищевода и других органов. Грозным заболеванием является облитерирующий эндартериит, приводящий к зарастанию просвета мелких артерий нижних конечностей. Это вызывает боль в них, перемежающую хромоту, гангрену. Больные часто не могут отказаться от курения даже после ампутации части конечности.

Детями и подростками с целью получения необычных ощущений часто используются летучие растворители (бензин, растворители, клей) часто используются Ингаляция осуществляется при помощи смоченной веществом хряпки либо натянутого на голову полиэтиленового пакета. Летучие растворители являются центральными депрессантами.

В ходе интоксикации возбуждение сменяется заторможенностью. Пользователь испытывает эйфорию, головокружение, ощущение невесомости, зрительные галлюцинации (мультики). С точки зрения психопатологии это состояние квалифицируется как онейроид. Кроме того, отмечается формирование психической зависимости и рост толерантности. Достаточно быстро формируется токсическая энцефалопатия. Потенциально опасным является употребление подростками летучих растворителей в подвалах и заброшенных зданиях в связи с тем, что пользователь может задохнуться и ему никто не сможет оказать помощь.

### Вопросы для проверки знаний

1. Опишите легкие и тяжелые формы химической зависимости.
2. Укажите виды химической зависимости и охарактеризуйте каждую из них.
3. Назовите составляющие наркоманического синдрома и укажите их суть.
4. Опишите типы семей, формирующих будущего аддикта.
5. Назовите психические и поведенческие расстройства личности при употреблении опиатов.
6. Какие лекарственные препараты приравнены к наркотическим средствам и как они действуют?
7. Укажите различия в действии галлюциногенов, кокаина и психостимуляторов.
8. Назовите основные феномены, которые указывают на наличие алкогольной зависимости.
9. Опишите три степени алкогольного опьянения.
10. Назовите психоневрологические симптомы алкогольной зависимости.
11. Назовите острой интоксикации при табакокурении.
12. Назовите 3 уровня никотиномании.

### Литература

1. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях / С. Б. Белогуров. – СПб.: Феникс, 1998. – 134 с.
2. Бенюмов В. М. Вред алкоголя, никотина и наркотиков: пособие для учителя / В. М. Бенюмов, О. Р. Костенко, К. М. Флоренсова. – Кив.: Радянська школа, 1989. – 125 с.

3. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э. Е. Бехтель. – М. : Медицина, 1986. – 272 с.
4. Егоров А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия. / А. Ю. Егоров. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 1 (3). – С. 10–16.
5. Иванец Н. Н. О роли личностного фактора при хроническом алкоголизме. / Н. Н. Иванец. // Вопросы психоневрологии. – 1980. – Вып. 8. – С. 54–56.
6. Ланда А. Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами. / А. Н. Ланда. // Некоторые проблемы наркомании: сб. науч. тр. – М., 1989. – С. 103–110.
7. Макаров В.В., 1999.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике : пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб. : Адис, 1994. – 303 с.
9. Менделевич В.Д. Клиническая психология / В.Д. Менделевич – М.: 1998. – 365с.
10. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. – Л.: Медицина, 1971. – 368 с.
11. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
12. Старшенбаум Г.В. Аддиктология : психология и психотерапия зависимостей / Г.В. Старшенбаум – М.: Когнито-Центр, 2006.-367с.
13. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация /Под ред. А.Я. Гриненко. Серия «Мир медицины» - СПб.: Издательство «Лань», 2000. – 368 с.

## ГЛАВА 3. НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ

### 3.1. Классификация нехимических зависимостей

Нехимическим видом зависимости можно назвать такой вид поведения, который человек использует для изменения своего психофизического состояния так же, как он мог бы использовать алкоголь или наркотик. Изменяющее настроение поведение - это действия, которые создают короткое по времени интенсивное чувство, но за которыми следует более длительный по времени дискомфорт. Т.е. под воздействием такого поведения человек хорошо себя чувствует в течение короткого времени, но последствия такого способа нормализовать самочувствие приносят ему лишь дополнительные проблемы.

Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не ПАВ. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «поведенческие аддикции».

Поведенческая аддикция — это нехимическая аддикция, другими словами, зависимость от каго-то поведенческого шаблона. Любое увлечение человека, имеющее сверхценность, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим направлением поведения и оттесняет на второй план либо блокирует вовсе любую другую деятельность и есть поведенческая аддикция.

В первой российской классификации нехимических зависимостей Ц.П. Короленко выделил азартные игры (гемблинг), работоголизм, аддикции отношений, сексуальные и любовные аддикции, аддикции избегания, аддикции к трате денег и др. Ц.П.Короленко рассматривал промежуточные аддикции (например, аддикции к еде - переедание и голодание). Сегодня описаны другие нехимические аддикции: компьютерные зависимости (Войскунский А.Е., Иванов М.С., Мунтян П.), аддикция упражнений (спортивная аддикция) (Murphy M.N., Griffiths M.D), духовный поиск (Постнов В.В., Дереча В.А.), синдром Тоада, или зависимость от «веселого автовождения» (McBride), религиозный, политический, спортивный, национальный фанатизм (Менделевич В.Д.).

Кроме вышеперечисленных, в настоящее время описано достаточно большое количество других нехимических аддикций: интернет-зависимости [5], спортивная аддикция и телевизионная аддикция [8] и т.д.

В.Д. Менделевич рассматривает также фанатизм во всех его проявлениях (религиозный, политический, спортивный, национальный) как одну из форм аддиктивного поведения, отмечая, что сверхценное увлечение, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую другую деятельность, можно считать проявлением аддикции [17]. Такой же точки зрения придерживается А.В.Котляров, который от-



дельно выделяет зависимость от навязчивых идей и смыслов (культизм, сектанство) [15].

Некоторые исследователи включают в число нехимических аддикций kleptomанию и трихотилломанию [10], которые в большей степени по своим механизмам являются расстройствами влечений, а не аддиктивными расстройствами.

Д.В.Четверяков к формам потенциально аддиктивных поведенческих паттернов химические (алкоголизм, наркомания), физиологические (сексуальная аддикция, аномальное пищевое поведение), виртуальные (компьютерная и телевизионная зависимости), интерперсональные (аддикция отношений, любовная зависимость, созависимые отношения) и социальные (ургентная аддикция, трудовоголизм, дачная аддикция, фанатизм, гемблинг и гаджет-аддикции) типы аддиктивных реализаций [24].

Наиболее подробную классификацию «зависимостей от способов жизни (поведения)» предложил А.В.Котляров [цит. 10], выделяя 18 их видов в соответствии с искусственными реальностями, которые они создают:

- зависимость от идеологий (культизм, сектанство), экзистенциальная зависимость (поиски смысла жизни с метафизической интоксикацией, в т.ч. зависимость от психотерапии);
- зависимое пищевое поведение (ожирение, склонность к диетам и голоданию);
- зависимость от внешности;
- сексуальная зависимость (в т.ч. донжуанизм, нимфомания, порнозависимость и зависимость от влюбленности);
- одиночество как вариант зависимости;
- созависимость (зависимость от контроля значимого человека);
- киберрадикация, виртуальная зависимость (серфинг в Интернете, криминальное программирование, гейм-аддикция);
- информационная зависимость от СМИ, PR и т.д. (TV аддикция, зависимость от рекламы);
- экономическая зависимость (от иерархии и денег);
- гемблинг (зависимость от азартных игр);
- трудовоголизм (синдром профессионального сгорания);
- гаджет-аддикция (зависимость от приборов, в т.ч. от мобильных телефонов);
- зависимость от обладания (хобби, привязанность к домашним животным, коллекционирование, аудиофилия);
- виктимная зависимость, аутоагрессивное (мазохизм, суицидальное поведение, стокгольмский синдром и т.д.) и агрессивное поведение (садизм, терроризм, преступная жизнь и синдром перманентной войны – комбатант-аддикция);
- зависимость от перенесенных расстройств, травм, болезней (постстрессовый синдром, последствия тяжелой болезни, утрат и т.д.);
- зависимость от потребления, от совершения покупок;

- зависимость от ограничивающих убеждений (пограничные психические расстройства, психосоматические заболевания);
- другие зависимости: графомания, «запойное чтение», синдром веселого автовождения, синдром скупости, транжирства, цейтнот-аддикция (ургентная).

Отдавая должное другим классификациям, А.Ю.Егоров предлагает следующую классификацию нехимических зависимостей, которая, по нашему мнению, является наиболее оптимальной [10]:

- патологическое влечение к азартным играм(гемблинг);
- эротические аддикции (любовные и суксуальные);
- социально приемлемые (трудоголизм, спортивные аддикции, аддикция отношений, аддикция траты денег, религиозная аддикция);
- технологические аддикции (Интернет-аддикция, зависимость от мобильных телефонов, телевизионная, тамагочи-аддикция и другие гаджет-аддикции);
- пищевая аддикция (переедание, голодание).

Гемблинг АЮ Егоров выделяет в отдельную группу, т.к. эту форму можно назвать моделью нехимических аддикций, по своим проявлениям и последствиям более всего напоминающую аддикции химические. Выделение в отдельную группу эротических аддикций автор связывает с тем, что во всех случаях субъектом аддикций выступает другой человек и реализация зависимости происходит через отношение к этому человеку.

Выделение группы «социально приемлемых» нехимических зависимостей автор объясняет тем, что они представляют особый интерес для аддиктологии в плане проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для химически зависимых.

Существуют универсальные критерии диагностики для всех форм аддикции. И. Маркс [10] предложил следующие критерии поведенческих (нехимических) зависимостей:

- побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (тяга);
- возрастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена;
- завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение (изменение настроения, положительное подкрепление);
- повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (симптомы абстиненции);
- внешние проявления уникальны для данного симптома аддикции;
- последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска);
- гедонистический оттенок на ранних стадиях аддикции.

Особенность технологических аддикций состоит в том, что объект зависимости является предметом этой зависимости, средством реализации других поведенческих форм зависимого поведения.

В пищевой аддикции еда становится подкреплением положительной эмоциональной реакции, которая достигается либо при переедании, либо при

голодании. Поэтому, можно считать, что нервная анорексия и нервная булимия – формы аддиктивного поведения.

Рассмотрим подробнее каждую форму нехимической аддикции.

### 3.2. Пищевая аддикция

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию. Пищевое поведение зависит от культурных, социальных, семейных и биологических факторов и меняется при дистрессах, тревоге и под воздействием общественного мнения. Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное (переедание и голодание).

Главная причина ожирения и избыточного веса — переедание. В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) переедание классифицируется по шкале F 50 - расстройства приема пищи [Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10)]. *Классификация расстройств* пищевого поведения включает нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание.

*Нервная анорексия* (голодание) представляет собой сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой полноты, с недовольством собственной внешностью. Она характеризуется поведением, направленным на похудение, своеобразной манерой отношения к еде, потерей веса, страхом прибавить в весе, нарушением схемы тела. Типичный возраст формирования анорексии - подростковый.

*Нервная булимия* (обжорство) - это нарушение пищевого поведения, для которого характерны навязчивая еда и рвота или еда и дефекация. *При булимии* отмечается постоянная озабоченность приемом пищи, повторяющиеся приступы переедания и чувство потери контроля над поведением во время приступа: сильное желание или навязчивое стремление есть.

*Компульсивное переедание* отличается от анорексии и булимии отсутствием компенсаторного поведения, оно характеризуется тем, что человек, не осознавая своих мотивов, потребляет большое количество пищи.

Существуют три основных типа *нарушения пищевого поведения*:

- *Экстернальное пищевое поведение* - проявляется повышенной реакцией индивида не на внутренние стимулы к приему пищи, а на внешние (накрытый стол, реклама пищевых продуктов). Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», избыточного приема пищи в гостях, покупки излишнего количества продуктов.

- *Эмоциогенное пищевое поведение* (синонимы — *гиперфагическая реакция на стресс и эмоциональное переедание*) - стимулом к приему пищи становится не голод, а *эмоциональный дискомфорт*: человек ест не потому, что голоден, а когда неспокоен, тревожен, раздражен, он подавлен, обижен, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т.д.

- *Ограничительное пищевое поведение* характеризуется сменой периодов пищевых самоограничений с бессистемными строгими диетами и переедания с новым интенсивным набором веса. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название *диетической депрессии*. Впервые ее описал А. Стункард в 1953 году, объединив под этим понятием комплекс отрицательных эмоциональных ощущений: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, удрученность и т.д. [3].

*Нарушение* пищевого поведения является «предболезнью», которая, при отсутствии адекватного лечения, как правило, перерастает в булимию [21]. *Аддикция* к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который, человек *уходит от субъективной реальности*, что подтверждает ведущую роль психологической составляющей данного поведения [7, 14].

Главные *признаки пищевой зависимости*: гипертрофическое поведение – повторяющиеся приступы быстрого поглощения большого количества пищи с потерей контроля над своим поведением; очистительное поведение, используемое для ограничения прибавки в весе; постоянная обеспокоенность формами тела и весом, страх полноты, перепады настроения; агрессия к себе.

Одним из психологических механизмов, провоцирующих голодание и закрепляющих аддикцию, является желание изменить себя физически, выглядеть лучше в соответствии с сегодняшней модой. Другой механизм, запускающий голодание и имеющий большое значение, заключается в самостоятельной постановке задачи и возникновении чувства самоудовлетворения и гордости после ее выполнения. По мере голодания появляются признаки физического истощения. Контроль над ситуацией потерян, поэтому попытки окружающих как-то повлиять ни к чему не приводят. Аддикты живут в воображаемом мире; у них возникает отвращение к еде, выраженное в такой степени, что жевательную резинку во рту они считают достаточным для себя количеством пищи.

При анализе пищевого поведения аддикта выделяют несколько *разновидностей аддиктивных мотиваций*: атарактическую (служит для уменьшения тревоги и внутреннего напряжения), гедонистическую (направлена на поиск приятного, на удовольствие, желание побаловать себя, украсить свою жизнь), субмиссивную (неспособность отказаться от предлагаемой кем-то еды, что отражает тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих), псевдокультурную (стремление продемонстрировать изысканный вкус и материальный достаток), псевдокоммуникативную, когда общение на эмотивно-информационном уровне подменяется перееданием [2].

*Механизмы формирования пищевой зависимости*. Подчеркнем, что парадоксальность пищевых аддикций состоит в том, что объектом патологического поведения становится еда - то, без чего невозможна сама жизнь человека. Аддикция к еде — это, с одной стороны, психологическая зависимость,

а с другой — утоление голода. По мере того как еда приобретает все больший аддиктивный потенциал, происходит искусственное стимулирование чувства голода. Переедающий человек входит в зону повышенного обменного баланса. Чувство голода начинает появляться сразу с падением концентрации глюкозы в крови после очередного приема пищи. *Физиологические механизмы* рассогласовываются - появляется частое и чрезмерное поглощение пищи. На каком-то этапе человек уже стыдится переедания и стремится скрыть факт аддикции. Аддикт начинает есть в одиночку, в промежутках между любой активной деятельностью. Все это приводит к опасным для здоровья последствиям: нарастанию веса, нарушению обмена веществ и потере контроля, в результате чего человек употребляет количество пищи, представляющее опасность для жизни.

Пищевая зависимость – это *бегство от реальности в тело*. В момент фрустрации возникает желание «заесть» неприятности. Это приносит удовлетворение, так как происходит фиксация на вкусовых ощущениях и вытеснение неприятных переживаний. *Цель питания* в норме - дать энергию для жизнедеятельности, для достижения поставленных целей. При аддиктивном пищевом поведении питание становится главным во внутренней реальности человека, отодвигая на второй план движение к жизненной цели. Синдром психической зависимости от еды включает влечение к пище и способность достижения состояния психического комфорта в процессе еды.

В.Д.Менделевич делает акцент на *повышении ценности процесса* питания при пищевой аддикции. Питание избирается как альтернатива повседневной жизни с ее требованиями и обязанностями. *Психическое влечение* выражается в постоянных мыслях о еде, в подъеме настроения в предвкушении ее приема, в подавленности и неудовлетворенности в отсутствии лакомств и деликатесов. Аффективно насыщенная привязанность к еде искажает мышление, а субъективная ценность интересов, не связанных с едой, снижается [18].

Пищевая зависимость опасна тем, что формируется быстро и незаметно в силу регулярности питания и на ранних стадиях не вызывает беспокойства, но «запущенная» форма уже с трудом поддается. В психоаналитической концепции нарушения пищевого поведения рассматриваются как оральный регресс, процесс принятия пищи интерпретируется как возвращение к состоянию спокойствия и тепла возле матери [22]. Большинство аддиктов описывают процесс еды как «ощущение первичной гармонии», состояние спокойствия, блаженства — сродни состоянию младенца после кормления. Принятие пищи — это своеобразное возвращение к сосанию материнской груди, а еда - *оральный способ компенсации*.

Большое влияние имеет эмоциональное состояние матери во *время кормления* младенца, когда у ребёнка и возникает первая связка «еда есть любовь», так как другие проявления любви (телесный контакт, ласковая мимика, воркование, холдинг) в его жизни пока ограничены. Результаты исследований Р. Спиз убедительно подтвердили тот факт, что от регулярного, но

*безэмоционального кормления* у части младенцев наступала смерть от нарушений пищеварения или тяжелые душевные и физические нарушения. Если же каждый ребенок при кормлении брался на руки и кормление сопровождалось улыбкой, то нарушения не возникали. Таким образом, одна из *причин пищевых аддикций* заключается в нарушенных ранних взаимоотношениях между младенцем и матерью [1].

Нарушенное пищевое поведение на этом этапе развития ребенка может быть связано с:

- переживанием *дефицита защищенности и любви*. Личность как бы изначально утрачивает способность ощущать сытость и удовлетворенность. Пища бессознательно выбирается для защиты от нежелательных аффектов, например депрессии и страха. Вследствие этого затрудняется контроль над употреблением пищи.

- *фрустрацией витальных потребностей в раннем возрасте*. Кормление не по требованию ребенка, а в удобное для родителей время, вероятно, - один из первых случаев в его жизни, когда ребенок чувствует, а в дальнейшем начинает и осознавать, что он делает что - либо не в тот момент, когда он «этого» хочет, а когда «это» удобно окружающим, т. е. он несвободен.

- *нарушением коммуникации* пищевого аддикта со своим *телом*. По гипотезе П. Куттера человек с ожирением не воспринимает вовремя сигналов своего тела или недостаточно любит его. В первом случае определяющую роль играет слишком доминирующая мать, которая мешает ребёнку овладеть своим телом и подавляет его инициативу; во втором - имеет место дефицит любви и внимания со стороны матери, поэтому ребёнок чувствует себя нелюбимым, более того он не способен сам любить себя и своё тело [13].

Ожирение *в период взрослости* возникает в результате воздействия разнообразных факторов: нарушение метаболизма, неправильное поведение во время еды, физические причины (результат заболевания организма), психические причины (потребность в еде, как результат душевных переживаний). Среди последних чаще встречаются следующие:

- фрустрация при утрате объекта любви: подавленность может сопровождаться повышенным аппетитом;

- общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к перееданию;

- ситуации, требующие особых усилий и повышенного напряжения (подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки) пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленному потреблению пищи или к курению

Во всех этих ситуациях еда играет роль заместителя удовлетворения. Отрицательные эмоции порождают напряжение, стремясь к разрядке, человек начинает есть, так как срабатывает механизм «орального успокоения», выработанный в младенчестве и влекущий за собой чувство расслабленности и безопасности.

Таким образом, при помощи питания человек пытается переварить негативные эмоции. Основные причины лишнего приема: с целью приглушения негативной эмоции или чувства непонятного, неясного, беспричинного дискомфорта; при чувстве тревоги, вины, агрессии, гнева, скуке, апатии.

Пищевая аддикция чаще всего развивается у *женщин*: это обусловлено ее социальной ролью матери, хозяйки дома, чаще сталкивавшейся с продуктами питания и процессом приготовления пищи. Кроме того, различия в воспитании девочек, которые чаще, по сравнению с мальчиками, растут в атмосфере гиперпеки, способствуют формированию пассивности, подчиняемости в поведении. Тем самым аддикция к еде становится у женщин социально приемлемым способом ухода от реальности, не вызывая протеста и осуждения в социуме.

### 3.3 Гемблинг-аддикция

Зависимость от азартных игр называют гемблинг-зависимостью, которая, в настоящее время приобрела глобальный характер. Такая зависимость имеет очень серьезные последствия для патологических игроков и заканчиваются, как правило, нищетой и самоубийствами. Этой проблеме посвящены работы таких авторов, как В.Д. Менделевич, А.Ю. Егоров, Е.А.Волкова, Ф.Г. Щеглов, В.В.Зайцев и др. [9,12,19,25]

Ц.П. Короленко и Т.А. Донских выделили некоторые характерные признаки азартных игроков:

- 1) постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры;
- 2) изменение круга интересов и замена их игровой мотивацией, постоянные мысли об игре;
- 3) «потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей;
- 4) состояние психологического дискомфорта, раздражения, труднопреодолимого желания вновь преступить к игре. Такие состояния напоминают абстиненцию у наркоманов и сопровождаются соматическими нарушениями (головной болью, снижением настроения, потерей сна, беспокойством);
- 5) формирование реактивной зависимости: увеличивается количество игр и частота участия в игре, стремление ко все более высокому риску;
- 6) быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну, что выражается в возобновлении гемблинга при малейшей провокации (созависимые ситуации).

Чтобы диагностировать состояние как патологическое влечение к азартным играм, оно должно отвечать следующим критериям [10]:

- повторные (два и более) эпизоды азартных игр на протяжении не менее года;

- возобновление этих эпизодов, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушение социальной и профессиональной адаптации;

- невозможность контролировать влечение к игре, прервать ее волевым усилием;

- постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре.

Говоря о личностных особенностях проблемных гемблеров, большинство исследователей указывают на потерю контроля над собственным поведением, высокий уровень нейротизма, импульсивность.

Выделяют три группы проблемных гемблеров:

- гемблеры с нарушением поведения;

- эмоционально неустойчивые гемблеры;

- антисоциальные гемблеры, склонные к импульсивным поступкам.

Больные патологическим гемблером считают, что они обладают особым «шестым чувством» и более удачливы, чем все остальные. Снижение волевой деятельности у патологических игроков проявляется расстройством преодоления препятствий, и смещением профиля личности в сторону экстернальности, которое прямо зависит от эмоциональной неуравновешенности наряду с более низкой способностью к прогнозированию жизненных событий.

Е.Г. Горлова в своих исследованиях указывает на то, что гемблинг способствует заострению зависимых черт личности и соответствующих индивидуально-психологических особенностей (делигирование ответственности за свои поступки обществу и фортуне). Самооценка гемблеров неадекватна и нестабильна. В результате противоречия между Я-реальным и Я-вертуальным у них развивается внутриличностный конфликт, выраженность психического инфантилизма с внушаемостью.[6].

В.Л. Малыгин и Б.Д.Цыганков считают, что одним из важных мотивов обращения к игре являются «мечты о новой, более яркой жизни» в случае выигрыша, часто сопровождающиеся неспособностью обеспечить себе в реальности комфортные условия существования, что может свидетельствовать о своеобразной психологической защите и формировании иллюзорно-компенсаторного поведения гемблеров [16].

Многие авторы находят общие черты у наркозависимых и у гемблеров: опасение открыто показывать свои эмоции, замкнутость, заниженная самооценка, восприятие всех плохими; низкая способность принимать свою агрессивность, которую стремятся скрыть. В отличие от игроков, наркозависимые не способны соотносить прошлое и будущее с настоящим и видят мир более мрачным. Кроме этого, авторы отмечают тот факт, что творческий потенциал наркозависимых – очень низкий, они отличаются бесчувственностью и неспособностью глубоко и тонко ощущать себя, собственные переживания и потребности. Не зря наркоманию называют болезнью «замороженных чувств».



Таким образом, авторы пришли к выводу, что для наркозависимых характерен максимально низкий уровень самоактуализации, самореализации с высокой личностной и ситуативной тревожностью, бесчувственностью, агрессивностью и неприятием себя. Мир ими воспринимается как злой, недоброжелательный, а жизненные противоречия – как антагонистические. Гемблерам присущи такие характерологические особенности, как неуравновешенность, неуверенность в себе, нерешительность, обидчивость, глубина и устойчивость эмоций при слабом внешнем выражении; подавленное настроение, быстрая утомляемость. Вместе с тем, по сравнению с наркозависимыми психологические проблемы и отклонения у гемблеров менее выражены, что предполагает возможность более успешной коррекции в этой группе аддиктов.

Среди микро- и макросоциальных факторов, предрасполагающих к гемблингу, выделяют следующие: неправильное воспитание, участие родителей и знакомых в играх, стремление к игре с детства (карты, монополии и т.д.), вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым; убеждение в том, что все проблемы можно решить деньгами [14].

Психоаналитические концепции патологического влечения к азартным играм исходит из того, что за нелогичной, постоянной уверенностью патологического игрока в выигрыше скрываются инфантильные фантазии всемогущества, ожидание неограниченного удовлетворения своих желаний. Постоянное возвращение к игре означает протест, бессознательное агрессивное отношение к реальной действительности, отрицающей эти фантазии [21].

Р. Кастер выделил три стадии развития гемблинга [цит. 9]:

- 1) стадию выигрыша;
- 2) стадию проигрыша;
- 3) стадию разочарования.

Стадия выигрышей имеет следующие признаки: случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, увеличению размера ставок, частые игры, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

Для стадии проигрышей характерны: игра в одиночестве, размышления только об игре, хвастовство выигрышами, неспособность остановить игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ отдавать долги, изменение личности – необщительность, раздражительность, утомляемость, тяжелая обстановка дома, отчаянные попытки прекратить игру.

Признаками разочарования являются: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, большие размеры ставок, удаление от семьи и друзей, угрызания совести, раскаяние, паника, безнадежность, уход в себя, суицидальные мысли, злоупотребление алкоголем.

В.В.Зайцев и А.Ф.Шайдулина описали развитие фаз, составляющих игровой цикл [12], который мы представляем на рис. 15.

*Фаза воздержания* характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, давления микросоциального окружения, подавленности, вызванной очередной игровой неудачей.

*Фаза автоматических фантазий*, когда гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрышей, вытесняя эпизоды проигрышей.

*Фаза нарастания эмоционального напряжения*. В зависимости от индивидуальных особенностей личности возникает тоскливо-подавленное настроение, раздражительность, тревога.



Рис. 15. Игровой цикл гемблера

*Фаза принятия решения играть*. Решение формируется двумя путями:  
- гемблер под влиянием фантазий планирует способ реализации своих желаний, когда он говорит о вероятном выигрыше. Такое поведение характерно для перехода первой стадии заболевания во вторую. В основе другого варианта лежит иррациональное убеждение в необходимости отыгаться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадии заболевания.

*Фаза вытеснения принятия решения*. Интенсивность осознаваемого гемблером желания играть уменьшается, возникает иллюзия контроля над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера. Сочетание этих условий приводит к тому, что он, не осознавая риска, встречается с обстоятельствами, провоцирующими игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т.п.).

*Фаза реализации принятого решения*, для которой характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается пока все деньги не будут проиграны. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

#### **4.4. Эротические аддикции**

Эротические аддикции – это аддикции отношений с фиксацией на другом человеке. Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева выделяют три вида аддикций отношений: любовные, сексуальные и аддикции избегания. У них общие предпосылки возникновения: проблемы с самооценкой, неспособность любить себя, трудности в установлении между собой и другими; проблемы контроля, т.е. они позволяют контролировать себя или пытаются контролировать других. Характерны также навязчивость в поведении, эмоциях, проблемы с духовностью, трудность в выражении духовных чувств.

Большинство исследователей выделяют два вида эротических аддикций – любовную и сексуальную, у которых отмечают общие признаки:

- постоянный поиск сексуального партнера и новых романтических отношений;
- неспособность прибывать в одиночестве;
- постоянный выбор жестоких и эмоционально неподходящих партнеров;
- использование секса, интриги для удержания партнера;
- неуместные сексуальные связи или романтические отношения;
- игнорирование интересов семьи, карьеры для поддержания сексуальных отношений;
- ощущение себя обделенным и несчастным при постоянном партнере, при отсутствии постоянного партнера – ощущение безнадежности и одиночества;
- неоднократные попытки избегать секса в течение длительного времени для решения проблемы.

По мнению И.Н. Хмарука [23], значимость проблематики любовных аддикций заключается в том, что они:

- поражают преимущественно лиц молодого возраста;
- повышает уровень аутодеструктивного и аутоагрессивного поведения у аддиктов;
- повышают уровень суицидального риска;
- имеют большое количество коморбидных расстройств.

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой описаны следующие характерные для любовных аддиктов проявления:

1. Аддикт непропорционально много времени и внимания уделяет человеку, на которого направлена аддикция. Навязчивые мысли об этом человеке доминируют и становятся сверхценной идеей.

2. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий от другого человека, без критики своего состояния.

3. Любовный аддикт перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений.

