

УДК 616.89
ББК 88.4
Б 87

Рецензенты:

доктор исторических наук *А.В. Гоголева*
доктор исторических наук *С.В. Листиков*
доктор психологических наук *В.Б. Никишина*

Брюн Е.А., Цветков А.В.

Практическая психология зависимости Е.А. Брюн, А.В. Цветков. – М.: Наука, 2014. – 000 с. – ISBN 978-5-02-038493-4

В монографии системно рассмотрены вопросы профилактики, диагностики и реабилитации при различных формах зависимости, как химической, так и нехимической (интернет-зависимость, патологический гемблинг). Все данные авторами рекомендации опираются на результаты длительных научных исследований, проводившихся в Московском НПЦ наркологии.

Для медиков, психологов.

ISBN 978-5-02-038493-4

© Брюн Е.А., 2014

© Цветков А.В., 2014

© Редакционно-издательское оформление
Издательство «Наука», 2014

Не дала нам природа прав таких:
Чтоб задумал – и длилась ночь за окном.

Гафур Гулом, узбекский поэт

ВВЕДЕНИЕ

Проблема зависимого поведения – одна из самых обсуждаемых в обществе, в профессиональных кругах врачей, психологов и педагогов, среди людей, чьи родственники попали в число больных. Число научных и методических работ по диагностике, реабилитации и профилактике зависимостей, как химических, так и процессуальных, огромно.

Тем не менее, психологу-практику, по большому счету, не хватает книги, где были бы собраны данные «от и до».

Данная монография и стала попыткой сотрудников Московского научно-практического центра (МНПЦ) наркологии создать такую книгу. Здесь есть главы, посвященные нейро- и патопсихологической диагностике нарушений высших психических процессов у лиц с разного рода зависимостями, главы о состоянии личности и самосознания у зависимых, о реабилитации по Миннесотской модели (по идеологии «12 шагов») и нейропсихологической реабилитации больных. И, конечно, о профилактике зависимости среди наиболее уязвимой группы – подростков и юношей. Все практические предложения обоснованы серьезными научными исследованиями, проведенными нашим коллективом, а полученные результаты предлагаются нами коллегам для обсуждения.

Надеемся, что книга будет вам полезна!

* * *

Авторы: Е.А. Брюн (введение, заключение, главы 1–12), А.В. Цветков (введение, заключение, главы 1–12); Коллеги любезно предоставили авторам результаты своих исследований: М.А. Михайлов (глава 1, глава 8); С.А. Миныхов (главы 6, 7, 12); Е.А. Куш (глава 3); Н.Я. Чернобаева (глава 3); Е.В. Фоминова (глава 4); А.А. Попова (глава 4); Е.А. Лукина (глава 4); Л.С. Цветкова (глава 5); А.Г. Новосадов (глава 5); Е.В. Туранова (глава 6); А.А. Варварюк (глава 6); О.К. Калинкина (глава 7); Н.В. Карпенков (глава 7); К.А. Уханов (глава 8); А.Ю. Рагозин (глава 8); Т.Ф. Терлецкая (глава 8); О.В. Евграфова (глава 9); А.В. Ткаченко (глава 9); И.В. Ремизова (глава 10); С.А. Рябинин (глава 11).

Авторы выражают искреннюю признательность всему коллективу психологов и врачей Московского НПЦ наркологии, ведь без их участия создание этой книги было бы невозможным!

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ: ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Синдром патологического влечения (ПВ) к психоактивным веществам (ПАВ) – осевой для всех заболеваний зависимости. Он представлен интенсивным стремлением к употреблению ПАВ, которое вопреки здравому смыслу и логике охватывает всю сознательную и бессознательную деятельность индивидуума и нередко продолжается, несмотря на опасность для жизни, отчетливый ущерб его социальным функциям и здоровью.

Патологическое влечение вошло в круг интересов науки более ста лет назад (в конце XIX – начале XX в.) и исследовалось в биологическом, психо-биологическом, психологическом и психопатологическом аспектах. К сожалению, ни одна из существующих теорий влечения не объясняет весь спектр клинически регистрируемых феноменов.

Биологические теории влечения представлены, в частности, охарактеризованными ниже моделями.

1. Метаболическая модель, предложенная Доул (Dole) и Найсвандер (Nyswander) [168] (1967), основана на констатации: опийные наркоманы страдают определенным нейрохимическим дефектом и не могут чувствовать себя нормально чувствовать без экзогенно вводимых опиоидов. Эта модель служит теоретической основой заместительного лечения героиновой зависимости метадонном.

2. Нейроанатомическая модель [159] увязывает влечение с участием мозговых структур в мнестических процессах – алкоголь повышает уровень дофамина в прилежащем ядре, что активизирует другие зоны мозга (миндалины, лобную кору, базальные ганглии). Предположительно привычное употребление алкоголя сопряжено с подавлением негативных эмоций (конкурентное воздействие на миндалину) через механизмы запоминания.

3. Модель interoцептивной дисрегуляции [190]: импульсы, исходящие из внутренних органов при употреблении ПАВ, влияют на реакцию индивидуума, обуславливая мотивацию и выраженность ПВ. Мозговой основой считается островковая часть коры и взаимодействие этой зоны с миндалиной и вентральным стриатумом. В результате злоупотребления ПАВ оценка внешнего воздействия становится неадекватной («аллиестезия», прогностические ошибки в оценке вознаграждения).

4. Концепция аллостаза [178]: основой дисрегуляции поведения служит нарушение регулирующей функции островковой части коры. Искажение interoцептивных эффектов ПАВ уподобляет аддиктивные процессы естествен-

ному, произвольному поведению (как еда или секс) [185]. При этом пороги восприятия для «естественного» вознаграждения повышаются (агедония).

Создание перечисленных теорий ПВ (крейвинга) опиралось на методы нейровизуализации [202; 172; 175; 200], в том числе при предъявлении «ключевых стимулов» или введении сверхмалых доз наркотика.

5. Интегративный подход, сближающий теорию крейвинга с клинической реальностью, представлен моделью патологических функциональных систем [83; 19]. Поведенческий результат, согласно теории функциональных систем, обеспечивается обратными связями, согласующими деятельность системы. Нарушение деятельности частей функциональной системы приводит к патологической интеграции, состоящей из первично и вторично измененных образований центральной нервной системы (ЦНС). В основе синдрома – гиперактивная структура ЦНС, существующая по принципу патологической доминанты. Патологическое влечение, таким образом, оборачивается насильственным поведением, чего больной не способен избежать даже во вред себе или в свете грозящего наказания. Г.Н. Крыжановский, Н.П. Бехтерева на материале алкоголизма показали, что при этом возникает устойчивое патологическое состояние, поддерживаемое малоподвижной матрицей долговременной памяти, затрудняющей его (состояния) коррекцию.

Ценность биологических теорий крейвинга заключается в том, что они указывают на существование конкретных нейроанатомических субстратов, на функциональные, иерархически построенные связи между этими субстратами. Слабость этих теорий состоит в слишком длинной дистанции между верными теоретическими построениями и синдромом патологического влечения на клиническом уровне.

Психобиологические модели базируются на известном факте: отрицательное подкрепление происходит на высоком энергетическом уровне, оставляя глубокий след в энграммах памяти, что имеет конкретный биологический смысл для выживаемости индивида.

1. Исходя из подобных предпосылок на первых этапах изучение крейвинга фокусировалось был на механизмах отрицательного подкрепления, связанных с купированием проявлений синдрома отмены и нормализацией психофизического состояния [181; 187]. Крейвинг приравнивался к стремлению уменьшить отрицательные последствия употребления ПАВ [197; 193]. Установлено, что нейтральные стимулы, ассоциированные с симптомами абстиненции, могут вызывать схожие проявления психофизического дискомфорта [160; 169]. В рамках рефлекторной модели Драммонд (Drummond) [169] выделил два механизма возникновения крейвинга: влечение, возникающее в ответ на предъявление ПАВ (условный рефлекс), и влечение, возникающее как компонент абстинентного синдрома (безусловный рефлекс). Автор полагает, что условный рефлекс с большей вероятностью ведет к рецидиву из-за возможности доступа к веществу. При употреблении психостимуляторов (с отсутствием физических симптомов абстиненции) указанный механизм привязывался к уменьшению «психологического дистресса» [171].

2. Концепция конкурирующего процесса [197] также ориентирована на избегание дискомфорта. Авторы полагают, что на любую первичную реакцию позитивного или негативного свойства (*a*-process) нервная система генерирует противоположную по основным свойствам реакцию (*b*-process). Актуали-

зация влечения происходит из-за того, что по мере нарастания толерантности первичные гедонистические эффекты ПАВ уменьшаются и перекрываются длительно существующими психофизиологическими эффектами противоположного свойства. В процесс вовлекаются нейроадаптивные реакции гормонально-медиаторных мозговых стресс-систем, определяющих компульсивный характер влечения [179].

3. Схожая концепция крейвинга была предложена Зигель (Siegel) [193] как «теория компенсаторных реакций». В соответствии с этой моделью агонистические эффекты ПАВ сопровождаются физиологическими антагонистическими эффектами, направленными на сохранение гомеостаза и ответственными за возникновение толерантности. Эти компенсаторные реакции превосходят по длительности непосредственные эффекты ПАВ, обеспечивая длительное существование аверсивной симптоматики, которая и лежит в основе сохраняющегося влечения.

Таким образом, обе концепции связывают противодействующие нейроадаптивные механизмы с толерантностью и симптомами абстиненции, т.е. с признаками физической зависимости. Однако устойчивых корреляций между выраженностью абстиненции и наркоманической мотивацией не обнаруживается [160]. Дальнейшая разработка условно-рефлекторных моделей отрицательного подкрепления привела к значительному их усложнению.

Примером служит ряд работ Кооб (Koob) и Ле Моаль (Le Moal) [178; 179]. Предлагаемая теория нейрональной конкурирующей мотивации интегрирует физиологические механизмы сенсibilизации и противодействующей адаптации, расширяет теорию конкурирующего процесса [197], совпадая в базовых установках с теорией побудительной сенсibilизации Робинсон (Robinson) и Берридж (Berridge) [192]. Предполагается, что в основе крейвинга лежит негативное эмоциональное состояние, обусловленное избыточной активацией мезокортиколимбической дофаминовой системы, в результате ее предшествующей сенсibilизации. Хроническое отклонение активности регуляторных систем от нормы обозначено как аллостаз, запускающий «предвосхищающую» активность (в то время как гомеостаз – отрицательная обратная связь). Показана динамика патологического влечения от импульсивного, базирующегося на позитивном подкреплении (первые этапы употребления ПАВ), к компульсивному, обусловленному уже негативным подкреплением. Несмотря на проработанность этой концепции, ею невозможно объяснить ряд моментов, связанных с влечением (например, крейвинг, не приводящий к возобновлению наркотизации).

4. В качестве альтернативы механизмам отрицательного подкрепления предложена побудительная модель [200; 191], в рамках которой зависимое поведение рассматривается как результат первичного влечения к веществу, способному обеспечить состояние психо-физического комфорта. Нейрофизиологической основой считается «поддерживающий процесс» (в противоположность «конкурирующему процессу»). Запуск мотивации к употреблению психоактивного вещества происходит вследствие ощущения субъективного удовольствия, закрепленного в памяти, а биологической основой вознаграждения служит высвобождение дофамина в подлежащем ядре. Данная теория, основанная на положительно-подкрепленном научении, во многом совпадает с теорией патологической функциональной системы.

Суммируя психобиологические теории крейвинга, следует заметить: их базовые положения не нашли однозначного и всестороннего подтверждения в экспериментально психологических работах [207].

Психологические теории крейвинга базируются на представлении о потребности как основе влечения, эмоции как обязательном компоненте, «принуждении» индивида к действию с направлением этого действия и отражении в крейвинге состояния субъекта «здесь и сейчас». Психологические теории влечения представлены многообразными поведенческими, мотивационными, когнитивными, унифицированными и психоаналитическими концепциями.

1. Группа поведенческих концепций из всех психологических теорий крейвинга наиболее близка к психобиологическим подходам: нейроповеденческая концепция влечения Лэнг (Lang) [180] предполагает: в основе избегающего поведения лежит тормозящая система, восприимчивая к негативным стимулам. Эта система противостоит игнорирующему угрозы поведению, обусловленному влечением. Обе системы имеют представительство в миндалине и префронтальном кортексе, но, действуя по отдельности, взаимно ингибируют друг друга. Алкоголь способен задействовать обе системы, но разнонаправленно на разных участках.

В группе теорий поведенческого выбора [174; 158] ключевыми составляющими зависимости полагаются конфликт, амбивалентность, борьба мотивов и выбор цели [188]. Указанные характеристики формируют результирующие негативные или позитивные ожидания, определяющие избегающее или достигающее поведение. Важная составляющая процесса принятия решений – отсроченность ожидаемых результатов. Если доступ к альтернативно приемлемой активности требует планирования и дополнительных усилий, выбор, вероятно, будет сделан в пользу употребления. Феномен зависимого поведения рассматривается как вариант утраты самоконтроля (по типу импульсивности).

2. В потребностном понимании крейвинг рассматривается как интенсивное, аффективно окрашенное и побуждающее к деятельности, субъективное переживание индивидом актуальной потребности, отражающее эту потребность в его сознании [86; 11; 29]. По мнению Б.С. Братуся [29], первоначально мотивом употребления алкоголя становится участие в торжестве (алкоголь как средство), затем происходит «сдвиг мотива на цель» (по А. Н. Леонтьеву). В ряде работ приводятся данные о возможности дисбаланса между влечением и потребностью, Дж. Мардоне (J. Mardones) [182] сообщает: влечение к алкоголю может быть результатом нарушения механизма, обеспечивающего баланс между желаниями и потребностями. При этом большой выпивает такие количества алкоголя, которые во много раз превосходят потребность в улучшении настроения («аберрация инстинкта»). А.Г. Асмолов [11] считает патологическим базисом алкогольной зависимости переживание ряда нормальных потребностей в виде субъективных эмоционально отрицательно окрашенных побуждений, что заставляет прибегать к изменению состояния сознания с помощью алкоголя. Таким образом, перечисленные авторы признают активное участие в крейвинге идеаторной сферы, в частности состояний измененного сознания.

3. Мотивационные теории патологического влечения выносят за скобки феномен потребности, акцентируя непосредственно мотивационные меха-

низмы. Так, Скиннер (Skinner), Обин (Aubin) [196] указывают три мотивационные модели крейвинга: мотивационная модель употребления алкоголя [165]; многомерная амбивалентная модель Брейнера (Breiner) [163] и синтетическая мотивационная теория, предложенная Уэст (West) [203].

Модель Сокса (Cox) и Клингера (Klinger) [26] связывает мотив употребления с получаемым в результате эмоциональным состоянием. Результаты, достигаемые употреблением психоактивного вещества, должны эмоционально перевешивать последствия отказа от этого. Ожидаемые эффекты от употребления алкоголя поддерживают мотивацию непосредственно – воздействуя на эмоциональное состояние, и опосредованно – в качестве способа получения одобрения от алкогольной компании. Ограничение алкогольного поведения только мотивационными характеристиками приближает этот подход к условно-рефлекторным моделям с положительным подкреплением. Отличие состоит в том, что акцент здесь переносится на когнитивные механизмы, а потребностно-биологические аспекты игнорируются. Таким образом, объясняя механизмы принятия решения, модель не затрагивает иррациональных аспектов аддиктивного влечения.

Развитие данной концепции нашло отражение в усложненной модели «многомерной амбивалентности», в основу которой Брейнер (Breiner) [163] положил представление о разнонаправленных мотивациях приближения и избегания, а также «оценочном пространстве», где эти мотивации пересекаются. Ключевым модулятором процесса выступает «доступ к альтернативной оценочной активности». Модель предполагает существование двух мозговых систем: системы потребностного влечения и контролирующей (тормозной) когнитивной системы. Поведенческий выбор (так же как и в предшествующей модели) определяется личностным опытом и ситуативными факторами.