Это распространяется и на отношения к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы. Наиболее значимые: страх быть покинутым. Это приводит к тому, что он подсознательно выбирает себе партнера, который не способен на настоящую близость. А.Ю. Егоров предполагает, что причиной этого может быть то, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Существует два признака аддикции избегания:

1. Уход от отношений со значимым человеком. Аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Отмечается амбивалентность отношений с любовным аддиктом: с одной стороны они важны; с другой – он их избегает.
2. Стремление к избеганию интимного контакта с психологическим дистанцированием. Такой аддикт осознанно боится интимности потому, что боится потерять свободу и оказаться под контролем.

#### **4.5. Социально приемлемые аддикции**

Отдельно рассмотрим социально приемлемые аддикции, т.к. они представляют особый интерес. Любая форма аддикции может легко переходить в другую форму (например, химическая — в нехимическую). Это уже должно рассматриваться как успешная ремиссия для наркомана и алкоголика. Как уже говорилось выше, к социально приемлемым формам аддикции относят: трудоголизм, спортивную и религиозную аддикцию, другие формы зависимого поведения.

##### **Трудоголизм**

Трудоголизм - это бегство от реальности, которое достигается фиксацией на работе, когда трудоголик работает не по экономической необходимости. Она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности рассматривает трудоголизм одновременно как негативный и сложный процесс, который в конечном счете влияет на способность индивида должным образом функционировать, У трудоголиков существует компульсивный драйв добиваться признания и успеха, который, однако, может привести их к неверным решениям и личностному краху.

Есть понятия «трудолюбивый» и «трудоголик», между которыми существуют принципиальные различия. Цель трудолюбивого человека - результат своего труда, для которого профессиональная деятельность - способ самовыражения и средство самообеспечения и создания материальных благ. Для трудоголика результат работы не имеет смысла, а сама работа является

способом заполнения времени, он нацелен на производственный процесс. Семейные отношения трудоголик воспринимает как помеху, которая отвлекает от работы и вызывает раздражение.

М. Гриффитс говорит о том, что основным различием трудолюбия и работоголизма, как и в случае других поведенческих аддикций, является то, что здоровые поведенческие модели что-то приносят в жизнь, в то время как аддикции забирают из жизни. Он же справедливо замечает, что поведение может быть по-разному интерпретировано в зависимости от контекста.

Одной из важных особенностей работоголизма является компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. А аддикт испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвиненным в некомпетентности, оказаться хуже других в глазах начальства.

Г. Портер называет характерные черты для любого аддикта - трудоголика: ригидное мышление, уход от действительности, прогрессирующая вовлеченность и отсутствие самокритики К. Скотт с коллегами выделили три типа трудоголизма: компульсивно-зависимый, перфекционистский и ориентированный на достижение.

Трудоголизм сопровождается характерными личностными изменениями, которые затрагивают, прежде всего, эмоционально-волевую сферу. Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие большой энергетически затраты, Он предпочитает общаться с неодушевленными предметами (реже с животными), т. к. это не требует решения насущных межличностных проблем.

Еще одной характерной чертой трудоголиков является лживость, как указывают А. Вильсон-Шаев и Д. Фассель [10].

По мнению В. Кука, трудоголиков можно отнести к добросовестному типу личности, которому свойственны следующие черты [10]:

- тщательность в работе, любовь к чистоте, порядку, старательность, терпение и усердие, но в итоге — достижение лишь средних результатов;
- стремление к безупречности во всем: в качестве, в соблюдении моральных и этических норм, требование этого от других людей;
- трудности при выборе: тщательное взвешивание всех «за» и «против», стремление быть «правильным»;
- застревание на подробностях, деталях, чрезмерная обстоятельность;
- упорство, перерастающее в упрямство, целеустремленность, прямолинейность в достижении цели;
- системность в мышлении, организованность, чрезмерное внимание к второстепенному;
- предусмотрительность, страх перед ошибками;
- накопление стрессов, напряжений, обид (неумение расслабиться, отдохнуть, простить, открыто выразить свои эмоции).

О. Веснина предложила классификацию трудоголиков [4]:

- «трудоголик для других» — это тот, кто очень много работает и очень доволен этим. Помочь «трудоголику для других» невозможно. Это все равно что лечить наркомана, который не хочет лечиться;
- «трудоголик для себя» — это тот, кто очень много работает, но испытывает по этому поводу противоречивые чувства. «Трудоголик для себя» не безнадежен. Если другие области жизни такого работника — семья, досуг, друзья — не страдают, это значит, что он любит не только работу;
- «успешный трудоголик» — это тот, кто благодаря своей работе добивается больших профессиональных/карьерных успехов;
- «трудоголик-неудачник» — это тот, кто рьяно занимается бесполезной деятельностью, которая никому не нужна. Он имитирует работу, заполняя пустоту в своей жизни.

Некоторые исследователи подчеркивают, что трудоголизм представляет опасность, иногда смертельную, как при возникновении (сверхзанятость), при прогрессировании (потеря продуктивности, проблема взаимоотношений), так и в конце (госпитализация или смерть в результате сердечного приступа). Другие приводят аргументы, что финальной стадией трудоголизма является Нарциссизм, часто характеризующийся полной потерей сострадания и эмпатии.

#### **Религиозная аддикция**

Религиозная аддикция может развиваться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потенциалом, безусловно, обладают секты, причем секты тоталитарные, применяющие проведение религиозных ритуалов. Большая часть людей попадают в секты в состоянии психологического кризиса, отчаяния. Секты используют именно это состояние, чтобы реализовать потребность заполнить душевный вакуум, обещая быстрое решение проблем.

По мнению Ц. П. Короленко и Т. В. Дмитриевой, [14, с. 383], «сравнение изменений, происходящих в психике человека результате его участия в секте, с изменениями, возникающими при аддикции, может проводиться и с количественной стороны, выражаясь в том и другом случае в стремлении человека получать все больше переживаний». По данным Н. В. Бондарева, по мере вовлечения в деятельность секты у адепта на фоне выраженной астенизации отмечается нарастание психологической дезадаптации с постепенной заменой индивидуальных форм реагирования на групповые [там же].

П. Бут [Baute, 1993] в своей книге «Когда Бог становится наркотиком» приводит достаточно большой перечень симптомов религиозной аддикции [цит. 10, с. 90]:

- 1) неспособность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации и/или обращаться с этим к религиозным авторитетам;
- 2) черно-белое, прямолинейное мышление;
- 3) основанная на стыде вера, что ты недостаточно хорош и не все правильно делаешь;
- 4) магическая убежденность, что Бог все сделает для тебя без твоего серьезного участия;

- 5) скрупулезность: ригидное навязчивое следование правилам, этическим нормам и предписаниям;
- 6) бескомпромиссные суждения: готовность всюду находить недостатки и зло;
- 7) » компульсивные или навязчивые стремления к молитвам, походам в церковь или миссионерской деятельности, приводить цитата из Писания;
- 8) нереалистичные финансовые пожертвования;
- 9) убежденность, что секс — это грязь, что все телесные и материальные удовольствия — зло;
- 10) компульсивное переедание и/или чрезмерные посты;
- 11) конфликт и споры с наукой, медициной и образованием;
- 12) прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений;
- 13) психосоматические заболевания: боли в спине, бессонница, головные боли, гипертензия;
- 14) манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога;
- 15) трансоподобное состояние, счастливое выражение лица;
- 16) ощущение правоты и превосходства: «Мы против всего мира», включая отречение от остального человечества;
- 17) разочарование, большие сомнения, психический, физический и эмоциональный кризис, призывы о помощи.

Религиозная аддикция чаще сочетается с химической зависимостью (наркомания, алкоголизм), а также с гемблингом и пищевыми зависимостями [10].

По мнению Ц. П. Короленко и Т. В. Дмитриевой, зависимость от секты представляет большую опасность, чем пищевая аддикция даже гемблинг, поскольку у религиозных аддиктов чаще возникают психические нарушения шизофреноформного характера [14]. В психиатрии и психологии говорят о новом виде патологии - культовой травме, под которой понимают «комплекс воздействий, пользуемый в деструктивных культах и направленный на изменение сознания индивида» [цит. 20, с. 47].

Он описывает следующие психи:

- Расстройства поведения, не достигающие уровня, психических расстройств. Проявляются снижением интереса к семье, друзьям, работе и учебе, изменением манеры одеваться.

- Психосоматические расстройства. Чаще наблюдаются в виде соматоформных вегетативных дисфункций, возникающих внезапно и сопровождающихся вегетативным возбуждением, интенсивной болью во внутренних органах.

- Атипичные диссоциативные нарушения. Чаще отмечаются у лиц, практикующих методы самонаведения транса. Из диссоциативных феноменов встречаются галлюцинации, паралич, нарушения сенсорной сферы.

- Посттравматическое стрессовое расстройство. Возникает, как правило, после разрыва с сектой. При этом особенно характерны подавленное настроение, безотчетная тревога, гнев, амнезия или гиперамнезия в отношении травмирующих событий, неустойчивые диссоциативные или деперсонализационные эпизоды, а также ощущение беспомощности, безнадежности и отчаяния, изменение отношений с другими людьми (изоляция и отчуждение).

- Синдром зависимости. Это нарушение личности проявляется потерей собственной воли и критичности к культовому учению, полным подчинением лидеру. Жизненно важные решения принимаются только после совета и с разрешения старшего по культу. Вслед за этим возможно развитие более тяжелых психических расстройств, вплоть до психозов с агрессивным и суицидальным поведением.

- Психозы, ассоциированные с культовой травмой. Для этих расстройств характерен индуцированный характер. Выделяют синдром сверхценных психогенных идей религиозного содержания, [индуцированный религиозный сверхценный и паранойяльный бред, которые могут возникать как самостоятельно, так и в рамках имеющегося шизотипического расстройства или шизофрении.

Положительная сторона религиозной аддикции – реабилитация химически зависимой личности. Несмотря на то, что зависимое поведение остается, однако, форма менее опасна как для самого аддикта, так и для общества в целом.

### **Спортивная аддикция**

Спортивная аддикция чаще встречается среди лиц молодого и среднего возраста — среди спортсменов, людей, ведущих активный образ жизни. Термин «аддикция упражнений» принадлежит П. Бэжеланду, когда он исследовал эффект депривации физической нагрузки [10].

Е. Эйдман и С. Вуллард рассматривали различные симптомы отмены, которые возникали у спортсменов при невозможности тренироваться: беспокойство, нетерпеливость, чувство вины, напряжение и дискомфорт, а также апатию, медлительность, потерю аппетита, бессонницу и головную боль. Эта зависимость проявляется в виде трех и более из нижеперечисленных признаков [10]:

- толерантность, т.е. потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта от прежнего объема тренировок;
- симптомы отмены (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки;
- эффекты намерения, т.е. повышение физической нагрузки относительно запланированной;
- потеря контроля — настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль.

М. Мерфи предлагает три психофизиологические гипотезы возникновения аддикции упражнений: термогеническую, катехоламиновую и эндор-



финовую. Термогеническая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и снижает соматическую тревогу. Катехоламиновая гипотеза предполагает, что физическая нагрузка приводит к выработке катехоламинов, которые в значительной мере обеспечивают контроль над вниманием, настроением, движениями, а также над реакциями эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Третья гипотеза — эндорфиновая — является наиболее известной. Эта теория предполагает, что физические упражнения способствуют выработке эндогенных морфинов, что приводит к повышению настроения [цит.10].

Также, как и религиозная, спортивная зависимость имеет положительное значение для профилактики и реабилитации химических аддиктов. В качестве видов спорта как альтернативы аддиктивного поведения одни авторы предлагают восточные единоборства, которые обладают рядом качеств, необходимых для самореализаций, самоутверждения, приобретения собственных взглядов. Другие исследователи предлагают комплекс упражнений, разработанный, на основе хатха-йоги, включающий как физические, так и дыхательные упражнения. Например, в реабилитационном центре «Перекресток семи дорог» в Иркутской области используются такие спортивные занятия, как йога и футбол.

Спортивная аддикция, как и любая зависимость, легко может менять форму и переходить в другую, в том числе и химическую. Современный профессиональный спорт тесно связан с приемом различных допинговых средств, часть из которых относится к ПАВ. Именно с этим связан высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов.

#### **Другие виды нехимической аддикции**

Коллекционирование как форма аддиктивного поведения в отечественной литературе описана А. В. Котляровым. Суть коллекционирования — это выстраивание вокруг себя реальности, состоящей из особых вещей. Автор приводит два основных варианта коллекционирования [15]:

- коллекционирование старинных вещей;
- коллекционирование «подлинных» вещей.

Ургентная аддикция. Проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени. Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства дискомфорта и отчаяния [14].

Состояние перманентной войны. Эта форма аддиктивного поведения была описана В.В. Постновым, В.А. Дереча, В.В. Карпцом у больных алкоголизмом ветеранов боевых действий, находившихся в состоянии депрессии. Будучи в ремиссии, эти люди стремились к созданию опасных ситуаций. В этих ситуациях больные нередко совершали асоциальные криминальные действия. Состояние перманентной войны близко к аддиктивному занятию экстремальными видами спорта и является вариантом саморазрушающего поведения [цит. 10].

## **4.6. Технологические аддикции**

Впервые понятие «технологические аддикции» ввел М. Гриффитс [8] и разделил на пассивные (зависимость от телевизора) и активные (компьютерные игры). В последнее время к технологическим аддикциям добавились зависимости от различных электронных приборов – гаджет-аддикции.

Существуют следующие признаки гаджет-аддикции [15]:

- отчетливая, осознаваемая связь настроения с использованием гаджета;
- прогрессивное возрастание времени использования гаджета;
- прогрессивное возрастание материальных затрат на гаджет; чувство вины, связанное с использованием гаджета; сужение интересов до тех, которые связаны с использованием гаджета;

Особенностью технологических аддикций, по мнению А.Ю.Егорова, выступает то, что объект зависимости (компьютер, мобильный телефон) на самом деле является, предметом зависимости, средством реализации других поведенческих форм зависимого поведения.

#### **Гаджет- аддикция**

А.В. Котляров назвал зависимость от электронных приборов гаджет-аддикцией [15]. Термин происходит от разговорного английского слова gadget – «приспособление» (в механизме); «техническая новинка». С каждым годом она становится все более заметной, отражая успехи современных технологий производства, маркетинга и рекламы.

Сама зависимость представляет собой ограничения жизни в определенной сфере из-за использования гаджетов. Гаджет заменяет ту или иную функцию человека, «модернизирует» ее. Причем, электронное устройство выбирается в соответствии с той частью жизни, в которой человек испытывает ограничение выбора, не достаточно уверен и ограниченно компетентен. Как правило, в качестве гаджета выступает мобильный телефон, ноутбук и т.д. Гаджет-аддикцией с каждым годом страдает все больше людей. Первыми предвестниками этой зависимости были безобидные тамагочи. Последние несколько лет самым популярным гаджетом является сотовый телефон. В среднем, каждый современный и активный представитель современного общества потребителей постоянно использует не менее пяти электронных приборов в повседневной жизни. Это приборы, без которых человек не представляет своей жизни, испытывает состояние дискомфорта. Теперь, чтобы «стать больше», достаточно иметь новый сотовый телефон или более качественный фотоаппарат.

Выбранный прибор – гаджет (в нашем случае мобильный телефон) – можно сравнить с фетишем. Слово фетиш в переводе с французского означает «идол», «талисман». Обозначается термином «гаджет» нечто, необходимое для получения удовольствия от действия. Это может быть предмет или ситуация. Причем, само действие никак с фетишем-гаджетом не связано, его не предусматривает. То есть он оказывается необходимым для украшения жизни там, где человек перестает видеть ее в цвете. Вместо того чтобы разо-

браться с тем, что вызывает «потускнение» жизни, он призывает на помощь гаджет. Постепенно без гаджета-фетиша получение удовольствия становится невозможным вообще. Удовольствие связывается не с действием, а с геджетом. В конце концов, человек посвящает своему гаджету отдельную часть своей жизни. Гаджет приобретает самостоятельное значение, манипуляции с ним заменяют то, для чего он был создан. Владелец дает прибору имя, думает о нем, лелеет его, злится на него, приносит ему в жертву свое время, деньги, совершенствует его. И все это приносит особое удовольствие, обособленное от радости, которую должно приносить действие, модернизируемое гаджетом.

Такая аддукция формируется в несколько стадий.

1. Мобильный телефон из средства общения перерастает в способ общения, с постепенно учащающимся ритмом использования. Увеличивается количество бессодержательных звонков и сообщений. Сначала телефон скрашивает одиночество и создает иллюзию небывалых возможностей, доступности, общения, телефон вовлекается во все виды деятельности человека, что как бы их «усовершенствует», что доставляет определенного рода удовольствие, затем этого становится мало. И тогда человек поглощается использованием всевозможных дополнительных функций телефона, и большее внимание уделяет именно им, а также их усовершенствованию. Здесь мы уже можем говорить о телефоне не как о средстве или способе общения, а как о реципиенте взаимодействия, т.е. человек начинает общаться с мобильным телефоном. Общение с телефоном начинает преобладать над общением с помощью телефона. Молодые люди начинают украшать телефон различными наклейками, рисунками, шнурками, чехлами и так далее.

2. Мобильный телефон начинает требовать к себе повышенное внимание - физическая близость, вплоть до того, что человек, ложась спать, кладет мобильный телефон рядом. Когда телефона рядом нет, в следствие каких-либо причин, человек начинает чувствовать себя подавленно, у него ухудшается настроение, возникает необходимость постоянно ощущать телефон рядом, в кармане, постоянно носить на шее, в руках. Мы не говорим о грубых нарушениях личности, как в случае с употреблением наркотиков, но социальная дезадаптация на данной стадии имеет место. Использование мобильного телефона «затягивает» и человек уже с трудом себе представляет существование без телефона.

3. Возвращение личности к первой стадии зависимости, так как производители мобильных телефонов не спят, и скорость совершенствования телефонов чрезвычайно высока, поэтому человек снова начинает знакомиться с новыми функциями. А дальше все происходит по прежнему сценарию.

На основании концепции А.В Котлярова [15] попытаемся выделить признаки зависимости от мобильного телефона:

1. Отчетливая, осознаваемая связь настроения с использованием мобильного телефона:

- поиск, приобретение, освоение, использование и модернизация телефона улучшает самочувствие;
- ощущение пустоты и подавленности вне использования телефона;
- раздражение и агрессия при любых требованиях окружающих одолжить телефон или прекратить на время им пользоваться;
- при прекращении использования телефона (временные неполадки, внешние препятствия или поломка) развивается выраженная подавленность, тревога, навязчивые мысли, фантазии или мечты об использовании;
- при потере телефона, человек испытывает переживания, сравнимые с глубокой жизненной утратой;

2. Прогрессивное возрастание времени использования мобильного телефона:

- время использования телефона, необходимое для получения удовлетворения, возрастает, затягивается;
- телефон используется в течение большего количества времени или чаще, чем было задумано;
- человек испытывает сложность и невозможность при необходимости «оторваться» от использования или выбора телефона;
- огромное количество времени тратится на деятельность, связанную с телефоном (покупка аксессуаров и т.д.);
- наблюдается лживость при оценке времени использования телефона и затрат на его обслуживание, приобретение, модернизацию;

3. Прогрессивное возрастание материальных затрат на мобильный телефон:

- затраты на телефон возрастают и приводят к отказу от удовлетворения других потребностей;
- приобретение новых разновидностей телефона при отсутствии необходимости;

4. Чувство вины, связанное с использованием мобильного телефона:

- попытки отказаться от использования и модернизации телефона или контролировать этот процесс безуспешны и сопровождаются чувством вины;

5. Сужение интересов до тех, которые связаны с использованием мобильного телефона.

6. Физические, психологические, семейные и профессиональные проблемы, связанные с использованием мобильного телефона:

- значимая деятельность и отдых прекращаются или редуцируются в связи с использованием телефона;
- пренебрежение профессиональными обязанностями из-за использования телефона;

- семейные конфликты из-за поглощенности телефоном и затратами на него;
- туннельный синдром (поражение нервных стволов руки, иногда его называют - синдром большого пальца), нарушение зрения, головные боли и расстройства сна.

Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных признаков уже говорит если не о самой зависимости, то о предрасположенности к зависимости.

Мобильные телефоны коварны потому, что они на самом деле достаточно полезны. Они действительно модернизируют ту функцию, для которой были созданы. Приборы делают эту функцию более доступной, контролируемой и приятной. Именно этим зависимый легко оправдывает свое «увлечение», т.к. преимущества использования мобильного телефона очевидны. Но эти же преимущества рано или поздно превращаются в ловушку. Например, сотовые телефоны делают общение более доступным (всегда и везде, если вы находитесь в зоне действия сети и на вашем счету достаточно средств). Такая доступность настолько облегчает взаимодействие, что приводит к тому, что обычное общение, «лицом к лицу» становится менее важным, чем общение через телефон.

Человек склонный к зависимости легко прерывает любое общение при звонке сотового телефона, автоматически и неосознанно считая, что информация от телефона важнее. Человек с имеющейся зависимостью с большим вниманием будет воспринимать информацию, если она передана ему при помощи телефона. Со временем с кем и зачем он общается, человеку становится не так важно, как доступность для общения. В итоге общение и доступность становятся самоцелью. Как уже говорилось выше – общение для общения.

Еще одно доказательство эффективности и полезности модернизации – способность при помощи мобильного телефона контролировать функцию, которую он заменяет. Например, по мобильному телефону вы общаетесь столько, сколько хотите. Это полностью под контролем абонента и обеспечивается определителем номера. Желательных собеседников абонент награждает симпатичными картинками и приятными мелодиями. С тем, кто «не достоин» общения, поступает так, как позволит фантазия. В результате человек ограничивает свое взаимодействие только с теми, кто для него «удобнее». Для зависимого это означает лишение возможности выйти за узкие, ограниченные рамки общения, консервирование своих зависимых отношений при помощи телефона.

И, наконец, телефон делает функцию приятной. И удовольствие все больше становится самостоятельным, не связанным с функцией. Мобильный телефон может вызвать положительные эмоции без использования по прямому назначению, сам по себе. Он делает удовольствие самостоятельным, отдельным. Причем производители мобильных телефонов заняты, а первую очередь, развитием именно этих дополнительных качеств.

Основная функция прибора становится чем-то дополнительным или даже совсем ненужным. В мобильном телефоне аксессуары, картинки, мелодии, игры и прочие функции для большинства важнее, чем связь с другими людьми. Зависимый больше удовольствия получает от того, что телефон «определил» абонента определенной мелодией, выдал определенную картинку, чем от сообщения, информации этого абонента.

Человек, страдающий зависимостью от мобильного телефона, приобретает новые приборы не для того, чтобы улучшить свою жизнь, а для того, чтобы ее «усовершенствовать». На практике это переходит в бегство от действительности. Телефон достаточно деликатно «помогает» изменить жизнь в той области, с которой есть проблемы. Он предлагает красивое техническое усовершенствование, своего рода «прослойку» между человеком и действительностью. И эта прослойка не приближает жизнь, а отдаляет от нее, закрывает собой. Удовлетворение от использования телефона быстро притупляется, поскольку это никак не меняет реальную жизнь. Человек не успевает определить причины этого падения удовольствий, поскольку ему тут же предлагают связать это с появлением новых моделей, более совершенных, современных и престижных устройств.

Таким образом, мобильная зависимость становится особенно разрушительной для внутренней реальности человека, когда он обнаруживает, что телефон позволяет не только изменить процесс общения с людьми. Он дает возможность не общаться с собой, игнорировать то, что происходит внутри, особенно во время ожидания или поездок в транспорте. Зачем прислушиваться к тому, что происходит внутри, когда можно прислушиваться: не звонит ли мой телефон? Для чего грустить и задумываться, если можно закачать картинку, мелодию, поиграть в игру, выйти в Интернет, воспользоваться фотоаппаратом, видеокамерой, плеером. Телефон превращается в центр развлечений – отвлечений от себя. При этом возможность забыть о себе всегда под рукой.

Стоит сказать, что зависимое поведение в данном случае является аутодеструктивным поведением, связанным с зависимостью от специфической активности, которой в данном случае является использование мобильного телефона, в целях изменения психического состояния. Субъективно оно переживается как невозможность жить без телефона, как непреодолимое влечение к нему.

### **Интернет-зависимость**

Прогресс не стоит на месте, большими темпами развиваются все отрасли нашей жизни. Одним из преимуществ современного мира является интернет. Через интернет можно отправлять почту, общаться с друзьями, узнавать что-то новое, играть в игры, работать, слушать музыку и смотреть фильмы, а также многое и многое другое. Однако изначально интернет предназначался для научно-исследовательских и военных целей, сейчас же он приобрёл повсеместный характер. Вред интернета до конца не доказан, однако дискуссии на эту тему поднимаются исследователями достаточно серьёзно.

Дело в том, что в связи с возрастающей компьютеризацией и «интернетизацией» общества стала актуальной проблема паталогического использования Интернета. Речь идёт о так называемой «Интернет-зависимости» (Internet addiction, синонимы: интернет-аддикция, нетаголизм, виртуальная аддикция). Первыми с ней столкнулись врачи-психотерапевты, а также компании, использующие в своей деятельности Интернет и несущие убытки, когда пребывание сотрудников в сети приобретает паталогический характер.

Поведенчески интернет-зависимость проявляется в том, что люди настолько предпочитают жизнь в Интернете, что фактически начинают отказываться от реальности, проводя до 18 часов в день в виртуальном мире. В своей статье «Социально-психологические аспекты общения в Интернете», опубликованной в Сети, А.Е. Жичкина пишет: «Основные разновидности деятельности, осуществляемой посредством Интернета, - общение, познание и игра – могут захватывать человека целиком, иной раз не оставляя ему ни времени, ни сил на что-либо другое» [11].

Явление интернет-зависимости изучается в зарубежной психологии с 1994 года. Интернет-зависимость определяется как "навязчивое (компульсивное) желание выйти в интернет, находясь off-line (не в интернете), и неспособность выйти из интернета, будучи on-line (в интернете)". Исследователи приводят различные критерии интернет-зависимости:

Кимберли Янг описала стадии формирования интернет-зависимости. Сначала происходит знакомство с возможностями интернета, которая ведет к заинтересованности этим новым ресурсом информации и общения. Однако вскоре жизнь в виртуальном мире начинает замещать значимые стороны реальной жизни. Впоследствии это может привести к полному уходу в виртуальный мир [8].

Кимберли Янг приводит 4 симптома ИЗ (интернет-зависимости):

- навязчивое желание проверить e-mail;
- постоянное ожидание следующего выхода в интернет;
- жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в интернет;
- жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на интернет.

Более развернутую систему критериев приводит И.А. Голдберг [цит. 10]. По его мнению, можно констатировать интернет-зависимость при наличии 3 или более пунктов из следующих:

1. Толерантность.

1.1. Количество времени, которое нужно провести в интернете, чтобы достичь удовлетворения, заметно возрастает

1.2. Если человек не увеличивает количество времени, которое он проводит в интернет, то эффект заметно снижается.

2. Синдром отказа.

2.1. Характерный "синдром отказа":

2.1.1. Прекращение или сокращение времени, проводимого в интернете

2.1.2. Два или больше из следующих симптомов (развиваются в течение периода времени от нескольких дней до месяца):

- Психомоторное возбуждение
- Тревога
- Навязчивые размышления о том, что сейчас происходит в интернете
- Фантазии или мечты об интернете
- Произвольные или непроизвольные движения пальцами, напоминающие печатание на клавиатуре.

Симптомы, перечисленные в пункте 2, вызывают снижение или нарушение социальной, профессиональной или другой деятельности.

2.2. Использование интернета позволяет избежать симптомов "синдрома отказа".

3. Интернет часто используется в течение большего количества времени или чаще, чем было задумано.

4. Существуют постоянное желание и/или безуспешные попытки прекратить или начать контролировать использование интернета.

5. Огромное количество времени тратится на деятельность, связанную с использованием интернета (покупку книг про интернет, поиск новых браузеров, поиск провайдеров, организация найденных в интернет файлов).

6. Значимая социальная, профессиональная деятельность, отдых - прекращаются или редуцируются в связи с использованием интернета.

7. Использование интернета продолжается, несмотря на знание об имеющихся периодических или постоянных физических, социальных, профессиональных или психологических проблемах, которые вызываются использованием интернета (недосыпание, семейные (супружеские) проблемы, опоздания на назначенные на утро встречи, пренебрежение профессиональными обязанностями, или чувство покинутости значимыми другими).

Доктор М.Орзак выделила психологические и физические симптомы, характерные для патологического использования компьютера [цит. 11].

*К психологическим симптомам* М. Орзак отнесла следующие: хорошее самочувствие или эйфория за компьютером; невозможность остановиться; увеличение количества времени, проводимого за компьютером; пренебрежение семьей и друзьями; ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером; ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности; проблемы с работой или учебой.

*Физические симптомы таковы:* синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц); сухость в глазах; головные боли по типу мигрени; боли в спине; нерегулярное питание, пропуск приемов пищи; пренебрежение личной гигиеной; расстройства сна, изменение режима сна.

**Виды Интернет-зависимых.**



Марк Гриффитс делит Интернет - зависимых на две группы, выделяя аддиктов (зависимых) первого и второго порядков [цит.10].

*Аддикты 1-го порядка* чувствуют себя в приподнятом настроении во время игры. Они любят играть группами в сети, получают позитивное подкрепление со стороны группы, когда становятся победителями и именно это является для них главным. Компьютер для них - средство получить социальное вознаграждение.

*Аддикты 2-го порядка* используют компьютер для бегства от чего-либо в своей жизни, и их привязанность к машине - симптом более глубоких проблем (например, физические недостатки, низкое самоуважение и т.д.)

Примечательно, что возникновение интернет-зависимости не подчиняется закономерностям формирования аддикций, выведенным на основании наблюдений за курильщиками, наркоманами, алкоголиками или патологическими игроками: если для формирования традиционных видов зависимостей требуются годы, то для интернет-зависимости этот срок резко сокращается.

Интернет-зависимость становится возможной благодаря отличиям реального общения от виртуального. Эти отличия и являются теми специфическими факторами, которые привлекают потенциальных аддиктов и влияют на возникновение у них интернет-зависимости:

#### **Доступность**

При недостаточном насыщении общением в реальных контактах и при неудовлетворенности реальной социальной идентичностью возникает желание избавиться от нее, и люди могут выбрать интерактивный способ общения в качестве ухода от реальных проблем.

Нахождение в сети обладает доступной и чрезвычайно широкой возможностью поиска нового собеседника, удовлетворяющего практически любым критериям.

При этом важно отметить фактор добровольности и желательности контактов, а также возможности их прерывания в любой момент. Нет необходимости удерживать внимание одного собеседника, ведь в любой момент можно найти нового.

В интернете существует возможность для реализации практически любых представлений и фантазий с обратной связью, в том числе возможность создания новых образов Я, вербализации представлений и фантазий, не возможных для реализации в обычном мире, например, киберсекс, ролевые игры в чатах и т.д.

При этом своеобразие межличностного восприятия при общении по сети заключается в том, что оно проходит в условиях ограничения невербальной информации. Но это открывает и дополнительные возможности для общения, по сравнению с реальным. В.Е. Минаков пишет о том, что «на смену детерминантам, обуславливающим возникновение первоначального влечения к человеку в ситуации реального общения, - «близости функциональной дистанции» (т.е. территориальная доступность) и физической привлекательности, - приходит принцип, который определяет не начальное, а дальнейшее

развитие межличностных отношений: ввиду сходства установок, убеждений и ценностей. Если они резонируют, то велика вероятность возникновения не только взаимного расположения, но и эмоциональной близости» [цит.26].

Несмотря на то, что невербальные компоненты при взаимодействии в интернете ограничены, эмоциональный аспект общения компенсируется альтернативными способами. С одной стороны, это выражается в создании специальных значков для обозначения эмоций («смайликов») или в описании эмоций словами (в скобках после основного текста послания). С другой стороны, происходит перенос невербальных компонентов в сам текст за счет средств литературной образности (аллегорий, цитат, метафор, ссылок и т.п.).

Несомненно, доступ к высоким технологиям, который дают компьютерные сети, открывает перед человеком огромные возможности. Дело в том, каким образом эти возможности будут реализованы. Доступность и интерактивность может сделать Интернет притягательным в качестве средства ухода от реальности.

### **Анонимность**

По мнению большинства исследователей интернет-зависимости, главным фактором, благодаря которому это явление получило широкое распространение, является анонимность личности в сети. Интернет никому не принадлежит и не контролируется, следовательно – не управляется; не случайно основа всех социальных конфликтов вокруг Интернета – неподконтрольность и уход от надзора социальных институтов.

Анонимность предоставляет собой эффективный способ управления впечатлением о себе. Возможность «убежать из собственного тела» является одним из главных факторов, мотивирующих участие в виртуальной коммуникации. Кроме того, анонимность способствует психологической раскрепощенности, ненормативности, проявлению большей свободы высказываний и поступков, проигрыванию без ограничений социальными нормами тех ролей и сценариев, которые невозможно реализовать вне сети.

Анонимность может использоваться как инструмент безнаказанной агрессии или сексуальных домогательств. Это может проявляться, например, в форме рассылки электронных писем с оскорблениями или угрозами от чужого имени, при публичном оскорблении кого-либо в интерактивном общении.

Часто люди делают в Интернете вещи, которые по своим моральным качествам кажутся им не совсем приемлемыми в реальной жизни. Например, посещение серверов или конференций, содержащих порнографию, или представление себя лицом другого пола в интерактивном обсуждении. В подобном случае человек хочет гарантированной анонимности.

### **Идентификация**

Одной из уникальных особенностей интернета является возможность эксперимента с самоидентификацией. Во многих ситуациях (чатах, ролевых играх и т.п.) человек может выбрать любое имя, пол или манеру поведения. Люди, с которыми он будет вступать во взаимоотношения, будут восприни-

мать его через слова и действия, совершаемые в соответствии с выбранным типом.

Человек примеряет на себя возможные личности, и пробует, насколько комфортно он себя чувствует в этой роли с другими людьми. Интернет создает обстановку, которая позволяет отказаться от повседневных партнёров общения и попробовать проявить свои скрытые или подавляемые фантазии без страха быть наказанными. В любое время дня и ночи пользователь интернета может отыскать желаемого собеседника и попробовать реализовать с ним любые фантазии, которые он только может вообразить. Это безопасный и анонимный способ попробовать себя в различных фантазиях. Нецензурируемое разнообразие интернета дает людям возможность получить удовольствие и исследовать свои скрытые или подавляемые фантазии.

Таким образом, можно заключить, что различные «игры» с ролями и построение расщепленного Я в Интернете дает возможность реализовать те качества личности и переживания тех эмоций, которые по тем или иным причинам фрустрированы в реальной жизни.

### **Регрессия**

Люди, общаясь в Интернете, регрессируют. Как пишет N. Holland, «Пространство интернета соединяет в себе высочайшие достижения человеческого интеллекта и наиболее примитивные инстинкты человеческой личности. Человек всегда искал новые способы самовыражения и общения с другими людьми, и в виртуальном мире он нашел одну из таких возможностей, где можно быть тем, кем хочется, и проявлять свои эмоции без контроля со стороны внешнего наблюдателя» [цит.10].

### **Вопросы для проверки знаний**

1. Назовите универсальные критерии диагностики для всех форм аддикции по И. Марксу.
2. Представьте классификацию нехимических зависимостей, которую в России предложили Ц.П.Короленко и Дмитриева.
3. Назовите классификацию «зависимостей от способов жизни (поведения)», которую предложил А.В.Котляров.
4. Дайте характеристику гемблинг-аддикции. Почему она выделена в отдельную группу.
5. Назовите три основных типа нарушения пищевого поведения и дайте им характеристику.
6. Представьте механизмы формирования пищевой зависимости.
7. Назовите характерные признаки азартных игроков.
8. Назовите три стадии развития гемблинга и дайте им характеристику.
9. Понятие и классификация эротических аддикций.
10. Опишите характерные для любовных аддиктов проявления:
11. Чем отличается трудолюбивый человек от трудоголика?
12. Назовите расстройства и нарушения у религиозных аддиктов.
13. Назовите признаки гаджет-аддикции.

#### 14. Назовите критерии Интернет-зависимости.

##### Литература

1. Авдеева Н. Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве. /Н.Н.Авдеева. // Вопросы психологии. – 1997. – № 4, С. 3-12.
2. Белинский В.П. Клиническая характеристика пищевой мотивации у больных алиментарным ожирением. /В.П.Белинский. // Вопросы питания. – 1986. – № 6, С.24-27.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. /Р.Бернс. — М.: Прогресс, 1986. — 420с.
4. Веснина О. Общество анонимных трудоголиков //www. Newsinfo.ru. 2004.
5. Войскунский А. Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета /А.Е. Войскунский. // П—психологический журнал, 2004. — Т. 25. № 1. С. 90—100.
6. Горлова Е. Г. Патопсихологические особенности игроманов, зависимых от психоактивных веществ и актуальные аспекты их психологической реабилитации /Е.Г.Горлова // Наркология, 2006. —№ 9, С. 64-68.
7. Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В. Психология аддиктивного поведения. - /Н.В.Дмитриева, Д.В.Четвериков – Новосибирск, 2002. – 278 с.,
8. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) /А.Ю.Егоров /Аддиктология, 2005. — № 1. С. 65—77.
9. Егоров А. Ю., Волкова Е. А. Сравнительное исследование психологических особенностей наркозависимых и гемблеров /А.Ю.Егоров., Е.А.Волкова. // Общество против наркотиков: Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. — Казань: Медицина, 2006. — С. 68-72.
- 10.Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. /А.Ю.Егоров. – СПб: «Речь», 2007. – 190 с.
- 11.Жичкина А.Е. «Социально-психологические аспекты общения в Интернете» // [www.psychology.ru/internet/ecology/04.htm](http://www.psychology.ru/internet/ecology/04.htm)
- 12.Зайцев В. В., Шайдулина А. Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. /В.В.Зайцев, А.Ф.Шайдулина. — СПб.: Дом «Нева», 2003. —128 с.
- 13.Злыгостева Н. В. Коррекция аддиктивного поведения в рамках психодинамических теорий. /Н.В.Злыгостева. В сб.: «Психология и лечение зависимого поведения» /Под ред. С.Даулинг. – М., «Класс», 2002. – 226с.
- 14.Короленко Ц.П., Дмитриева И.В. Социодинамическая психиатрия. /Ц.П.Короленко, И.В.Дмитриева.М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
- 15.Котляров А. В. Другие наркотики или Homo Addiction: Человек зависимый./А.В.Котляров. — М.: Психотерапия, 2006. — 460 с.
- 16.Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры / В.Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков // Наркология, 2006. — № 9. С. 59-63.

17. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. /В.Д.Менделевич. — СПб.: Речь, 2005. — 432 с.
18. Менделевич В.Д. Пищевые аддикции. Руководство по аддиктологии. /В.Д.Менделевич. . – СПб.:Речь, 2007. – 137 с.
19. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. /В.Д.Менделевич. . – М,: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
20. Пашковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. /В.Э.Пашковский. — СПб.: Изд. дом МАПО, 2006. —144 с,
21. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. Экспертное бюро. /Ю.В.Попов, В.Д.Вид. — М., 1997. — 198 с
22. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. – Мытищи:«Талант», 1996 — 144с.
23. Хмарук И. Н. Патологическая любовь как форма болезни зависимого поведения /И.Н.Хмарук // Бехтерев В. М. и современная психология. Материалы докладов на российской научно-практической конференции. — Казань, КГУ, (29-30 сентября), Вып. 3. Т. 2.: Центр инновационных технологий, 2005. — С. 316-321.
24. Четвериков Д. В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. /Д.В.Четвериков. Автореф. дис. ... докт. психол. наук. — Новосибирск, 2002. — 34 с.
25. Щеглов Ф. Г. Игровая зависимость: рецепты, удачи для азартных игроков. /Ф.Г.Щеглов. — СПб.: Речь, 2007. — 448 с.
26. Янг К.С. Диагноз – Интернет-зависимость. /К.С.Янг // Мир Интернет, 2000. —№2, С.24-29.

## ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

### 4.1. Общие профилактические подходы

Профилактика – совокупность предупредительных (предохранительных) мероприятий в медицине, педагогике, психологической практике. Концепция профилактики зависимых форм поведения базируется на следующих понятиях:

- превентивного пространства;
- преодолевающего поведения;
- реабилитационного пространства.

Понятие *превентивного пространства* включает в себя понимание того, что первичная, вторичная и третичная профилактика являются компонентами единой профилактической цепи и не могут рассматриваться изолированно друг от друга. Разделение контингентов здоровых, групп риска и зависимых на практике достаточно условно. Так, например, профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) не может рассматриваться изолированно от профилактики других нарушенных форм поведения, так как наркотизация является лишь одним из проявлений единого комплекса психосоциальной дезадаптации, представляющего собой широкий спектр поведения риска.

Поведение риска или отклоняющееся поведение является результатом неадекватных, дезадаптивных поведенческих форм, проявляющихся в любом возрасте, с целью самоактуализации личности, поиска независимости, социальной и психологической поддержки, отстаивания персонального пространства и личностных границ, удовлетворения потребности включения в референтную группу сверстников и т.д. В связи с этим профилактика должна предусматривать, прежде всего, систему развития здоровых, адаптивных форм поведения, направленных на решение возрастных психологических и социальных задач. В основе профилактики должно лежать не пресечение основных направлений развития ребёнка и подростка, а изменение его поведения на более эффективную форму, выработку здорового поведенческого и жизненного стиля.

Понятие *преодолевающего поведения* включает в себя понимание того, что поведение человека, его жизненный стиль являются результатом формирующего взаимодействия ресурсов личности и социальной среды, с требованиями которой личность пытается справиться. В связи с этим профилактика, ставящая целью развитие здоровых социально адаптивных и эффективных форм поведения, должна быть направлена на развитие личностных ресурсов, поведенческих стратегий и социально-поддерживающих сетей.

Понятие *реабилитационного пространства* означает территориальную систему ведомств, служб, общественных инициатив, осуществляющих во

взаимодействии с населением поиск, организацию, профилактическую и реабилитационную активность среди несовершеннолетних.

Система мер по сокращению спроса на алкоголь, наркотики, игровые автоматы направлена на оздоровление нации путем уменьшения распространенности употребления ПАВ, а также уменьшение вреда и неблагоприятных последствий их употребления и строится на основе приоритета профилактических мер социально-экономического, медицинского и общественного характера и включает в себя:

- государственную систему профилактики злоупотребления ПАВ и другими формами зависимого поведения;
- медико-социальную помощь, включая низкопороговые программы предоставления медико-социальных услуг общественными организациями, муниципальными и государственными учреждениями.

Целью профилактики злоупотребления, например, алкоголем и наркотиками является сокращение масштабов алкоголизации и немедицинского потребления наркотиков, формирование позитивного отношения к трезвости и здоровому образу жизни, существенное снижение спроса на алкоголь и наркотики, прежде всего среди несовершеннолетних и молодежи.

Достижение указанной цели осуществляется решением следующих основных задач:

- укрепление психического здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни и повышения стрессоустойчивости;
- формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, ранняя диагностика нехимических аддикций, в т.ч. путем проведения активной пропаганды ценностей здорового образа жизни и иных социально одобряемых духовных ценностей; формирование у несовершеннолетних и молодежи навыков, снижающих риск формирования зависимого поведения и своевременное выявление причин и условий, способствующих его развитию и организация комплексных мероприятий по эффективному их устранению;
- развитие ювенальной юстиции как правового механизма формирования и реализации реабилитационных мероприятий в отношении несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотики и другие ПАВ;
- обеспечение трудовой занятости несовершеннолетних и молодежи, в том числе и сезонной, повышение привлекательности доступных им профессий путем увеличения размера минимальной оплаты труда, создание новых рабочих мест в сельской местности и малых городах, особенно возникших при градообразующих предприятиях;
- развитие системы раннего выявления злоупотребления алкоголем и наркотиками в первую очередь среди несовершеннолетних и молодежи, в частности, посредством ежегодной диспансеризации. Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем и наркотиками должны быть направлены на все категории населения, но в первую очередь они адресуются несо-

вершеннолетним и молодежи, находящимся в неблагоприятных социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также лицам группы повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Нельзя забывать и о том, что профилактические мероприятия необходимы и для социально приемлемых форм аддиктивного поведения. Модели профилактики различны:

- медицинская профилактика направлена на последствия химической зависимости;
- образовательная модель включает формирование, расширение и углубление знаний о последствиях любой зависимости;
- психосоциальная модель предполагает развитие навыков противостояния дурному влиянию среды, умений сделать правильный выбор. Осуществляется тогда, когда проблема у человека не возникла, но обозначилась как возможная.

#### **4.2. Содержание первичной и вторичной профилактики зависимости**

##### **Первичная профилактика**

Суть стратегии первичной профилактики - утверждение принципов и формирование навыков здорового образа жизни. Это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития зависимостей путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также повышения устойчивости личности к воздействию неблагоприятных факторов окружающей и социальной среды, способных вызвать патологические реакции. К первичной профилактике относят социально-экономические и иные меры по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию, использованию технологий «позитивного большинства» и повышения резистентности личности.

Первичная профилактика может включать широкий спектр направлений, например, информирование о зависимом поведении, пропаганда здорового образа жизни и опасности употребления психоактивных веществ [7,8] Однако, она всегда должна носить личностно направленный характер, быть ориентированной на потенциал здоровья, решать задачи сохранения и формирования личностных ресурсов человека, обеспечивающих развитие у него социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действий и установок на противостояние, отказ от негативных привычек. Для воспитания психологически устойчивой и здоровой молодежи и поддержки молодежи в трудной ситуации важным выступает развитие ресурсов социально-поддерживающей инфраструктуры.

Таким образом, первичная профилактика – это позитивная профилактика, направленная на освоение и раскрытие ресурсов психики и личности человека, помощь ему в самореализации и ее успешность определяется возможностью организации совместной деятельности всех сопровождающих че-



ловека специалистов-профессионалов при обязательном сотрудничестве с семьей.

Основным средством проведения первичной профилактики являются здоровьесберегающие программы, направленные на определенную целевую аудиторию: дети и подростки; молодежь в возрасте до 30 лет; работающее население; военнослужащие и сотрудники силовых ведомств. При проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию методов прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из группы повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, обучению детей и подростков умению отказаться от первой пробы алкоголя или наркотиков, содействию выбору позитивных жизненных стратегий.

### **Вторичная профилактика**

Среди несовершеннолетней молодежи большой процент школьников, проявляющих социально-негативные проявления в поведении. В отношении этой группы молодежи осуществляется вторичная профилактика, состоящая в сокращении социально-негативных проявлений и ограничении степени их вреда посредством раннего выявления социально-негативных явлений, обследования и оказания квалифицированной медико-психологической и социально-педагогической помощи несовершеннолетним. Ключевой задачей в этом направлении является создание эффективной системы защиты прав детей.

Своевременное выявление и коррекция личностных «искривлений» – залог успешности воздействий, предупреждающих развитие раннего алкоголизма, наркомании, бродяжничества и др. С этой целью среди других методов необходимо использовать психодиагностические комплексы, позволяющие в полном объеме изучить состояние психического здоровья ребенка.

Традиционное психопатологическое исследование личности, осуществляемое психиатром, ориентировано на выявление феноменологических проявлений болезни и постановку нозологического диагноза. Одной из задач психологической диагностики является прогнозирование вероятности появления патологических проблем, т. е. построение диагностической гипотезы. Для ее решения психолог проводит донозологическую психодиагностику, она разворачивается тогда, когда сложности еще не возникли, но специалист их обозначил как возможные. Если же выявлены какие-либо личностные или нервно-психические расстройства, то для определения их роли в снижении уровня адаптации важен последовательный и глубокий анализ психологической структуры расстройства или заболевания с выделением первичных и вторичных нарушений, определением степени их разнообразия и выраженности.

Не менее важным в диагностическом процессе выступает выделение преморбидных свойств личности, а также компенсаторных и защитных образований, которые зачастую вызываются болезнью и усугубляют адаптационный процесс. С этой целью используются различные методы, как высокой степени формализации (тесты, опросники, проективные методики), так и ма-

ло формализованные (наблюдение, опрос, анализ продуктов деятельности). Формы изучения также различны – индивидуальные и групповые, устные и письменные, вербальные и невербальные, бланковые, предметные, аппаратные, компьютерные.

Выделив основные проблемы и спрогнозировав их последствия, психолог определяет приоритетные направления в работе с несовершеннолетними и молодежью. Они могут состоять:

- 1) в коррекции негативных личностных особенностей;
- 2) в работе с человеком как с субъектом общения;
- 3) в работе с человеком как с субъектом деятельности.

Известные программы профилактики зависимостей отличаются содержанием и технологически. Программы *информационной* направленности предполагают повышение осведомленности населения о пагубности зависимостей. *Личностно-ориентированные* подходы предполагают воздействие на мотивацию достижения, самооценку, самоотношение, смысло-жизненные ориентации как базисные составляющие личностного потенциала. *Социально-воздействующий* подход направлен на развитие у молодежи умений идентификации и противостояния социальным влияниям. *Когнитивно-поведенческая* модель профилактики предполагает посредством воздействий на представления, отношение и поведение подростка снижение риска зависимого поведения. Модель *жизненных умений* (объединяет социально-воздействующий и когнитивно-поведенческий подходы) основывается на формировании у молодежи умений принимать решения и самостоятельно разрешать проблемы, при этом развитие самоконтроля, независимости, самоуважения, уверенности в себе выступает важным компонентом этого подхода.

Принципы профилактической работы с молодежью следующие:

- модульность построения программы.
- системность и последовательность;
- доступность предлагаемого материала;
- опора на знания в области психологической и педагогической наук и практики;

Программы профилактики наркомании, токсикомании, табакокурения и других аддикций должны предоставлять молодежи основные знания о феноменологии и механизмах зависимостей, а также возможных путях их профилактики. Центральное место в программах должны занимать тренинговые занятия по формированию навыков безопасного и ответственного поведения [8,9,10,11].

*Основная цель* программ: формирование у молодежи навыков здорового поведения для снижения риска формирования социально неприемлемых форм зависимости.

*Задачи:*

1. Развитие у молодежи представлений о пагубном влиянии на состояние здоровья, жизнь и деятельность наркотических и токсических средств, никотина и других зависимостей.
2. Развитие у молодого поколения стрессоустойчивости, самостоятельности и ответственности за собственную жизнь, обучение их позитивным формам поведения.

Модульность профилактической программы имеет следующий вид (рис. 16):



Рис. 16. Модули профилактической программы

Основные задачи первого модуля:

1. Знакомство с подростками.
2. Вовлечение подростков в работу.
3. Анкетирование с использованием анкеты «Твое отношение к наркотикам».

Программа и анкета представлены в приложении 11 и 12 [8].

Основные задачи второго модуля состоят в предоставлении информации о вреде социально неприемлемых форм аддиктивного поведения, формировании мотивации участия в профилактической работе.

*Обсуждаемые вопросы:*

1. Общая характеристика зависимостей.
2. Формы зависимостей: химическая и эмоциональная.
3. Распространенность и причины развития социально негативных форм зависимости.
4. Наркотик и здоровье.
5. Психологические механизмы формирования влечения к наркотическим веществам.
6. Наркотическая зависимость: синдром изменения реактивности организма к наркотическому средству, синдром физической зависимости, синдром психической зависимости. Наркозависимое поведение.
7. Последствия хронической наркотизации. Распространенность опасных заболеваний среди наркозависимых.

В модуле 3 планируется проведение тренинга «Жизнь без вредных привычек и пагубных пристрастий» [8]. При подготовке тренинга использованы материалы Лидерс А.Г., Сизанова А.Н., Хриптович В.А., Битяновой М.Р. и др.

*Тренинг* - это групповой процесс, позволяющий развить у участников возможность увидеть себя и свои проблемы со стороны, примерить новые социальные роли и приобрести необходимые навыки и умения сопротивления социально-негативным явлениям. Тренинг охватывает три основных аспекта личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Сущность когнитивного аспекта тренинга состоит в получении новой информации о социально-негативных явлениях, анализе ситуации, обыгрывании различных ролей. Эмоциональный аспект тренинга содержит переживания в связи с полученными знаниями о себе и других, осознанием успехов или неудач, достижений и неудач. Поведенческий аспект тренинга заключается в расширении и изменении поведенческого репертуара посредством осознания бесполезности и пагубности некоторых привычных способов поведения.

*Основные задачи* тренинга «Жизнь без вредных привычек и пагубных пристрастий»:

1. Повышение уровня информированности подростков о проблемах наркомании и токсикомании.
2. Формирование навыков самосохранения, самоконтроля и умения сказать «нет» пагубным пристрастиям.

Продолжительность занятий – один-два часа.

Содержанием *первого* занятия выступает создание благоприятной атмосферы для самораскрытия участников группы, ознакомление с основными принципами тренинга, правилами работы группы. Рекомендованы упражнения «Знакомство», «Принятие правил», «Представление», «Человек-образ», «Комплимент», «Шагреновая кожа», «Пересечение реки», «Невербальное общение», «Телеграммы», «Ток».

Содержание *второго* занятия: актуализация особенностей поведения каждого из участников в межличностном взаимодействии; повышение уровня информированности участников тренинга о проблемах наркомании и токсикомании. Рекомендованы упражнения: «Поздоровайтесь невербально «по-разному», «Рефлексия прошлого занятия», «Человеческий клубок», «Мозговой штурм», «Дискуссия о самоконтроле», «Горячее место», «Ток»

Содержание *третьего* занятия: актуализация особенностей поведения каждого из участников в межличностном взаимодействии; повышение уровня информированности по проблемам связанным с употреблением ПАВ. Рекомендованы упражнения: Мозговой штурм «Что такое наркотики и почему люди употребляют психоактивные вещества?», упражнение «Болото», «Билль-Буль», «Дирижер», «Ощущения», «Ток»

Содержание *четвертого* занятия: актуализация особенностей поведения каждого из участников в межличностном взаимодействии; формирование навыков самосохранения, самоконтроля и умения сказать «нет» пагубным пристрастиям. Применяемые психотехники. Упражнения «Поздоровайтесь

невербально «по-разному», «Перебранка», «Шприц», «Чертик и ангел», «Ощущения», «Ток».

Содержание *пятого* занятия: актуализация творческих особенностей каждого из участников в межличностном взаимодействии; формирование навыков самосохранения, самоконтроля и умения сказать «нет» ПАВ. Психотехники: упражнения «Ассоциации», «Совместное рисование», «Ощущения», «Ток».

Содержание *шестого* занятия формирование умения совместно принимать решения. Психотехники: упражнения «Поздоровайтесь невербально «по-разному», «Корова», «Конфликт», «Ощущения».

Содержание *седьмого* занятия выработать и развить навыки, предотвращающие употребление психоактивных веществ. Психотехники: упражнения «Поздоровайтесь невербально «по-разному». «Постройтесь по росту!», «Жизнь с болезнью», «Интервью», «Ощущения», «Ток».

В четвертом модуле осуществляется выходная диагностика, необходимая для проверки эффективности профилактической работы с использованием «Анкеты для подростков и молодежи» [8] (см. приложение 13).

Оптимальное число участников группы - 15-22 человека. С подростками занятия необходимо проводить в режиме «группы встреч», действующие длительное время по определенному расписанию (например, по 2-3 часа два-три раза в неделю в течение месяца).

Условием успешного проведения тренинга является введение специальных групповых норм - правил поведения участников группы. Соблюдение этих норм необходимо для создания комфортной психологической атмосферы для достижения цели тренинга.

Правила поведения участников группы:

1. Активность. В групповой работе участвуют все.
2. Искренность. Каждый участник искренен, что способствует установлению доверительных отношений в группе.
3. Равноценность. В группе все равны.
4. «Здесь и теперь» - обсуждается то, что происходит непосредственно в ходе тренинга.
5. Конфиденциальность. Информация, обсуждаемая в группе и касающаяся личных жизненных историй каждого, не выносится за ее пределы.
6. Конструктивная обратная связь. Участники договариваются не давать общую оценку личности, а говорить о поведении, описывать происходящее.

Профилактическая работа с несовершеннолетними и молодежью будет результативной в том случае, если к ней будут привлечены все окружающие их люди, и их взаимодействие будет строиться на принципах сотрудничества и взаимодополняемости деятельности. При этом психолог реализует поставленную цель с использованием психологических подходов, а педагог средствами педагогического воздействия.

Только посредством реализации современных социально-адаптивных стратегий развития ценностей здорового образа жизни, мотивов и умений

противостояния негативным влияниям среды, стрессоустойчивости, а также технологий раннего обнаружения случаев социально-негативных проявлений возможно формирование протективных личностных ресурсов и продуктивных форм поведения у несовершеннолетних и молодежи.

### 4.3. Третичная профилактика

Стратегия третичной профилактики основана на создании системы эффективной наркологической помощи и имеет целью социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию лиц, у которых сформировалась зависимость от ПАВ, на основе трех принципов: анонимность, доступность, бесплатность. При лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших общеуголовных преступлений, соблюдение указанных принципов обеспечивает создание доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно повышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления ПАВ и сохранение трезвости [1].

Повышение уровня мотивации на сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Поставленной цели позволяет добиться перестройка оказания наркологической помощи на основе концепции духовно-реабилитационной деятельности.

Основными рисками и угрозами в сфере оказания наркологической помощи являются:

- широкое распространение в обществе толерантного отношения к немедицинскому потреблению алкоголя и наркотиков и столь же широкое распространение негативного отношения к больным алкоголизмом и наркоманией, представление о зависимости как о распушенности и слабости воли больного, а не тяжелом хроническом психическом расстройстве;
- стигматизация больных алкоголизмом и наркоманией и повышение порога оказания медико-социальной помощи вследствие обязательных для больного постановки на наркологический учет, сопряженный с неизбежными социальными ограничениями, и возможной передачей сведений о лицах, потребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в правоохранительные органы;
- сокращение числа государственных наркологических медицинских учреждений и врачей психиатров-наркологов и фактическое отсутствие реабилитационных центров (отделений), в том числе в структуре наркологических диспансеров и наркологических больниц;
- недостаточная доступность квалифицированной бесплатной медицинской помощи и медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией и, как следствие, крайне высокий уровень рецидива среди больных, прошедших лечение в наркологических учреждениях;
- широкое распространение негосударственных наркологических учреждений, ориентированных на оказание краткосрочной неотложной нарколо-

гической помощи (обрыв злоупотребления и купирование острой фазы абстинентного синдрома); без последующей реабилитации эффективность подобного лечения крайне низка, что ведет к дискредитации наркологической помощи.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий [1].