PRIME-теория Веста (West) [203] включает в структуру мотивационной системы планы, характер реакций, выраженность побудительных и тормозных процессов, мотивы и оценки.

4. Одинов и соавторы (Adinoff et al.) [157] рассматривают слабость интеллектуального самоконтроля как вариант импульсивного поведения, основанного на ассоциированных с определенными областями мозга когнитивных конструктах. Эта слабость проявляется в автоматизированности поведения (в связи с научением); в недостаточной способности к торможению ответных реакций, имеющих предшествующее подкрепление; в дефицитном механизме принятия решений без должного учета отсроченных последствий.

Психопатологические теории патологического влечения концентрируют свое внимание на клинических проявлениях влечения, обуславливающих формирование и течение синдрома химической зависимости.

В клинической наркологии в рамках синдрома патологического влечения нередко описывается очень широкий спектр психопатологических проявлений, так что само понятие «влечение» становится далеко не тождественным тому, что подразумевается под этим понятием в психологии и нейрофизиологии. Патологическое влечение представляет собой многокомпонентную структуру, в которой принято выделять все составляющие психической деятельности – идеаторную, поведенческую (волевою, деятельностную), эмоциональную, сенсорную и вегетативную [6]. В.Б. Альтшулер [6] включил в ПВ только аффективный, вегетативный, идеаторный и поведенческий ком-

поненты. Некоторые авторы объединяют волевые, сенсорные и вегетативные проявления и таким образом рассматривают лишь три компонента синдрома патологического влечения: аффективный, идеаторный и поведенческий [50].

Предлагались разные варианты систематизации синдрома патологического влечения: первичное и вторичное, экзогенное и эндогенное, ситуационно обусловленное и спонтанное, парциальное и генерализованное [68]. Неосознанное влечение к наркотику в период ремиссии выделяет К.И. Гладкова с соавторами (цит. по: [68], указывая, что в условиях длительного отрыва от наркотика актуализация влечения изменяет состояние больных («псевдоабстинентный синдром»)).

К.Э. Воронин [45] определяет два варианта первичного ПВ – постоянный и периодический (влечение по типу пароксизма), когда пациенты после окончания цикла наркотизации определенное время не испытывают осознанного влечения к наркотикам. Рецидив болезни возможен на фоне кажущегося отсутствия признаков влечения. Постоянный вариант ПВ (опиаты, гашиш) прогностически неблагоприятен. В.Б. Альшулер [6] выделяет генерализованную (быстрое формирование, частые рецидивы, преобладают личностные нарушения), и парциальную (менее интенсивный, когнитивный и личностный дефекты уравнены) формы ПВ.

Наш подход основан на работах Е.А. Брюна [33], выделившего три компонента ПВ: телесный, аффективный, идеаторный. Из них в литературе наиболее полно представлена аффективная составляющая ПВ, которая находится как бы на «фасаде» синдрома ПВ, но малоспецифична [6].

Аффект в структуре ПВ [23] представлен нарушениями, включая депрессивный синдром, тревожные, ипохондрические состояния. В.Д. Менделевич [97] отмечает, что формирование ПВ часто происходило при доминировании «скуки».

В настоящее время большинство авторов включают в понятие ПВ все вторичные патологические когнитивные процессы: алкогольная (наркотическая) «идеология»; анозогнозия; особые механизмы психологической защиты и т.п. [70; 51; 23]. Но В.Д. Менделевич [96] рассматривает патологическое влечение исключительно в ракурсе искажения воли.

И.Н. Пятницкая и ее сотрудники [104; 114] отождествили обсессивное влечение с психической зависимостью, а компульсивное – с физической. По представлениям И.Н. Пятницкой, «психическое влечение» часто сопровождается борьбой мотивов, в то время как «физическое влечение» выражается в неодолимом стремлении к наркотизации, достигая интенсивности витальных потребностей. В.Б. Альшулер [6] трактует ПВ как близкое к паранойальному бреду, а-1а доминанта А.А. Ухтомского, с инертностью, стойкостью, способностью к кумуляции возбуждения. В работах Л.Н. Благова [23] указано, что наркомания дебютирует как реакция и часто заканчивается очерченным психопатологическим состоянием (дефектом или регрессом), что позволяет говорить о психотическом характере процесса, проявляющегося в трех последовательных регистрах: неврозоподобном, психотическом, энцефалопатическом. Автор обращает внимание на ведущую роль в данном процессе патологии сознания и мышления. Эволюция наркоманической доминанты проходит через обсессивный и аффективный уровни психопатологического реагирования, затем бредовый и, наконец, регресс.

В данной работе мы постараемся представить концепцию ПВ, связывающую воедино как психологические, так и психопатологические механизмы влечения к ПАВ.

В настоящем исследовании базовым стало предположение о том, что патологическое влечение в разных группах потребителей ПАВ имеет свою специфику и отличается по максимально возможной интенсивности своих проявлений и степени дезорганизации психики. Всех потребителей ПАВ условно можно разделить на эпизодически употребляющих ПАВ; употребляющих ПАВ с вредными для здоровья последствиями (F1x.1 по МКБ-10); страдающих нарко- или токсикоманиями (синдром зависимости F1x.2 по МКБ-10). Такое разделение, безусловно, отражает в целом общую картину заболеваний зависимости, однако в определенных случаях оно недостаточно информативно для решения конкретных научных и терапевтических задач.

В клинической практике нередко приходится иметь дело с группой прогностически неблагоприятных больных зависимостями, причем с крайне тяжелым течением заболевания, его высокой прогрессивностью и патологическим влечением к ПАВ, достигающим до психотического уровня [6]. Кроме вопросов, связанных с лечебной стратегией и тактикой, данная группа больных представляет существенный научный интерес – это как бы квинтэссенция всех проявлений заболеваний зависимости. Таким образом, учитывая существование подобной клинически очерченной группы больных, весь массив употребляющих психоактивные вещества был разделен на четыре группы с нарушениями: психики уровня сверхценных и паранойяльных образований; на бредовом уровне патологического влечения к ПАВ; на уровне личностных девиаций; на невротическом уровне патологического влечения, проявляющемся в конфликте формирующегося наркоманического мировоззрения и объективных отрицательных последствий наркотизации.

Описание подобных больных можно встретить в доступной литературе [6]. Для них характерен изначально негативный настрой к лечению, они выделяются неопрятным внешним видом, вызывающим негативным или агрессивным поведением, отчетливо асоциальным образом жизни (хулиганством, бродяжничеством, кражами, проституцией), многие из них были неоднократно судимы. У таких больных, по данным анамнеза, формирование психической, а затем и физической зависимости протекало стремительно.

В исследование были включены 215 женщин 20–35 лет, проходивших стационарное лечение в МНПЦ наркологии департамента здравоохранения г. Москвы в 2008–2011 гг. Из них 169 человек страдали опийной наркоманией, 13 – наркоманией, вызванной употреблением психостимуляторов, 11 больных токсикоманией (использовали кокаин) и 22 пациентки с полинаркоманией, преимущественно употреблявшие каннабиноиды. Можно сказать, что проявления ПВ исследовались в максимально возможном нозологическом диапазоне.

В работе использовались клиничко-психопатологический (структурированное наблюдение и беседа по специально разработанным диагностическим картам) и экспериментально-психологический (нейропсихологическая диагностика по лурьевским методам в адаптации Л.С. Цветковой [142]) методы исследования.

Срезы психопатологической симптоматики, полученные при исследовании в телесной, аффективной и идеаторной сферах, были рассмотрены в динамике их клинических проявлений в процессе актуализации острого ПВ, что дало возможность обнаружить определенные общие закономерности.

Инициальным проявлением актуализации ПВ на первом этапе процесса оказывается нарушение «общего чувства», по И.М. Сеченову – изменение общего психического и физического состояния больного наркоманией, воспринимаемое в виде общего дискомфорта, отчетливого ощущения «телесной физической измененности». Далее имеет место целая гамма расстройств общего чувства, характерных для «больших» психозов (шизофрения, биполярное аффективное расстройство). В предельном случае расстройства общего чувства последовательно проходят через четыре этапа: 1) инициальных проявлений (общий дискомфорт); 2) неврологических сенсаций; 3) сенестопатий; 4) галлюцинаторный этап. В аффективной сфере в процессе актуализации ПВ развитие симптоматики также представлено четырьмя этапами: 1) негативного моноаффекта (разлитое чувство недовольства реальностью); 2) смешанного аффекта (сочетание негативных и позитивных эмоций по типу «качелей»); 3) полной утраты контроля над аффектом; 4) кульминации аффекта. Расстройства идеаторной сферы развиваются в три этапа: 1) протопатического изменения поля сознания («что-то не так!»); 2) метафизического сдвига сознания («я знаю, как мне вылечиться, измениться, стать совсем другим!»); 3) бредовой трансформации сознания («употребление мне жизненно необходимо, и точка!»).

Иными словами, развитие острого ПВ может быть представлено как уровневая, последовательно возникающая дезорганизация психики, которая

- сочетает в себе общий психосоматический дискомфорт, негативный и затем смешанный аффект, приводящие к общему протопатическому изменению сознания;

- сочетает сенестопатии, утрату контроля над аффектом и как следствие – формирование метафизического сдвига сознания;

- наконец на финальном уровне телесные ощущения достигают остроты эндосоматических галлюцинаций, аффект доходит до кульминации, а идеаторная сфера – до бредовой трансформации сознания.

Базовыми триггерами, или, если угодно читателю, психопатологическими механизмами развития острого ПВ служат телесные феномены, запускающие процессы самопознания, окрашенного при этом чувством дискомфорта и негативного аффекта. Второй по значимости триггером – бредовая трансформация сознания как единственно возможный для пациента выход из противоречия осознанной, но не принятой личностно установки на трезвость, телесных галлюцинаций и стремления к разрядке аффекта, своего рода «патологическая интеграция» психики. Наконец, последним триггером является поведенческий сдвиг – переход трансформированного сознания в систему остро переживаемых установок на немедленную наркотизацию.

При этом можно утверждать, что в кульминационной точке процесса достигается психотический уровень расстройств психики, но специфические особенности его структуры и динамики позволяют выделить острое патологическое влечение к ПАВ в особую форму атипичного аффективно-бредового психоза, не относящегося к шизофрении или биполярному расстройству.

Очевидно, что приведенные выше группы теорий ПВ требуют уровневого подхода для интеграции. Так, наблюдая нейропсихологические симптомы у больных с зависимостями, нельзя отрицать и влияние обучения (в основном «спонтанного», «имитационного»), и роль психологических факторов, и психопатологическую динамику. Точкой пересечения всех уровней служат идеи «компенсаторного» и «гедонистического» употребления, употребления как итога дефекта мозговых, интеллектуальных, личностных систем. Вероятно, ни один из этих видов употребления не встречается в клинике «в чистом виде» – они накладываются один на другой или сменяют друг друга по мере развития болезни, что соотносится и с работами Л.Н. Благова [23] (неврозоподобный-психотический-энцефалопатический этапы можно соотнести с гедонистическим – компенсаторны – «дефектнообусловленным» типами ПВ) и с нашими собственными результатами. При исследовании структуры дефекта у больных алкоголизмом и наркоманиями нами выделено четыре типа такого дефекта [138]: интеллектуальный при относительной сохранности личности; наконец, личностный при относительной сохранности интеллекта; «гармоничное» снижение и интеллекта, и личности и личностный кризис – утрата смысловых ориентиров при сохранных в целом личности и интеллекте.

Кроме того, обсессивно-компульсивный подход к ПВ пересекается с выделением «пароксизмального» влечения. Представляется, что такой тип ПВ основан на так называемом аффективном обобщении, т.е. мышлении на основе эмоций, а не логики. Закон Блонского–Рибо не только указывает на этапность в развитии памяти (моторная, аффективная, образная, вербальная), но и прослеживается общий ход развития и распада ВПФ. В нашей работе, посвященной обобщению в наглядно-образной форме [138], показано: вначале у детей формируется способность вербализовать существенный признак группы предметов, заданный извне; затем – способность самостоятельно выделять существенный признак, конечный этап – интеграция способности выделять существенный признак и вербализовать его.

При героиновой наркомании частотным является нарушение регуляции психической деятельности, что приводит к обобщению на неполном (охватывающем лишь часть объектов) или неадекватном (случайном, латентном) признаке, больным алкоголизмом наиболее свойственны трудности с выделением признака, затем – с его вербализацией, и в наиболее тяжелых случаях – с усвоением инструкции и резонерство. В целом больные алкоголизмом решают задачи хуже, чем больные наркоманией. Пароксизмальное влечение также может быть охарактеризовано как «протекающее вне осознания» (полного или частичного), что позволяет критически подойти к «обсессивно-компульсивной» теории: обсессия предполагает «борьбу мотивов», осознание патологичности своего поведения, однако для больных зависимостями характерны искажения идеаторной сферы, оправдывающие употребление.

«Постоянный» (генерализованный) тип ПВ характеризуется полной не критичностью больных к заболеванию и даже своеобразной «удовлетворенностью» им – так, одна из наших пациенток заявила: «Попробовала героин и поняла – это мое!» Такие пациенты часто живут в отрыве от реальности – на вопрос о планах на следующие 5 лет больная 30 лет со стажем наркотизации 10 лет заявляет: «Стану актрисой!», что наглядно показывает роль «аффективного мышления» в формировании ПФ [16]. Этот вариант форми-

рования ПВ можно связать с «изначальным» интеллектуальным и личностным дефектом. Нами показано, что для аддиктивных больных характерны искажения «образа Я» со «сверхосознанием» тела при алкоголизме и «игнорированием» тела у героиновых наркоманов (с обеднением эмоций) [100]. Следовательно, если для больных алкоголизмом последовательность стадий ПВ скорее «компенсаторная-дефектнообусловленная», то для героиновых наркоманов – «гедонистическая-дефектнообусловленная».

Подводя итог, отметим: а) влечение изучалось на разных уровнях (биологическом, психобиологическом, психологическом и психопатологическом), однако отсутствие уровневого подхода вело к игнорированию ряда клинических феноменов; б) точкой пересечения всех теорий влечения оказалось понимание влечения как компенсации, как стремления к «простым» удовольствиям и как следствие «дефекта»; в) указанные детерминанты влечения, по всей видимости, нельзя считать взаимоисключающими, поскольку они могут быть последовательными стадиями развития болезни; г) учитывая качественные различия в дефекте познавательных и личностных процессов при разных типах зависимости, можно предположить преобладание разных детерминант влечения с неизбежным финалом в виде энцефалопатической (дефектнообусловленной) формы патологического влечения; д) влечение протекает на разных уровнях (телесных и аффективных реакций; уровне формирования наркотического мировоззрения и наркогенной личности), и только реализация уровневого подхода позволяет полностью учесть клинически выявляемые феномены.

Глава 2

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ НАРКО- И АЛКО-ЗАВИСИМЫХ: МЕТОДИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Несколько лет назад к арсеналу методов, используемых для квалификации дефекта при наркомании и алкоголизме, присоединился и нейропсихологический метод [131; 137]. Его применение позволило не только четко выявить психологические механизмы нарушений тех или иных звеньев ВПФ при злоупотреблении психоактивными веществами, но и указать на те зоны мозга, которые наиболее страдают при наркомании. Предположительно, выделение зон мозга, наиболее чувствительных к повреждающему действию того или иного ПАВ, позволит лучше строить лечебно-реабилитационные мероприятия на всех уровнях – медицинском, психологическом (с вовлечением нейропсихологических методов), социальном.

В данной монографии представлена методика диагностики познавательных процессов у больных разными формами зависимости, которая разработана и апробирована в Московском научно-практическом центре наркологии. Указанная методика сочетает в себе достоинства как пато-, так и нейропсихологического качественного подхода к диагностике познавательных процессов, принятого в школах Б.В. Зейгарник и А.Р. Лурия. По сравнению с «классическим» патопсихологическим обследованием добавлены блоки функциональных проб «речь» и «сенсомоторная сфера», что позволяет комплексно охарактеризовать изменения психики, связанные со злоупотреблением ПАВ.