Первая стратегия - формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков или других психоактивных веществ.

Вторая стратегия - изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Третья стратегия - осознание ценностей личности.

Четвертая стратегия - изменение жизненного стиля.

Пятая стратегия - развитие коммуникативной и социальной компетентности.

Шестая стратегия - формирование и развитие социально – поддерживающей сети.

В этих стратегиях используются различные технологии.

Принципы третичной профилактики:

- ✓ комплексность;
- ✓ дифференцированный подход с учетом возраста, степени выраженности и проявлений социально-негативных явлений;
- ✓ аксиологичность (ценностная ориентация) – формирование мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни и т.д., которые являются регуляторами человеческого поведения;
- ✓ многоаспектность – сочетание направлений целевой профильной работы. Социальный аспект – формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни. Психологический аспект – формирование стрессоустойчивых установок, позитивно-когнитивных оценок, навыков успешной жизнедеятельности и способностей сделать позитивный альтернативный выбор. Образовательный аспект включает становление системы представлений и знаний о социально-психологических, медицинских и морально-правовых последствиях злоупотребления ПАВ. Предполагает воздействие на различные субъект-объектные взаимоотношения.
- ✓ последовательность;
- ✓ легитимность - предусматривает необходимую правовую базу профилактики.

Весь комплекс реабилитационных мероприятий реализуется членами наркологической бригады, представляющей собой группу специалистов в области реабилитации, в которую входят: врач психиатр-нарколог, психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. В результате их взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного

процесса. Члены наркологической бригады составляют индивидуальную программу реабилитации для каждого больного, которая описывает все мероприятия независимо от условий их осуществления – амбулаторно-поликлинических или стационарных. Программа реабилитации согласовывается с больным, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность самого больного за ее реализацию.

Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает либо как член наркологической бригады, либо как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т.п.). Принципиальное значение в организации реабилитационного процесса имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотребление, для психологической поддержки и социального сопровождения больных, проходящих курс лечения. В конечном счете, это окажет благоприятное воздействие к формированию и укреплению у больных мотивации достижения успеха на пути к выздоровлению.

Реабилитация больных наркоманией осуществляется не в естественных условиях их проживания, а в искусственно созданной для личностного и социального восстановления (функционирования) больных реабилитационной среде, в которой реализуется программа реабилитации и идеология реабилитационного учреждения, включая систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Реабилитационная среда не только является терапевтическим инструментом ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической субкультуры и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.

Реабилитационная среда для наркологических больных может быть:

- открытой (специализированная поликлиника, сообщества анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, семейные клубы трезвости и др., а также позитивно скоррегированная семья больного, место учебы, досуга, но только в том случае, если они свободны от психоактивных веществ и если в них создан высокий уровень защищенности больных от влияния наркоманической субкультуры и употребления наркотиков;

- полузакрытой (дневной стационар, община, реабилитационное общежитие, и др.);

- закрытой (наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения, как особая система реализации реабилитационных программ [1,2].

Основные принципы Программы реабилитации представлены на рис.

18.





Рис. 18. Основные принципы Программы реабилитации

Осуществление Программы реабилитации в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем, перед больными ставится целый ряд требований, включающих тщательно распisanную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т.д. Фактически больной привлекается к сотрудничеству и в максимально короткие сроки становится ко-терапевтом в достижении целей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

В тех случаях, когда больной изначально направляется на амбулаторные условия и дневной стационар, продолжительность реабилитации при высоком уровне реабилитационного потенциала составляет от шести месяцев до одного года (при необходимости они могут пролонгироваться). Во всех других случаях – не менее двух лет.

В случаях ухудшения клинического состояния, появления неоднократных «срывов», больные направляются на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) на срок не менее двух недель для проведения противорецидивной или восстановительной терапии, а, в последствии, при добровольном согласии, переводится в стационарные условия реабилитации. После завершения реабилитационной программы в условиях стационара или общины больной направляется в амбулаторное отделение или дневной стационар для осуществления поддерживающих противорецидивных реабили-

тационных программ, участия в работе групп само- и взаимопомощи анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов.

Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарными и амбулаторными программами могут включаться программы полустационарного пребывания, которые позволяют сформировать более строгий, чем в амбулаторных условиях контроль над больными. Такие полустационарные программы могут иметь различные названия («Дом на полпути», «Дом трезвого проживания»). Однако все они предусматривают проживание выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в общежитиях при обязательном воздержании от приема психоактивных веществ и регулярное участие в программах самопомощи.

Программа включает в себя последовательный переход от более ограничительных условий лечения, к менее ограничительным. Вопрос о минимально достаточном для сохранения трезвости уровне контроля решается для каждого пациента индивидуально перед началом лечения. Максимально высокий уровень контроля предлагается пациентам на период детоксикации (купирования абстинентного синдрома), минимальный – в группах самопомощи. Это позволяет выбрать оптимальный терапевтический маршрут для больных с различными уровнями мотивации, скорректировать лечебную тактику при изменении мотивации больного.

Программа содержит несколько основных блоков (р.17):

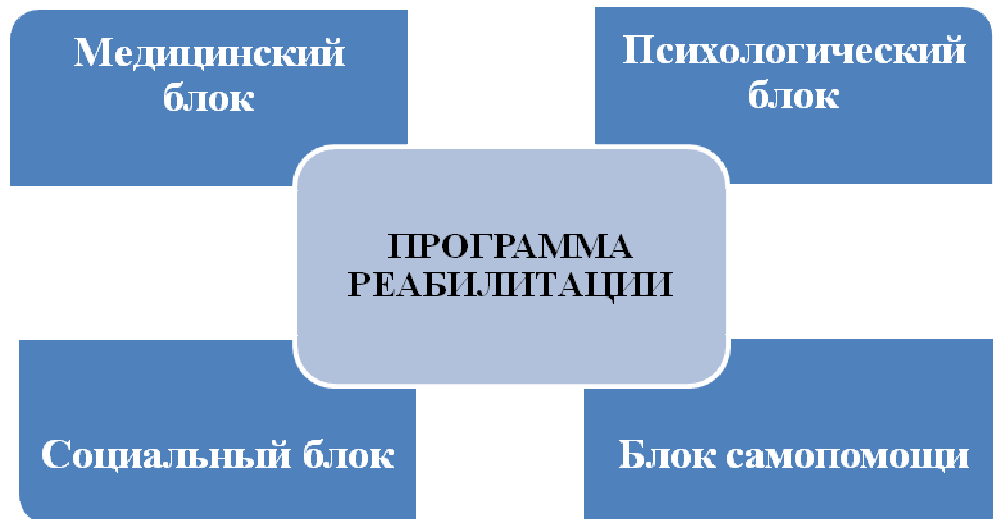


Рис. 17. Программа социальной реабилитации

Реализацию медицинского блока программы контролирует врач психиатр-нарколог, психологического – психолог и психотерапевт, социального – специалист по социальной работе (социальный работник).

Программа детоксикации (*медицинский блок*), являясь наиболее близкой к традиционным формам оказания наркологической помощи, должна

предусматривать оказание мотивационной психотерапевтической и реабилитационной помощи и представлять собой медицинскую подготовку пациента для успешного прохождения им следующих этапов лечения.

Психотерапия (*психологический блок*) проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, формирование целенаправленной нормативной личности, внутренней мотивации на участие в реабилитационных программах и отказ от употребления ПАВ, повышение нормативных уровней притязаний, восстановление эмоциональной адекватности, умение дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных задач.

Выбор и продолжительность психотерапевтических мероприятий с индивидуальными, групповыми и семейными занятиями определяется уровнем реабилитационного потенциала, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление хотя бы одного из перечисленных методов психотерапии: когнитивная (в частности, когнитивный подход к мотивации, связанный с сознанием и знаниями человека), бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также семейная психотерапия. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии как для диагностики и коррекции семейных проблем, так и для создания внутрисемейной реабилитационной среды. В качестве пациента выступает вся семья, члены которой, благодаря психотерапевтическому воздействию, обучаются дифференцироваться во внутрисемейном общении, родители дополнительно приобретают навыки взаимодействия со своими больными детьми, умению предотвращать и определять «срывы» и рецидивы заболевания.

Социально-психологический блок Программы включает в себя важнейшие элементы реабилитации и ресоциализации [2,3]:

- психодиагностику,
- психокоррекцию,
- трудовую терапию,
- занятия физической культурой,
- мотивацию к здоровому образу жизни,
- работу с созависимыми,
- профориентацию,
- содействие в трудоустройстве.

Психодиагностика представлена методами определения психологических особенностей личности с целью наиболее полного раскрытия его внутреннего потенциала во всех сферах жизни. Ее главная цель – помочь людям во время переживаемого психологического напряжения принять правильное решение с наименьшими потерями для своей нервной системы.

Выделяют объективный, субъективный и проективный подходы. При объективном подходе диагностика психических особенностей личности определяется на основании методов, применяемых человеком при выполнении деятельности и ее результативности. Согласно субъективного подхода анализ психических процессов производится путем самооценки человека на основании информации, которую человек предоставил о себе. При данном подходе оценивается поведение человека в определенных ситуациях. При проективном подходе диагностика психики осуществляется на основании взаимодействия человека и внешним нейтральным материалом, становящимся объектом внимания вследствие его неопределенности.

Учитывая деструктивный характер личности, зависимой от ПАВ, необходимо диагностировать различные ее стороны. Психодиагностику необходимо проводить в рамках понятия «Я-концепции», которая образует ядро человеческой личности: ее мотивационную структуру, самооценку, «внутреннюю картину болезни», самовосприятие, самоотношение и т.п., что в дальнейшем, ляжет в основу формирования оптимальной психокоррекционной программы, направленной на преодоление деструкции, улучшение адаптации пациентов в социуме и укрепление мотивации к выздоровлению.

Социальные требования к реабилитации (*социальный блок*) в условиях реабилитационного учреждения, организации, службы и др. включают: различные социальные проекты, создающие условия для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях – учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведение культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий, обеспечение реабилитируемых больных постоянной занятостью, что способствует формированию и укреплению мотивации деятельностного поведения и здорового образа жизни.

Социальные проекты могут быть различны и включать в себя такие формы деятельности, как: производственные (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту автомобилей, помещений и пр.); сельскохозяйственные (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство); животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство и др.). Важным фактором выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. А для этого необходимо преодолеть созависимые отношения в микрогруппе, привлекая созависимых в группы самопомощи [1].

Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и быстроты адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара. Программы реабилитации могут быть реализованы в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Больные со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала первые 2-6 месяцев должны находиться в реабилитационном стационаре (отделение, центр), а затем, по показаниям, переводятся в амбулаторию для участия в реабилитационных амбулаторных программах. Это может быть завершающая часть про-

граммы стабилизационного этапа реабилитации или профилактический (постреабилитационный) этап, направленный на достижение устойчивой (безрецидивной) интеграции в общество.

Неотъемлемой частью Программы реабилитации - деятельность групп *самопомощи*. Самопомощь представляет собой нечто большее, чем просто участие выздоравливающего в собраниях Анонимных алкоголиков или Анонимных наркоманов. Она включает в себя такие дополнительные компоненты, как работа по шагам с консультантом, участие в организационных собраниях, общественных мероприятиях и иных социализирующих действиях в лечебном сообществе, и, конечном итоге, формирование новых жизненных навыков, нового уровня резильентности. Группы самопомощи должны быть встроены в систему профессиональной наркологической помощи, где основным критерием станет уровень мотивации больного на воздержание от употребления ПАВ. Чем выше мотивация больного, чем в большей мере он способен произвольно регулировать свое поведение (сам, без фармакологических средств, при поддержке «бывших»), тем в менее ограничительных условиях будет осуществляться его лечение. Требование минимального уровня ограничений и контроля над больным со стороны медицинского персонала основано на понимании того, что чем ближе обстановка в которой проходит лечение к той, в которой живет пациент, тем ниже вероятность рецидива болезни после выписки [3].

Этапы проведения Программы социальной реабилитации включают:

- Информирование.

Существующий уровень мотивации провоцирует пациента на активный поиск информации о способах выздоровления («Контактный телефон»). Это необходимо для сохранения достаточного уровня доверия, привлечения пациента к личному контакту с наркологической службой.

- Неотложная наркологическая помощь.

Физическое страдание пациента в период прекращения злоупотребления, заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, создает наиболее благоприятные условия для формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ. Для этого необходимо минимизировать использование традиционной медикаментозной терапии при максимально возможном психотерапевтическом вмешательстве на фоне физического страдания пациента. В данном случае необходима помощь не только психотерапевта и нарколога, но и всесторонняя поддержка консультантов из «бывших».

- Амбулаторный компонент.

Реализация этого этапа осуществляется путем взаимодействия с группами самопомощи (АА/АН – сообщества Анонимных алкоголиков и наркоманов). На этом этапе предусмотрена работа с родственниками и близкими, находящимися в созависимых отношениях.

- Комплексная интенсивная групповая психотерапия.

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться как в режиме дневного, так и в режиме круглосуточного стационара, расположенного как в городской, так и в загородной зоне. На данном этапе происходит выработка психологических и социальных навыков жизни без употребления ПАВ. Основой являются социально-психологическое моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент. Компоновка используемых терапевтических технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этого компонента лечебно-профилактического процесса.

- Адаптация в Программе.

Данный этап направлен на приспособление участника Программы к условиям и распорядку проживания в условиях реабилитационной среды и установление личных контактов с сотрудниками и другими участниками Программы реабилитации. Критерий успешного прохождения данного этапа – официальное подтверждение участником Программы социальной реабилитации намерения в полном объеме пройти реабилитационную программу.

- Интеграция в реабилитационную Программу.

Участник Программы в полном объеме вовлекается в программу социальной реабилитации в качестве активной стороны взаимодействия, участвует в определении формата получения социальных услуг, адекватного его личным особенностям. Критерий успешного прохождения данного этапа – восстановление у участника Программы способности к объективной оценке своего состояния, перспектив изменений его статуса в ходе прохождения программы социальной реабилитации и краткосрочному планированию перспектив его жизни.

- Стабилизация.

На этом этапе участник Программы в полном объеме получает социальные услуги в индивидуальном формате, определенном ранее. В ходе взаимодействия с консультантами происходит совместное планирование, реализация, корректировка и оценка действий и услуг, которые требуются, чтобы улучшить жизненную ситуацию. Критерии успешного прохождения данного этапа: позитивная оценка сотрудниками, консультантами и участником Программы изменений в физическом, психологическом и социальном статусе последнего; активная позиция в решении социальных проблем: реализуемая готовность к социальным действиям, саморазвитие и самореализация в возникающих трудных ситуациях, способность к самоопределению и расширению пространственных границ жизнедеятельности.

- Профилактика рецидивов.

Это завершающий этап Программы, в ходе которого ее участники принимают активное участие в профилактической антинаркотической работе. Совместно с сотрудниками и стажерами они проводят собеседования с родными и близкими наркопотребителей, участвуют в публичных антинаркотических акциях в концертных залах и на уличных площадках. Критерии ре-

зультативности прохождения Программы: позитивные изменения в статусе участника программы по всему комплексу направлений реабилитационной деятельности; удовлетворенность сотрудников, консультантов и участников Программы изменениями в физическом, психологическом и социальном статусе последнего.

- Постпрограммное взаимодействие.

Конечный результат Программы социальной реабилитации окончательно формируется только после возвращения ее участника в его естественную среду проживания. Короткий срок ремиссии не является положительным и окончательным результатом социальной реабилитации. Только длительный и непрерывный срок ремиссии, активная гражданская и социальная позиция выпускника в естественной среде социума, восстановление им утраченных связей с семьей, родными и близкими может считаться положительным результатом прохождения Программы социальной реабилитации и гарантией восстановления его в обществе как благонадежного гражданина.

- Восстановление.

В том случае, если выпускник возвращается к употреблению ПАВ, ему предоставляется возможность повторного прохождения Программы социальной реабилитации. При этом консультантами Программы ему оказывается помощь в форме выработки рекомендаций о корректировке программы (или ее смене), после чего он повторно проходит программу социальной реабилитации с учетом рекомендаций.

Основа процесса реабилитации – построение пациентом своего успешного поведения, изменение его в сторону выздоровления на основании личного опыта преодоления болезни и опыта преодоления проблемных и стрессовых ситуаций.

Процесс восстановления личности и ее взаимодействия с окружающей средой является главной целью реабилитации. Эта цель может быть достигнута только тогда, когда пациент является не пассивным объектом процесса терапии, а становится его активным участником, берет на себя ответственность за собственное выздоровление. Это возможно в том случае, когда пациент усваивает убеждение в том, что его поведение, действия и поступки определяют его будущее, и он сам постоянно делает выбор своих решений. При этом важным условием этого выбора является не простое следование за движением социальной среды, не податливость ее давлению, а осмысленное решение.

Подводя итог вышеизложенному, можно сказать, что реабилитация – это наиболее оптимальный путь решения проблемы химической зависимости. И задачей всех специалистов, работающих в этой области, является создание, развитие и совершенствование подобных терапевтических программ, включающих всестороннее изучение личности наркозависимого, что обеспечит эффективность психокорректирующих мероприятий и всего реабилитационного процесса в целом.

Между профилактическими блоками (первичной, вторичной и третичной профилактики) как составляющими единой системы имеет место взаимопроникновение и пересечение. Именно такой подход позволит структурировать целостную концепцию профилактики злоупотребления психоактивными веществами и перейти к созданию профилактических программ на всех трех уровнях.

#### **4.4. Нехимические аддикции в профилактике и реабилитации химически зависимых**

Нехимические зависимости покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни: секс, любовь, работа, деньги, спорт и т. д. Поведение «благополучного» с социальной точки зрения человека успешно сочетает в себе варианты социально приемлемых форм потенциальных зависимостей. Проблема возникает тогда, когда одна из аддикций начинает доминировать и вытесняет другие. Человек становится аддиктом.

Одна аддикция может достаточно легко переходить в другую. Это происходит как среди химических аддикций (например, наркомания переходит в алкоголизм), так и среди нехимических (например, спортивный аддикт становится проблемным гемблером). Кроме того, химическая зависимость может переходить в нехимическую, и наоборот. По существу, лечение социально неприемлемой аддикции (наркомании, алкоголизма) сводится к переводу аддикции в социально приемлемую форму. Такое состояние наркологи называют устойчивой ремиссией.

Продуктивная профилактика сводится к воспитанию гармоничной разносторонней личности с какой-то социально приемлемой преобладающей аддикцией. Основой профилактики злоупотребления ПАВ является разнообразие интересов человека. Поэтому, как говорит А.Ю.Егоров «не следует заставлять ребенка или подростка заниматься преимущественно чем-то одним, как бы «полезно» для здоровья или развития интеллекта это ни казалось. Чем богаче духовный мир, тем меньше вероятность развития любой зависимости» [5, С.138]

Как ранее подчеркивали Т. В. Чернобровкина и И. В. Аркавый], для гармонично развитой личности существует гармоничный набор форм реагирования и самовыражения. Выбор какой-либо формы приспособительной реакции приводит сначала к психической, а затем и к физической зависимости и возникновению наряду с социально вредными и опасными формами химической и фармакологической наркомании менее вредных, нейтральных и даже в различной степени полезных для макросоциума маний [6].

Что касается реабилитации зависимых, то основная идея ее представляется в следующем. Должен быть строго индивидуальный подбор, а потом закрепление социально приемлемой формы нехимической зависимости. Более того, социально приемлемая аддикция должна вызывать положительные эмоции у больного. Здесь важно обратить внимание на необходимость инди-



видуальной работы с каждым зависимым: приемлемость лично для него нехимической аддикции является обязательным условием, иначе опять начнется «поиск», заканчивающийся рецидивом.

Если нельзя перевести химическую аддикцию в социально приемлемую форму нехимической зависимости, вероятно, существует только одна возможность — паллиативная реабилитация, то есть перевод такого больного на заместительную терапию. При этом стремятся изменить социально неприемлемую форму потребления наркотиков на социально приемлемую. Если удалось заменить химическую аддикцию на социально приемлемую, то это должно рассматриваться как несомненный успех. В этом случае задача заключается во всяческой поддержке социально приемлемого аддиктивного поведения.

Существует риск перехода нехимической зависимости в химическую, при работе с такими пациентами лучше ограничиться наблюдением и использованием приемов главным образом поведенческой психотерапии, направленной на снижение неблагоприятных последствий такого рода поведения. К ним относятся работа по снижению последствий аддикции в семье; обучение самоконтролю и приемам релаксации и. т. д. В более тяжелых случаях (например, культовая травма при религиозной аддикции) А.Ю. Егоров считает необходимым проведение всего комплекса психотерапевтических, а если потребуется, то и активных психиатрических лечебных мероприятий с применением биологической терапии [4, С. 33-37].

### **Вопросы для проверки знаний**

1. Охарактеризуйте понятия, которые входят в концепцию профилактики зависимых форм поведения.
2. Назовите модели профилактики всех зависимых форм поведения.
3. Назовите суть стратегии первичной профилактики и ее составляющие.
4. На что необходимо обращать внимание при работе с подростками на стадии вторичной профилактики зависимых форм поведения?
5. Назовите стратегии третичной профилактики.
6. Основные принципы третичной профилактики.
7. Назовите этапы реабилитации, входящие в программу, и укажите их основную суть.
8. Что такое паллиативная реабилитация?
9. Каким образом химическая зависимость может перейти в нехимическую? Назовите положительные и отрицательные черты такого перехода.

### **Литература**

1. Баркова Н.П., Ванкон И.Г. Теория и практика в реабилитации наркозависимых. /Н.П.Баркова, И.Г.Ванкон. – Иркутск: ИГУ, 2013. – 372 с.
2. Баркова Н.П., Ванкон И.Г. Социальная реабилитация химически личности: проблемы и решения. / Н.П.Баркова, И.Г.Ванкон. – Иркутск: Из-во «Географ», 2011. – 220 с.
3. Баркова Н.. Стандарты реабилитации. / Н.П. Баркова, И.Г. Ванкон. / Под общей редакцией О.В.Зыкова. – Общественная палата Российской Федерации, Институт Наркологии Здоровья Нации. – М.: РБФ «НАН», 2012.- Серия «Правовая наркология»- Вып. 3.- 221 с.
4. Баркова Н.П., Ванкон И.Г., Ярославцева И.В. Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ. / Н.П. Баркова, И.Г. Ванкон, Я рославцева И.В. Иркутск: Изд-во ООО ПИФ «Круг», 2011. –56 с.
5. Егоров А. Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях /А.Ю. Егоров // Психическое здоровье, – М., 2006. – № 9, С. 33-37.
6. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. /А.Ю. Егоров. – СПб: Речь, 2007. – С. 138.
7. Чернобровкина Т. В., Аркавый И. В. Роль эйфории в клинике и лечении наркологических заболеваний. Клинико-биохимический и социальный аспекты // «Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии» (Материалы республиканского совещания врачей психиатров-наркологов). М., 1992. С. 113—122.
8. Ярославцева И.В. Рерке В.И. Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде Учебно-методическое пособие. /И.В. Ярославцева, В.И.Рерке /Изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 116 с.
9. Ярославцева И.В. Рерке В.И. Выбор за тобой! Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде Пособие для студентов /И.В. Ярославцева, В.И.Рерке /Изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 52с.

## ГЛАВА 5. КОРРЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

### 5.1. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии и психокоррекции зависимого поведения

Когнитивно-поведенческая терапия на сегодняшний день относится к числу наиболее эффективных форм психологической коррекции. Это является важным основанием для решения применять ее в процессе реабилитации зависимых от ПАВ и в естественных условиях при пищевой аддикции.

Основные положения когнитивно-поведенческого подхода.

- Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия, с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Поведение «двусторонне детерминировано». Согласно теории когнитивно-поведенческого подхода, когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Когнитивно-поведенческая терапия рассматривает мыслительные процессы и эмоции как две стороны одной медали. Мыслительные процессы лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин.

- Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термином «когнитивные события» принято обозначать «...автоматические мысли, внутренний диалог и образы, возникающие в сознании человека».

- Можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматически. Оно как бы складывается «по ранее выработанному сценарию». У зависимых в ходе глубоких личностных изменений в связи с употреблением химических веществ возникают определенные паттерны поведения, которые заставляют больного действовать автоматически, т. е. реактивно.

- Но бывают случаи, когда этот автоматизм прерывается. Например, часто у человека, принимающего решение в условиях неопределенности, «включается» внутренняя речь, содержание которой, по когнитивно-поведенческой теории, способно оказывать влияние на чувства и поведение человека. Чувства человека, его поведение и особенности взаимодействия с окружающей средой может существенно влиять на его мысли. Позитивный эффект в условиях принятия человеком решений может оказать молитва о душевном покое выздоравливающих наркоманов и алкоголиков.

- Человек не просто реагирует на события, он опирается на разные готовые примеры из прошлого, в зависимости от своего настроения в данный момент. Например, яркий пример *эвристического мышления* с элементами эйфорической памяти представляет собой наркоман, который несколько раз давал себе обещание бросить употреблять героин, но вспоминая о приятном

и положительном опыте его употребления, начинает выстраивать цепочку логических объяснений для того, чтобы снова вернуться к активному его использованию. В терминологии наркоманского сленга это состояние называется «тягой». Таким образом, эмоции человека влияют на то, какую информацию он выберет в качестве руководства к действию, какие сделает выводы и какие объяснения своему поведению предложит.

- *Метакогниции* — это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение (например, техника мысль-стоп, когда пациент обнаруживает у себя мысли об употреблении наркотиков, он старается остановить их на начальном этапе их возникновения). Кроме того, психотерапевт должен убедиться в том, что клиент при положительных изменениях в своем поведении осознает самостоятельность их осуществления.

- Когнитивно-поведенческая терапия подчеркивает ведущую роль *когнитивных структур* или *схем*. Схемы — это когнитивная репрезентация прошлого опыта, оказывающая влияние на восприятие опыта сегодняшнего и помогающая систематизировать новую информацию. Эти схемы более всего похожи на негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающуюся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. Такие схемы могут быть сформированы как в дисфункциональной семейной системе, в которой воспитывался клиент, так и в ходе его негативного жизненного опыта (тюремное заключение, неоднократное медикаментозное лечение, которое не принесло успехов в излечении от зависимости и т. д.) [16].

Учитывая особую важность схем, основной задачей когнитивно-поведенческого психотерапевта является помощь людям в понимании того, как они строят и истолковывают реальность. Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия работает в конструктивистском ключе. Опираясь на идеологию программы «12 Шагов» можно сказать, что речь идет о простых духовных принципах – честности, открытости и готовности пациента к изменениям, следуя которым клиент может раскрыть свое больное и здоровое Я, и увидеть ту бездну внутренних противоречий и конфликтов, в которой он оказался затянутым своей зависимостью.

Психотерапевт помогает пациентам увидеть, как они непреднамеренно отбирают из информационного потока только то, что подтверждает уже существующие у них представления о самих себе и об окружающем мире. Задача психотерапевта на данном этапе – помочь пациенту разорвать порочный круг.

Поскольку когнитивно-поведенческая терапия стоит на конструктивистских позициях, она не считает, что существует «единственная реальность», а задачей психотерапевта является обучение пациента или исправление его неправильных представлений (таких, как ошибки мышления или ир-

рациональные мысли). Скорее, когнитивно-поведенческая терапия признает существование «множественных реальностей».

Общая задача пациента и психотерапевта состоит в том, чтобы понять, как пациент создает эти реальности и какой ценой он за это расплачивается. Более того, необходимо ответить на вопросы: «Хочет ли он платить своими эмоциями в отношениях с другими людьми? Что он теряет, продолжая придерживаться своих взглядов на самого себя и на мир?» Ответы на них даются не абстрактно, а при эксперименте с эмоциями во время психотерапевтических сессий, как правило, когда пациента сталкивают в ходе групповой психотерапии с его больным Я.

Вместе с пациентом рассматриваются возможности изменения личностных построений и поведения. Кроме того, во время сессий большое внимание уделяется рассмотрению препятствий, которые могут встать на пути изменений.

Психотерапевт призван отслеживать и корректировать «иррациональные» убеждения пациента. Психотерапевт помогает ему выработать более правильный и объективный взгляд на реальность при помощи честного и открытого взгляда на самого себя и сбора эмпирических доказательств, подвергающих неверные убеждения клиента проверке реальностью. Психотерапевт также может использовать полученную от пациента информацию о его прошлом и поведении во время психотерапевтических сессий для того, чтобы помочь пациенту разобраться в своих чувствах.

Когнитивно-поведенческая терапия придает большое значение процессам *сотрудничества* и *открытия*. Показателем хорошей работы психотерапевта является ситуация, когда пациент раньше него успевает предложить вариант ответа на какой-либо вопрос. Психотерапевт помогает пациенту собрать информацию (например, об изменениях проблемы в зависимости от ситуации), а затем спрашивает, что можно было сделать по-другому. Цель когнитивно-поведенческой терапии — помочь пациенту самому стать своим собственным психотерапевтом, самому взять ответственность за свое выздоровление и, в конечном счете, за свою жизнь.

Для того чтобы достичь этой цели, психотерапевт не должен быть дидактичным. Такая позиция психотерапевта дает возможность клиенту начать экспериментировать со своими убеждениями, мнениями и предположениями, проверяя их правильность, постепенно переходя к экспериментам с новыми видами поведения. Некоторым пациентам нужен развернутый поведенческий тренинг (например, моделирование, репетиции, ролевые игры и упражнения), прежде чем они смогут перейти к таким экспериментам.

Чрезвычайно важным для когнитивно-поведенческой терапии является *предотвращение рецидивов*. Психотерапевты вместе с пациентом рассматривают ситуации повышенной степени риска, в которых может произойти рецидив, а также разбирают мысли и чувства клиента, могущие привести к срыву. С ними также производится работа во время психотерапевтических сеансов.

Формирование аддиктивных когнитивных конструктов – это способ

интерпретирования своего поведения и других, связанных с ним активностей. Отнесение себя к группе, например, алкогольных аддиктов только по причине того, что в прошлом человек слишком много пил, ошибочно. Аддикту не следует воспринимать свое настоящее состояние, как неразрывно связанное с прошлым. Если, например, человек исходит из того, что он был выраженным наркоманом и останется таковым на всю жизнь, то у него формируется внутреннее убеждение, согласно которому любая «встреча со шприцом» обязательно спровоцирует срыв [19, 21].

Такое неправильное самоубеждение генерирует поведение, соответствующее «встроенной» в него программе, которую усиливают разнообразные способы неэффективной коррекции.

Доказано, что люди интерпретируют свои чувства и поведение в соответствии с имиджами, которые были им когда-то внушены. Самоидентификация с образами, запечатленными ранее, запускает имитацию запрограммированной модели поведения. Поэтому коррекция аддикции должна быть направлена не только на аддиктивную часть личности человека, но и учитывать индивидуальные позитивные качества зависимого человека.

В когнитивно-поведенческой терапии осмысление происходящего пациентом оценивается не с точки зрения его правильности, а с точки зрения его *пригодности* в определенных обстоятельствах.

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что основным в когнитивно-поведенческой терапии является следующее:

- а) конструктивистская и интерактивная позиция;
- б) важность схем;
- в) ведущая роль эмоций;
- г) значение психотерапевтических отношений, особенно отношений сотрудничества;
- д) роль прошлого, семейное и социокультурное влияние;
- е) необходимость учета фактора переноса;
- ж) обучение клиентов навыкам предупреждения рецидивов.

## **5.2. Организация психотерапевтической работы в условиях реабилитации химически зависимых**

Работая с аддиктивными паттернами поведения, мы сталкиваемся с ярко выраженными избеганием и отрицанием, которые можно сформулировать так: «У меня нет никаких внутренних проблем. Все зависит от того, что происходит во внешнем мире, все можно исправить, если повлиять на внешний мир»; или: «Если бы я только мог избежать использования наркотиков (или иного неприятного поведения), все стало бы хорошо». Отрицается какая бы то ни было связь внутреннего конфликта, внутренней реальности в целом с жизненными проблемами. Такое огульное отрицание своего внутреннего мира в течение длительного времени характерно для большинства наркоманов и

алкоголиков, что ведет к безразличию, игнорированию любого вида интроспекции и категорическому и последовательному ее избеганию.

Психотерапия и реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией подразумевает достаточно длительное участие пациентов в мультидисциплинарном по своей направленности и участию специалистов в реабилитационном процессе. Реабилитация должна охватывать все виды нарушений, которые имеются у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, учитывая наличие у них патологических процессов на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях.

Особое значение для повышения эффективности реабилитации пациентов придается рациональному распределению времени в течение всего дня для различных по направленности и эмоционально-психологической нагрузке психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Первыми, в связи с этим, необходимо рассматривать интенсивность и очередность различных занятий, в которых должны участвовать пациенты. К концу или в течение дня пациент не должен испытывать интенсивную усталость, как физическую, так и эмоциональную. Выраженная усталость у пациентов может появляться либо при чрезмерной нагрузке, когда расписание слишком насыщено, либо при недостаточном участии их в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, когда развивается скука от бездеятельности [2].

Усталость от лечения, появившаяся у пациентов, обычно приводит их к сопротивлению процессу реабилитации, а также к желанию прекратить выздоравливающий процесс т. е., иными словами, увеличивается количество выписок пациентов за различные нарушения режима и правил поведения, принятых в реабилитационном центре.

Максимально положительного результата можно добиться, соблюдая следующие принципы при составлении ежедневного расписания:

- разноплановость (разнообразие) занятий по информационной и эмоциональной насыщенности;
- возможность для пациента в течение лечебного дня иметь так же достаточно времени для отдыха.

Особое внимание следует уделить составлению расписания информационной части программы. Лекционный и тренинговый материал, который предлагается пациентам, может оказывать достаточно сильное эмоциональное воздействие на зависимого человека.

Учитывая эту особенность необходимо учитывать следующее: если вовремя не обратить внимание на возникшее у больного состояние, можно с высокой долей вероятности ожидать обострения патологической тяги и, как следствие, нарушение им режима. Это достоверно подтверждено многочисленными наблюдениями и анализом срывов.

Для организации полноценного психотерапевтического процесса в стационарных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом и самими пациентами реабилитационного центра:

- высокий уровень безопасности и защищенности заинтересованных в лечении лиц от проявлений деструктивного отношения к ним со стороны больных, не мотивированных на лечение и использующих, в связи с этим, агрессивные, манипулятивные и провокационные формы поведения;
- открытость общения персонала и пациентов и их совместное изучение и решение возникающих или уже возникших проблем;
- поощрение пациентов проявлять инициативу и ответственность за реабилитацию и социальную работу центра в равной степени с персоналом.

Необходимо выделить следующие правила, на которые важно обратить внимание в процессе реабилитации [2].

1) отношение персонала к больным должно быть уважительным, равным и благожелательным, независимо от личностных особенностей того или иного пациента;

2) в программе больному не навязывается позиция: «Ты болен зависимостью». Ему предлагается самому сделать выбор, болен ли он или нет. Обычно такой выбор делается пациентами по мере освоения им информации о болезни и ее проявлениях, а так же после личностной проработки этой информации на занятиях групповой психотерапии;

3) соблюдение правил работы центра, выполнение которых обязательно для всех, как для персонала, так и для пациентов. Отдельные правила для пациентов оговариваются в момент поступления больного. Эти правила касаются и пациента и его родственников;

4) выполнение центром принципа «открытых дверей», т. е. в любой момент пациент может покинуть лечебную программу;

5) соблюдение конфиденциальности, т. е. прохождение полного курса реабилитации без постановки на учет в наркодиспансер;

6) организация при Центре клуба встречи «бывших» пациентов, проходивших ранее реабилитацию, имеющих опыт собственного восстановления, и пациентов, находящихся на лечении в настоящее время, что усиливает психотерапевтический эффект;

7) доброжелательность, демократичность и единение всех членов коллектива и пациентов. Такое отношение со стороны персонала поощряет выражение каждым пациентом своих чувств в достаточно безопасной психотерапевтической обстановке.

Подготовка персонала, занятого в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, соответственно, должна включать не только обучающие программы для знакомства с необходимой для работы информацией, но и терапевтические процессы, позволяющие будущему специалисту решить собственные эмоционально-личностные проблемы, чтобы они деструктивно не влияли на динамику построения социальных взаимоотношений «психотерапевт – пациент», «психолог – пациент», «консультант – пациент».

По согласованию сторон возможно (допустимо) обращение друг к другу на «ты» и по имени в процессе индивидуальных и групповых психотера-



певтических и тренинговых занятий, но в остальное время желательно обращение на «Вы» и по имени, отчеству.

Для облегчения соблюдения таких договоренностей и персонал центра и пациенты, проходящие в нем лечение, постоянно носят идентификационные карточки, на которых написаны инициалы пациента, а у персонала еще указана и должность.

Правила функционирования внутри Центра для пациентов сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и общего благополучия. Эти правила позволяют пациентам наиболее эффективно и быстро адаптироваться в социальной структуре взаимоотношений внутри отделения и предупреждают о недопустимости агрессивного, манипулятивного и провокационного поведения в отношении, как персонала, так и других пациентов.

Неукоснительное соблюдение этих правил позволяет достичь максимального уровня защиты личности персонала и пациентов, нацеленных на лечение, защищает от деструктивных форм поведения больных, не желающих проходить психотерапевтическое лечение в центре.

Однако достаточно часто приходится отличать действия больных, которые являются следствием сопротивления лечению, и действия, которые могут быть проявлением обострения патологического влечения к алкоголю/наркотику. Обычно такие болезненные проявления вполне возможно корректировать с помощью психотерапевтических и реабилитационных технологий.

Достаточно часто, особенно на первых этапах нахождения пациента в стационаре, сложно разделить эти два явления. Для облегчения выявления и разделения вышеназванных видов поведения существуют определенные правила относительно выписки пациента из отделения за нарушение режима:

- немедленная выписка пациента осуществляется только при нарушении им определенных пунктов правил центра;
- при активном сопротивлении психотерапевтическим мероприятиям или категорическом отказе от сотрудничества на психотерапевтических групповых занятиях пациенту предлагают выписаться;

Нарушение остальных правил должно нести за собой следующие социальные ограничения:

- а) первое замечание – пациент лишается ежедневных прогулок;
- б) второе замечание в течение недели после первого – лишение отпуска для посещения дома (семьи) на ближайшие выходные;
- в) три замечания в течение недели расцениваются как активное сопротивление лечению и пациент также выписывается из центра.

Естественно, прежде чем применять к пациенту те или иные виды ограничений, с ним должна проводиться разъяснительная беседа о недопустимых формах поведения внутри Центра и предлагаются возможные варианты того, как решать конкретному пациенту возникшие у него проблемы в условиях реабилитационного процесса.

Часто принятые однократно меры дисциплинарного характера и разъяснительная беседа помогают пациенту осознать деструктивность своего поведения и изменить его.

В случае несоблюдения правил и режима Центра пациент может лишиться прогулок и отпусков на 1 неделю. Такое положение повышает мотивацию пациента на полноценное участие в реабилитационном и психотерапевтическом процессе.

В случае появления т. н. «отрицательного» лидера из пациентов (иногда и персонала), который начинает развивать деятельность по организации «саботажа» лечению, необходимо выявить и исправить нарушения в сложившейся реабилитационной социальной системе. Выявление саботажника – не простая задача. Обычно такой больной (или сотрудник) часто открыто не проявляет агрессию к лечению (методам лечения) и пытается завязывать «дружественные» отношения с персоналом, пытается подстроиться под требования каждого сотрудника.

У пациентов с ролью подобного лидера, достаточно часто могут возникать серьезные трудности с функционированием на занятиях в малой группе. Как правило, такие лица обладают более развитым интеллектом и имеют более высокий социальный статус, чем другие больные. Они достаточно быстро завоевывают авторитетное положение у других пациентов, особенно из числа неустойчивых личностей и лиц, не имеющих мотивацию на лечение.

Основная деятельность сформированных таким лидером групп пациентов направлена на дискредитацию методик лечения, применяемых в Центре, и сотрудников программы. Формирование даже небольшой группы пациентов под руководством отрицательного лидера приводит к созданию обстановки, провоцирующей других, мотивированных на лечение больных к проявлению агрессии к персоналу и саботированию психотерапевтических и реабилитационных мероприятий

В действиях по нормализации лечебной, психотерапевтической и реабилитационной работы должен участвовать весь персонал отделения. В таких ситуациях необходимо и вполне возможно применение быстрых и, иногда, радикальных способов воздействия на сложившуюся ситуацию. Подобные мероприятия должны быть направлены на нейтрализацию деятельности, в первую очередь, самого лидера, через лишение его поддержки большинством больных, а также на ликвидацию последствий его деятельности.

Как правило, если ситуация формирования «саботажной группы» деструктивным лидером не была вовремя выявлена, вслед за таким пациентом могут покинуть Центр и другие, входящие в его группу больные за различные нарушения режима, но чаще происходит их демонстративный отказ от лечения.

Необходимость применения жестких мер со стороны персонала к таким лидерам и группам пациентов для сохранения необходимого уровня защиты личности других, нацеленных на помощь, больных, абсолютно оправдана.

Участие пациентов в хозяйственной деятельности отделения достаточно ограничено и включает в себя, в первую очередь, помощь в решении повседневных потребностей Центра. Для структурирования такой помощи персонал составляет график дежурств пациентов. Участие пациента в хозяйственной жизни Центра обязательно.

Очень важную роль для формирования социо- психотерапевтической среды играют общие собрания (сообщества), в которых должны участвовать как персонал, так и пациенты, а так же участие пациентов в жизнеобеспечении работы Центра. На общих собраниях отделения решаются вопросы взаимодействия персонала и пациентов, разбираются возникшие в связи с этим проблемы. До пациентов доносится информация об изменениях в работе Центра, о возможностях пациентов по их наиболее успешному прохождению лечения и реабилитации и организационных мероприятиях, обеспечивающих эти возможности.

Не менее важным считается выступление больных, готовящихся к выписке по окончании лечения. Выступления обычно достаточно не структурированы и спонтанны, но, чаще всего, в них звучат слова благодарности персоналу, рассказы об изменении восприятия лечения и поведения внутри Центра по мере углубления в психотерапевтический процесс.

Такие рассказы помогают вновь поступившим пациентам увидеть в своем поведении или мыслях те негативные тенденции, которые тоже были в начале лечения и у выступающих. Это положительно отражается на их дальнейшей социальной адаптации и реабилитации в условиях стационарной программы, повышает степень доверия персоналу.

В обязательном порядке персонал программы встречается после каждого общего собрания, чтобы обсудить и проанализировать его результаты и результаты наблюдения за социальным функционированием больных на данном собрании. Такие наблюдения позволяют в дальнейшем более дифференцировано строить индивидуальные программы психосоциальной реабилитации конкретных пациентов.

Персонал, занятый в психотерапевтической и социально-реабилитационной работе, ежедневно проводит оперативные совещания для решения практических вопросов и выработки общего направления психотерапевтической и социальной работы.

Важным аспектом в формировании и поддержании эффективного воздействия на пациентов средовой (социо-реабилитационной) терапии является организация слаженной работы в этом направлении всего персонала. Если персонал в своей среде не способен разрешать конфликты и приходить к единой точке зрения по той или иной проблеме, то требовать от пациентов соблюдения правил поведения и принятия ими положений реабилитационной программы в такой ситуации – малопродуктивное занятие.

Кроме того, такая неспособность внутри коллектива совместно решать возникшие проблемы и конструктивно избегать конфликтов из-за разногла-

сий по каким-либо вопросам пагубно воздействует на состояние и поведение больных.

В процессе формирования рабочей команды достаточно часто возникают проблемы, которые связаны с противопоставлением друг другу специалистов той или иной направленности. В случае возникновения подобной ситуации необходимо провести работу с такими сотрудниками по донесению до них знаний о соблюдении определенных правил (должностных инструкций), которые определяют уровень их профессиональной компетенции и степени участия в лечебной работе.

В соответствии с основными требованиями социальной и психотерапии персонал берет на себя специфическую роль, главные черты которой определяются кругом профессиональных обязанностей. Но каждый специалист обязательно должен ощущать себя членом команды. Выполняя свои профессиональные обязанности, работникам программы необходимо исходить из интересов реабилитации в первую очередь. Возникающие в процессе работы ситуации и проблемы межличностного характера необходимо открыто и честно обсуждать и разрешать с участием всех сотрудников.

Вышеназванный способ решения производственных проблем помогает разделить ответственность за принятие решений между разными подразделениями и службами, что, одновременно, помогает сократить социальную дистанцию между персоналом.

Однако такой коллективный подход в решении проблем работы программы не должен означать отсутствия власти и персональной ответственности каждого за свой участок работы. Один из парадоксов формирования психотерапевтического процесса состоит в том, что цели демократизации и разделения ответственности лучше всего достигаются при «диктатуре доброй воли», осуществляемой харизматическим лидером.

На роль руководителя программы, несомненно, должен быть выбран специалист, который достаточно хорошо ориентируется во всех структурных составляющих программы – психотерапевтической и реабилитационной. Он должен обладать хорошими организаторскими способностями, пользоваться беспрекословным авторитетом и заслуженным уважением персонала и пациентов.

Личные качества такого руководителя не менее важны, чем его профессиональная подготовка. Следует отметить необходимость наличия таких качеств, как:

- справедливость,
- профессиональная компетентность,
- психотерапевтическая интуиция,
- наличие достаточного жизненного опыта,
- эмоциональная адекватность,
- достаточная жесткость и последовательность при выполнении, принятых решений,

- личное обаяние,
- умение брать на себя ответственность и др.

К основным задачам руководителя отделения можно отнести:

- а) формирование социально-реабилитационной среды в отделении, мобилизации для этого всех сотрудников программы, т. е. кадровые вопросы;
- б) осуществление мероприятий по поддержанию стабильного состояния социально реабилитационной среды в подразделении;
- в) осуществление мероприятий по поддержанию необходимого уровня защиты личности пациентов и персонала от деструктивных проявлений со стороны больных, не мотивированных на лечение, или неспособных существовать и адекватно функционировать в условиях социо-реабилитационной системы Центра;
- г) принятие окончательного решения по неоднозначным, спорным вопросам существования программы, решение вопросов выписки нарушителей режима центра.

Особо следует отметить возможность без последующего нарушения структуры социально-реабилитационной среды вносить таким лидером предложения по временным или единичным отступлениям от правил функционирования отделения. Например, в силу клинической целесообразности, руководитель Центра может оставить пациента даже грубо нарушившего режим, или пациента, неспособного полностью адекватно участвовать в программе реабилитации в силу индивидуальных особенностей.

Обычно, в таких случаях сотрудники программы говорят пациенту о своем отношении к его поведению, но делают оговорку, что окончательное решение все равно будет принимать руководитель программы.

Для снятия напряжения в социальной структуре программы, возникающего в ответ на описанные выше действия со стороны руководства отделения, необходимо аргументировано объяснять больным причины принятия подобного решения.

Если решение принято неверно или аргументы за его принятие недостаточно убедительны, может возникнуть напряженность в отношениях между персоналом и пациентами, которая в дальнейшем достаточно часто приводит к нарушению или сбою в социальной и реабилитационной системе.

Клуб пациентов является еще одним из компонентов формирования реабилитационной среды. После выписки из стационара, пациенты поощряются к поддерживанию контактов с сотрудниками Центра.

Для этой цели создан так называемый «Клуб пациентов программы». Главная задача этого образования – облегчить доступ бывших пациентов программы для посещения Центра с целью общения с больными, находящимися на тот момент на лечении в программе, и для консультаций у сотрудников отделения. Контакты с пациентами проходят под контролем социальных работников Центра и протекают по определенным правилам, схожим по сво-

ей структуре с так называемыми «спикерскими» собраниями в сообществе АА/АН.

Проходят такие встречи два раза в месяц. На них пациенты делятся опытом своего восстановления по программе «12 Шагов» сообщества АА, АН. Кроме этого участники «Клуба выпускников», могут предложить больным, выписывающимся после реабилитации, «спонсорскую» помощь для более эффективного включения таких пациентов в программу сообщества.

Наиболее интересно и празднично в рамках работы «Клуба выпускников» проходят юбилеи образования программы. Сотрудники Центра оповещают всех, кто раньше проходил реабилитацию и приглашают их на встречу, которая проходит каждый год.

Обычно приходит достаточно большое количество бывших пациентов программы. На общем собрании они рассказывают о своем опыте восстановления, в том числе и по программе АА и АН, о своих жизненных и иных успехах.

Несомненно, такое систематическое функционирование «Клуба выпускников» оказывает огромное психотерапевтическое и реабилитационное воздействие на пациентов Центра.

Одним из недостатков социально-реабилитационной среды является затруднительность положения пациентов, которым не подходит участие в подобной социальной системе. У них практически нет выбора – им остается только покинуть Центр. К таким пациентам относятся в первую очередь социально дезадаптированные лица из группы бомжей и больных имеющих в анамнезе судимости за уголовные преступления с отбыванием длительных сроков наказания в исправительных учреждениях.

### **5.3. Терапевтические механизмы групп анонимных зависимых (алкоголиков, наркоманов, гемблеров)**

Группы АА и АН выступают как средство для обеспечения контроля, поддержки и понимания.

Как отмечалось выше (см. гемблинг-аддикцию), поведение наркозависимых и гемблинг-аддиктов имеет общие характеристики. Группы самопомощи анонимных игроков существуют во всем мире и являются достаточно эффективным способом лечения, на что указывают американские исследования, где достаточно мощно развит игровой бизнес [5].

Общество АА и АН, служит мощным вместилищем и одновременно могучим преобразователем аддиктивного поведения. Людям, которые отказываются менять деструктивное поведение и отрицают собственную слабость, здесь могут помочь признаться себе в собственной слабости и затем изменить свое поведение. Подобные группы самопомощи работают, не только используя групповое давление для уничтожения вредоносного воздействия — в данном случае наркотика или алкоголя, — но и развивая крайне сложную групповую

психологию, которая эффективно адресуется к физиологическим и психологическим детерминантам повторяющегося аддиктивного поведения [3].

АА и АН действуют как контейнер, оказывают контролирующее воздействие, эффективно работая с физиологическими и психологическими факторами, управляющими компульсивным поведением алкоголика. Достоверно доказано, что одной из основных причин, по которым люди вынуждены пить или принимать наркотики, является возникновение аддиктивно-физиологического механизма (т. е. толерантность и физическая зависимость).

Помогая человеку прекратить регулярное употребление химических веществ и, тем самым, устранить физиологическую основу желаний употребить алкоголь или наркотики, можно сделать очень многое для преодоления этих пагубных пристрастий. Однако, на таком пути часто приходится сталкиваться с характерной предрасположенностью конкретного человека (у аддиктов особенно яркой) к тому, чтобы не позволять себе проявлять слабость именно тогда, когда это особенно необходимо.

Отрицание не единственная защита, к которой прибегают алкоголики и наркоманы. Тем не менее, именно отрицание способно вызвать поистине разрушительные последствия.

Чем больше алкоголики и наркоманы теряют контроль над своей зависимостью, а стало быть, и над жизнью, тем чаще они встают «в позу», убеждая окружающих в обратном. АА и АН весьма изобретательно противопоставляют этой тенденции свои традиции, определяя для членов сообщества основы повседневной жизни, а затем, помогая им признать тот факт, что алкоголик (наркоман) страдает от своей болезни, что он потерял власть над своим пагубным пристрастием к алкоголю (наркотикам) и уже не способен сам управлять своей жизнью.

Выздоровление начинается с проявления заботы о себе и развития отношений внутри своего «Я» и с другим людьми, так как в основе поведения практикующего аддикта лежат отношения между Я и аддиктивной личностью. Отличие этих отношений заключается в разной степени их интимности и честности.

Аддикт не способен на искренность, которая поддерживает здоровое существование «Я». Появление честности по отношению к себе способствует развитию длительных отношений не только с собственным Я, но и с другими людьми. Искренность в отношениях обеспечивает доверие, уверенность, безопасность, на которых основывается выздоровление. Для того, чтобы преодолеть какой-то проблемный барьер, необходима безопасная для Я среда.

Выздоровливающие аддикты создают эту зону безопасности, не закрывая глаза на окружающие их проблемы. Искренность заключается в том, что аддикт диагностирует наличие в себе зависимости. Поэтому, входя в состав анонимных обществ, аддикты представляют себя именно такими, какими они на самом деле являются, честно заявляя, что они наркоманы.

Таким образом, формируются новые отношения с собой и с Другими, которые признают их как аддиктов. В случае сокрытия человеком наличия у

него аддиктивной части личности, аддикт внутри него «растет», захватывая всё большую территорию.

Важным этапом коррекции аддикций является развитие естественных отношений с собой и окружающими. Основой любых отношений является доверие. Однако, нужно понимать, что в структуре доверия присутствует не только личный опыт и рациональные доказательства, но и невербализуемое интуитивное подсознательное чувство.

Отношения с человеком, которому не доверяют, либо чрезвычайно затруднены, либо носят ролевой и поверхностный характер. Доверие развивает способность человека к самооценке, предоставляет ему возможность свободно контактировать с другими.

На принципе доверия построена работа различных программ и групп самопомощи, обращаясь к которым человек получает возможность переживать чувство безопасности, зная, что с ним не произойдет ничего опасного. В группах самопомощи человек релаксирует, его лечат посредством обучения установлению здоровых отношений с другими.

Выздоровление начинается с честного признания болезни и готовности начать формировать внеболезненные отношения. Это трудный и мучительный процесс. Доверительные отношения с другими аддиктами здесь очень важны.

Аддикт может стремиться к получению помощи от семьи, но, чаще всего, там уже сформировались сложные созависимые отношения, препятствующие выздоровлению. Желание получить помощь от друзей, может натолкнуться на их недостаточную заинтересованность в оказании такой поддержки. Стремление к получению поддержки от групп самопомощи дает плодотворные результаты, но только в случае формирования доверительных, искренних отношений. Обращение к религии, если оно носит неформальный характер, а основывается на стимулировании религиозного чувства, может иметь решающее значение.

На встречах с членами анонимных обществ аддикты открыто говорят об опасности, которую они представляли для других. Они делятся своими переживаниями, которые отражают их специфический опыт и, в то же время, близки другим членам группы. Члены различных обществ составляют доброжелательные люди, стремящиеся помочь друг другу, не ожидая от этого никакой выгоды, кроме обычного человеческого уважения.

Члены групп очень наблюдательны, они обращают внимание даже на мелочи в поведении своих согруппников. Постепенно они начинают видеть друг в друге людей с их реальным внутренним миром. Если аддикция строится на деструкции и самообмане, то выздоровление основано на честности, заботе о себе и о других людях.

Постепенно в группах самопомощи люди обучаются интимному, формальному общению. В этих обществах аддикты находят себе подобных, тех, кого беспокоят такие же проблемы, общие переживания, страхи и неуверенность. Так возникает взаимопонимание, но уже не на уровне аддиктивной ре-



ализации территории пивного киоска или бара, или нарко-точки, а на уровне понимания внутреннего мира человека.

Особую значимость в этом процессе начинают приобретать интимные отношения, к которым человек начинает стремиться в силу того, что они его увлекают. Откровенный разговор о своих проблемах способствует возникновению у человека чувства стыда, поскольку его поведение часто противоречит тому, что принято в обществе.

В последствие, во время повторных визитов в группу, человек обнаруживает, что, несмотря на то, что и другие открыто говорят об очень неприятных вещах, теплота межличностных отношений остается. Это приводит к постепенному нивелированию чувства стыда.

У выздоравливающих аддиктов формируется потребность оказывать помощь, вместо того, чтобы односторонне пользоваться только помощью других. Появление стремления к оказанию поддержки окружающим и уход от манипулирования другими играет важное значение в процессе выздоровления. В случае возникновения у выздоравливающего потребности получить какую-либо помощь от другого, которая может быть расценена им как манипулирование, его обучают говорить об этом прямо, формулируя просьбу примерно так: «Я нуждаюсь в твоей помощи, помоги мне, пожалуйста, сделать это».

Члены группы обмениваются друг с другом номерами телефонов и просят звонить, если возникнет проблема, в решении которой они могут помочь. Значение такой поддержки трудно переоценить, так как новые члены группы уже чувствуют себя не изолированными, а входящими в определенное сообщество. У них появляется ощущение собственной значимости, начинает повышаться самооценка, к ним приходит понимание того, что у них есть то, что они могут не только признать в себе, но и поделиться своими соображениями, и это оказывается полезным для других. Они ощущают радость членов группы при встрече с ними.

Постепенно отношения между членами группы становятся все более насыщенными. Люди, участвующие в программах, отмечают появление чувства обновления. Они начинают расширять свое мировоззрение, свое восприятие мира, активно используют самоанализ, от которого уходили ранее в связи с использованием психологической защиты отрицания. У них возникают новые разнообразные интересы, появляется необходимость научиться устанавливать глубокие контакты с людьми.

Программу «12 Шагов» АА и АН можно рассматривать как групповую психотерапевтическую методику лечения алкоголизма, наркомании, а также других видов аддиктивного и компульсивного поведения. Система организации работы сообщества, способ ведения групп, основные принципы личностного восстановления по программе АА и АН, сформулированные в «12 шагах» и «12 традициях», а также в лозунгах АА и АН, делают очень близкими различные классические психотерапевтические методики и эту программу [4].

У сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов есть несколько основных инструментов для помощи в выздоровлении членам сообщества:

- в первую очередь это регулярное посещение собраний АА/АН в течение всего периода восстановления;
- во-вторых, систематическое изучение и проработка «12 шагов», «12 традиций» и лозунгов сообщества;
- и, наконец, это работа со «спонсором» (наставником), – человеком, больше и успешнее работающим в программе.