Несмотря на то что патопсихологическое обследование больных зависимостями проводится вот уже несколько десятков лет [146], до сих пор каждый специалист руководствуется своими соображениями при выборе конкретных методов и всей методики экспериментально-психологического исследования. Это создает ряд проблем: а) трудности сопоставления статуса больного как при поступлении в разные клиники, так даже и в разные отделения одной клиники (а такое сопоставление проводится регулярно, ввиду продолжительного и неоднократного лечения зависимостей); б) затруднено решение вопросов научно-методического характера – обобщения данных по больным, адаптации реабилитационных программ к тому контингенту больных, который реально поступает на лечение. Особую значимость эти проблемы приобретают в рамках «большого» стационара – так, в клинике МНПЦ наркологии в год лечится свыше 5 тыс. пациентов.

В связи с этим было принято решение о создании единой методики патопсихологического обследования больных зависимостями в рамках нашего

учреждения. Часть проб методики и параметров их анализа была заимствована из нейропсихологического обследования Л.С. Цветкова [141].

Методика состоит из следующих блоков.

I. Беседа. В ходе беседы больному задаются следующие вопросы:

1. Как Вы себя чувствуете? Как привыкли к режиму лечения? Есть ли жалобы?
2. Что привело Вас к нам в клинику?
3. Вы в первый раз лечитесь? Если лечились, то где?
4. Если был срыв, что было его причиной?
5. А что помогало «держаться»?
6. Что или кто повлиял на Ваше решение лечиться?
7. Что Вы ожидаете от лечения в нашем Центре?
8. Знаете ли Вы о реабилитационной программе [программа стационарной реабилитации по Миннесотской модели]? Собираетесь ли после выписки посещать группы АА/НА?
9. С какими серьезными потерями Вы сталкивались в своей жизни?
10. Что делаете, чтобы расслабиться? Есть ли у Вас увлечения (хобби)?
11. Есть ли у Вас друзья? С кем Вы больше всего общаетесь?

По итогам беседы психолог, помимо конкретных ответов на вопросы, значимых для планирования дальнейших психокоррекционных и реабилитационных мероприятий, отмечает:

- доступен контакту (полностью, частично, недоступен);
- общая активность (заторможен, в норме, гиперактивен);
- речь (интонация – модулированная/нет; развернуто/односложно; логично/с резонерством; правдиво/уклончиво);
- критика (сохранна, частичная, нарушена);
- поведение (мимика – богата/бедна/амимична; пантомима – есть жестикация богатая/бедная или отсутствует; фон настроения – позитивный/негативный, соответствие мимики настроению – да/нет);
- поведение в ситуации обследования (усваивает или нет инструкции; критичность к ошибкам или неточностям в рассказе; отвлекаемость – да/нет; утомляемость – высокая/норма/ низкая);
- наличие «преобладающей» темы в беседе – да/нет.

II. Сенсомоторная сфера:

а) таблица Шульте (общий темп, стратегия – планомерная, хаотическая, смешанная);

б) серийный счет, проба «100-7» (ошибки пространственного, персевераторного, регуляторного характера);

в) копирование куба (ошибки пространственного, регуляторного характера, нарушение тонуса);

г) графическая проба «забор» (персеверации, неудержание программы, нарушения тонуса).

III. Память:

а) слухо-речевая память – проба «две группы по три слова» (контаминации, вpletения, утрата порядка слов, «слипание рядов», слабость следовой деятельности) и пересказ короткого рассказа (передача формального сюжета и смысла, вpletения, резонерство);

б) зрительная память: запоминание картинок, обрабатываемых в пробах на речь (см. ниже) (слабость следовой деятельности, контаминации, вплетения).

IV. Мышление:

а) понимание рассказа (ответы на вопросы о смысле рассказа, о плохом/хорошем герое);

б) рассказ по серии сюжетных картинок (3 картинки) (удержание сюжета, развернутый/неразвернутый рассказ, полная/неполная передача смысла);

в) обобщение 4 предметных картинок одним словом (адекватность выделения существенного признака, адекватность вербализации);

г) «4-й лишний» – исключение лишнего предмета с объяснением принципа (адекватность выделения существенного признака, адекватность вербализации, способность развернуто пояснить свой ответ/резонерство).

V. Речь:

а) автоматизированная – счет «от 1 до 10 / от 10 до 1» (остановки, сбои в порядке чисел);

б) номинативная, называние картинок по 1, по 2, по 3 – указанных психологом (трудности в формировании предметного образа-представления, особенно в зашумленных картинках);

в) импрессивная («Покажи картинку, где...») (трудности понимания обращенной речи);

г) понимание логико-грамматических конструкций: дополнение предложений с пропущенными словами (2 фразы); инверсные конструкции (1–2); понимание пространственных предлогов (необходимость внешней помощи в понимании конструкций/невозможность понимания).

По итогам обследования делается вывод о дефекте/сохранности у больного звеньев психической деятельности, наиболее значимых в процессе реабилитации – речи, мышления, внимания и других, связанных с ними системно. Эти данные предоставляются как лечащим врачам, так и психологам, работающим по реабилитационным программам.

Ниже представлены данные по состоянию высших психических функций у больных с разными формами зависимости (злоупотребление алкоголем, опиатами, психостимуляторами, оксibuтиратом натрия, каннабиноидами и т.д.) и сопоставление данных, полученных в обследовании больных, стационаризованных в МНПЦ наркологии.

Зависимости от опиатов: особенности психической деятельности

Больной П.А., 30 лет, образование среднее специальное (сварщик). Не работает.

Беседа: пациент в качестве причины госпитализации указывает «лечение... от героина... употребляю с перерывами... бывает 4 года, бывает 3 месяца... начал лет 10 назад». В качестве цели лечения указывает «выздоровление... про реабилитацию еще не знаю, не решил». Ранее был госпитализирован в 17-й наркологической больнице. Следует отметить, что больной очень заторможен, лицо амимичное, эмоционального тона в речи нет, все поведение «замедленно» и адинамично.

Внимание: пробу «таблица Шульте» выполняет с планомерной стратегией поиска чисел в таблице, время – 55 сек. (близко к возрастной норме). Однако

с первого раза больной не понимает инструкцию и начинает показывать числа по порядку расположения в таблице (а не по порядку числового ряда). Перед выполнением методики – пауза (больной как бы не сразу «включается»). Серийный счет (проба «100-7») начинает выполнять верно (93, 86, 79), затем больной начинает отсчитывать по 9 (70, 61, 52) затем почему-то высчитывает 10 (42), далее – как по 7, так и по 9 (35, 28, 19, 10, 1). Ошибку не замечает. Таким образом, можно сказать, что понятие числа у больного первично не нарушено, но *есть трудности в регуляции деятельности*.

Психомоторная сфера: проба на динамический праксис (графическая проба «забор») выполняется больным сосредоточенно, он «загружен», замедлен, отмечается гипотонус, остановки выполнения, изменение формы зубца (нетвердая линия рисования), микрография, трудности переключения (точки внизу зубцов). Копирование куба: рисует сообразуясь с образцом, замедленно, выраженный тремор, рисунок в целом соответствует образцу.

Память: зрительно-предметная память (припоминание картинок, отработанных в ходе обследования) – 3 картинки из 5 (выраженное снижение зрительно-предметной памяти). Слухо-речевая память: в пробе «две группы по три слова» (произвольное запоминание с интерференцией) непосредственное воспроизведение в норме, после интерференции групп – в норме, после гетерогенной интерференции (в конце обследования) больной воспроизводит 2 слова из первой группы (с нарушением порядка) и среднее слово из второй группы (нарушение памяти средней степени). Воспроизведение короткого рассказа («Умная ворона») – пересказ опирается на смысловые признаки, содержание передано полностью.

Интеллектуальная деятельность: проба на обобщение предметных картинок (называние 4 картинок одним словом) выполнена пациентом быстро, правильно (продукты, техника, животные, здания – частотные обозначения, адекватные); проба «4-й лишний» с особенностями – в первой же таблице (пуговица, пряжка, катушка ниток, крючок) пациент после длительной паузы говорит: «катушка – везде металл присутствует». Вторая таблица (очки, часы, весы, градусник): «очки – три другие что-то измеряют, а очки просто носят». Третья таблица (кровать, комод, шкаф, этажерка), после паузы – «кровать – не знаю, в интерьер не вписывается, здесь комоды, шкафы». Четвертая (письмо, радио, балалайка, телефон) – «Только одно? Письмо – все остальное звуки издает, письмо не издает». Видно, что больной выделяет существенный признак в основном верно, но испытывает трудности в его обозначении. Проба на составление рассказа по серии сюжетных картинок («Умная рыбка»): «Рыба хотела съесть червяка на крючке, и у нее это получилось, она сорвала наживку с крючка своим детям, сотоварищам». Рассказ в целом соответствует картинкам как по содержанию, так и по речевому оформлению (с учетом образовательного ценза пациента), стоит отметить его лаконичность и трудности вербального поведения больного.

Вербально-логическое мышление (выделение смысла короткого рассказа – «Умная ворона»): после прочтения вслух смысл рассказа в целом понял, на вопрос «В чем мораль рассказа, чему он учит?» отвечает: «Учит не сдаваться», на вопрос «Почему ворона умная?» – «Умная от природы». Таким образом, мышление в вербальной форме более доступно больному, хотя его ответы очень краткие и не самые частотные.

Речь: номинативная функция речи (называние реалистических и недорисованных изображений) – реалистичные изображения не встречают трудностей, недорисованные – с отказами (лейка) и множественными парагнозиями (ведро – подсвечник, якорь – указатель поворота; утверждает, что предметы на рисунках «сломанные» – несмотря на инструкцию, где прямо сказано, что предметы не дорисованы); диалогическая функция речи (способность к развернутым ответам на поставленные вопросы) резко снижена, больной отвечает на вопросы кратко, отрывисто, собственная речевая инициатива практически отсутствует, чтение: неинтонированное, с одной скоростью (без знаков препинания). Понимание логико-грамматических конструкций: предлоги «над, под, за, перед», инверсия (множественные ошибки с коррекцией по указанию психолога), подстановка пропущенных слов в предложения и т.д.) у больного в норме.

Таким образом, в общей картине психической деятельности пациента можно выделить следующие группы симптомов:

- 1) нарушение регуляции собственной деятельности (внимание, серийный счет, психомоторика);
- 2) снижение памяти (как зрительно-предметной, так и слухо-речевой) со стороны регуляции деятельности (больной как бы «не замечает» материал, и не запоминает его), введение смысла в запоминаемый материал повышает продуктивность запоминания;
- 3) трудности в вербализации (отсутствие речевой инициативы и процессуальности), охватывающие все познавательные процессы.

Злоупотреблении алкоголем: особенности познавательных процессов

Больной С.Б., 39 лет, госпитализирован с диагнозом «F10.30 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя – абстинентное состояние (зависимость средней стадии)». Образование средне-специальное, работает оператором фотолаборатории. Стационарирован третий раз.

Беседа: в качестве причины госпитализации указывает «алкоголизм привел, такое состояние, когда невозможно ни есть, ни передвигаться... нужна помощь врача. Жду, что после последнего лечения я держался... когда есть работа хорошая, могу 3–4 месяца... проходить мимо компаний... вот последний раз лежал тут ноябрь 10-го года... а сейчас ноябрь? Декабрь 11-го». Обращает на себя внимание, что по мере беседы речь больного становится менее организованной, больше импульсивных переключений.

Внимание: в пробе «таблица Шульте» повторяет инструкцию, есть трудности переключения между числами, паузы, стратегия планомерная, время – 1,25 мин. (результат снижен по отношению к возрастной норме). Серийный счет (проба «100-7») – повторяет инструкцию, затем сразу начинает неверный счет («97, 89, 72, 64, нет... 64, это же семь на восемь, 56, 49, потом идет у нас... 32? Нет...») [выполнение остановлено]. Ошибки преимущественно регуляторного характера.

Психомоторная сфера: проба на динамический праксис (графическая проба «забор») – больной проговаривает инструкцию, помогает себе речью «раз-два-три-четыре», сосредоточен, очень замедлен, отмечается гипертонус,

макрография, трудности переключения (остановки, дополнительные звенья). Проба на копирование куба (зрительно-пространственные операции): делает много лишних движений (каждая грань состоит из множества накладываемых штрихов, а не одной линии), образец передан полностью.

Память: зрительно-предметная память (припоминание картинок, обработанных в ходе обследования) – воспроизводит 3 картинки из 5, «больше не помню» (выраженное снижение зрительно-предметной памяти). Слухо-речевая память в пробе «две группы по три слова» (произвольное запоминание с интерференцией): непосредственное воспроизведение в норме, после интерференции групп – в первой группе воспроизводится одно слово, к нему добавлено слово из второй группы и слово-вплетение (ночь-день-дом), вторая группа утрачена. После гомогенной интерференции воспроизводит ту же группу слов (одно из первой группы, одно из второй и вербальная парафазия «ночь – день»). Можно сделать заключение о нарушении мнестической деятельности с регулятивной стороны. Воспроизведение короткого рассказа («Умная ворона»): «Ворона хотела пить, во дворе стоял кувшин, но воды там было всего лишь на доньшке. Ворона стала бросать туда камушки, чтоб вода поднялась. Вода поднялась, и она смогла попить воды» – видно, что введение смысла в запоминаемый материал резко увеличивает продуктивность мнестической деятельности.

Интеллектуальная деятельность: проба на обобщение предметных картинок (называние 4 картинок одним словом) выполнена быстро, верно: продукты питания, транспортные средства, животные, строения. Проба «4-й лишний» (перед выполнением повторяет инструкцию): 1) пряжка – пуговицу к ниткам с помощью крючка можно пришить; 2) ... (пауза) термометр – сквозь очки можно смотреть на часы и весы... на термометр тоже можно, но по-другому; 3) «Это шкаф платяной?.. Нет ничего лишнего, это предметы спальни!»; 4) «Ничего лишнего, с помощью балалайки можно передавать радиоволны, а в письмо ноты можно написать!» Таким образом, у больного налицо как трудности прив выделения существенного признака ситуации (основное нарушение), так и способность к вербализации решения.

Составление рассказа по серии сюжетных картинок («Умная рыбка»): «История такая, своеобразная – рыбка увидела червяка на крючке, но при этом внизу лежала ракушка, с помощью которой червяк можно схватить и утащить. Короче, она помогла свои братьям-рыбкам безопасно полакомиться червяком. [Ничего вам этот рассказ не напоминает?] Из сказок, про премудрого ерша...» Видно, как введение дополнительного смысла (и вербального оформления) в задание обладает регулирующей ролью. Однако сравнить «Умную рыбку» и «Умную ворону» больному в голову не приходит (что нетипично). Вербально-логическое мышление (выделение смысла короткого рассказа – «Умная ворона»): на вопрос «Чему учит рассказ?» больной отвечает: «Сообразительности, когда чего-то достичь нельзя привычным способом, надо применить знания»; на вопрос «Почему ворона умная?» – «Они выживают везде, даже среди чаек на юге, я там часто бываю, воробьев нет, а вороны есть». Суждения больного демонстрируют понимание общего смысла рассказа при тенденции к конкретности в мышлении.

Речь: у больного по мере обследования ухудшаются грамматика и синтаксис, диалог всё более становится набором ассоциативно, но не логически свя-

занных реплик, словарный запас обеднен, сохранна речевая процессуальность и желание говорить. Номинативная функция речи – в норме. Понимание логико-грамматических конструкций: сравнительные, инверсные конструкции, подстановка слов в предложения – норма (при этом больной включает речь и рассуждает), пространственные предлоги – с ошибками «ящик на бочке может быть так, а может и эдак», но при направлении внимания больного – верно. Чтение с длинными паузами, ошибка «столько-сколько», антиципации. Автоматизированная речь – замедлена, при обратном счете от 10 до 1 доходит в словах до нуля.