Посещение групповых собраний – неотъемлемая часть процесса работы по программе АА и АН. Основной лозунг сообщества – «90 дней – 90 собраний» новичку предлагается в течение трех месяцев ежедневно посещать группы АА и АН. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно этот начальный период воздержания наиболее труден для больных алкоголизмом и наркоманией опасен в плане возникновения и развития у них рецидива заболевания.

В этот сложный период больной зависимостью нуждается в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к выздоровлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА и АН на этом этапе реализации позволяет химически зависимому человеку лучше разобраться в основных ее положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества, и главное – чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

Для групповых собраний характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение поведенческих установок личности, а также ее внутреннего состояния.

Основные характеристики группового процесса представляются многими психотерапевтическими школами. Главным является возможность получения членом группы «обратной связи» в процессе общения, поддержки от людей, имеющих такие же проблемы, как и у него. В любой группе ее участник имеет возможность воспринять ценности и потребности других людей, что наиболее показательно в системе АА и АН.

На собраниях («митингах») участник группы АА и АН чувствует принятие его другими, доверие к себе, получает необходимую помощь и учится принимать окружающих такими, какие они есть. Адекватные реакции других на конкретного человека в группе могут значительно облегчить разрешение его конфликтов с людьми вне группы.

На занятиях человек в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему партнеров. Именно эти возможности дают чувство психологической комфортности и покоя.

Слушая рассказы других участников группы, больные могут узнавать себя в других и видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставить человеку необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своих личностных особенностей.

Разработан ряд общих принципов, характерных для психокоррекционных групп [2]

- облегчение выражения эмоций;
- появление чувства принадлежности к группе;
- возможность, а иногда и обязательность самораскрытия;
- опробование новых видов поведения, как в группе, так и вне ее.
- разрешенное групповое межличностное сравнение или выражение своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым на группе.

Все эти принципы в полной мере характерны для групповых собраний сообщества АА и АН и иных сообществ, работающих по системе «12 Шагов».

Большинство специалистов по групповой терапии склоняются к тому, что наибольшая эффективность работы в группах достигается при объединении людей схожих по наличию близких, одинаковых проблем, так как включение в группу лиц с различными проблемами почти неизбежно вызывает напряженность и конфронтацию. Это положение вполне ясно объясняет невозможность и неэффективность работы с больными алкоголизмом и наркоманией в смешанных группах.

Общество АА и АН сильно тем, что объединяет людей с одной общей проблемой – химической зависимостью, что помогает в обеспечении сплоченности группы, взаимопонимания ее членов, объединение вокруг общей проблемы избавления от зависимости.

Множество поддерживающих, активизирующих и управляющих элементов, с которыми наркоманы (алкоголики) сталкиваются с момента включения в программу, обеспечивают структуру и поддержку, которые компенсируют слабость их функций саморегуляции. Афоризмы в работе АА и АН являются источником успокоения и комфорта, в чем больные крайне нуждаются, а пошаговый подход, рекомендации и прямые указания (например, «поддерживай контакты, не теряйся, звони, знакомься с людьми, приходи на встречи, проси помощи» и т. д.) выстраивают последовательную линию развития, обеспечивая человека структурой, способной поддержать и направить его на восстановление собственной жизни, часто разрушенной почти до основания.

Оказывая преобразующее воздействие, АА и АН помогают изменять те части Я, которые отвечают за заботу о его собственной жизни и за управление ею. Д. Мэк назвал эту способность человека «самоуправлением» (*self-governance*) и охарактеризовал ее как мультиперсональную психологию «Я – другой» [1].

Движение АА и АН компенсирует характерную для алкоголиков и наркоманов ослабленную или неразвитую способность управлять собой. Оно бросает вызов мнению аддиктов (и каждого из нас), что человек способен управлять своей жизнью и поведением в одиночку.

Бросая вызов «дефектам характера», которые призваны скрыть недостаток самоуважения и связанные с этим межличностные проблемы, АА и АН эффективно работают с эмоциональной сферой и неспособностью заботиться о себе, побуждая людей делиться историями о том, как они стали жертвой своей пагубной страсти и как теперь возвращаются к нормальной жизни.

Традиция АА и АН рассказывать истории из своей жизни на сознательном и бессознательном уровнях оказывает огромную помощь зависимым больным. Эти истории дают рассказчику, и слушателям увидеть, каким образом трудности в проявлении эмоций и неспособность позаботиться о себе, становятся причиной их жизненных неурядиц. Рассказывая свои истории, нередко красноречиво и с юмором, зависимые становятся более восприимчивыми, открывают слабость своей сферы саморегуляции и обнаруживают, что их саморазрушающие характерологические защиты порождают значительную часть возникающих трудностей.

Рассказанные истории демонстрируют участникам встречи, что они не способны осознавать, терпеть и выражать свои чувства, но поглощены обстоятельствами своей жизни, окружающими событиями и собственными действиями. Они наглядно показывают характерную реакцию аддиктов: вместо того чтобы признать собственную неспособность управлять своими поступками и ухаживать за собой, они отрицают опасность, выказывают браваду, агрессивность и контрфобические действия. С другой стороны, их истории о выздоровлении показывают, что пациент осознал, как действуют его саморазрушающие защиты, понял собственную слабость и необходимость признать свою болезнь, а также зависимость от других людей как неизбежное и необходимое условие зрелой жизни.

Существенное значение имеет структура ведения собраний групп сообщества АА и АН и выбор их ведущих. Когда групповой процесс имеет хорошо структурированный план, то это снижает у участников тревожность, уменьшает их сопротивление воздействию группы и, таким образом, позволяет им наиболее полноценно сконцентрироваться на проблемах отдельной личности и общих целях группы, ускоряет преодоление нерешительности новичков и других трудностей начального организационного периода. Эта цель достигается жестким структурированием ведения заседаний групп АА и АН. Выделяются, например, «тематические» встречи: изучение отдельных шагов, лозунгов (девизов), традиций и т. д.

Интересный способ анализа группового процесса предложил J. Kelman в плане социального развития членов группы решающими для достижения позитивного результата групповой терапии являются три фактора: податливость, идентификация и присвоение, которые в полной мере характерны для

групп сообщества АА и АН. В частности, податливость заключается в том, что новые члены сообщества начинают «испытывать» новые способы поведения, получаемые в процессе работы на группах от более опытных в решении своих алкогольных и наркотических проблем людей [15].

Идентификация проявляется в возможности каждого участника группы АА и АН встать на позицию руководителя группы. Это закреплено правилом, согласно которому любой член сообщества может и должен быть ведущим или «спикером» на собрании. Кроме того, это же требование «прописано» в «Двенадцатом шаге» программы АА и АН. Присвоение – это процесс реализации полученных знаний и умений конкретным человеком в реальной жизни, т. е. основное, для чего существует сообщество.

Выделено десять лечебных факторов, характеризующих процесс групповой психотерапии:

- сплоченность;
- внушение надежды;
- обобщение;
- альтруизм;
- предоставление информации;
- множественный перенос;
- межличностное обучение;
- развитие межличностных умений;
- имитирующее поведение;
- катарсис.

Все эти факторы естественно характерны и для групп АА и АН. Рассмотрим подробнее.

*Сплоченность* способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и, таким образом, нуждается в помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности естественно приведет к распаду группы и даже сообщества АА и АН. Следствие – значительное снижение терапевтического эффекта. Сплоченность сообщества, как основной принцип существования АА и АН и «выздоровления» больных, оговорен в «12 традициях», где основополагающей следует считать Первую Традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА и АН».

*Внушение надежды* – это закрепление веры в успешность выздоровления по системе АА и АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами успешных членов сообщества, имеющих большие сроки трезвости и достигших благополучного существования в окружающем социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам. «Хочешь быть таким же, как я – ходи на группы, работай по Программе, как я, и все у тебя получится».

*Обобщение.* Многие зависимые считают свои личные проблемы уни-

кальными, но, приходя в группу, узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда больной понимает, что он со своим несчастьем не уникален и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей – как внутри сообщества, так и вне него, что, несомненно, облегчает становление процесса восстановления.

Кроме того, больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группу. В процессе общения с другими членами группы многие находят у себя еще ряд проблем, мешающих реабилитации:

*Альтруизм* – ощущение взаимной необходимости, как старожилов, так и новичков. Не является секретом тот факт, что если в группу АА и АН не привлекаются новые, алкоголь- и наркозависимые, то группа может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм – это важный элемент взаимодействия членов группы, без которого невозможно личное выздоровление.

*Предоставление информации* – это возможность и необходимость обмена информацией относительно способов преодоления проблем, существующих в жизни зависимого. Для подобного обмена информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.

*Множественный перенос*. Между участниками группы с течением времени складываются отношения, которые могут походить на те же формы взаимодействия в общении со своими близкими, т. е. в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда химически зависимый человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным ее членам.

По мере прохождения определенных этапов восстановления по Программе и работе в группе эти отношения оцениваются, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях групп, так и вне них.

*Межличностное обучение*. В группах АА и АН каждый участник анализирует испытываемые им положительные и отрицательные эмоции; апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков и чистых наркоманов». В дальнейшем, это позволит перенести ему многие из этих опробованных на группе действий и суждений на жизнь вне группы, для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми.

Без наличия подобного обучения посещение собраний АА и АН не приносило бы того результата, который дает эта Программа, т. е. не достигалась бы полная адаптация больных к жизни в существующем социуме, имеющем свои как положительные, так и отрицательные стороны.

*Развитие межличностных умений*. В процессе работы в группах боль-

ные совершенствуют свое умение общаться. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения учится говорить коротко, ясно, понятно и правильно расставлять смысловые акценты в своей речи.

Несомненно, одним из факторов обеспечения подобного эффекта является, в первую очередь, наличие «обратной связи» в процессе общения в группах. Важную роль играет необходимость соблюдения ритуалов представления самого больного и «проговаривание» (донесение) своих мыслей по теме, разбираемой на группе.

*Имитирующее поведение.* Некоторые больные, приходящие в сообщество, не имеют навыков трезвого поведения. Для начала им предлагается «копировать», т. е. имитировать поведение успешно работающих по Программе членов сообщества с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться лозунгами (девизами), «формулами» Программы в качестве готового способа преодоления сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной срыва. Постепенно они накапливают опыт многих людей, посещающих группы АА и АН.

В дальнейшем выздоравливающий в состоянии экспериментировать и самостоятельно использовать весь имеющийся у него арсенал проработанных на группах форм адекватного поведения в повседневной жизни. Такая «технология» позволяет наиболее быстро добиться социальной реабилитации.

*Катарсис.* Проработка в группах «неприемлемой» потребности в ПАВ, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых и не проанализированных эмоциях таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению. Это переживание испытывают многие члены АА и АН после окончания собраний.

Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющегося в усилении сплоченности группы и сообщества АА и АН в целом, в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем полном эмпатии окружении.

Групповая помощь является одним из лучших средств решения личностных проблем на первых этапах становления трезвости. Группа помогает формировать ему адекватное самосознание, разрушать механизм самообмана, создавать новую самоидентификацию и подкреплять мотивацию его трезвости. Основная часть программы «12 Шагов» направлена именно на такое распознавание самого себя. Большинству зависимых этого оказывается вполне достаточно, чтобы выйти на достаточно адекватный уровень самооценки.

Традиции создаются и отстаиваются членами группы, в результате чего образуется единство сообщества Анонимных Алкоголиков и Наркоманов. Это создает защиту и гарантию безопасности личности больного, нацеленного на процесс выздоравливания.

Духовное пробуждение способствует возврату к собственному неад-

диктивному Я. Такие формы реакции как сокрытие, обман, отрицание, проекция вины вызывают протест и воспринимаются как чуждые, эго-дистонические. В процессе общения в группе человек приобретает умение чувствовать себя достаточным, счастливым наедине с собой, получая от этого комфорт и умиротворение. Размышления о прежней жизни, анализ потерянных в результате аддикции отношений способствует выработке мотивации на формирование новых, здоровых, эго – синтонических отношений.

Значение добровольного рассказа аддиктов о своих прошлых проблемах проявляется в признании, осознании и прочувствовании силы аддикции, который живет в человеке. Рассказ о вреде, который причинил аддикт другим людям, также очень важен, так как осознание приводит к пониманию того, что врага нельзя любить, но нельзя и не уважать. Важно понимать значение преодоления аддикции, умения фиксироваться не на «завтрашнем» успехе, характерном для длительной проекции, а на успехе сегодняшнего дня. Каждый день успешного воздержания от аддиктивной реализации оценивается как успех, победа над собой, которой он может и должен гордиться.

Процесс выздоровления от аддикции носит осциллирующий характер: периоды улучшения сопровождаются периодами ухудшения и, наоборот. В момент активного прорыва аддиктивного поведения возникают кризисные состояния. В такие периоды аддикт особенно нуждается в помощи, в социальной поддержке, в использовании уже сформировавшейся системы отношений.

#### **5.4. Психотерапевтическая работа с созависимыми семьями**

Программа коррекции аддиктивного поведения не может претендовать на эффективность, если в ней не будет представлен персонализированный подход, ориентированный на конкретного аддикта и его семью. Акцент на значимости данного положения чрезвычайно важен уже на начальном этапе коррекции, так как даже страдающие одной и той же формой аддикции зависимые отличаются друг от друга степенью развития этой зависимости. Так, например, один из них может полностью отрицать наличие проблемы, в то время как другие осознают этот факт в той или иной степени.

У одних пациентов аддикция развивалась на основе достаточно спаянной когезионной идентичности, когда их жизнь была сбалансированной и успешной. Причиной аддикции других стали нарушения психосоциального развития личности, например, «преждевременное достижение» идентичности, «диффузная идентичность» [18]. Одни аддикты перенесли в прошлом, например, в детском или подростковом периоде, серьезную психическую травму и были жертвами психического и/или физического насилия, а другие воспитывались любящими и заботящимися о них родителями.

Учитывая достаточно существенное влияние близких родственников больного на создание определенной системы социальных взаимоотношений



внутри семьи, в которой живет пациент, следует уделять большое внимание разбору внутрисемейных проблем, как с самими пациентами, так и с их родными. Соответственно, если пациент направляет усилия на становление трезвого образа жизни, не учитывая возможную заинтересованность в этом членов своей семьи, он, скорее всего, не будет испытывать эмоциональное потрясение в период становления ремиссии, осознав, что его личная трезвость и нормализация жизни родственникам мало интересны.

Проработка подобных ситуаций часто осуществляется и на сеансах групповой психотерапии с пациентами, особенно по возвращению в реабилитационный центр после отпусков, необходимых им для адаптации в семье. Разбор на группах проблем, возникших в результате взаимодействия пациентов с родными и близкими в новых для них условиях, помогает зависимым, в дальнейшем, более адекватно строить отношения с родными и реагировать на возникающие, в связи с таким внутрисемейным общением, стрессы. Члены семьи аддикта всегда участвуют в процессе, выступая, обычно, в роли созависимых, использовавших в течение более или менее длительного времени различные самостоятельные стратегии «борьбы» с аддикцией (чаще всего, стратегии контроля или защиты, реже - конкуренции [17]).

Члены семьи аддикта могут руководствоваться различными мотивациями, например: чувством лояльности, желанием помочь аддикту; чувством личной ответственности за возникшую аддиктивную проблему. Тем не менее, возможны и другие, не всегда полностью осознаваемые мотивации, например, такие, как желание доминирования над аддиктом; сохранение позиции незаменимого помощника, осуществляющего постоянную заботу. В некоторых случаях члены семьи аддикта испытывают страх потери социального лица, предпринимают интенсивные усилия, направленные на сокрытие проблемы от окружающих, и поэтому не прибегают к внешним источникам помощи.

Коррекционная работа с аддиктом должна включать семейные подходы. Эффективное проведение последних требует выявления применяемых в семье стратегий и объяснения их несостоятельности в качестве антиаддиктивных активностей. Следует иметь в виду, что используемые при этом методы контроля включают физическое препятствие аддиктивной реализации, слежку за аддиктом, лишение его возможности употребления алкоголя или наркотика.

Контроль распространяется на деньги, зарабатываемые аддиктом и на большинство его социальных контактов. Анализ результатов контроля демонстрирует его отрицательные последствия как для самого аддикта, так и для осуществляющих его созависимых членов семьи. Контроль вызывает у аддикта озлобленность и стимулирует использование психологической защиты в виде проекции проблемы на производящего контроль члена семьи: «мою свободу ограничивают, это унижает меня, я расстраиваюсь и поэтому выпиваю (колюсь)», «какое он/она имеет право вмешиваться в мою жизнь, относиться ко мне как к неполноценному или ребёнку» и др.

Опыт показывает, что подвергающиеся контролю аддикты иногда воспринимают эту процедуру как своеобразную игру и начинают принимать в ней участие, руководствуясь призывом: «попробуй, поймай меня». В процессе такой игры аддикт постепенно совершенствуется и отшлифовывает навыки ухода от контроля, различных способов обмана, что стимулирует продолжение аддиктивных реализаций.

В игру ухода от контроля могут включаться другие аддикты, знакомые аддикта, оказывая ему поддержку и создавая иллюзию глубокого эмоционального понимания. Аддикт не понимает (не хочет понимать) крайне поверхностного характера такой поддержки и противопоставляет отношения в аддиктивной группе отношениям с членами семьи и людьми, действительно старающимися ему помочь.

Отрицательные последствия контроля для самих контролеров связаны, прежде всего, с большой затратой энергии, времени и тем, что эти затраты не приводят к положительным результатам. Раньше или позже они заканчиваются поражением, что болезненно воспринимается членами семьи, осуществляющими контроль. У них возникают чувства отчаяния и вины из-за недостаточности предпринятых усилий, обостряется отрицательное отношение к аддикту, учащаются конфликты.

Стратегия протекции связана с попытками ослабить насколько возможно отрицательные социальные последствия аддиктивного поведения, спасти социальное лицо аддикта и, тем самым, сохранить социальный имидж семьи. Созависимые члены семьи формируют психологические защиты отрицания и рационализации, стараясь не видеть всего того, что происходит, не задумываться о реально складывающейся ситуации, её дальнейшем развитии и последствиях.

Созависимые лица стараются действовать по принципу: «нельзя выносить сор из избы», «если другие не будут слишком много знать о происходящем, ничего плохого не случится». Таким образом, часто аддикция становится особым, тщательно оберегаемым семейным секретом, что объективно приводит к изоляции, лицемерию, избеганию любого серьёзного обсуждения проблемы даже внутри аддиктивной семьи, действующей по принципу: «не будите спящую собаку».

Рационализация аддиктивной проблемы созависимыми членами семьи может принимать различные формы. Так, например, акцентуируются и переоцениваются положительные качества аддикта (обычно с ориентацией на до-аддиктивное состояние) с целью отвлечь внимание от неприемлемого аддиктивного поведения. Вспоминаются периоды времени, когда совместная жизнь была более гармоничной и комфортной. Используются оправдания поведения аддикта его плохим состоянием здоровья, слабостью воли, подверженностью влиянию «плохих людей», несправедливостью, неудачным браком и др.

Стратегия протекции объективно ухудшает течение аддиктивного процесса. Аддикт чувствует себя всё более безнаказанным в надежде на под-

держку со стороны созависимого члена/членов семьи, убеждает себя в том, что его аддиктивная проблема действительно связана только с неблагоприятными внешними обстоятельствами. Такая внешняя референтность для него субъективно более приемлема и уменьшает возможность критического самоанализа.

Стратегия конкуренции основывается на характерном для аддикта нарушении межличностных отношений с наиболее близкими людьми, которым аддикт уделяет всё меньше времени. Процесс пренебрежения нарастает и вызывает ответную реакцию. Созависимые жена/муж стараются изменить ситуацию, вернуть её к прежнему состоянию, заставить аддикта стать в отношениях таким, каким он был раньше. Аддикту как бы предлагают выбор: «кого ты любишь больше: меня или наркотик, алкоголь, работу, азартную игру».

Стратегия конкуренции не приводит к положительным результатам на длинную дистанцию. Она, по существу, основана на вызывании у аддикта чувства вины и ностальгических переживаний. Здесь не учитывается то обстоятельство, что личность аддикта, как правило, уже изменена и в его поведении преобладают паттерны, свойственные аддиктивной личности.

Отрицательные эмоциональные переживания, связанные с чувством вины, оказываются для него непереносимыми, превышая низкий порог толерантности и автоматически стимулируют желание как можно быстрее избавиться от них путем использования единственно надежного способа – ухода в аддиктивную реализацию.

К этому следует добавить, что стратегия конкуренции сочетается с бесконечными придирками, упреками и обвинениями аддикта в промежутках между аддиктивными реализациями.

Таким образом, объективно создается благоприятный психологический климат для дальнейшего прогрессирования аддиктивного процесса.

Члены семьи аддикта в процессе коррекции должны получить информацию об упомянутых, наиболее часто используемых, непрофессиональных самостоятельных стратегиях и получить возможность проанализировать в этом аспекте сложившуюся в их семьях ситуацию. Положительное значение имеет обмен опытом различных семей.

В процессе совместного анализа выясняется, что у созависимых членов семьи уже сформировалась чувство неудовлетворённости своим поведением, но что-то мешает им его изменить. Выясняется, например, что созависимый член семьи боится отказаться от прежней стратегии, считая это предательством по отношению к аддикту, нарушением семейной солидарности, снятием с себя ответственности и т. д. Важно показать, что подобные рассуждения основаны на самообмане и в действительности мешают самой возможности эффективного вмешательства.

В ситуации прекращения контроля и исчезновения «насильственной» протекции создаются условия для создания аддиктом внутренних механизмов сопротивления аддикции, восстановлением контроля над аддиктивными

реализациями, компульсивностью и другими признаками аддиктивного процесса.

Лишившись «статуса наибольшего благоприятствования», который создавался ошибочными стратегиями, аддикт получает шанс задуматься над тем, что с ним происходит. Членам семьи аддикта необходимо осознать непродуктивность взятия на себя ответственности за поведение другого, даже наиболее близкого, взрослого человека. Такую ответственность может брать на себя только он сам.

В то же время члены семьи аддикта имеют возможность позитивно влиять на сложившуюся ситуацию указывает в этом контексте на значение формирования в семье атмосферы, максимально некомфортабельной для продолжения аддиктивных реализаций, и стимулирующей аддикта начать лечение. Анализируя алкогольные и наркотические аддикции, автор советует меньше акцентировать внимание на прекращении употребления алкоголя или наркотика, а больше – на убеждениях начать необходимое лечение.

Прекращение активностей, связанных с ошибочными стратегиями противодействия аддикции, высвобождает у членов семьи аддикта энергию и время, позволяют им, наконец, подумать и позаботиться о себе и семейных проблемах, оказать более реалистичную и действительно нужную помощь и поддержку при проведении лечения.

Порой, задача привлечения родственников пациентов реабилитационного центра к вышеназванной работе является достаточно сложной. Несмотря на все объяснения и договоренности со специалистами программы, большинство их все же избегают ходить на консультации и не пытаются получить информацию о том, какова их роль в процессе восстановления от зависимости их близкого.

Персоналу Центра важно привлечь родных и близких пациента к предусмотренным для них занятиям и вовлечь их в процесс реабилитации через определенные поставленные условия: встречи с больным разрешаются только в том случае, если родственники посещают необходимые лечебные мероприятия, предусмотренные работой семейного блока в Центре. В противном случае, персонал Центра выполняет свою работу и дает информацию родным пациента о том, что вся ответственность за результат их непосещения полностью лежит на них.

Поскольку химическая зависимость – это семейная болезнь, больна вся семья (физически, психологически, духовно), соответственно, ее выздоровление (восстановление) должно начинаться с каждого члена семьи. Каждый член семьи должен захотеть измениться, иначе выздоровление самого пациента продвигается намного медленнее, осложняясь влиянием деструктивных личностных образований, принятых в его семье.

Когда говорят о низкой эффективности лечения наркомании, часто упоминают о том, что причина лежит в возвращении наркомана в старый круг общения. Это действительно так, поскольку он возвращается, прежде всего, в свою семью!

В большинстве случаев родные готовы к сотрудничеству, пускай не сразу, не с первой встречи, а порой и не с первой реабилитации больного. Часто родители на первых семейных встречах либо винят во всем себя в том, что их родной человек – наркоман, либо полностью переключают ответственность за заболевание на самого зависимого, считая, что проблема только в нем самом, что причина их тяжелого эмоционального и физического состояния кроется в больном родственнике.

Однако, несмотря на названные выше проблемы, все же следует четко доносить до родственников больного зависимостью мысль, что результат лечения пациента во многом зависит и от соблюдения ими определенных правил поведения, как в период лечения больного, так и после его выписки из стационара.

Если же родные пациента не будут посещать консультации и, соответственно, не соблюдать определенные правила общения с больными, то, скорее всего, все успехи, достигнутые пациентами во время лечения в Программе, в постреабилитационный период могут быть сведены к нулю, в основном, из-за неправильного поведения именно близких зависимого.

Основная работа с родственниками ведется сотрудниками Центра по двум направлениям:

1. Предоставление информационного материала.

Цикл лекций состоит из двух информационных блоков, объединенных общей тематикой. Один из информационных блоков посвящен теме биопсихо-социо-духовных нарушений, которые происходят у больных в процессе развития их заболевания. Второй блок направлен на предоставление основ знаний о нарушениях в социальной системе самих больных, так и их родственников и друзей. Такие занятия проводятся в виде тренингов.

Огромное внимание уделяется тому, что может помочь близким больных алкоголизмом или наркоманией конструктивно изменить сложившуюся патологическую социальную систему.

2. Индивидуальная и групповая консультативная или психотерапевтическая работа с родственниками пациентов Центра.

Индивидуальная и групповая работа ведется по тем же принципам, что и подобная работа с пациентами. Цель данной работы: помочь членам семьи алкоголика или наркомана получить навык определять свои чувства, адекватно их выражать, и ограждать себя от патологического воздействия на их личность проявлений болезни зависимого от ПАВ человека; наработать способы конструктивного изменения патологической семейной системы взаимоотношений, особенно в плане личного участия в ней. Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление системы отрицания, осознание личностных проблем, намечаются пути их решения.

Для самостоятельной работы выдаются домашние задания следующего направления:

Арт-терапия.

Такое направление является средством свободного самовыражения и самопознания. Оно имеет «инсайт-ориентированный» характер; предполагает атмосферу доверия, высокой терпимости и внимания к внутреннему миру человека и основано на мобилизации творческого потенциала человека, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления. Кроме этого, оно отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации – раскрытию широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего индивидуально-неповторимого способа бытия.

#### Аутотренинг.

Освоение техник релаксации, медитации предоставляет один из инструментов управления настроением, позволяет осознать и ощутить контакт с «Высшим Я».

Если члены семьи пациента участвуют в вышеназванных программах, прогноз эффективности лечения более благоприятный.

В целом, программа преодоления созависимости включает в себя компоненты образования по вопросам зависимости от психоактивных веществ и созависимости; дает представления о семье, как системе; предусматривая тренинг и освоение навыков здоровых взаимоотношений на основе уважения других; учит способам реагирования чувств, выражения любви к детям и другим членам семьи. Данная программа сочетается с программой групповой психотерапии с сеансами индивидуальной психотерапии, супружеской и семейной психотерапии, посещения групп «АА/АН», а также чтение литературы по затрагиваемым вопросам.

В лечебных центрах США такие семейные программы являются стационарными, участники заняты с 8 часов утра до 22 часов. Ежедневно используются следующие виды активности: лекции специалистов и выздоравливающих больных, групповые обсуждения в малых группах, освоение Программы «12 шагов», видеофильмы, индивидуальное консультирование, работа с литературой, участие в тестировании, ведение дневника чувств.

Наш собственный опыт оказания помощи созависимым охватывает формы работы: лекции, индивидуальное консультирование, семейное консультирование, индивидуальная и групповая психотерапия, арт-терапия. Практикуется ведение дневника, выполнение домашних заданий, чтение рекомендуемой литературы. Психотерапевт рекомендует и поддерживает посещение групп самопомощи.

Большое значение в эффективности коррекции имеет изменение самооценки как аддикта, так и созависимых членов его семьи, осознание внутренних резервов, нереализованного потенциала.

Квалифицированные специалисты способны помочь обнаруживать подавленные скрытые положительные качества самого аддикта и человека, находящегося с ним в наиболее значимых отношениях. Эти положительные качества, например, созависимой жены аддикта могут обнаруживаться в самозабвенных стараниях найти какой-то способ справиться с ситуацией, пре-

одолеть кризис, заставить аддикта прекратить или смягчить аддиктивные реализации.

Несмотря на то, что выбор первоначальной стратегии был неадекватным, будет правильно наряду с демонстрацией и объяснением его ошибочности, проявлять уважение к стратегиям и поддерживать заинтересованность членов семьи в осуществлении профессиональной помощи.

В процессе успешной коррекции положительные изменения происходят как у аддикта, так и у созависимого члена семьи, который становится более самостоятельным, избавляется от страхов различного содержания, в том числе (что очень важно), от страха быть оставленной/ оставленным аддиктом в случае избавления его от аддиктивной проблемы.

Подводя итог выше изложенному, можно сказать, что социальная реабилитация – это наиболее оптимальный путь решения проблемы химической зависимости. И задачей всех специалистов, работающих в этой области, является создание, развитие и совершенствование подобных терапевтических программ, включающих всестороннее изучение личности наркозависимого, что обеспечит эффективность психокорректирующих мероприятий и всего реабилитационного процесса в целом.

### **5.5. Терапевтическая программа «12 шагов»**

Эта программа достаточно эффективна как для психокоррекции химической (алкоголизм, наркомания), так и нехимических (гемблинг, Интернет и пищевой) аддикций в условиях групповой или индивидуальной (в случае с нервной анорексией или булимией) терапии [А.Ю.Егоров].

Одной из целей программы «12 Шагов» сформировать эмоциональную зрелость. Достигнуть этого можно путем последовательной проработки отдельных «шагов» при помощи других членов группы. Только в тексте программы «1-го шага» встречается слово «алкоголь/наркотик/еда/игра» и говорится о том, что необходимо перестать бороться с собой и признать свое бессилие перед факторами, вызывающими аддикцию; признать факт потери контроля над своей жизнью. Совершая этот «Шаг», алкоголик/наркоман/пищеваддикт /игроман ломает свой механизм защиты и отрицания. Это необходимое, но недостаточное условие для сохранения независимости.

#### **Содержание Программы «Двенадцати шагов»**

*Первый шаг:* «Мы признаем свое бессилие перед алкоголем, признались в том, что потеряли контроль над своей жизнью». Этот шаг - начало всех действий, способствующих прекращению зависимости. Осознание зависимости и бессилия перед ней мотивирует аддикта обратиться за помощью.

«Шаг 1» – это достаточно сложное утверждение. Сущность его – принятие ограничения в своих возможностях. В данном случае – это факт признания потери контроля над зависимым поведением. Принятие этого факта

может происходить либо сразу, либо может рассматриваться как процесс становления, проходящий через ряд стадий [4].

Стадия 1: «У меня есть проблема с потреблением алкоголя/наркотика/пищи, проблема с игрой».

Стадия 2: «алкоголь/наркотик/пища/игра постепенно делает мою жизнь все более трудной и порождает в ней все новые и новые проблемы».

Стадия 3: «Я потерял способность контролировать свою зависимость, поэтому единственной альтернативой, которая теперь имеет смысл, является прекращение его потребления».

*Второй шаг:* «Мы пришли к убеждению, что только Сила более могучая, чем наша собственная, может вернуть нам здоровье». Этот шаг подразумевает определенное умаление собственного «Я» зависимого человека, и признание существования Бога или иной Высшей Силы. Как говорится в Программе: «Второй шаг позволяет зависимому избавиться от чувства "центра мироздания" и связанных с ним гнетущих обязательств».

*Третий шаг:* «Мы приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимаем». Согласно Программе это «шаг начала действий, ибо он опирается на действия, ограничивающие собственную волю и чувство силы. В трудные минуты используется молитва Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество изменить то, что могу, мудрость отличить одно от другого».

*Четвертый шаг:* «Мы глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения». На этом шаге зависимый человек учится смотреть на себя честно, без обмана, отмечая свои недостатки и достоинства. В этот период клиент осознает причины происшедшего. «Добросовестный и честный анализ с нравственной точки зрения дает верный диагноз ситуации, что, в свою очередь, позволяет предпринять меры, направленные на достижение желаемых изменений».

*Пятый шаг:* «Мы признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений». Этот шаг понимается как исповедь, освобождающая человека от чувства одиночества и позволяющая надеяться на прощение со стороны ближнего. Предполагается, что таким образом зависимый человек может простить самого себя и приобрести чувство покоя.

*Шестой шаг:* «Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков». Этот шаг предполагает формирование внутренней готовности к самосовершенствованию. Программа «Двенадцати шагов» не имеет сектантского характера. Она основана на нравственных общечеловеческих ценностях. Если развивать эту мысль далее, можно сказать, что человеку, не имеющему явно выраженной зависимости, также будет полезно осознание идей программы и выражение их в своей жизни. Другими словами, традиционная психотерапия химических и нехимических зависимостей связана, прежде всего, с формированием нравственной зрелости и «здоровых» ценностных ориентаций.



*Седьмой шаг:* «Мы смиренно просили Его исправить все наши недостатки». Здесь особо подчеркивается необходимость смирения в противовес унижению, и анализируется его применение в жизненной практике. «Многолетний опыт подсказывает, что ни один алкоголик не способен сохранить трезвость, забывая про чувство смирения».

*Восьмой шаг:* «Мы составили список тех, кому причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».

*Девятый шаг:* «Мы лично возместили причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому». Составление списка людей, кому было причинено зло, и возмещение им причиненного ущерба конкретными делами позволяет в конечном счете избавиться от чувства вины и согласиться с последствиями совершенной ранее несправедливости. Этот шаг позволяет человеку упорядочить свои взаимоотношения с людьми.

*Десятый шаг:* «Мы продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу их признавали». Этот шаг учит человека самоанализу и объективной оценке событий. Важно «ежедневно отмечать свои как хорошие, так и слабые стороны характера, признавать ошибки, исправляя их «на ходу». Это предохраняет от возврата к старым представлениям и образу поведения, которые могут затормозить процесс выздоровления и спровоцировать возвращение к зависимости».

*Одиннадцатый шаг:* «Стремясь путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы его понимаем (у каждого свой Бог в душе), молясь лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого».

*Двенадцатый шаг:* «После духовного пробуждения мы постараемся донести смысл наших идей до других зависимых людей и применять эти принципы во всех наших делах».

Для предупреждения рецидива необходимо делиться своим опытом с другими. Таким образом поддерживается чувство самоуважения и распространяется мировоззрение свободы от зависимости.

Один из основателей Сообщества Анонимных Алкоголиков - Бил В. писал: «Пусть вместо Бога признают какую-либо разумную правду. Самое важное, чтобы все они поверили, что существует какая-то сила, более великая, нежели чем они сами» [4].

Программа «12 Шагов» рассматривается как программа духовного роста, позволяющая зависимому, благодаря духовным изменениям, происходящим по мере работы над «Шагами», приобретать комфортную здоровую жизнь, когда для улучшения настроения или самочувствия нет необходимости использовать иные вещества, изменяющие психическое состояние.

## **Вопросы для проверки знаний**

1. Назовите основные положения когнитивно-поведенческого подхода.
2. Для организации полноценного психотерапевтического процесса в стационарных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом и самими пациентами реабилитационного центра. Назовите их.
3. Перечислите основные задачи руководителя реабилитационного центра.
4. Назовите основные функции групп само- и взаимопомощи (анонимные группы нарко- и алкогользависимых, гемблинг-аддиктов).
5. Что такое созависимость и как она проявляется?
6. Назовите основные направления коррекционных мероприятий при работе с созависимыми.
7. В чем смысл терапевтической программы «12 шагов»?
8. Представьте краткую характеристику каждого шага программы «12 шагов».
9. Какие формы арт-терапии используются при работе с химически зависимыми?

#### Литература

1. Айзенбах-Штангль И. Движение Анонимные Алкоголики //Вопр. Наркологии. – 1996. – № 3. – С. 41-47.
2. Баркова Н.П., Ванкон И.Г. Теория и практика в реабилитации наркозависимых. /Н.П.Баркова, И.Г.Ванкон. – Иркутск: ИГУ, 2013. – 372 с.
3. «Белая книга» – 12 шагов Анонимных Наркоманов. – Ангарск: Перекресток, 2009. – 94 с.
4. Двенадцать Шагов и Двенадцать традиций.– Нью-Йорк, 1989, 2000.– 128 с.
5. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. / А.Ю.Егоров. – СПб: Речь, 2007. – С. 21-23.
6. Мартин Д. Беседы с мелом у доски. / Д. Мартин. – СПб: Фонд им. С. Батория. – 1993 г. – 189 с.
7. Морли С. Методы когнитивной терапии и тренинга социальных навыков /С. Морли, Дж. Шефферд, С. Спенс. – СПб: Феникс, 1996. – 241с.
8. Москаленко В.Д. Лечение созависимости //Современные направления психотерапии и их клиническое применение: 1-я Всерос. учеб.-практ. конф. по психотерапии: материалы. – М., 1996. – С. 47-48.
9. Мясищев В.Н. К вопросу теории психотерапии /Ред. В.Е.Рожнов.-Ташкент: Медицина, 1979. – 179 с
- 10.Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от ПАВ / Вопросы наркологии. – 1999. – № 2, С. 23–35.
- 11.Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия за-

**Тест для повторения и обобщения по курсу**  
**«Психология зависимого поведения»**

- 1. Какой фактор является доминирующим в формировании зависимости от алкоголя/наркотиков?**
  - a. Генетика
  - b. Семейное воспитание
  - c. Физические травмы
  - d. Доступность алкоголя/наркотиков
- 2. Какой наркотик формирует только психическую зависимость:**
  - a. Героин
  - b. Кокаин
  - c. Гашиш
  - d. ЛСД
- 3. Симптомы психической зависимости:**
  - a. Толерантность
  - b. Компульсивность
  - c. Абстинентный синдром
  - d. Амнезия
- 4. Какой фактор является самым важным в возникновении у несовершеннолетних потребности в употреблении ПАВ?**
  - a. Неблагоприятная микросоциальная ситуация развития
  - b. Реклама ПАВ через СМИ
  - c. Возрастная особенность (поисковая активность)
  - d. Биологическая предрасположенность
- 5. К какой форме зависимости относится заболевание «булимия»?**
  - a. Сексомания
  - b. Переедание
  - c. Трудоголизм
  - d. Азартные игры
- 6. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению формируется в процессе:**
  - a. Онтогенеза
  - b. Филогенеза
- 7. Что может помочь подростку прекратить злоупотребление ПАВ?**
  - a. Медикаментозное лечение
  - b. Информация о пагубном влиянии ПАВ на организм
  - c. Изменения социальных условий жизни
  - d. Психологическая помощь
- 9. Факторы формирования созависимости:**
  - a. Появление в семье больного алкоголизмом/наркоманией

- b. Воспитание в дисфункциональной семье
- c. Слабость нервной системы
- d. Материнский инстинкт

**10. Наркомания – это:**

- a. Хроническая болезнь (наркоман не сможет жить как все)
- b. Слабость воли
- c. Излечимая болезнь (после определенного лечения наркоман сможет жить как все)
- d. Временное увлечение

**11. Принцип программы Анонимных Алкоголиков:**

- a. Пропаганда
- b. Авторитарность
- c. Религиозность
- d. Независимость

**12. В процессе индивидуального консультирования необходимо:**

- a. Выявить причины, по которым пациент начал принимать наркотики
- b. Провести когнитивный анализ мышления пациента
- c. Обеспечить пациента конкретным поведенческим выбором
- d. Убедить пациента в пагубности его образа жизни

**13. Основатели программы «12 шагов»:**

- a. Священники
- b. Психологи
- c. Врачи
- d. Алкоголики

**14. Название первого реабилитационного центра с использованием философии АА:**

- a. Миннесота
- b. Хазелден
- c. Рекавери
- d. Эшли

**15. Одно из основных условий для сохранения трезвости зависимому от ПАВ:**

- a. Недоступность ПАВ
- b. Терпение
- c. Смена места жительства
- d. Преодоление анозогнозии

**16. Кто из перечисленных психотерапевтов занимался лечением химически зависимых людей, используя процесс групповой психотерапии:**

- a. Я. Морено
- b. Э.Г. Эйдемиллер
- c. И. Ялом
- d. Т. Горский

**17. Какой шаг программы «12 шагов» говорит о важности самоанализа?**

- a. 1-ый шаг

- b. 7-ой шаг
- c. 5-ый шаг
- d. 10-ый шаг

**18. Распространению потребления ПАВ в России способствует:**

- a. Экономический кризис
- b. Нестабильность социальной ситуации
- c. Изменения в системе личностных ценностей
- d. Все ответы правильные

**19. Расстройства, определяющие характер хронического алкоголизма?**

- a. Первичное влечение («тяга»)
- b. Утрата контроля
- c. Стремление к опохмелению
- d. Все ответы верны

**20. Состояние тяжелой степени опьянения:**

- a. Кома
- b. Сопор
- c. Амнезия
- d. Все ответы верные

**21. Направленность мотивационной сферы у подростков, эпизодически употребляющих ПАВ:**

- a. Получить положительные эмоции
- b. Избежать наказания, поражения
- c. Достичь успеха, награды
- d. Все ответы верны

**22. Причина, по которой подросток реагирует на фрустрирующую ситуацию употреблением ПАВ?**

- a. Слабость нервной системы
- b. Несформированность психологических защит
- c. Давление сверстников
- d. Доступность ПАВ

**23. Главной целью системы терапии больных зависимостью является:**

- a. Вовлечение в процесс выздоровления
- b. Излечение больного зависимостью
- c. Обеспечение информацией
- d. Все ответы верны

**24. Используемые стратегии преодоления «тяги» (влечения) к употреблению и борьбы со срывами:**

- a. Посещение собрания
- b. Отвлекающее поведение
- c. Чтение молитвы
- d. Все ответы правильные

**25. Какие составляющие групповой динамики формируют у участников группы конструктивную активность:**

- a. Групповая дискуссия

- b. Нормы группы
- c. Групповая сплоченность
- d. Групповые роли

Тест на Интернет-зависимость  
[С.А. Кулаков, 2004]

Ответьте на предложенные вопросы, используя следующую шкалу:

- «очень редко» - 1 балл;
  - «иногда» - 2 балла;
  - «часто» - 3 балла;
  - «очень часто» - 4 балла;
  - «всегда» - 5 баллов.
1. Как часто вы обнаруживаете, что задержались в Сети дольше, чем задумывали?
  2. Как часто вы забрасываете свои домашние обязанности, чтобы поведи больше времени в Сети?
  3. Как часто вы предпочитаете развлечения в Интернете близости со своим партнером?
  4. Как часто вы строите новые отношения с друзьями по сети?
  5. Как часто ваши знакомые жалуются по поводу количества времени, которое вы проводите в Сети?
  6. Как часто из-за времени, проведенного в Сети, страдает ваше образование и/или работа?
  7. Как часто вы проверяете электронную почту, прежде чем заняться чем-то другим?
  8. Как часто страдает ваша эффективность или продуктивность в работе из-за использования Интернета?
  9. Как часто вы сопротивляетесь разговору или скрываете, если вас спрашивают о том, что вы делали в Сети?
  10. Как часто вы отодвигаете на второй план неприятные мысли о своей жизни, заменяя их успокаивающими мыслями об Интернете?
  11. Как часто вы чувствуете приятное предвкушение от предстоящего выхода в сеть?
  12. Как часто вы боитесь, что жизнь без Интернета станет скучной, пустой и безинтересной?
  13. Как часто вы раздражаетесь, кричите, если что-то отрывает вас, когда вы находитесь в Сети?
  14. Как часто вы теряете сон, когда поздно находитесь в сети?
  15. Как часто вы чувствуете, что поглощены Интернетом, когда не находитесь в Сети?
  16. Как часто вы говорите, что проведете в Сети «еще пару минут...»?

17. Как часто вы пытаетесь безуспешно урезать время пребывания в Сети?
18. Как часто вы пытаетесь скрыть количество времени пребывания в Сети?
19. Как часто вы предпочитаете находиться в Сети вместо того, чтобы встретиться с людьми?
20. Как часто вы чувствуете подавленность, плохое настроение, нервничаете, когда вы не в Сети, что вскоре исчезает, стоит вам выйти в Интернет?

Если набрано 50-79 баллов, стоит учитывать серьезное влияние Интернета на жизнь испытуемого. Если набрано 80 баллов и больше, можно диагностировать Интернет-зависимость с необходимостью помощи специалиста.

## Приложение 2

### Анкета на выявление гаджет аддикции (1)

Пользуетесь ли Вы мобильным телефоном?

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Как давно Вы пользуетесь мобильным телефоном?

- меньше года
- год
- больше года

Интересуетесь ли Вы новинками моделей мобильных телефонов?

- Да
- Нет

На какие характеристики Вы обращаете внимание при выборе телефона:

- удобное написание sms-сообщений
- наличие mp3 звонка
- наличие фото- и видеокамеры
- чтобы просто звонил

Перечислите функции вашего телефона

---

---

---

---

Каким мобильным оператором Вы пользуетесь?

- BWC
- МТС

- Tele2
- Megafon

Почему Вы выбрали именно этого оператора?

---

---

---

Как часто Вы пользуетесь мобильным телефоном не по прямому его назначению (аудио- видео запись, фотографирование, выход в Интернет, прослушивание музыки)?

- всегда
- иногда
- часто
- никогда

Я предпочитаю телефон с его многообразными функциями реальному общению

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Если по телевизору предлагают закачать на свой телефон новую мелодию или картинку, я непременно пользуюсь этой услугой

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Часто ли Вы меняете тарифные планы и почему?

---

---

---

Я меняю марку телефона только потому, что появились новые телефоны с новыми функциями

- Да
- Нет

Существуют ли на Вашем тарифном плане дополнительные услуги типа «sms-free» или «простое решение»?

- Да
- Нет

Уточните какая именно услуга \_\_\_\_\_



Я не упускаю момента пообщаться с помощью sms-чата по телевизору

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Есть ли у Вас друзья или знакомые, у которых нет мобильных телефонов?

- да, много
- да, есть, но их немного
- нет, нету

Мобильный телефон в современном мире – это

- модно и стильно
- просто средство связи

Сколько денег в месяц Вы тратите на мобильный телефон?

- 100 рублей и меньше
- от 100 до 500 рублей
- от 500 до 1000 рублей
- больше 1000 рублей

Чаще всего я использую телефон не по его прямому назначению

- Да
- Нет

Как часто Вы меняете мобильные телефоны?

- 1 раз в пол года
- чаще чем 1 раз в пол года
- 1 раз в год
- меняю по мере надобности

Часто ли Вы берете телефон в руки и начинаете кому-нибудь звонить или писать, когда Вам нечем заняться/скучно или вы находитесь в транспорте?

- никогда
- иногда
- всегда
- часто

Расстаетесь ли Вы со своим телефоном на ночь, когда ложитесь спать и не используете его в качестве будильника?

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Просыпаясь утром, я, как правило, сразу думаю: «Где мой телефон?!»

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Если я забываю дома телефон, то, вспомнив о нем, я непременно возвращаюсь

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Сколько sms-сообщений в день Вы отправляете?

- 5-10
- 10-100
- 100-300
- больше 300

Я очень люблю звонить по мобильному телефону

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Как долго Вы обычно разговариваете по мобильному телефону?

- несколько минут
- около получаса
- от получаса до двух часов
- несколько часов

Я очень люблю общаться с помощью sms-сообщений

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Бывали случаи, когда, разговаривая с человеком, у меня звонил телефон, я прерывал разговор и отвечал на звонок

- Да
- Нет

Во время занятий или работы я не прекращаю отвечать на телефонные звонки и sms-сообщения

- Да
- Нет

Я раздражаюсь, когда меня отрывают от важного телефонного разговора или написания sms-сообщения

- Да
- Нет

Я сохраняю sms-сообщения в своем телефоне

- Да
- Нет

Продолжите фразу - Мобильный телефон в моей жизни – это ...

---

---

## Тест на выявление гаджет аддикции (2)

Выберите, пожалуйста, один из двух вариантов ответов (А или Б) тот, который лучше всего подходит для описания вашего поведения с мобильным телефоном и отметьте его галочкой. В этой анкете нет правильных или неправильных ответов, нам важно знать именно Ваше мнение.

1. А. Когда мне грустно или одиноко, я обычно беру в руки мобильный телефон и звоню кому-нибудь или пишу sms-сообщение

1. Б. Я не чувствую необходимости звонить или писать sms-сообщения кому-либо, когда у меня плохое настроение.

2. А. Когда у меня отключен мобильный телефон, я чувствую себя подавленно.

2. Б. Мое эмоциональное состояние не зависит от того, подключен ли мой мобильный телефон

3. А. Я чувствую, что мое увлечение мобильным телефоном мешает моей учебе, работе или вербальным отношениям с людьми.

3. Б. Использование мобильного телефона не мешает моим вербальным отношениям с людьми, учебе или работе.

4. А. Многие мои знакомые не знают, сколько времени и денег я на самом деле трачу на мобильный телефон.

4. Б. Большинство моих знакомых знает, сколько времени и денег я трачу на мобильный телефон.

5. А. Я часто пытаюсь уменьшить количество времени, которое я отвожу на разговоры по мобильному телефону или sms-общение.

5. Б. Я не пытаюсь уменьшить количество времени, которое я отвожу на разговоры по мобильному телефону или sms-общение.

6. А. Когда у меня под рукой нет мобильного телефона, я часто думаю о том, что мог бы сделать, кому мог бы позвонить/написать, если бы он был со мной

6. Б. Когда у меня под рукой нет мобильного телефона, я редко думаю о нем.

7. А. Я предпочитаю общаться с людьми через телефонные звонки и smsки, а не в реальной жизни.

7. Б. Я далеко не всегда прибегаю к помощи мобильного телефона, когда мне нужно пообщаться.

## Приложение 3

### Тест на Интернет-зависимость [Кулаков С.А., 2004]

Ответьте на предложенные вопросы, используя следующую шкалу:

- «очень редко» - 1 балл;
- «иногда» - 2 балла;
- «часто» - 3 балла;
- «очень часто» - 4 балла;
- «всегда» - 5 баллов.

21. Как часто вы обнаруживаете, что задержались в Сети дольше, чем задумывали?
22. Как часто вы забрасываете свои домашние обязанности, чтобы провести больше времени в Сети?
23. Как часто вы предпочитаете развлечения в Интернете близости со своим партнером?
24. Как часто вы строите новые отношения с друзьями по сети?
25. Как часто ваши знакомые жалуются по поводу количества времени, которое вы проводите в Сети?
26. Как часто из-за времени, проведенного в Сети, страдает ваше образование и/или работа?
27. Как часто вы проверяете электронную почту, прежде чем заняться чем-то другим?
28. Как часто страдает ваша эффективность или продуктивность в работе из-за использования Интернета?
29. Как часто вы сопротивляетесь разговору или скрываете, если вас спрашивают о том, что вы делали в Сети?
30. Как часто вы отодвигаете на второй план неприятные мысли о своей жизни, заменяя их успокаивающими мыслями об Интернете?
31. Как часто вы чувствуете приятное предвкушение от предстоящего выхода в сеть?
32. Как часто вы боитесь, что жизнь без Интернета станет скучной, пустой и безинтересной?

33. Как часто вы раздражаетесь, кричите, если что-то отрывает вас, когда вы находитесь в Сети?
34. Как часто вы теряете сон, когда поздно находитесь в сети?
35. Как часто вы чувствуете, что поглощены Интернетом, когда не находитесь в Сети?
36. Как часто вы говорите, что проведете в Сети «еще пару минут...»?
37. Как часто вы пытаетесь безуспешно урезать время пребывания в Сети?
38. Как часто вы пытаетесь скрыть количество времени пребывания в Сети?
39. Как часто вы предпочитаете находиться в Сети вместо того, чтобы встретиться с людьми?
40. Как часто вы чувствуете подавленность, плохое настроение, нервничаете, когда вы не в Сети, что вскоре исчезает, стоит вам выйти в Интернет?

Если набрано 50-79 баллов, стоит учитывать серьезное влияние Интернета на жизнь испытуемого.

Если набрано 80 баллов и больше, можно диагностировать Интернет-зависимость с необходимостью помощи специалиста.

#### Приложение 4

#### **Тест на выявление игровой зависимости (общество анонимных гемблеров)**

1. Приходилось ли вам тратить рабочее время на игру?
2. Делал ли когда-нибудь гемблинг вашу жизнь несчастной?
3. Портила ли игра вашу репутацию?
4. Испытывали ли вы когда-нибудь раскаяние после игры?
5. Играли ли вы когда-нибудь на деньги, чтобы отдать долги или решить финансовые проблемы?
6. Вызывала ли когда-нибудь игра увеличение вашей продуктивности?
7. После проигрыша вы чувствуете, что должны вернуться как можно скорее, чтобы отыграться?
8. После выигрыша вы испытываете сильное побуждение вернуться и выиграть еще?
9. Вы часто играете, пока у вас кончатся деньги?
10. Приходилось ли вам занимать деньги на игру?
11. Приходилось ли вам продавать что-либо, чтобы получить деньги на игру?
12. Вы не склонны тратить «игровые деньги» на обычные расходы?
13. Игра делает вас безразличным к вашему благополучию и благополучию, вашей семье?
14. Случалось ли, что вы играли дольше, чем планировали?

15. Приходилось ли вам играть, чтобы забыть про неприятности?
  16. Собирались ли вы совершить или совершали противоправные действия, чтобы достать деньги на игру?
  17. Были ли у вас проблемы со сном из-за игры?
  18. Вызывают ли у вас споры, разочарования или нереализованные желания побуждение к игре?
  19. Возникало ли у вас побуждение отпраздновать какой-либо успех несколькими часами игры?
  20. Не возникали ли у вас когда-либо суицидальные мысли из-за игры?
- Положительный ответ на 7 и более вопросов позволяет диагностировать игровую зависимость.

## Приложение 5

### **Тест на выявление любовной аддикции (общество анонимных любовных аддиктов)**

1. Вы человек, очень нуждающийся в романтических отношениях.
2. Вы очень быстро и довольно легко влюбляетесь..
3. Когда вы влюблены, то не можете прекратить мечтать, даже занимаясь серьезными вещами. Вы не можете себя контролировать.
4. Иногда, когда вы ищете отношений, вы снижаете свои требования и соглашаетесь на меньшее, нежели вы хотите или заслуживаете.
5. В отношениях вы склонны подавлять, «душить» своего партнера.
6. Иногда вы вступаете в отношения с человеком, который вам совершенно не подходит, в надежде, что он изменится.
7. Если вы вступили с кем-то в отношения, то не можете уйти.
8. Когда вам кто-то нравится, вы игнорируете все сигналы о том, что этот человек вам не подходит.
9. При выборе партнера самым важным для вас является первичная симпатия.
10. Когда вы влюблены, вы доверяете людям, которые не заслуживают доверия. В результате у вас из-за этого возникают сложности.
11. Когда отношения заканчиваются, вы чувствуете, что жизнь подошла к концу. Не менее двух раз вы подумывали о самоубийстве в связи с разрывом.
12. Чтобы сохранить отношения, вы брали на себя большую часть ответственности.
13. Единственная вещь, которая вас интересует, —это любовные отношения.
14. В некоторых ваших отношениях любили только вы.
15. Вы очень страдаете от одиночества, если не влюблены или не имеете отношений с кем-либо.

16. Вы не можете оставаться в одиночестве, собственное общество вас не устраивает.
17. Не менее двух раз вы вступали в отношения с совершенно неподходящим для вас человеком из-за страха остаться в одиночестве.
18. Вы приходите в ужас от мысли, что у вас может не быть партнера.
19. Вы чувствуете неудовлетворенность, если не находитесь в отношениях с кем-либо.
20. Вы не можете сказать «нет», если влюблены или партнер угрожает уйти от вас.
21. Вы очень стараетесь быть таким, каким вас хочет видеть партнер. Вы будете делать все, чтобы доставить партнеру удовольствие, даже если при этом придется принести в жертву свои желания, потребности или ценности.
22. Когда вы влюблены, то видите только то, что хотите видеть. Вы искажаете реальность, чтобы справиться с тревогой и подкрепить свои фантазии.
23. Вы готовы терпеть пренебрежение, страдать от депрессий одиночества, лжи и даже зависимости только для того, чтобы избежать боли от расставания.
24. Не менее двух раз в жизни вы испытывали неразделенную любовь, и это было очень мучительно.
25. У вас было несколько романтических отношений одновременно, несмотря на то что приходилось кого-то обманывать.
26. Вы продолжаете отношения и с жестокими людьми.
27. Мечты о ком-то, кого вы любите, даже если он или она не доступны, более важны для вас, чем обращение к реальности, поиск доступных партнеров.
28. Вы приходите в ужас от мысли, что вас могут бросить.
29. Вы добиваетесь любви людей, которые вас отвергли, и настойчиво пытаетесь изменить их мнение.
30. В состоянии влюбленности вы испытываете повышенное чувство собственности в отношении партнера и очень ревнивы.
31. Случалось, что из-за отношений с партнером вы пренебрегали интересами друзей или членов семьи.
32. В состоянии влюбленности вы крайне импульсивны.
33. Вами овладевает желание проверять своего партнера.
34. Случалось, что вы шпионили за человеком, которого любите.
35. Вы добиваетесь человека, которого любите, даже если он или она имеет другого партнера.
36. Если вы являетесь частью любовного треугольника, то верите, что «в любви и на войне все средства хороши». Вы не уходите.
37. Любовь — самая важная для вас вещь на земле.
38. Даже когда у вас нет отношений, вы постоянно фантазируете о любви: о ком-то, кого вы когда-то любили, или об идеальном партнере, который

когда-нибудь может появиться в вашей жизни.

39. Насколько вы помните, вы всегда были озабочены, поглощены мыслями о любви и романтическими фантазиями.

40. Вы чувствуете беспомощность, когда влюблены, так, как будто находитесь в состоянии транса или под воздействием чар. Вы теряете свою способность принимать мудрые решения.