В общей картине психической деятельности пациента можно выделить следующие группы симптомов:

1) нарушение динамики психических процессов – больной замедлен, с трудом переключается, речь состоит из ассоциативно-связанных, а не логических построений;

2) нарушение регуляции деятельности – интеллектуальной, мнестической, речевой при спонтанной компенсаторной стратегии – проговаривание инструкций и вербализация своих действий, введение смысла в задание резко повышает продуктивность.

Следовательно, можно говорить о развитии дефекта «снизу вверх» – автоматизированные формы психической деятельности (и их регуляция) распались, а высшие формы регуляции с использованием речи – относительно сохранены.

Сочетанное употребление алкоголя и опиатов: особенности познавательных психических процессов

Увеличение продолжительности жизни населения сделало актуальной проблему возможно более долгого сохранения интеллектуального потенциала, в том числе – путем профилактики и лечения деменций. Из всех диагностических критериев деменций в МКБ-10 и DSM-IV основное значение придается нарушению памяти наряду с нарушением других когнитивных функций. Основная задача этих определений – разграничить деменцию, делирий и ограниченные когнитивные нарушения, например афазию и амнестический синдром. Однако вопрос четких диагностических критериев для нетипичных форм деменции (традиционной моделью остается болезнь Альцгеймера) продолжает оставаться актуальным [121]. *Лобно-височная деменция* представляет собой особую форму дегенеративных пресенильных деменций, характеризующуюся атрофией лобных и височных отделов больших полушарий мозга. *Истинная частота лобно-височной деменции* окончательно не установлена; известно, что это заболевание менее распространено, чем болезнь Альцгеймера, однако, по некоторым оценкам, лобно-височная деменция составляет от 10 до 25% всех случаев дегенеративных деменций [105]. Средний возраст начала заболевания достаточно ранний – 52 года [95].

Симптомы лобно-височной деменции в неврологии принято делить на две категории – изменения поведения и проблемы с речью: неадекватное поведение в обществе; недостаток такта в общении с людьми; недостаток эмпатии; повышенная отвлекаемость; потеря «инсайта» в поведении других и самого себя; повышенный интерес к биологическим потребностям; возбуждение

или сниженная эмоциональность; несоблюдение личной гигиены; повторяющееся или компульсивное поведение; снижение энергии и мотивации к действию; речь становится конкретной и бедной; характерны повторения сказанного другими (эхолалии), а также собственных ответов (персеверации); есть трудности в выражении своих эмоций; на последних стадиях болезни практически неизбежно развивается мутизм [144]. Характерно, что, по данным Д. Нери [105], такие психические процессы, как ориентация в пространстве и память, остаются сохранными даже на поздних стадиях заболевания. По данным нейропсихологического исследования [95], у большей части больных наблюдалась сочетанная лобно-височная дисфункция левого полушария (хотя были и больные с признаками дисфункции правого полушария; изолированно лобных или височных долей). Кроме того, следует отметить [64], что деменция сопровождается и рядом психиатрических симптомов: нарушениями мышления в виде бреда (например, пациента обворовывают врачи или родственники; к нему все относятся враждебно), иногда – на поздних стадиях заболевания – зрительные галлюцинации. Данные симптомы являются прогностически неблагоприятными, так как указывают на более высокий темп развития нарушений.

В современной отечественной психиатрии развивается направление (М.А. Михайлов [99]) сопоставления болезней влечения – алкоголизма, наркоманий с классическими психиатрическими синдромами. В частности показано, что развитие влечения во времени может быть сопоставлено по структуре бреду. Исходя из этого нами *была высказана гипотеза*, что нарушения психики при наркологических заболеваниях могут служить моделью для изучения других психиатрических расстройств, в частности – деменций. В качестве *метода исследования* применялась экспресс-методика нейропсихологического исследования Л.С. Цветковой [141]. Выполнение тестов оценивалось в нейропсихологических баллах [141], по шкале «0% ошибок – 0 баллов, 25% ошибок – 1 балл, 50% ошибок – 2 балла, 100% ошибок – 3 балла».

Ниже приведем данные обследования больного.

Больной А.П., 35 лет, неоднократно стационарировался в наркологические клиники, в настоящий момент поступил с диагнозом «F19.20 Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением алкоголя и опиатов. Синдром зависимости» (зависимость средней стадии).

Имеет неоконченное высшее техническое образование, употреблять алкоголь и наркотики начал в 19 лет, через 1,5 года – спонтанная ремиссия продолжительностью около 13 лет. В течение последнего года снова пристрастился сначала к алкоголю, затем к опиатам. До начала последнего «эпизода» употребления работал директором магазина. Женат, есть ребенок.

В *беседе*: речь невнятная, иногда – непоследовательная; мимика – бедная, вялая (при этом больной заявляет: «Мне интересно»); при просьбе опознать чувства людей по фотографиям путает горе и ужас, ужас называет «отрешенность»; заявляет, что хотел бы избавиться от зависимости, «наверное, пройти реабилитацию... мне бы институт с третьей попытки в 35 лет закончить!» В целом поведение больного замедленное, «загруженное». Стоит отметить, что эти эффекты нельзя списать на получаемую больным медикаментозную коррекцию (неулептил, феназепам), так как дозы невелики и хорошо переносятся другими пациентами клиники.

В психомоторной сфере. Проба на динамический праксис (кулак – ребро – ладонь) больным выполняется резко замедленно, моторика вялая, движения смазанные (т.е. нет четких переключений от одной фазы к другой, пациент пытается выполнить некое «единое движение»), включает помощь речи (2), левой рукой – те же феномены, но более выраженные (2,5). Графическая проба «забор»: несмотря на устную и напечатанную на бланке инструкцию «продолжить забор», больной (после паузы около 1,5 мин) сперва дорисовывает острые наверхия к квадратным зубцам образца (не понимает инструкции), затем продолжает такой самостоятельно модифицированный «забор»: треугольное звено, прямое с треугольной вершиной. Каждое звено выполняется им как комплекс из трех движений с отрывом руки (темп резко замедлен), останавливает рисование на 2/3 строки («Тяжело!»). Также отмечаются гипертонус, макрография (3). Праксис позы пальцев руки с легким перебором пальцев (первичный симптом) – и слева, и справа (1). Реципрокная координация: движения рук несогласованные, неплавные, резко замедленные, часто – одновременные, а не попеременные (2,5–3). Пробу на копирование куба выполняет быстро, уверенно, в целом согласуясь с образцом (хотя есть некоторые отклонения в форме и размерах) (0,5). Регуляторный праксис (конфликтные пробы): проба «кулак – палец» выполнена правильно (0), проба «подъем руки на стук» также правильно (0), обращает на себя внимание, что при выполнении обеих проб действия А.П. замедленны, поведение загруженное.

В гностической сфере. При опознании предметных изображений – ошибки по типу нарушения предметного образа-представления: «подсолнух – цветок», «капуста – ожерелье, подвеска», «морковь (недорисованная) – ветка», «собака (без уха) – животное с ребенком», «катушка ниток – урна» (3). Фонематический слух сохранен на всех уровнях (звука, слога, слова), однако при работе с уровнем слова (психолог называет слова с оппозиционными звуками, больному следует указать картинки по названию) А.П. не понимает с первого раза инструкцию.

Память: зрительно-предметная память – припоминает 4 предмета из 6, потом говорит: «Было 6... можно найти», но более не вспоминает (1,5–2). Слухоречевая память, проба «две группы по три слова» – непосредственное воспроизведение в норме, после интерференции групп – воспроизведение в норме, после предъявления больному короткого рассказа («Жадная собака») припоминает только одно слово – «лес», еще одно слово («игла») заменяется вербальными парафазиями «шелк, нить» (0,5–1).

Пересказ короткого рассказа («Жадная собака»): «Бежала собака по деревне (пауза) с куском мяса. Перебегала мостик через озеро, увидела, что внизу есть такая же собака с куском мяса. Она, отпустив мясо, бросилась отбирать мясо у той собаки из воды. В результате течение унесло мясо, и она осталась ни с чем». Речь в течение пересказа невнятная. В пересказе передан общий смысл рассказа, при вpletении некоторых несущественных деталей (река превратилась в озеро, появилась деревня, добавилась отсутствующая в базовом рассказе важная деталь, что собака увидела отражение). Больной опирается на смысл рассказа в большей степени, чем на его формальную сторону (1).

Интеллектуальная деятельность. Вербально-логическое мышление – понимание короткого рассказа, смысл понят: «О чем рассказ?» – «О глупости, это глупый был поступок»; «Почему?» – «Не хватает у собаки знаний и умений»;

«Почему собака глупая?» – «Не учла, что отражение на воде, оно нематериальное, что за двумя погонишься, ни одного же не поймашь, не знала, что может отражаться в воде!» Наглядно-образное мышление: пробу на обобщение выполняет правильно; в пробе «4-й лишней» перед ответами большая пауза: «Думать... не знаю, о чем думать», затем следуют такие ответы: 1) «пряжка, это наподобие иголки, нитка, пуговицы, пряжкой не пришить»; 2) (пауза) «очки, измерение, очками тоже все-таки можно мерить, но мне кажется так»; 3) «стеллаж, этажерка – все [остальное] к спальному гарнитуру»; 4) «балалайка – средства связи». Как видно, больной, хотя и с большим трудом (очевидно, тут сказываются и речевые трудности, и трудности в области образа-представления) может в ряде случаев выделить существенный признак, отделяющий один предмет от остальных, однако обоснование выбора ему недоступно (2).

Составление рассказа по серии сюжетных картин («Хитрая мартышка») также с особенностями – сперва пауза больше минуты, затем больной начинает описывать картинки по очереди, а не как единое целое: «Сидела мартышка на дереве, внизу у нее была вкусная клубничка. Спуститься она не могла. Рядом с ней была змея. Что делать она не знала (первая картинка). Тут она додумалась, что змею можно опустить, змея откусит клубничку и поднимет ей. По каким-то причинам не получилось (вторая картинка). Хэппи-энд, змея подняла ей. Они вместе покушали». Во время рассказа было вплетение – «лиса».

Речь. Диалогическая речь больного на уровне коротких неразвернутых ответов, замедленная, отрывочная (с большими паузами), части фраз иногда не связаны между собой (телеграфный стиль). Понимание логико-грамматических конструкций – подстановка пропущенных слов в предложения безошибочно, инверсные конструкции с ошибками в половине проб, причем больному требуется повторение инструкции и существенная стимуляция для их выполнения. Автоматизированная речь (счет от 1 до 10 и обратно) – не вызывает трудностей. *Чтение* – антиципирующее, с перерывами, при этом больной не различает основной текст рассказа и примечания к нему, читает все вместе, голос не интонирован.

У больного можно выделить следующие *основные группы нейропсихологических симптомов*: 1) нарушения динамики психических процессов – как познавательных (речь, мышление), так и эмоционально-личностных; 2) нарушение предметных образов-представлений и наглядно-образного мышления; 3) эмоциональная заторможенность, инертность; 4) нарушения речи по типу «динамической афазии».

Таким образом, у А.П. можно диагностировать дисфункцию заднелобных и средневисочных отделов левого полушария. На основании проведенного обследования был сделан *вывод*, что картина нарушения ВПФ при полинаркомании (употребление алкоголя и опиатов) может быть сопоставлена лобно-височной деменции, что подтверждает выдвинутую гипотезу.

Сочетанное употребление опиатов и тропикамида: особенности познавательных процессов

В последние несколько лет отмечается взрывной рост [151] сочетанного употребления героина с тропикамидом – М-холиноблокатором, традиционно используемым в офтальмологии (заместил атропин) и продающимся

без рецепта. Среди эффектов «смеси» тропикамида и героина – выраженное психомоторное возбуждение, галлюциноз, резко повышенная тяга к приему вещества (даже в сравнении с опиатами), порой больной вкалывает себе по 6–7 доз в сутки, быстро нарастает токсический эффект как на мозг, так и на внутренние органы, отмечается более выраженная и продолжительная абстиненция [151].

Больная О.И., 1979 г.р., средне-специальное образование. Поступила на лечение в МНПЦ наркологии с диагнозом F 19.30 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких веществ, абстинентное состояние». Употребляла опиаты (героин, мак), амфетамины, тропикамид. Последний год – героин совместно с тропикамидом.

Беседа: речь пациентки (первичная госпитализация) производит благоприятное впечатление, она грамотная, связная, темп нормальный. Периодически отмечается нарушение последовательности суждений при описании своей жизни: «Родила, работала, после периода узнаю, что муж принимал – выгнала из дома... (Спустя какое-то время) Муж сам себя колоть не мог, я его колола. Спустя несколько месяцев звонит свекровь – муж в коме уже пять дней. Сорвалась на мак. Все знакомые варили. Все кололи. А потом стопор напал – и остановилась. И не принимала. Второй муж (отвечает на вопрос, что привело к новому срыву) – тоже употребляет. Но его наркотики быстрые – «спиды», амфетамин, ЛСД. Были марафоны. Закончилось тем, что родители отобрали детей, а подождите, двоих отобрали, двое уже было. И полетело. Когда поняли, что летим больше года, решили остановиться. Начали курить [марихуану]. Муж мне покупал героин. Год. Все вместе (героин, амфетамины, тропикамид) – года три, может поменьше». Демонстрирует мотивацию на лечение, говорит, что хочет вернуть детей, видеть, что «трава зеленая, цветочки красные, на улице тепло, а не холодно, как отходняк».

Внимание: при проведении пробы «таблица Шульте» задает вопрос: «Как их показывать? По счету?», трудно входит в пробу, стратегия планомерная, общее время – 48 с. (возрастная норма). Серийный счет (проба «100-7»): 93, 86, 90... «ой», 79, 71, 65, 59, 52, 45, 38, 31, «ой, блин, сколько ж будет 31 минус 7, 26? Нет, не 26... нет, не могу...» Таким образом, первично страдает регуляция последовательных (серийных) интеллектуальных операций, пациентке трудно организовать целенаправленную серию действий при относительно сохранной способности собственно к счету.

Психомоторная сфера: проба на динамический праксис (графическая проба «забор») – выполняет быстро, сосредоточенно, смеется (задание ей откровенно трудно), с остановками, отрывами карандаша от бумаги, «чего-то не туда!». Отмечаются трудности переключения (подчеркивания, черточки внизу звеньев). Копирование куба: работает быстро, сообразуясь с образцом, критична к качеству выполнения («не очень ровно»), задает вопрос: «Заштриховать?» (как на образце).

Память: зрительно-предметная память – пациентка после воспроизведения 3 предметов из 5 заявляет: «Не помню», после стимуляции припоминает еще один (общая продуктивность – 4 из 5, нижняя граница нормы). Слухо-речевая память: в пробе «две группы по три слова» (произвольное запоминание с интерференцией) при непосредственном воспроизведении – без особенностей, после интерференции групп – в первой группе меняет слова местами, во

второй группе заявляет: «Уже забыла», после стимуляции припоминает всю группу. После гетерогенной интерференции (серийный счет) воспроизводит обе группы (первую – с измененным порядком слов). Основная трудность больной и в этом задании – «вхождение в работу».

Воспроизведение короткого рассказа («Умная ворона»): «*Ворона хотела пить, а на дворе стоял кувшин, а ворона хотела пить*. Она бросала камушки до тех пор, пока вода не поднялась и она не смогла напиться». В пересказе также есть черты непоследовательности при общем адекватном и по смыслу, и по формальному сюжету воспроизведении.

Интеллектуальная деятельность: проба на обобщение предметных картинок (называние 4 картинок одним словом) выполнена пациенткой быстро: «Хм... хлебные... еда! Транспорт, животные, жилплощадь, здания – мельница как-то не жилплощадь, да и церковь тоже!» – т.е. ответы правильные, но вхождение в задание страдает. Проба «4-й лишней»: 1) «Эти ножницы загнутые? Тогда они лишние, их не используют в шитье!» (больная по образованию швея); 2) «Очки – часы показывают время, градусник – температуру, весы – вес, очки ничего не показывают»; 3) «Кровать – в остальных есть полки складывать»; 4) «Вот это... гитара, балалайка – радио вещает, по телефону говорим, письмо читаем – всё информация». Таким образом, обобщения пациентки остаются на конкретном уровне, есть сложности с извлечением существенного признака.