При согласии с 5—10 утверждениями можно подозревать любовную аддикцию; с 11 и более утверждениями — вероятность любовной аддикции очень высока.

## Приложение 6

### Тест на выявление игровой зависимости (J.Taker)

Отвечать следует, имея в виду последние 12 месяцев.

1. Ставили ли вы на кон больше, чем могли позволить себе потерять?
  - а) никогда;
  - б) иногда;
  - в) чаще всего;
  - г) почти всегда.
2. В последние 12 месяцев требовалось ли вам играть на более крупную сумму, чтобы достичь той же степени возбуждения?
  - а) никогда;
  - б) иногда;
  - в) чаще всего;
  - г) почти всегда.
3. Когда вы играли, возвращались ли вы на другой день к игре, чтобы отыграть проигранные деньги?
  - а) никогда;
  - б) иногда;
  - в) чаще всего;
  - г) почти всегда.
4. Одалживали ли вы когда-либо деньги или продавали имущество, чтобы иметь возможность играть?
  - а) никогда;
  - б) иногда;
  - в) чаще всего;
  - г) почти всегда.
5. Чувствовали ли вы когда-либо, что у вас могут быть проблемы с азартными играми?



- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

6. Являлась ли когда-либо азартная игра причиной ваших проблем со здоровьем, включая стресс и беспричинное беспокойство?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

7. Критиковали ли вас за ваше пристрастие к азартным играм или говорили вам, что у вас проблемы с азартными играми, независимо от того, считали ли вы эти замечания справедливыми?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

8. Являлось ли когда-либо ваше пристрастие к азартным играм причиной финансовых проблем для вас или вашей семьи?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

9. Ощущали ли вы когда-либо вину за то, как вы играете, или за то, что происходит во время вашей игры?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

Подсчет баллов: «никогда» — 0 баллов, «иногда» — 1 балл, «чаще всего» — 2 балла, «почти всегда» — 3 балла. Баллы за ответы на все 9 вопросов суммируются.

0 баллов — нет никаких негативных последствий азартной игры. 3—7 баллов — человек играет в азартные игры на уровне, который может привести к негативным последствиям.

8-21 балл — человек играет на уровне, ведущем к негативным последствиям; возможно, контроль над пристрастием к азартным играм уже потерян чем выше результат, интенсивней игра, тем серьезнее могут быть проблемы, высока вероятность патологического гемблинга.

### **Сексуальная аддикция (Carnes P.)**

1. Подвергались ли вы сексуальным домогательствам в детском или подростковом возрасте?
2. Являлись ли вы когда-либо подписчиком или приобретали регулярно журналы откровенно сексуальной направленности?
3. Были ли у ваших родителей отклонения в сексуальном поведении?
4. Часто ли вас занимают мысли сексуального характера?
5. Ощущаете ли вы, что ваше сексуальное поведение ненормально?
6. Вызывает ли ваше сексуальное поведение озабоченность или жалобы у вашего супруга/супруги (или другого близкого вам человека)?
7. Можете ли вы с легкостью отказаться от той или иной линии своего сексуального поведения, если осознаете его неадекватность?
8. Испытываете ли вы когда-либо неприятные чувства в отношении своего сексуального поведения?
9. Возникали ли у вас или у членов вашей семьи когда-либо проблемы, связанные с вашим сексуальным поведением?
10. Обращались ли вы когда-либо за помощью по поводу своего сексуального поведения?
11. Вызывали ли у вас когда-либо беспокойство люди, интересующиеся вашим сексуальным поведением?
12. Было ли когда-либо ваше сексуальное поведение оскорбительным для кого-нибудь?
13. Совершаете ли вы какие-либо сексуальные действия, вступающие в противоречие с законом?
14. Давали ли вы себе когда-нибудь обещание отказаться от каких-либо форм своего сексуального поведения?
15. Предпринимали ли вы когда-нибудь попытки радикально изменить свое сексуальное поведение, которые в результате ни к чему не привели?
16. Приходится ли вам скрывать некоторые формы проявления своего сексуального поведения от других людей?
17. Пытались ли вы отказаться от каких-либо видов своих сексуальных действий?
18. Чувствовали ли вы себя когда-нибудь униженным вследствие ч своего сексуального поведения?
19. Являлся ли когда-либо для вас секс попыткой уйти от проблем?
20. Бывали ли вы когда-нибудь в подавленном настроении, после того как занимались сексом?
21. Испытывали ли вы когда-нибудь потребность отказаться от той или иной формы проявления сексуального поведения?
22. Мешало ли когда-либо ваше сексуальное поведение семейной жизни?
23. Были ли у вас когда-нибудь сексуальные партнеры нетрадиционной сексуальной ориентации

24. Можете ли вы контролировать свое сексуальное желание?

25. Кажется ли вам иногда, что ваше сексуальное желание выходит из-под вашего контроля?

Положительный ответ на 13 вопросов позволяет диагностировать сексуальную аддицию.

## Приложение 8

### Тест на выявление работоголизма (Killinger B.)

1. Важна ли для вас ваша работа?
2. Нравится ли Вам делать вещи совершенно безукоризненно?
3. Свойственно ли для Вас видеть все только в черном или белом цвете?
4. Стремитесь ли Вы к конкуренции и важна ли для вас победа?
5. Важно ли для Вас всегда быть правым?
6. Критичны ли Вы к себе, осуждаете ли себя в случае совершения ошибки?
7. Боитесь ли Вы все время поражения?
8. Беспокойны ли Вы?
9. Часто ли Вам становится скучно?
10. Загоняете ли Вы себя до истощения?
11. Возникает ли у Вас периодически состояние чрезвычайной усталости?
12. Если Вы испытываете дискомфорт, появляется ли у Вас чувство вины?
13. Считаете ли Вы себя необычным или отличающимся от других?
14. Читаете ли Вы постоянно материалы, связанные с работой, даже во время еды или просмотра телевизора?
15. Составляете ли Вы список того, что необходимо сделать, или ведете дневник?
16. Обнаруживаете ли Вы, что вам становится все труднее и труднее проводить свободное время в выходные, каникулы и во время отпуска?
17. Часто ли Вы чувствуете, что вам не хватает времени и вы хотите, чтобы сутки продолжались больше 24 часов?
18. Поддерживаете ли Вы контакт с коллегами или начальством во время отдыха?
19. Относитесь ли Вы к работе как к игре и выходите ли из себя, если Вы играете плохо?
20. Избегаете ли Вы думать о том, что вы будете делать, когда перестанете работать?
21. Вы ответственны на работе, но безответственны в делах личного характера?
22. Стараетесь ли Вы избежать конфликта, вместо того, чтобы его разрешить?

23. Совершаете ли Вы импульсивные действия, не задумываясь о том, как они повлияют на других?

24. Вы боитесь критики, но сами любите осуждать и критиковать?

25. Вы заметили, что стали хуже запоминать то, что Вам говорят другие?

26. Выходите ли Вы из себя, если все идет не так как Вы запланировали?

27. Если дома Вас отрывают от решения производственных проблем, вызывает ли это у вас раздражение?

28. Создаете ли Вы безвыходные ситуации для себя и для других?

29. Сконцентрированы ли Вы на событиях будущего, вместо того чтобы радоваться настоящему?

30. Не забываете ли Вы и не преуменьшаете ли значение семейных событий и праздников?

Положительный ответ на 20 и более вопросов позволяет диагностировать работоголизм.

## Приложение 9

### **Терапевтическая сказка для алкоголиков, наркоманов и игроманов**

Сказка называется «Орленок, плющ и шиповник» и используется в реабилитационной программе [6, гл. 5].

«Эта история случилась где-то в горах на Кавказе. Там, где между гор, цепляющихся за горы облаков и смотрящего вниз вечного и мудрого неба, живут орлы, гордые и прекрасные птицы.

И где-то в этих горах была чудесная горная долина. Если взглянуть на нее сверху, то она похожа на изумрудную чашу, окруженную частоколом высоких гор. И, среди этой первозданной красоты, жила орлиная пара.

Говорят, что орлы, как и лебеди, однолюбы. И хранят друг другу верность всю жизнь. Так уж случилось, что у них два года подряд не было птенцов. В первый год их гнездо с единственным яйцом снесла внезапно сошедшая со снежной вершины лавина. На второй год, наученные горьким опытом, они построили гнездо на уступе отдельно стоящей скалы, где им были не страшны никакие лавины.

Над уступом нависал каменный карниз, под которым можно было спрятаться от палящих лучей солнца. А еще выше - скала, исчерченная расселинами, отвесно уходила в небо. На каменистой площадке были углубления, которые в твердой породе за миллионы лет сделали ветер и вода. После дождей в них скапливалась влага, которой можно было утолить жажду.

С одной стороны карниза над уступом свисал Плющ. Плющ – очень странное растение. Цветет поздней осенью неприметными желтовато-серыми соцветиями. А ягоды, иссиня-черные, размером с горошину,

созревают весной. Они ядовитые. Как и листья, и цветы, и даже корни. Но какое дело Орлам до Плюща. Растет – ну и пусть себе растет.

Орлы уже почти свили гнездо. Но судьба рассудила по-своему. Орлицу во время охоты в долине укусила гадюка, и птенца и в этот год у них не было. Пока Орлица болела и не могла летать, Орел носил ей в своем клюве свежую ледяную воду из горной речки. Иногда приносил, зацепив своими острыми когтями, серебристых рыбин, пойманных в той же речке. И, уже рядом с Орлицей, разрывал их клювом и когтями на мелкие кусочки. Потом, когда Орлица оправилась от змеиного укуса, они вместе парили в горах, выглядывая добычу, иногда спускались вниз, к подножьям гор, где в самшитовых и кедровых лесах водилось много живности.

И, на третий год, в их гнезде появились два яйца. Обычно, у орлов бывает один птенец, очень редко – два. Но, что случилось, то случилось. У природы свои правила и свои резоны.

Пока Орлица была в гнезде, делясь теплом со своими будущими птенцами, Орел улетал на поиски добычи. Иногда он подменял Орлицу. А она, подойдя к краю уступа, с силой отталкивалась от него и уже в воздухе расправляла свои крылья. А потом летела туда, где могла поохотиться.

И вот, наконец-то, пришло время птенцам появиться на свет. Это была та пора, когда ночь переходит в утро. Самое раннее утро. Между двумя горными вершинами на другой стороне долины показалось солнце. Хотя нет: сначала его лучи окрасили в розовый цвет снег на этих вершинах, а уж потом показался бледно-желтый диск. И почти тут же исчез, утонув в бело-серых облаках, которые окутали всю долину и все горы вокруг. Начинался первый день жизни юных Орлов.

Вначале раздалось легкое поскребывание в одном из яиц. И тихое постукивание внутри. Затем постукивание стало чуть сильнее и громче. Через некоторое время по поверхности скорлупы разбежались трещинки. А чуть позже, в том месте, под которым раздавался стук, образовалось маленькое отверстие, в котором почти тут же показался желто-серый клювик, затем и вся головка птенца. Столкнувшись с новым миром, птенец замер. Но уже через мгновенье, набравшись сил, сделал усилие, которое раскололо скорлупу на множество осколков. И, почти тут же стал пищать, требуя себе еду. Орел взмахнул крыльями и улетел на поиски добычи.

Стал моросить холодный дождик. Иногда налетал сильный ветер, который забираясь в расщелины скалы, издавал там гудящие, тревожащие звуки. В это время внутри второго яйца раздалось постукивание, сначала робкое, а, потом, более смелое. Яйцо покрылось паутиной морщинок, потом в скорлупе появилась маленькая дырочка и клювик в ней, затем часть головы с подслеповатым глазом, прикрытым серо-розовой пленкой. И, может быть, в этот момент, налетел холодный ветер, кинув пригоршню ледяных капель на птенца. А, может быть, в это мгновение, раздался раскат грома, повторившийся низким гулким эхом, отразившимся от горных

отрогов. И птенец тут же спрятался в своей теплой и уютной оболочке, испугавшись громадного и незнакомого мира.

Возвратился Орел. В его когтях была ящерица, которую он возле гнезда разорвал на мелкие кусочки. Орлица, подбирая кусочки, тала кормить птенца, который выбрался из яйца. Он пищал уже громче и старался как можно сильнее вытянуть шею. На этот шум и второй птенец высунул клюв из яйца. Досталось еды и ему. Он жадно проглотил несколько кусков мяса и опять спрятался внутрь. Туда, где темно и спокойно.

Так и повелось: родители кормили обоих птенцов: и того, который, как и положено, выбрался из яйца наружу и того, который испугался это сделать. Птенцы росли, становились крупнее. Тот птенец, который первым выбрался из хитинового плена, уже иногда подходил к краю гнезда, размахивал крыльями, как будто готовился взлететь, и, в его детском писке уже временами слышались вибрирующие нотки орлиного крика. Но, если первому ничего не мешало расти, то второму мешала скорлупа. Она, само собой, кое-где потрескалась, и второй птенец кое-как смог освободить свои ноги, и научился понемногу ковылять по каменной поверхности уступа. В других же местах скорлупа плотно пристала к его телу. Сковыла суставы, не давала крыльям развернуться. Сквозь нее стали прорастать перья, и каждое движение доставляло птенцу боль. Ему только и оставалось, что изучать свой маленький мир, который был размером с этот маленький каменистый выступ.

И вот однажды, когда глаза стали лучше видеть сквозь сероватую розовую пленку, он заметил, что с карниза свешиваются вниз ветки с кожистыми грязно-зелеными листьями. Они были усыпаны гроздьями синечерных ягод. Под ними в скалистой породе была ямка, вымоина, в которую и падали облетевшие листья и ягоды. Туда же стекал сок из обломанных ветром веток Плюща. И все это бродило и разлагалось, издавая дурманящий запах.

Возле этой ядовитой лужи, и, даже в ней самой, шевелились однородной липкой массой противные гады: слизняки, тритоны, саламандры и какие-то еще существа, которым и названия нет. Когда птенец, который вовремя не освободился от своей скорлупы, приблизился к этой вонючей луже, все эти гады его совсем не испугались. Настолько он был не похож на Орла, гордую и сильную птицу. Так, какое-то подобие Орла. Напротив, они предложили ему попробовать этой дурманящий напиток:

- Сделай глоток. И ты забудешь боль. Ты забудешь, что у тебя есть крылья. Потому что тот, у которого есть крылья, должен летать. А тот, который умеет летать, может упасть и разбиться. Тебе это нужно?

И птенец решил попробовать, хотя ему ужасно не понравился противный запах, исходящий от мутной зловонной лужи. Он набрал в свой клюв немного жидкости, и, преодолевая отвращение, проглотил. Сначала он ничего не почувствовал, кроме мерзкого вкуса. Но, через несколько минут, приятная расслабленность окутала его тело. Куда-то ушла и боль,

и тревога. Что ж, подумал он, для кого-то небо, облака и полет, а для кого-то пойдет и тихая жизнь возле лужи. Видно, такая уж у меня судьба. Зато всегда можно расслабиться и забыться. И, по большому счету, все эти слизняки не такие уж и противные.

Так и повелось: один птенец рос, и зов неба становился в нем все сильнее, и его сердце все чаще сладко замирало от предвосхищения скорого полета. Другой тоже рос, но голос неба звучал внутри все реже и реже. Ему вполне хватало липкой жижи из лужи и общества своих новых приятелей, которые ему никогда не напоминали, что он был рожден Орлом. Да, и сам птенец стал понемногу забывать об этом.

В тот день, когда птенцы Орлов появились на свет, непогода не угомонилась, и спустилась к подножиям гор, пролилась холодным дождем, обожгла пронизывающим ветром. Ветер подхватил с земли сухую прошлогоднюю ягоду шиповника, потом закрутил ее в своих потоках, поднял, потащил вместе с собою наверх и с силой швырнул о скалу чуть выше Орлиного гнезда. Тонкая кожица лопнула, и десятки мельчайших зернышек разлетелись по ветру. Одно из них попало в глубокую расселину рядом со скалистым уступом, на котором жили Орлы. И ему как-то удалось удержаться, не скатиться в бездну, затянутую серым туманом. Зернышко попало в крохотное углубление внутри расселины. Ему было темно и страшно.

На следующее утро, на дно расселины заглянуло солнце. Это длилось всего несколько минут, но зернышку шиповника хватило этого времени, чтобы понять, как ему хочется жить, как хочется купаться в солнечных лучах, вдыхать свежий горный воздух, внимать звонкому горному эху. На его счастье, в крохотной ямке было немного земли, принесенной ветрами и немного влаги, оставшейся от дождей. Оно стало жадно впитывать влагу и питательные вещества маленькими бело-серыми волосками, похожими на паутинки. Один из этих волосков зернышко назначило быть ростком. И росток стал тянуться наружу, цепляясь за выступы и заглядывая в трещины и ложбинки в поисках воды и минералов.

Надо сказать, что шиповник, давший жизнь этому зернышку был культурным, одомашненным растением. Когда-то в доме, возле которого он рос, царили уют и спокойствие. Но, вначале из дома ушла Любовь, а вслед за ней ушли и люди, которые не сумели ее сохранить. Дом без заботы и тепла стал постепенно разрушаться. В комнатах без окон и дверей гулял ветер. Ягоды и плоды фруктовых деревьев стали добычей птиц. Сорняки задушили садовые цветы. Колодец обвалился, и оттуда несло запахом тины. И, кто знает, может быть, ветер, забросивший семя шиповника высоко в горы, ближе к солнцу, сделал эту историю не такой печальной, придумав ей продолжение. Потому что во всем, что происходит на белом свете, есть свой смысл. Только нужно его отыскать.

А в это время Орленок, который появился первым, решил, что настало время для полета. Он подошел к краю уступа, оттолкнулся от

скалы и уже в падении расправил крылья, а потом часто-часто замахал ими, боясь упасть на острые камни у подножия скалы. Но постепенно его движения становились более плавными, ритмичными. А потом, он поймал струю восходящего вверх воздуха, и ветер сам понес его ввышину, туда, где в небо уходила скала, давшая приют Орлиному семейству.

Скала оканчивалась острым гребнем. Орленок ловко спланировал на него. Перед ним, как на ладони, был огромный, незнакомый мир. Сотни вершин, часть из которых была скрыта белыми рассыпчатыми облаками. Языки ледников, спускающиеся вниз по скалистым разломам и дающие жизнь ручейкам и рекам. Изумрудные луга, глубокие, бездонные ущелья, отроги гор, поросшие темно-зелеными лесами... И над всем этим – бесконечно-высокое и ослепительно-голубое небо.

И, то чувство, которое уже жило внутри, в его сердце, стало расти и заполнять все его тело и, наконец, вырвалось наружу пронзительным и сильным криком. Крик полетел над горами и долинами. Его слышали и седые вершины, и быстрые речки, и вековые леса, и, конечно же, все обитатели гор. И всем стало понятно: в этот мир пришел новый Орел.

Вернувшись в гнездо, Орленок рассказал своему несчастному брату о том, что видел во время полета. О том, что мир огромен и прекрасен. И о том, что в груди каждого Орла бьется сердце Орла. И, если ты Орел – значит, ты создан для полета, а, если нет – значит, ты не Орел.

Росток шиповника, между тем, дал новые побеги, которые тоже стали цепляться за неровности и выступы в скале. Ведь когда-то дикие предки шиповника были вьющимися, лазающими растениями, которые могли выживать в самых тяжелых условиях. Пригодилась та глубокая внутренняя память, которая есть в каждом живом существе. Как дар от бесконечной цепочки поколений. Эта память есть и в шиповнике, и в орле, и в человеке. И даже в ядовитом плюще.

На побегах появились почки, потом маленькие нежные листочки, которые жадно поглощали солнечные лучи в те короткие минуты, когда солнце заглядывало в расселину. Впрочем, этих минут становилось все больше, потому что росток все ближе и ближе приближался к выходу.

И вот, наконец, чудесным июньским утром, когда вся природа нежилась под теплыми лучами солнца, из глубокого темного скалистого разлома выглянул росток. Хотя назвать ростком это сильное свободолюбивое растение уже, наверное, было бы неправильно. Это был Шиповник, которому удалось-таки вырваться из каменного плена. Хотя, казалось бы, все было против него.

Его нежно-зеленые листочки затрепетали от нежного дуновения ветерка, и живительный ток от этого соприкосновения разошелся по всем тканям и клеточкам Шиповника.

Чуть ниже того места, где Шиповник выбрался из глубокой трещины, на уступе, под нависшим карнизом, было Орлиное гнездо. Шиповник увидел трех Орлов: двух взрослых и одного молодого. И еще одно стран-



ное существо, отдаленно похожее на орлиного птенца. Но очень отдаленно. Это существо пило мутную жидкость из лужи. Над лужей свисали мелкие иссиня-черные ягоды ядовитого Плюща. В самой луже, и рядом с нее, копошились противной липкой массой слизняки, саламандры, тритоны и еще какие-то существа, которым и названия нет.

Через какое-то время птенец, который не смог вовремя избавиться от сдавливающей оболочки, тоже заметил веточки и листочки Шиповника, которые появились из скалы. Казалось, эти хрупкие веточки раздвинули твердую породу. Удивленный, он приблизился к Шиповнику.

И Шиповник рассказал птенцу свою историю. А птенец Шиповнику – свою.

И, наверное, все это: история Шиповника, рассказ брата о первом полете, мудрость памяти Орлиного рода, зов неба в сердце, сделали то, что и должны были сделать. Птенец уже не смог жить так, как прежде.

Вначале, он когтями и клювом постарался вырвать корни и побеги ядовитого Плюща. И там, где он не мог справиться сам, ему помогали родители и брат. Это очень важно, когда есть на кого опереться. Потом он забросал камнями лужу с ядовитой жидкостью. И, когда камни на уступе кончились, их в своих когтях и клювах приносили Орел, Орлица и Молодой Орел. И тогда все эти липкие противные существа, чьим единственным смыслом жизни была вонючая лужа с дурманящим соком Ядовитого Плюща, расползлись и забились в узкие темные щели. Сложнее всего было избавиться от вросшей в тело скорлупы. Но если серьезно решил расстаться с прошлым, то уже ничто и никто не помешает это сделать. Птенец терся своим телом об твердые камни, другие Орлы помогали ему освободиться от вросшей скорлупы когтями и клювами. Пригодился и Шиповник со своими колючками. Птенцу временами было больно, но он терпел. Потому что все в жизни имеет свою цену.

И, наконец, однажды утром, что-то внутри птенца подсказало, что пришло пора совершить полет. Он подошел к краю уступа, и, оттолкнувшись от скалы, расправил крылья. И ветер подхватил Орла и понес в этот тревожный, но огромный и прекрасный мир».

Приложение 11

### Программа профилактики социально неприемлемых аддикций

№	Название модуля	Аудиторные занятия		Всего часов
		Семинар	Практические занятия	

М.1	Знакомство. Диагностика психического здоровья и образа жизни, склонности к социально неприемлемым аддикциям		2 час.	2 час.
М.2	Вред и последствия социально неприемлемых аддикций	2 час.		2 час.
М.3	Тренинг «Жизнь без вредных привычек и пагубных пристрастий»		8 час	8 час.
М.4	Выходная диагностика		2 час	2 час.
	<b>Итого:</b>	2 час.	12 час	14 час.

## Приложение 12

### Анкета «Твое отношение к наркотикам» (Ярославцева И.В, Рерке В.И.)

*Цель анкеты:* выявить информированность и отношение молодежи к наркотикам и другим психоактивным веществам.

*Инструкция:* согласие с утверждением подтвердите отметкой в графе «Да» или «Нет». В анкете нет правильных или неправильных ответов. Своим выбором Вы показываете свое отношение к проблеме.

№ п/п	Утверждение	Да	Нет
1	Небольшая доза марихуаны способствует активности и веселью и не вредит здоровью		
2	Употребление наркотиков влечет формирование зависимости от них и потребность их принимать еще		
3	От наркотика до преступления один шаг		
4	Алкоголь, пары бензина безобидны и не вызывают отравление организма		
5	Употребление наркотиков и других токсических веществ влияет на здоровье будущего потомства наркомана		
6	Употребление наркотиков сказывается на результатах учебы и работы		
7	Может ли человек сам освободиться от зависимости		

8	Профилактика наркомании среди молодежи необходима		
---	---	--	--

Анкетирование осуществляется анонимно. Результаты показывают степень информированности, нейтральное, положительное или отрицательное отношение молодежи к наркотическим веществам.

## Приложение 13

### Анкета для подростков

(Ярославцева И.В, Рерке В.И. в модификации анкеты для подростков и молодежи Сизанова А,Н., Хрипович В.А., 2004)

*Инструкция:* Ответьте, не спеша, будьте искренними. В анкете нет «правильных» или «неправильных» ответов. Вы выражаете только свое мнение. Обведите кружочком цифру, обозначающую степень Вашего согласия с каждым из утверждений.

Утверждения	Полностью согласен	Скорее согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее не согласен	Полностью не согласен
1. Согласен ли ты, что жить без наркотика -	1	2	3	4	5
2.* Согласен ли ты, что наркотики успокаивают	1	2	3	4	5
3. Согласен ли ты, что наркотики делают людей менее активными и менее энергичными	1	2	3	4	5
4. Согласен ли ты, что наркотики - это напрасная трата денег	1	2	3	4	5
5. Согласен ли ты, что наркомания - это слишком дорогая привычка	1	2	3	4	5
6.* Согласен ли ты, что наркомания - это интересное времяпрепровождение	1	2	3	4	5
7. Согласен ли ты, что наркомания - это опасно для здоровья	1	2	3	4	5
8.* Согласен ли ты, что в наркотиках есть особый шик	1	2	3	4	5
9. Согласен ли ты, что наркотики - это напрасная трата времени	1	2	3	4	5
10.* Согласен ли ты, что наркотик - это «круто»	1	2	3	4	5
11. Согласен ли ты, что наркотик делает человека более интересными	1	2	3	4	5
12. Согласен ли ты, что у наркомана изменяется внешний вид	1	2	3	4	5
13.* Согласен ли ты, что наркотик дает энергию	1	2	3	4	5

14.* Согласен ли ты, что наркотик - это приятные ощущения	1	2	3	4	5
15. Согласен ли ты, что наркоман плохо выглядит	1	2	3	4	5
16. Согласен ли ты, что наркотик - это для неудачников	1	2	3	4	5
17.* Согласен ли ты, что наркотик позволяет людям чувствовать себя более комфортно среди других людей	1	2	3	4	5
18.* Согласен ли ты, что наркотик повышает собственную значимость в глазах других	1	2	3	4	5
19. Согласен ли ты, что наркомания ухудшает показатели в спорте	1	2	3	4	5
20. Согласен ли ты, что наркотик - это глупо	1	2	3	4	5
21.* Согласен ли ты, что наркотик позволяет скоротать время ожидания	1	2	3	4	5
22.* Согласен ли ты, что наркотик повышает авторитет среди товарищей	1	2	3	4	5
23. Согласен ли ты, что наркотик ухудшает внимание и память	1	2	3	4	5
24. Согласен ли ты, что наркомания - это неинтересно	1	2	3	4	5
25. Согласен ли ты, что наркомания препятствует достижениям в жизни	1	2	3	4	5
26.* Согласен ли ты, что наркотик – это символ преуспевания в делах и жизни	1	2	3	4	5
27.* Согласен ли ты, что наркотик – это модно и современно	1	2	3	4	5
28.* Тебе нравится реклама пива	1	2	3	4	5
29. Согласен ли ты, что наркотик – это не для меня	1	2	3	4	5
30. Согласен ли ты, что Родители не выпивают, и я не буду злоупотреблять алкоголем	1	2	3	4	5
31. Согласен ли ты с тем, что тебе не нравятся рекламные ролики и щиты против пива	1	2	3	4	5
32.* Согласен ли ты, что курят и выпивают многие люди и с их здоровьем ничего не происходит	1	2	3	4	5
33.* Согласен ли ты, что если родители пьют пиво, то и тебе можно	1	2	3	4	5
34.* Согласен ли ты с высказыванием «Я уже взрослый и могу попробовать наркотик»	1	2	3	4	5
35. Согласен ли ты, что от наркотика и алкоголя становишься зависимым и несвободным	1	2	3	4	5
37.* Согласен ли ты, что ты бы значительно возвысился в глазах сверстников, если бы начал принимать наркотики	1	2	3	4	5

38. Согласен ли ты, что лучше никогда не пробовать наркотики	1	2	3	4	5
39.* Согласен ли ты, что стать по-настоящему взрослым возможно не отведав вкус наркотика	1	2	3	4	5
40. Согласен ли ты, что выглядел бы довольно смешным, если бы принял наркотик только ради того, чтобы произвести впечатление на сверстников	1	2	3	4	5

Подсчет результатов: утверждения со звездочкой подсчитываются в обратном порядке - цифра 1 означает 5 баллов, цифра 2 - 4 балла и т.д. Все результаты суммируются. Результат до 90 баллов – нет предрасположенности к наркомании, сама наркомания не одобряется. От 91 до 120 баллов - нейтральное отношение к наркотикам, возможно приобщение к ним при случае. От 121 и выше - положительное отношение к наркотикам, возможно, человек уже приобщился к ним.