Проба на составление рассказа по серии сюжетных картинок («Умная рыбка»): «Они отдельно [картинки]? Или связаны? Ага, в речке рыбка, видать неглупая. Увидела крючок и решила обмануть. Увидела – что это? Ракушка? Насадил ракушку, сняла червяка и принесла маленьким рыбкам, а это ее детки, а она ракушкой сняла червяка, вот он пустой (крючок) наверх идет...» В задании есть признаки и непоследовательности суждений, и трудностей вхождения в работу.

Вербально-логическое мышление (выделение смысла короткого рассказа – «Умная ворона»): «Безвыходных ситуаций не бывает, надо найти выход, ворона могла и наклонить кувшин, смотря сколько там было воды, хотя в басне с сыром ворона выглядела глупее. Главное – сколько на этот выход времени было затрачено, терпения вороны, но к своей цели пришла». С одной стороны, суждения больной относительно логичны, с другой – они сильно выходят за рамки поставленного вопроса и могут считаться резонерством.

Речь: номинативная функция речи снижена – при опознании простых изображений – без особенностей, в ряде проб на опознание недорисованных изображений больная дает неполные или неверные ответы (очки – «ножницы», якорь – «стрелка», лейка – «емкость какая-то», чашка), т.е. ориентируется не на все существенные признаки предмета, а на «лежащие на поверхности», она как бы «скользит по поверхности задания», причем если ей подсказать верный ответ – корректирует. Диалогическая функция речи (способность к развернутым ответам на поставленные вопросы) – в норме. Охотно рассуждает о своей жизни, при некоторой непоследовательности суждений, которую, однако, можно заметить только при длительном обследовании. Понимание логико-грамматических конструкций (квазипространственные операции, предлоги «над, под, за, перед», подстановка пропущенных слов в предложения и т.д.) у больной с единичными ошибками (в инверсии и при подстановке).

Таким образом, в общей картине психической деятельности пациентки можно выделить следующие группы симптомов: 1) непоследовательность суждений; 2) трудности вхождения в задания; 3) некоторую склонность к резонансу; 4) трудности последовательной (серийной) организации своих действий.

Стоит отметить, что при общей высокой сохранности познавательных процессов нарушения со стороны их произвольной регуляции (причем «правополушарного» или «лобного» типа) играют большую роль в состоянии пациентки. Из этого можно заключить, что именно дефект произвольной регуляции признается основным при злоупотреблении героином и тропикамидом совместно.

Зависимости от психостимуляторов: особенности познавательных процессов

В последние годы отмечается рост «популярности» психостимуляторов на основе амфетаминоподобных веществ [106]. Важную роль в этом играет как простота и дешевизна кустарного изготовления подобных веществ (в частности, из противогрибковых лекарств), так и ориентация современной молодежной субкультуры на «драйв», «энергию», обострение ощущений, что как раз и дают психостимуляторы (в отличие от опиатов).

Больной Н.Ф., 20 лет, госпитализирован первично, с диагнозом «F15.20. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением стимуляторов – синдром зависимости (зависимость средней стадии)». Употреблял амфетамин в течение 3 лет, утверждает, что это помогало ему «творить, писать стихи». Образование среднее. Госпитализирован по настоянию матери.

Беседа: пациент в качестве причины госпитализации указывает: «Наркомания, амфетамин [употреблял] 3 года, [госпитализировался] по своему желанию, сам [хочу] избавиться от наркотической зависимости, жизнь моя, мне 20 лет, мне это мешает развиваться!»

Внимание: пробу «таблица Шульце» выполняет со смешанной (хаотичная, временами – последовательная) стратегией поиска (42 сек., возрастная норма). Серийный счет (проба «100-7») – говорит: «Плохо я считаю», начинает верно: 93, 86...65, на этом звене сбивается: «Нет, 67», дальше (от новой точки отсчета) идет верно (67, 60, 53) – затем говорит: «58, 51, 68, нет, 56, нет» – на этом выполнение задания прекращается. Из протокола видно, что сами по себе счетные операции у больного сохранены, однако регуляция деятельности испытывает существенные трудности.

Психомоторная сфера: проба на динамический праксис (графическая проба «забор») – больной не сразу понимает задание «продолжить забор», говорит: «Ну то есть?», у него выраженный тремор, микрография, дополнительные звенья в деятельности (черта между треугольным и квадратным звеньями забора), он не удерживает строку. Копирование куба: первую попытку стирает, вторая попытка выполнена не сообразуясь с образцом (куб пространственно и по форме не соответствует образцу), есть элементы микрографии.

Память: зрительно-предметная память (припоминание картинок, отработанных в ходе обследования) – 3 картинки из 6 (резко выраженное снижение зрительно-предметной памяти). Слухо-речевая память: в пробе «две группы по три слова» (произвольное запоминание с интерференцией) непосредствен-

ное воспроизведение в норме, после интерференции групп – норма; отсроченное воспроизведение – теряет только одно слово из второй группы. Такую большую разницу в результатах проб на слухоречевую и зрительную память можно объяснить утомлением больного к моменту обследования зрительной памяти и его нарастающее безразличие к обследованию (мотивационно-регулятивные трудности). Воспроизведение короткого рассказа («Умная ворона»): пересказ опирается как на формальные детали сюжета, так и на смысл, есть парафазия («воронушка» – по аналогии с камушками). Рассказ адекватен содержанию.

Интеллектуальная деятельность: проба на обобщение предметных картинок (называние 4 картинок одним словом) выполнена пациентом быстро, правильно (еда, транспорт, животные, здания). Проба «4-й лишний» с особенностями – в первой же таблице (пуговица, пряжка, катушка ниток, крючок) пациент опознает крючок как «ремешок», затем перечисляет: «Катушка лишняя – ремешок, пуговица, пряжка». Вторая таблица (очки, часы, весы, градусник): «Очки – измерять то и это». Третья таблица (кровать, комод, шкаф, этажерка): «А это – не знаю, что это (этажерка) – потому и лишнее!». Четвертая (письмо, радио, балалайка, телефон): «Гитара – связь». Видно, что больной испытывает трудности не только при вербализации существенного признака (во многих случаях), но и при регуляции мыслительного процесса – минимальные трудности (опознание этажерки) пускают его мышление по выхолощенному пути. Проба на составление рассказа по серии сюжетных картинок («Умная рыбка») – начинает рассказывать: «На первой картинке...», после уточнения психолога («Расскажите всю историю в целом») не понимает инструкцию и снова действует неверно: «Рыбка захотела покушать и начала двигаться к крючку, на котором вывешен червячок... А, по трем картинкам надо составить! А взяла ракушку, оттянула вниз, накормила детей, не погибла сама, не повредила детей». Видно, что сам по себе процесс мышления не вызывает трудностей у больного – он может описать содержание как отдельной картинки, так и целостной истории, однако инициация мышления, вхождение в инструкцию для оказалось является проблемным звеном.

Вербально-логическое мышление (выделение смысла короткого рассказа «Умная ворона») – после прочтения вслух смысл рассказа понял формально: «В воде не хватало [высоты]... физика воды... ворона просто накидала камней... [А чему он учит?] Ну, поступок нормальный». Складывается впечатление, что пациент, опять же, не вполне понял, что от него требуется.

Речь: номинативная функция речи (недорисованные предметы) – отмечаются парагнозии (чайник – самовар, весы – корабль, булавка – слова не знает). Диалогическая функция речи (способность к развернутым ответам на поставленные вопросы) снижена – Н.Ф. пассивен в разговоре, притом что обследование в присутствии других психологов ему интересно, он демонстративен (до момента истощения). Чтение: быстрое, неинтонированное. Понимание логико-грамматических конструкций: в норме.

Таким образом, в общей картине психической деятельности пациента можно выделить следующие группы симптомов: 1) нарушение регуляции собственной деятельности – при сохранном внимании, у больного грубо нарушено понимание сложных инструкций, вхождение в деятельность; 2) снижение зрительно-предметной памяти; 3) нарушение регулятивного компонента

мышления (и наглядно-образной, и вербально-логической форм); 4) нарушение зрительно-предметного восприятия.

По данным литературы [80], при нейропсихологическом обследовании первитиновых наркоманов выявляются преимущественно ошибки импульсивного характера, нарушения динамики психических процессов, а у больных, злоупотребляющих фенилпропаноламином, – нарушения динамического и конструктивного праксиса, памяти, вербально-логического мышления. Это позволяет сделать *вывод*, что при злоупотреблении амфетамином страдает в первую очередь регуляция собственной деятельности (третий функциональный блок мозга по А.Р. Лурия, лобные доли), что сближает амфетаминовую наркоманию с первитиновой по нейропсихологическим коррелятам.

Зависимость от каннабиноидов: особенности познавательных процессов

Как известно, почти 90% наркозависимых употребляют опиаты. Но [152] 93% зависимых от героина лиц начинали с употребления марихуаны. Ряд исследователей считают, что около 2% курильщиков марихуаны переходят на употребление «тяжелых» наркотиков. А по данным ООН, количество употребляющих марихуану на планете составляет 2,5% всего населения, количество же употребляющих героин – 0,14%, т.е. получается, «коэффициент вовлечения» 6%. По данным [152], в г. Москве в 1999 г. в ходе анонимного анкетирования почти 4% юношей указали, что употребляли препараты конопли более 10 раз в течение жизни. При этом отношение в обществе к курению марихуаны более чем толерантное – она считается «даже менее вредной, чем табак», «легальной в ряде стран» и т.д., что приводит к позднему и редкому обращению за помощью.

Нами было обследовано двое больных с разным стажем употребления каннабиноидов – 3 года и 15 лет, мужчины 30–31 года, находящиеся на стационарном лечении в МНПЦ наркологии.

Для больного с 3-летним стажем употребления каннабиноидов характерна многоречивость, резонерство, обилие комментариев – иными словами, экстериоризация тех звеньев психической деятельности, которые обычно свернуты. Больной часто переспрашивает простые инструкции: «Рисовать до конца? Такой же кубик?» – при достаточно успешном выполнении заданий. Вторая группа трудностей – в мышлении: больной с трудом выделяет существенный признак ситуации, причем для него сложными представляются именно «высшие синтезы» (перенос алгоритма на другой материал), он постоянно прибегает к аналогиям, не всегда адекватным («Рыбка... ну она как та ворона с сыром...»). Такие процессы, как внимание, память, речь, относительно сохранены.

Больной со стажем употребления каннабиса 15 лет сильно заторможен, у него отмечается тремор, дефекты переключения с одного звена психической деятельности на другое (так, больной не сразу реагирует на инструкцию, он ее как бы «не слышит»), обеднен словарь и грамматика, снижена вербальная процессуальность. В слухо-речевой, как и в механической памяти трудности – в пробе «две группы по три слова» (при интерференции больной теряет второй ряд слов), а также в смысловой – пересказ рассказа больному практи-

чески недоступен: «Несла, что-то увидела. Шла по мостику, что-то увидела. Несла во рту кусок мяса, увидела отражение, решила взять тот кусок, решила взять его, свой уронила и тот не добыла» (т.е. больной пытается опереться на смысл, но ему это не удается). В мышлении – признаки резонерства и неадекватных аналогий.

Видно, что по мере роста стажа «уходят» компенсаторные механизмы (экстериоризация), нарастают нарушения нейродинамики и мышления (резонерство и «застревание», нарушение высших синтезов), появляются нарушения памяти.

Зависимость от оксибутирата натрия: особенности познавательных процессов

«Бутират», «оксик» и проч. – закрепившиеся в молодежной среде жаргонные названия оксибутирата натрия. Одной из предпосылок его широкой популярности является длительное использование препарата в медицинских целях (запрещен в России в 1997 г.), что порождает миф о «безопасности» и даже «полезности» систематического приема оксибутирата натрия [149]. Одна из опасностей популярности бутирата состоит в продаже под его видом куда более токсичных прекурсоров, таких, как промышленный растворитель бутандиол, внешне и по органолептическим свойствам от оксибутирата натрия неотличимый.

Стоит учесть, что оксибутират натрия как один из продуктов метаболизма присутствует практически во всех органах и тканях. Оксибутират натрия – достаточно сильный антигипоксикант, что связано с его способностью активировать бескислородное окисление (с уменьшением потребности организма в кислороде). Кроме того, вещество стимулирует выделение соматотропного гормона роста, выступая одним из мощнейших на сегодняшний день стимуляторов гипофиза [150]. Это приводит к широкому распространению оксибутирата натрия среди спортсменов (вещество практически не фиксируется допинговыми анализами) и эротоманов, клубных тусовщиков, считающих препарат «безобидным афродизиаком», включающим неконтролируемые сексуальные желания. Однако «эротогенная» способность оксибутирата натрия больше связана с эффектом опьянения, утраты контроля, нежели со стимуляцией гипоталамо-гипофизарной системы [150].

Производные гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в психиатрии и неврологии применяются с 1970-х гг., что обуславливает большое число психофармакологических исследований по этим препаратам. Одним из самых распространенных производных ГАМК является гамма-оксимасляная кислота, ее натриевая соль – оксибутират натрия.

Первые данные о применении оксибутирата натрия в психиатрии относятся к началу 60-х, XX в. авторы отмечали способность препарата купировать психомоторное возбуждение, а в сочетании с малыми или умеренными дозами нейролептиков – снижать тревогу и депрессию. Вместе с позитивными эффектами отмечались и побочные явления: рвота, миоклонические судороги, гипертензия и гипокалиемия, повышение свертываемости крови.

Указано, что в связи с метаболическим сходством оксибутирата натрия с алкоголем алкоголизм считался противопоказанием для применения препа-

рата, вместе с тем ноотропная, транквилизирующая и анксиолитическая активность оксibuтирата обусловили его проникновение и в наркологическую практику. Электрофизиологические исследования показали, что прием оксibuтирата приводит к усилению амплитуды дельта-ритма и синхронизации мозговой активности по нему («ЭЭГ сна»), что можно считать физиологическим механизмом действия препарата [14].

Современные наркологи предупреждают, что систематический прием оксibuтирата приводит к формированию тяжелых психотических эпизодов, например, с сумеречным помрачением сознания, галлюцинозом.

По мнению некоторых авторов [149], случаев отказа от дальнейшего приема бутирата после первой наркотизации практически нет – «мягкое» опьянение без «похмелья», эйфорический, снижающий тревогу эффект делают его «идеальным» «легким» наркотиком для молодежи.

Всё это обуславливает актуальность клинико-психологического анализа дефекта познавательных процессов у лиц, злоупотребляющих оксibuтиратом натрия.

В качестве *метода исследования* применялась экспресс-методика нейропсихологического исследования Л.С. Цветковой [141]. Выполнение тестов оценивалось в нейропсихологических баллах [141], по шкале «0% ошибок – 0 баллов, 25 – 1, 50 – 2, 100% ошибок – 3 балла».

Больной Д.Ш., 35 лет, образование неполное среднее, имеет судимость, работает в малом бизнесе. При поступлении в МНПЦ больной пережил острый психотический эпизод на фоне отмены оксibuтирата.

Больной стационарирован в МНПЦ первично с диагнозом F13.20 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств – синдром зависимости» (зависимость средней стадии), ранее проходил лечение в платных клиниках. Употребляет оксibuтират натрия в течение 4 лет, с незначительными перерывами (до месяца) после проведенных детоксикаций. Больной особо подчеркивает: «Не колол, анашу не употреблял, только оксibuтират». О причинах госпитализации говорит: «Девчонка сказала, не дам денег на платное лечение, опять сбежишь. Склонился не в ту сторону, проблемы начались [после оксibuтирата]. На движение тянет, поехать, я постоянно за рулем, веселый, никаких проблем.... дозу увеличил... 10 мг пузырек раньше хватало на сутки, теперь 5–6 пузырьков... очень много денег уходило». О своих ожиданиях от лечения говорит так: «На ноги встать нормально, прекратиться всё это». Отношение к реабилитации по программе «12 шагов»: «Я не осилю, у меня не получится... силы воли не хватает».

Внимание – по таблицам Шульте: стратегия поиска чисел хаотическая, речь опережает поиск чисел (компенсаторный механизм), есть затруднения в поиске («Еще бы найти»), единичная ошибка (спутал 10 и 20), ритм выполнения неровный, время – 50 сек (возрастная норма).

Эмоции – мимика бедная, уплощенная, опознание эмоций по схематическим изображениям (химерам) с ошибками: злость – «насмешка» (0,5).

Двигательная сфера. В динамическом праксисе: в пробе «кулак – ребро – ладонь» (правая рука) – трудности усвоения программы, затем быстрое выполнение, левая рука – то же, темп работы обеими руками ускорен (0,5–1). В графической пробе «забор» (правая рука): отмечается легкий тремор, неустойчивый тонус, повышенное внимание, темп снижен, есть искажения фор-

мы зубца, тенденция к микрографии (1–1,5). *В практике позы*: правой рукой выполнение ускоренное, отмечается тремор, перенос на левую руку в норме, левой рукой – то же (0,5). *Пространственный праксис (пробы Хэда)*: единичные ошибки с самокоррекцией в перекрестных пробах, тремор, трудности динамики (переключения между пробами) (0,5). *Реципрокная координация* – темп ускорен, работает все запястье (2). *Регуляторный праксис (конфликтные пробы)* – в пробе «кулак – палец» повторяет инструкцию для уточнения, в пробе «подъем руки на стимул (стук)» единичные ошибки с самокоррекцией (0,5). *В конструктивном праксисе* (проба на копирование куба) – рисунок больного выполнен штриховыми, с многократным повторением, линиями (при сниженном тоне), размер увеличен в сравнении с образцом, предпринято две попытки, общая форма и пространственная ориентация сохранены (1–1,5).

В гностической сфере: в фонематическом слухе без ошибок (0). *Зрительно-предметный гнозис*: узнавание предметов в простых пробах без ошибок, в сенсibilизированных пробах (недорисованные): ключ – «ролики», очки – нет ответа, нарушает инструкцию – поворачивает лист для лучшего опознания предметов (0,5–1). Квазипространственные пробы: пробу на пространственно-ориентированные предлоги выполняет с множественными ошибками с самокоррекцией, в пробе на инверсию – дает верный ответ, но с комментарием («Может, он задирался»), подстановка слов в предложения – быстро, верно, сравнительные конструкции – без особенностей.

Память. Слухо-речевая память. Непроизвольное запоминание слов, отработанных в ходе обследования – воспроизвел 6 из 6. В сенсibilизированных пробах (две группы по три слова): непосредственное воспроизведение в норме, после интерференции групп – в первой группе остается одно слово, и то – литеральная парафазия («день» вместо «дом»), вторая группа припомнена верно; после гомогенной интерференции – сначала воспроизводит вторую группу (верно), затем два слова из первой (верно), в качестве компенсаторной стратегии – повторение слов эгоцентрической речью перед ответом на вопрос исследующего (2–2,5). В воспроизведении текста («Жадная собака») после самостоятельного прочтения есть особенности: «Бежала собака по мостику с мясом в зубах, увидела свое отражение в воде, кинула свое мясо, кинулась отнимать у той собаки, а того мяса и не было, а свое унесло волной», – смысл передан, формальный сюжет в целом тоже (0). *Зрительно-предметная память*: припомнил 3 предмета из 5, средне-выраженное снижение памяти.

Общий уровень развития соответствует норме, но есть особенности. Диалогическая речь – на уровне развернутых ответов, словарь соответствует возрасту и образовательному статусу, отмечается незначительный аграмматизм. Пересказ серии сюжетных картинок («Хитрая мартышка»): «Как пересказать? А... обезьяна со змеей... чего произошло... землянику достали». Рассказ отличает аграмматизм, снижение речевой продуктивности, при понимании общего смысла. *Автоматизированная речь*: при счете в обратном порядке сбивается на числах 6 и 7, доводит счет до нуля. Чтение: неинтонированное, с запинками и повторами.

Интеллектуальная деятельность. Вербально-логическое мышление имеет особенности: на вопрос «Чему учит рассказ?» («Жадная собака») отвечает: «...Все со смыслом надо читать... жадности... жадность всего», на вопрос «Почему собаку назвали жадной?» – «Все мало ей, никому ни с кем

не делилась, тут не написано то, что отнимала у других». Наглядно-образное мышление: пробу «обобщение» выполняет быстро, с единичным нечастотным ответом – «здания – недвижимость». Проба «4-й лишний» выполняется с особенностями: 1) трубка – нет пояснения; 2) моряк/солдат – нет пояснения; 3) журавль – нет пояснения; 4) «Это что, шуруповерт? Топор, наверное, не знаю». Таким образом, в большинстве проб больной верно идентифицировал существенный признак, но не смог его вербализовать.

В нейропсихологической картине психической деятельности больного по итогам обследования можно отметить следующие группы симптомов: 1) нарушения тонуса, флуктуирующий темп деятельности (чаще ускоренный), нарушения динамики психических процессов; 2) аграмматизм, снижение речевой продуктивности; 3) трудности в вербализации существенного признака во всех формах мышления; 4) снижение слухо-речевой памяти по типу ретро-активного торможения.

Описанные группы симптомов могут указывать на *дисфункцию задне-лобных отделов левого полушария и верхних отделов ствола мозга*.

Несмотря на сходство ряда симптомов (нарушения вербального мышления, речи, памяти) с таковыми при хроническом алкоголизме, нарушения тонуса по типу неравномерного (с ускорением) темпа психической деятельности отличают состояние при оксibuтиратной зависимости. Кроме того, можно отметить быстрое формирование выраженного дефекта (в сравнении с алкоголизмом того же «стажа» и стадии зависимости).

Нарушения познавательных процессов при разных формах зависимости: сравнительный анализ

В данном параграфе предпринята попытка выявить структуру нарушений ВПФ у больных героиновой (7 пациентов принимали участие в исследовании), амфетаминовой (3), каннабиноидной (3) наркоманией и хроническим алкоголизмом (17 пациентов) с применением метода нейропсихологической диагностики [141]. Все обследованные – мужчины, от 20 до 40 лет, 2-я стадия зависимости, все находились на стационарном лечении в МНПЦ наркологии.

Анализ результатов выполнения нейропсихологических проб больными алкогольной и героиновой зависимостью позволяет утверждать, что показатели, близкие к нормативным, у больных были только в заданиях на первичную и непосредственную обработку слуховой, зрительной и тактильной информации: в тестах на оценку и воспроизведение ритмических структур, на повторение серии слогов и слов, на локализацию прикосновений, а также на запоминание простых фигур и называние предметов. У большинства больных алкогольной зависимостью вызвали затруднения задания, требующие программирования, регуляции и контроля произвольных действий двигательной и интеллектуальной сфер. Кроме того, значительное число ошибок было ими допущено в заданиях, требующих пространственной ориентировки и операций анализа-синтеза на всех уровнях (сенсорном, уровне мышления). Для больных героиновой наркоманией более характерными оказались ошибки, связанные с динамикой психических процессов («включение в деятель-

ность», грамматические операции), предметными образами-представлениями, слухо-речевой памятью.

Таким образом, для нейропсихологического синдрома обследованных больных хроническим алкоголизмом более характерным представляется сочетание (в разной степени выраженности) следующих факторов: префронтально-лобного; теменно-височно-затылочного (левого полушария) и верхних отделов диэнцефально-стволового.

Для нейропсихологического синдрома больных героиновой наркоманией характерно сочетание (в разной степени выраженности): заднелобного и средних отделов височных долей (левого полушария).

В картине психической деятельности пациентов с амфетаминовой наркоманией выделяются следующие группы симптомов: 1) нарушение регуляции собственной деятельности – при сохранном внимании, грубо нарушено понимание сложных инструкций, вхождение в деятельность; 2) снижение зрительно-предметной памяти; 3) нарушение регулятивного компонента мышления (и наглядно-образной, и вербально-логической форм); 4) нарушение зрительно-предметного восприятия. Это позволяет сделать вывод, что при злоупотреблении амфетаминами страдает в первую очередь регуляция собственной деятельности (третий функциональный блок мозга по А.Р. Лурия, лобные доли), во вторую – постцентральная ассоциативная зона (зона ТРО).

Для больных каннабиноидной наркоманией характерна многоречивость, резонерство, обилие комментариев – иными словами, экстериоризация тех звеньев психической деятельности, которые обычно свернуты. Вторая группа трудностей – в мышлении, больной с трудом выделяет существенный признак ситуации. По мере роста стажа (обследованные больные – со стажем 3, 15 и 18 лет) нарастает заторможенность, появляется тремор, дефекты переключения с одного звена психической деятельности на другое, обедняются словарь и грамматика, снижается вербальная процессуальность. В слухо-речевой памяти трудности: как в механической, в пробе «две группы по три слова» (при интерференции больной теряет второй ряд слов), так и в смысловой – пересказ рассказа больному практически недоступен. Таким образом, по мере роста стажа «уходят» компенсаторные механизмы (экстериоризация), нарастают нарушения нейродинамики и мышления (резонерство и «застревание», нарушения высших синтезов), появляются нарушения памяти. Симптомы указывают на дисфункцию передних отделов левого полушария с вовлечением в патологический процесс височных отделов левого полушария.

Подводя итоги, можно говорить об общих и частных нейропсихологических механизмах формирования зависимости: а) при всех формах зависимости в первую очередь страдают лобные доли; б) вторым по частоте встречаемости радикалом оказалось поражение задней ассоциативной зоны – зоны ТРО; в) различные формы наркомании отличаются по вовлечению в патологический процесс других зон мозга (верхних отделов ствола, височной области).

Следовательно, основной упор в восстановительных процедурах должен быть сделан именно на восстановлении функций произвольной регуляции (что давно известно) и высших ассоциативных функций, что ранее не практиковалось.

Глава 3

ГЕРОИНОВЫЕ НАРКОМАНЫ: НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И САМОСОЗНАНИЯ

1. Героиновая наркомания: особенности формирования и протекания

В наркологии под наркоманией подразумевают состояние, определяемое как совокупность синдрома измененной реактивности организма к действию наркотика, включающего защитные реакции, толерантность, форму потребления и форму опьянения, синдрома психической зависимости, включающего обсессивное влечение и психический комфорт в интоксикации, и синдрома физической зависимости с компульсивным влечением, потерей контроля над дозой, абстинентным синдромом и физическим комфортом в интоксикации [114].

МКБ-10 и DSM-4 по международным классификациям.

1. Определенный род деятельности или химическое вещество становится самым значимым в жизни пациента.

2. Изменение настроения, не мотивированные событиями жизни.

3. Привыкание: по мере развития зависимости требуются всё большие количества вещества или всё больше времени, затрачиваемого на деятельность, для достижения привычного эффекта.

4. Синдром отмены: внезапное прекращение употребления вещества или участия в деятельности приводит к развитию у пациента специфического набора психологических и вегетативных реакций.

5. Нарастание конфликта в отношениях с окружающими, связанного с употреблением вещества (участием в деятельности), повышение внутренней конфликтности, связанной с осознанием негативных социальных и медицинских последствий от употребления вещества / участия в деятельности.

6. Формирование устойчивых поведенческих установок, связанных с патологическим употреблением вещества / патологическим участием в некоторой деятельности. Эти установки весьма устойчивы как к фармакологическим, так и к психотерапевтическим видам помощи и легко активизируются даже после длительного перерыва, связанного с сознательным контролем либо с насильственным ограничением приема препарата / участия в деятельности, вызывающей зависимость [72].

Каждый из структурных элементов этого так называемого большого наркоманического синдрома варьирует в зависимости от формы наркомании. В развитии болезни данные синдромы возникают не одновременно. Первыми

проявляются синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости. Физическая зависимость формируется позже, на фоне возникших и продолжающих своё развитие указанных выше процессов. И.Н. Пятницкая [114] выделяет также синдром последствий наркотизации, включающий энергетическое снижение и полисистемное функциональное истощение организма.

Наркотическое опьянение представляет собой состояние, возникающее после приема наркотических средств и включающее определенные психические и соматические симптомы. Состояние психики в наркотическом опьянении выражается эйфорией, оживляются фантазии. Героиновая эйфория складывается из ощущения соматического наслаждения и эмоционального фона покоя, блаженства. Для опиатов также характерны расстройства восприятия, проявляющиеся в виде нарушения избирательности. Кроме того, меняется качество восприятия, что характеризуется психосенсорными расстройствами. Изменяется восприятие формы, цвета (или его насыщенности) предметов, расстояния до них. Затрудняется концентрация внимания, снижаются потребность в какой-либо деятельности, продуктивность, уменьшается объем двигательной активности. Нарушается interoцепция, возникает чувство тепла, появляется ощущение изменения положения тела в пространстве, страдают восприятие схемы тела и ориентировка в собственном теле. Также для опьянения героином характерны зрительные иллюзии. Происходит растормаживание процессов мышления, страдает концентрация мыслительной деятельности.

Факторами, предрасполагающими к героиновой наркомании, становятся тяжелые психические переживания, состояния депрессии, бессонница, тяжелые соматические заболевания, а также любопытство и склонность к подражанию как особенности характера [59].

Синдром психической зависимости включает психическое (обсессивное) влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие очередной дозы. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике это дает основание называть психическое влечение обсессивным [109]. Если компульсивное влечение диктует поведение больного, то обсессивное определяет настроение, эмоциональный фон.

Абстинентный синдром служит показателем сформировавшейся физической зависимости от наркотика. Если наркотик не поступает, организм пытается самостоятельно, собственными ресурсами воспроизвести условия, соответствующие наркотической интоксикации. Однако отсутствие обычного условия, интоксикации, ведет к несовершенной компенсации. Отсюда избыточная компенсация: вместо умеренной тонизации сосудистой системы – гипертензия, вместо достаточной активации психики – тревога и т.д. Таким образом, абстинентный синдром представляет неудачную, дефектную саморегуляцию, попытку организма собственными ресурсами восстановить гомеостаз, соответствующий уровню имеющейся физической зависимости [71].

И.Н. Пятницкая, описывая последствия и осложнения хронической наркотизации, выделяет две общебиологические системы, страдающие при зло-

употреблении психоактивными веществами: энергетическую и трофическую [114]. В течении любой формы наркотизма усматриваются прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасание влечений, потребностей как в биологическом, так и в социальном смысле, снижение сопротивляемости, прогрессирующее истощение. Аффективные расстройства наблюдаются на протяжении всей болезни, и с длительностью наркотизации нарастает их органичность: тревога и депрессия замещаются дисфориями. Психическая инвалидизация начинается с «нарушения личности»: падает психическая активность, ограничиваются интересы и мотивационная сфера, упрощаются побуждения и обедняется эмоциональная гамма.

Постепенно постоянное употребление препаратов опиной группы приводит к изменениям характера, выражающимся в общем огрубении, безразличии к несчастью близких. Даже личные неприятности перестают волновать наркомана. Эти эмоциональные изменения у больных героиновой наркоманией, согласно В.В. Бориневичу (1959), не могут быть названы «эмоциональной холодностью» – речь, скорее, может идти о выраженной эгоцентричности этих больных.

М.А. Михайлов [101] на основании самоотчетов больных героиновой наркоманией изучил психопатологию героиновой интоксикации, в течение которой выделил семь последовательных этапов. В результате структурно-динамического анализа исследователь пришел к выводу, что эйфория занимает в переживаниях больных, связанных с интоксикацией, ограниченное место. Основную же часть положительных эмоций в интоксикации он относит к области маниакального аффекта и связанного с ним *дереализационно-деперсонализационного комплекса*. Таким образом, в течение интоксикации имеются как бы две последовательные волны. Окончание интоксикации сопряжено с депрессивными проявлениями. Значительный вес в структуре опиной интоксикации приходится на долю соматопсихических компонентов. И если на первых этапах именно с этим связано максимальное физическое удовольствие, то в конце интоксикации и в абстиненции соматопсихические переживания наиболее тягостны для больных.

Деперсонализация – это убеждение больного в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменились, но объяснить конкретно, что и как изменилось, он не может. Аутопсихическая деперсонализация – пациент ощущает измененность психического Я: стал черствым, индифферентным, равнодушным или, наоборот, гиперчувствительным, «душа плачет по незначительному поводу». Нередко он даже не может словесно объяснить свое состояние, просто констатирует, что «душа стала совершенно другой». *Дереализация* – это искаженное восприятие окружающего мира, ощущение его отчуждения, неестественности, безжизненности, нереальности [94].

Развитие героинозависимой наркомании проходит ряд последовательных стадий. На первой стадии происходит окончательное угасание защитных рефлексов на передозировку и значительное повышение толерантности. Изменяется ведущая мотивация употребления наркотиков. Всё меньше значение имеют субмиссивный и псевдокультурный мотивы, всё больше – гедонистические, атарактические мотивы и мотив гиперактивации поведения [101]. Основной признак второй стадии героиновой наркомании – развитие физической зависимости и связанного с ней выраженного абстинентного синдрома

при перерыве регулярного злоупотребления. Третья стадия наркомании характеризуется крайней истощенностью организма наркомана и изменением роли наркотика: героин выполняет роль тонизирующего средства.

И.Н. Пятницкая выделяет в развитии абстинентного синдрома при злоупотреблении опиатами четыре последовательные фазы [114].

А.В. Надеждин [102] провел подробный клинико-психологический анализ феномена абстинентных болей. В классических исследованиях специфические ощущения, возникающие у наркоманов вскоре после отмены наркотика и доминирующие в клинической картине абстиненции, принято было квалифицировать как болевые. А.В. Надеждин впервые применил клинико-психопатологический метод. Исследование показало, что отсутствие четких топико-неврологических соответствий, диффузность ощущений, тенденция их к миграции (как в пределах одного органа, так и по всему телу), вовлеченность одновременно различных анализаторов (тактильного, висцерального, ноцицептивного, протопатического), структурная сложность, отсутствие значимой соматической патологии, особого рода захваченность личности этими ощущениями позволяют рассматривать проявления соматической составляющей опиийного абстинентного синдрома как патологические телесные ощущения, т.е. сенестопатии. Абстиненты, как правило, называют свои ощущения «болью», однако они отличаются от элементарных болевых ощущений более сложной психической реакцией на них, выражающейся в полной захваченности личности их переживанием, своеобразной дистимией (тревожно-гипотимно-дисфорической структуры), несравнимостью с болями, которые испытывали больные в прошлом при конкретных соматических болезнях (травмы, роды, болезни пищеварительного тракта, ревматизм и т.д.).

Токсическое действие на нервную систему проявляется и в центральных, и в периферических её частях. Обязательным становится поражение подкорковых узлов, гипоталамических образований, ретикулярной формации, мозжечка. В первые три дня абстиненции наблюдается угнетение или отсутствие, а в последующие 4–5 суток – усиление сухожильных и периостальных рефлексов, положительный симптом Маринеску–Радовичи и лабильность брюшных рефлексов. У многих наркоманов обнаруживаются горизонтальный нистагм, нарушения конвергенции, длительное снижение реакции зрачков на свет и мелкий тремор пальцев вытянутых рук.

О.А. Арипов, проанализировав состояние нервной системы у сборщиков опия-сырца, выявил такие синдромы ее поражения, как астеновегетативный, диэнцефальный, энцефалопатический и энцефалополиневропатический [109].

При изучении локальных изменений плотности мозгового вещества с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии было обнаружено, что, по сравнению со здоровыми испытуемыми, хроническая героиновая зависимость связана с более низкими коэффициентами активности в лобной и теменной коре больших полушарий и более высокими коэффициентами активности в таламусе.

Многочисленные исследования особенностей строения центральной нервной системы выявили класс нейронов, существенно изменяющих свои функции под влиянием опиатных нейропептидов – эндогенных морфиноподобных соединений, подразделяющихся на две основные группы: энке-

фалины и эндорфины. Там же были обнаружены нейроны, выделяющие эти нейропептиды. Оба вида нейронов тесно связаны между собой и чаще всего функционируют в пределах одних и тех же участков нервной системы [20].

Схема распределения эндорфинов в структурах головного мозга сходна со схемой взаимодействия эмоциональных центров (структуры мозга, связанные с эмоциональной регуляцией). Внутривенное и внутримозговое введение экспериментальным животным эндорфинов вызывало у них позитивные эмоциональные состояния и реакцию пристрастия. Эндогенные опиоиды принимают самое непосредственное участие в формировании мотиваций и в системе памяти. Энкефалины, так же как и эндорфины, обладают множеством физиологических функций. Среди них можно выделить регуляцию висцеральных рефлексов и эндокринных функций головного мозга. Они вызывают кратковременный анальгезирующий эффект, активируют систему положительного подкрепления и обладают эйфоризирующим действием.

«...В балансе позитивных и отрицательных эмоциональных центров маятник эмоционального состояния смещается в сторону положительных эмоций, и организм испытывает чувство эйфории или другие приятные ощущения...» [8]. Однако в силу недостаточной продукции или усиленного разрушения эндогенных опиоидов соответствующими ферментными системами число «блокированных» опиатных рецепторов может резко уменьшиться. В результате возрастает возбуждение конгломерации нейронов, входящих в состав центров отрицательных эмоций в головном мозге. Смещается эмоциональный баланс, и отрицательные эмоции начинают превалировать.

Наркомания любого вида неизбежно затрагивает эмоционально-аффективную сферу жизнедеятельности человека. Эмоциональные сдвиги, обусловленные воздействием наркотического вещества, формируют «рефлекс цели» – рефлекс поиска очередного эмоционально-позитивного подкрепления поведения индивида. С каждым новым подкреплением создававшаяся патологическая функциональная система всё более упрочивается, приводя к развитию устойчивого патологического состояния [8].

При потреблении веществ, выступающих агонистами опиоидных нейропептидов, в силу их высокой концентрации во внутренней среде организма они чрезвычайно быстро блокируют опиатные рецепторы и возвращают человеку положительное эмоциональное состояние. Подобное качание «эмоционального маятника» не вызывало бы психической и физической зависимости от наркотика, если бы каждый нейрон, каждый эмоциональный центр не был саморегулирующейся системой, активно реагирующей на изменение гомеостаза.

Наркотические и алкогольные мотивации по своей физиологической архитектонике аналогичны естественным метаболическим мотивациям, например голода и жажды, т.е. строятся восходящими активирующими влияниями гипоталамических структур на кору больших полушарий.

Еще в 1968 г. П.К. Анохин [8] на основе изучения механизмов восходящих активирующих влияний ретикулярной формации ствола мозга на кору больших полушарий сформулировал принципиально новые представления о специфичности механизмов восходящих активирующих влияний подкорковых образований на кору мозга при реакциях различного биологического качества. Его эксперименты показали избирательное действие наркотиков на

механизмы корково-подкорковых взаимоотношений при различных мотивационных реакциях.

Исследования И.П. Анохиной показали, что при злоупотреблении такими наркотиками, как морфин и кокаин, наблюдается дефицит дофамина [7; 8]. Между тем многочисленные экспериментальные и клинические наблюдения свидетельствуют, что с помощью блокаторов нейромедиаторных систем не у всех индивидов удается избирательно воздействовать на ту или иную мотивацию. У некоторых людей мотивационные состояния проявляют устойчивость к действию блокаторов нейромедиаторов.

Устойчивая нейрхимическая интеграция биологических мотиваций определяется нейропептидами. Нейропептиды обладают способностью изменять корково-подкорковую интеграцию доминирующей мотивации и восстанавливать ее в случае нарушений. На основании этого можно думать, что олигопептиды могут принимать существенное участие в становлении наркотической зависимости, а также в механизмах устойчивости к наркотическому влечению.

Мотивационные центры гипоталамуса, периодически возбуждаясь под влиянием потребности, затем длительно удерживают в тонической активности все другие связанные с ними структуры мозга, включая кору больших полушарий. Эта активация исчезает только после удовлетворения исходной потребности. Подобная роль гипоталамических центров в организации биологических мотиваций позволяет думать, что наркотические вещества и этанол при их введении в организм в первую очередь должны оказывать свое действие именно на эти структуры мозга [69].

Таким образом, можно предположить, что постоянное токсическое воздействие героина на глубинные структуры мозга, связанные с корой больших полушарий, приводит как к неспецифическим, так и к специфическим нарушениям высших психических функций.

2. Героиновые наркоманы: особенности состояния высших психических функций

Опиум, морфий и героин являются синергистами рецепторов к эндорфину в ЦНС. В связи с этим эффект от употребления наркотиков-опиатов различается по:

- а) выраженности изменений психики и скорости их формирования;
- б) общетоксическому воздействию наркотика на мозг и, соответственно, скорости формирования церебро-астенического синдрома с сопутствующими нарушениями высших психических функций (ВПФ);
- в) скорости формирования зависимости [72].

В связи с этим возможно использовать данные, накопленные в медицине и психологии при обследовании больных разными формами опийной наркомании, при психологическом анализе героиновой наркомании.

Первые психологические последствия героиновой наркомании проявляются обычно на второй стадии болезни. Еще Э. Крепелин находил у морфинистов неточность памяти, падение продуктивности умственной работы, невозможность планомерной деятельности [128].

Е. Блейлер [117], описывая медицинские и социальные последствия героинизма, отмечал у наркоманов снижение работоспособности, неточную память, слабость воли, лживость и неустойчивость настроения.

Существует мнение, что возникающие в процессе наркомании признаки интеллектуально-мнестического снижения и личностные изменения в виде астении и анергии обратимы при условии прекращения приёма наркотика и продолжительной ремиссии. Например, И.Н. Пятницкая, указывая на испытываемые опиоманами затруднения в работе и снижение умственной деятельности, квалифицирует данные нарушения как проявления *астенического синдрома* и считает их обратимыми после прекращения употребления опиатов [114]. И.П. Лысенко и А.Д. Ревенок, изучая патопсихологические характеристики больных опийной наркоманией, не отметили у них выраженных затруднений при осуществлении операций *анализа, синтеза и сравнения*. Однако отмечалось выраженное несоответствие между сохранностью этих операций и крайне низким уровнем работоспособности больных при выполнении экспериментальных заданий, что связано, по мнению авторов, с нарушением у них волевого компонента интеллектуальной деятельности. *Наличие органического поражения центральной нервной системы* при длительной опийной интоксикации указанные авторы *отрицали*. Этому же мнению придерживаются многие другие отечественные и зарубежные исследователи.

Хронический токсический эффект героина ускоряет по сравнению с морфином становление и развитие наркомании, утяжеляет клиническую картину абстинентного синдрома и соматоневрологических осложнений. П.К. Мустафетова, А.В. Погосов [109] сравнили медико-социальные последствия опийной наркомании, развившейся вследствие злоупотребления кокаином (раствор для приёма внутрь, получаемый из опийного мака и опия-сырца. Употребление последнего, по данным авторов, способствует формированию токсической энцефалопатии с интеллектуально-мнестическими нарушениями и приводит к формированию заболевания с более прогрессирующим течением.

М.Л. Рохлина и А.А. Козлов [117], изучая уровень интеллектуальных способностей больных наркоманиями с помощью теста прогрессивных матриц Равена, обнаружили, что IQ героиновых наркоманов приближается к нижней границе нормы. Данное исследование выявило также зависимость IQ пациентов от длительности ремиссии. Оказалось, что при длительности ремиссии от одного до шести месяцев IQ больных значительно снижен. Однако при ремиссии более шести месяцев происходит некоторое улучшение интеллектуальных функций, уровень которых тем не менее ниже чем у здоровых испытуемых. Исследование мнестической деятельности больных героиновой наркоманией с помощью методики запоминания десяти слов выявило нарушения динамики мнестической деятельности, часто наблюдаемые при интоксикациях и при сосудистых заболеваниях головного мозга.

По данным П.Д. Шабанова и О.Ю. Штакельберга [146], при опиизме развивается функциональное слабоумие, характеризуемое снижением побуждений, олиготимией, анергией и неспособностью к интеллектуальным усилиям. Данными авторами было проведено сравнительное исследование общих закономерностей формирования, темпа прогрессивности, патокинеза, структуры психопатологических расстройств токсического генеза в зависимости

от выраженности токсикогенных свойств употребляемого наркотического или токсикоманического средства.

При употреблении опиатов, обладающих значительно меньшей токсикогенностью по сравнению с органическими растворителями и гашишем, ни в одном случае мнестические расстройства в состоянии опьянения не наблюдались, имели место лишь нарушения субъективной оценки временных характеристик. В клинической картине раннего постинтоксикационного периода отмечались расстройства астенического круга. Психопатологические расстройства органической природы в структуре абстинентного синдрома выражены незначительно. Они начинают формироваться лишь на шестом году болезни и ограничиваются некоторым ухудшением ассоциативных процессов, преходящими эмоциональными расстройствами с дисфорическим оттенком и снижением способности к тонкому эмоционально дифференцированному поведению. Хроническое токсическое воздействие на ЦНС отмечалось на четвертом-шестом году болезни в виде расстройств эмоционально-волевой сферы, и лишь на отдаленных этапах заболевания (свыше пяти лет) выявлялись относительно слабо выраженные интеллектуально-мнестические нарушения. Токсические эффекты ограничивались изменениями в эмоционально-волевой сфере и в меньшей степени – в снижении когнитивных способностей.

По данным других специалистов, среди подростков, обследуемых по поводу опиной наркомании, у значительного числа лиц обнаружился синдром минимальной мозговой дисфункции, который можно выявить при проведении патопсихологических исследований [89]. Основные проявления органического симптомокомплекса – это ухудшение памяти, снижение уровня процессов обобщения и отвлечения, повышенная истощаемость психических процессов, нарушение тонкой моторики, иногда снижение способности к переключению, что особенно типично для подростков с акцентуацией по эпилептоидному типу. Рисуночные пробы позволяли диагностировать органический характер поражения головного мозга. Линии рисунка часто прерываются, находят одна на другую, не совпадают в точках пересечения, заметно дрожание линии. Кроме того, изображение наклонено по отношению к вертикальной оси более чем на пять градусов. Данные признаки можно обнаружить во всех рисуночных тестах.

При выполнении методик на внимание особенно хорошо выявлялась повышенная истощаемость психических процессов: темп работы замедлялся, количество ошибок возрастало. Для диагностики органической патологии очень важен тест зрительной ретенции Бентона. Большой интерес представляет качественный анализ допущенных ошибок: фрагментация фигуры, игнорирование разницы в размерах фигур, грубые деформации, механическое повторение одной и той же фигуры – персеверации. Для теста Бентона характерны те же изменения линий, что и для других рисуночных проб. Также в рисунках наркоманов очень часто встречается микрография и расположение изображения по верхнему краю листа бумаги, характерные для депрессии, сильный нажим линии, что отражает аффективную напряженность, и хаотическое расположение рисунков, которое указывает на недостаточную способность к планированию поведения [21].

Выполнение методики пиктограмм выявляет у наркоманов *бедность ассоциативного фонда, стандартность, поверхностность их мышления*. Реак-

ция на некоторые понятия может отражать их установки в отношении лечения по поводу наркомании. В частности, игнорирование своего заболевания при выборе рисунков на понятие «болезнь» может говорить о недостаточной критичности к заболеванию. При демонстративных асоциальных установках подростки рисуют шприцы, таблетки, маковые головки для запоминания слова «счастье» [89].

В целом в работах по изучению интеллектуальных функций у больных наркоманией приводятся противоречивые данные об уровне интеллекта и нейропсихологическом дефиците у наркоманов-подростков, употребляющих опиаты. По мнению А.Е. Личко [89], неоднозначность интеллектуальных характеристик подростков-наркоманов отражает не различный характер действия наркотических веществ, а различный преморбидный уровень интеллекта пациентов. Неблагоприятное действие токсических веществ сказывается на развитии, когда злоупотребление ими начинается в младшем и среднем подростковом возрасте – до 16 лет. Было выявлено, что неустойчивый тип акцентуации характера и психопатии – наиболее располагающий к аддиктивному поведению. Затем автором выделяются эпилептоидный, гипертимный и истероидный типы. По данным Б.Г. Херсонского, при обследовании подростков-наркоманов часто выявляют бедность «ассоциативного фонда» испытуемых, стандартность, поверхностность их мышления [21].

В исследовании П.Д. Шабанова и О.Ю. Штакельберга, в котором изучали и сравнивали опийных и эфедроновых наркоманов, у 45% опийных наркоманов был диагностирован эпилептоидный тип (у эфедроновых – 37,5%), а истероидный тип – у 27,3 опийных и у 50% эфедроновых [146] наркоманов. Шизоидный, психастенический и сенситивный типы были выявлены только в группе опийных наркоманов. Опиаты с их успокаивающим, транквилизирующим действием могут служить для таких личностей защитой от постоянной тревоги за будущее, поскольку соответствуют защитному стилю этих личностей, связанному с уходом в себя и изоляцией.

О выраженном угнетении функций правого полушария свидетельствуют и электрофизиологические исследования. Было показано, что при решении сложных зрительно-пространственных задач наблюдается значительное увеличение скрытого периода регистрируемых в этих условиях поздних компонентов вызванного потенциала коры головного мозга и уменьшение их амплитуды у героинистов по сравнению со здоровыми людьми. Исследователи исходили из предположения, что героин (по аналогии с алкоголем) сильнее действует на правое полушарие, чем на левое, что приводит к нарушению естественной функциональной межполушарной асимметрии, приводящему к изменениям в работе ЦНС.

А.Н. Ланда, исследовав состояние познавательных процессов у больных героиновой наркоманией, показала более серьезные изменения по органическому типу, чем обычно указывается в литературе [84]. У всех больных отмечался низкий уровень знаний, интеллектуальные интересы не были выражены. Выполняя задания по схеме патопсихологического эксперимента, больные при обобщении часто допускали ошибки по конкретному типу, были трудности в вербализации выделенных обобщенных признаков предметов. Больным была свойственна быстрая утомляемость, при которой резко ухудшалось качество выполнения заданий, нарушалась целенаправленность

действий, усиливалась отвлекаемость на побочные раздражители, при этом больные не стремились к завершению действий, заданий. Темп выполнения заданий был замедлен, ассоциативный процесс затруднен, отмечались трудности при переключении внимания. Были выявлены нарушения кратковременной памяти и зрительно-пространственного восприятия у многих больных: допускались ошибки при воспроизведении формы, величины и расположения предложенных геометрических фигур (тест Бентона). Новые знания усваивались с трудом и были непрочными.

Анализ приведенных в литературе данных показывает, что нарушения психики у больных героиновой наркоманией могут быть разделены на следующие группы:

1) неспецифические для данной нозологии нарушения, связанные с общей астенизацией и токсическим нарушением ЦНС (например, снижение работоспособности, нарушения памяти на текущие события)*;

нарушения произвольной регуляции (например, нарушение избирательности памяти);

2) специфические изменения ВПФ у героинистов (например, нарушение зрительно-пространственного восприятия).

Таким образом, в литературе встречаются разнообразные и иногда противоречивые данные о характере и степени выраженности психических нарушений у героиновых наркоманов, что говорит о целесообразности дальнейших исследований в этой области. Психологами до сих пор не проводился синдромный анализ нарушений психических функций больных наркоманией, не существует единой классификации расстройств, наступающих вследствие злоупотребления героином. Одни исследователи отрицают наличие у больных наркоманией признаков органического поражения головного мозга с интеллектуальным снижением даже на отдаленных этапах заболевания; другие описывают признаки интеллектуально-мнестического снижения, не указывая сроки их становления; третьи отмечают признаки интеллектуально-мнестического снижения лишь в третьей стадии заболевания.

3.4. Героиновые наркоманы: по данным современной клинической психологии и наркологии

Большинство авторов, какими бы ни были их теоретические представления о природе химической зависимости, указывают на нарушение произвольной регуляции эмоциональных состояний и поведения как на один из самых ярких симптомов заболевания. Отмечается, что от степени и характера нарушений произвольной регуляции зависит степень прогрессивности заболевания, его прогноз, а также вероятность возникновения негативных последствий злоупотребления наркотиками – таких как несчастные случаи, различные заболевания и включение в криминальные виды деятельности. В некоторых работах нарушения произвольной регуляции выделяются в качестве центрального расстройства у лиц, злоупотребляющих различными видами психоактивных веществ.

* В основном авторы указывают именно на неспецифические нарушения психики при употреблении героина.

В отечественной наркологии нарушения произвольной регуляции психической деятельности у лиц, злоупотребляющих наркотиками, в основном изучаются в рамках проблемы патологического влечения к определенному психоактивному веществу, которое рассматривается как основной симптом химической зависимости [1; 9]. От видоизменения влечения к психоактивным веществам зависит динамика заболевания. Влечение к употреблению психоактивного вещества, первоначально ситуационно обусловленное, в дальнейшем приобретает навязчивый характер и в условиях сформировавшейся физической зависимости становится неодолимым, а действия, направленные на удовлетворение потребности в психоактивном веществе, – компульсивными.

Однако в некоторых случаях наблюдаемые нарушения произвольной регуляции поведения трудно связать с симптомом патологического влечения. Так, В.Б. Альшулер описывает феномен «пассивного непротивления», наблюдаемый в случае химической зависимости у женщин, когда употребление психоактивным веществом не инициируется больной, но если ей предложат алкоголь или другой наркотик, она употребит его без всяких рассуждений. Интенсивного влечения к психоактивному веществу в данном случае не наблюдается, так как нет отчетливого стремления получить его, нет развернутой деятельности, направленной на удовлетворение потребности, нет рассуждений, подкрепляющих или осуждающих употребление алкоголем или наркотиками. Автор оставляет открытым вопрос: «Можно ли расценить такое поведение как проявление влечения или деградации каких-то сдерживающих механизмов? [1] Зачастую больные не в состоянии объяснить причины, побудившие их к злоупотреблению ПАВ и вызвавшие рецидив заболевания. Действия, направленные на удовлетворение потребности в алкоголе или наркотиках, совершаются ими импульсивно, без достаточного осознания своего поведения. Более того, рациональное понимание вреда и негативных последствий употребления наркотиков не приводит ни к каким изменениям в поведении наркомана. Этот феномен наиболее отчетливо проявился в неудавшихся попытках рациональной психотерапии больных наркоманией.

Б.С. Братусь [11, 12] отмечает, что в случае формирования химической зависимости происходит нарушение опосредствованности поведения. В результате остаются только те формы деятельности и те потребности, которые могут быть удовлетворены несложными, малоопосредствованными действиями.

Ряд авторов (М.Л. Рохлина, А.Г. Врублевский [44]) отмечает высокую частоту аффективных нарушений и трудностей регуляции эмоций у больных опийной наркоманией. О. Кернберг [25] указывает на склонность больных наркоманией к немедленному отреагированию, отыгрыванию в действиях переполняющих их аффектов, неспособность контролировать интенсивность своих реакций и точно оценивать свое эмоциональное состояние. Таким больным свойственны эмоциональная лабильность и в то же время недостаток эмпатии, пренебрежение к чувствам других, эмоциональная холодность.

Исследование, проведенное Дж. Тейлором (J. Taylor) и Г. Карром (G. Carey) [64], показало, что зависимость от психоактивных веществ, нарушение регуляции поведения и антисоциальное расстройство личности представляют собой кластер связанных расстройств. Если одно из перечисленных расстройств будет диагностировано у индивида, можно предположить у него

наличие и двух остальных расстройств. Р.Э. Тартер (R.E. Tarter) указывает, что поведенческий стиль лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, определяется недостаточностью волевого контроля и неспособностью использовать торможение в общении.

Некоторые авторы связывают нарушения произвольной регуляции, наблюдаемые у наркоманов, с особыми чертами личности, присущими данной категории больных. Так, А.Е. Личко и В.С. Битенский [9] отмечают, что подростки с неустойчивым типом акцентуации характера, которому присущи трудности самоконтроля, безответственность и игнорирование социальных норм, неумение извлекать опыт из прошлого, наиболее склонны к злоупотреблению наркотиками. Предпринимались различные попытки выявить характерные для людей с химической зависимостью особенности личности, чтобы составить некий единый психологический портрет. Другой вопрос, чаще всего поднимавшийся в исследованиях, – каковы те черты личности или их сочетания, при которых вероятность возникновения химической зависимости наиболее высока? Однако попытки описать личность, зависимую от наркотиков, не увенчались успехом. Можно предположить, что не существует специфических личностных черт, свойственных только людям, зависимым от ПАВ. Во всем массиве литературы, описывающей особенности личности при том или ином виде химической зависимости, не предложен какой-либо единственный тип или несколько типов личностей, склонных к наркотизации. Однако удалось выделить некоторые личностные и поведенческие особенности, присущие значительной части лиц с химической зависимостью.

По некоторым данным зарубежной литературы, у больных наркоманией наблюдается сниженная самооценка в сочетании с экстернальным локусом контроля (между этими показателями была обнаружена положительная корреляция), снижение самоконтроля, импульсивность, трудности прогнозирования последствий своих поступков [60]. В.В. Дунаевский, В.Д. Стяжкин выделяют у больных наркоманией такие личностные черты, как слабость волевой деятельности, переживание чувства собственной неполноценности, неумение устанавливать межличностные отношения, а также склонность к подражательству, повышенную внушаемость, подчиняемость групповому поведению.

Р.А. Наджаров отмечает, что при опийной наркомании возникают психические нарушения, проявляющиеся в виде личностной деградации с сужением круга интересов, общим огрублением личности. У больных пропадает интерес к любым событиям их жизни, кроме приема наркотиков. Они становятся угрюмыми, нелюдимыми, перестают проявлять внимание к близким, безразлично относятся к работе, жизненным радостям и неприятностям (Цит. по: [58]). По данным М.Л. Рохлиной [44], снижение «уровня личности» выявляется у 82% обследованных больных опийной наркоманией.

Т.Н. Дмитриева и В.А. Сучков [19] в результате проведенного исследования подростков, страдающих химической зависимостью, пришли к выводу, что у них отмечается некоторое искажение функции реальности как в самооценке, так и в восприятии оценок, даваемых им окружающими. Авторы отмечают, что «Я-реалистическое» отличалось у обследуемых аморфностью и нечеткостью, «Я-идеальное» практически не было представлено в их личностной самооценке. В самосознании этих подростков доминировало

«Я-фантастическое», с позиции которого они оценивали себя и окружающий мир, что коррелировало с психофизическим инфантилизмом, выявленным у большинства опрошенных. Среди механизмов психологической защиты у них доминировали примитивные формы.

Т.В. Иванова [59] отмечает, что больным опийной наркоманией свойственны повышенная эпилептоидность, социальная смелость, сниженная самокритичность, проявляющаяся в неадекватности представлений о себе, нарушении понимания больным своего места в жизни. У них недостаточно развита способность к рефлексии. Кроме того, они склонны к самоуничтожению, самоотрицанию. Дж. А. Штейн (J.A. Stein), Г.М. Смит (G.M. Smith), С.М. Гай (S.M. Guy) [61] отмечают у лиц, злоупотребляющих наркотиками, утрату мотива достижения, а также потерю удовлетворения от учебной деятельности или работы, которые, по их мнению, могли послужить фактором риска начала наркотизации.

Т.С. Бузина [13, 14] отмечает у больных героиновой наркоманией сочетание склонности к рискованному поведению с высокой степенью полезависимости и алексетимией. Автор связывает развитие наркотизации у части подростков с недоступностью для них опосредованного уровня отреагирования потребности в острых, необычных ощущениях в социально приемлемых видах деятельности, так как все они предполагают наличие разработанных когнитивных стратегий. Особенности когнитивного стиля этих подростков (их полезависимость) могут стать существенным препятствием при разработке этих стратегий, что может привести к необходимости непосредственного удовлетворения потребности в необычных ощущениях с помощью приема наркотиков.

В другом исследовании, проведенном Т.С. Бузиной, с целью изучения изменений личности и особенностей эмоциональной сферы у больных наркоманией с новыми формами зависимости было обследовано 4 группы больных: больные героиновой наркоманией; больные опийной наркоманией; больные полинаркоманией и больные первентиновой наркоманией.

Для изучения особенностей личности больных наркоманией использовался тест СМИЛ. Для каждой из групп больных были получены обобщенные профили СМИЛ. Как оказалось, в целом конфигурация профиля во всех четырех группах совпадает. Различия наблюдались только в степени выраженности подъемов по шкалам. Основные пики профилей наблюдались по 2-й (депрессия), 4-й (психопатия), 6-й (паранойя), 8-й (шизоидность) шкалам. Как указывает автор, сочетание пика на 8-й шкале с пиком на 6-й шкале указывает на склонность испытуемых к дисфории, повышенной раздражительности, злопамятности и ригидности мышления. В то же время ответственность за события своей жизни, нарушение межличностных отношений и эмоциональные конфликты они склонны перекладывать на окружающих. Сочетание пиков по 4-й, 6-й и 8-й шкалам автор интерпретирует как проявление склонности к асоциальному поведению. У молодых людей с таким профилем наблюдается выраженная тенденция относиться к окружающим с недоверием. Они могут совершать асоциальные поступки по недоразумению, из-за неспособности к четкому осознанию социальных норм и часто входят в состав девиантных групп. Была отмечена тенденция к нарастанию психопатологической симптоматики (подъем по шкалам невротической триады) в

группе больных с длительностью ремиссии до 6 месяцев. Автор приходит к выводу, что большинство опрошенных больных наркоманией испытывают потребность в покое, чувственном удовольствии и участливом отношении. Сходные результаты описаны в работе А.Ф. Радченко [15]. Она выделяет 3 типа профилей, характерных для больных героиновой наркоманией: профиль с пиками по 2, 4, 8 шкалам; профиль с пиками по 2 и 9 шкале и профиль с единственным пиком по 4 шкале.

Итак, приведенные литературные данные указывают на целый ряд особенностей психического функционирования, свойственных лицам, страдающих наркотической зависимостью. Среди них отмечаются неадекватная самооценка, низкая когнитивная дифференцированность образа Я, дефицитность структур внутреннего опыта, склонность к неоправданному риску, сниженные способности к рефлексии, трудности регуляции своего эмоционального состояния. Этим больным свойственна бедность мотивационной сферы и трудности самоотчета. Отсутствие конкретных интересов, подверженность внешним влияниям, преобладание инфантильных гедонистических установок свидетельствуют о незрелости их Я, нечеткости его границ. Было установлено, что низкая когнитивная дифференцированность приводит к трудности осознания своего жизненного опыта, его рефлексии. В свою очередь, это приводит к невозможности опереться на свой жизненный опыт в кризисных ситуациях. Как отмечает в своей работе Е.Т. Соколова, «когнитивная недифференцированность (полезависимость) является условием, облегчающим дестабилизацию шкал самооценивания и глобальные изменения образа Я» [47, с. 29].

4. Нарушения самосознания у героиновых наркоманов: эмпирическое исследование

Теории самосознания

В западной литературе для обозначения совокупности всех представлений личности о себе используется термин «Я-концепция» [49]. Выделяются три составляющие Я-концепции: 1) описательная, или образ Я; 2) оценочная, связанная с самоотношением, 3) самооценка и поведенческая – реакции, вызванные образом Я или самоотношением.

Первые теоретические представления о Я-концепции принадлежат Джемсу, Кули и Миду. У. Джемс [6] выделял в целостном, интегральном Я две различные стороны: Я познающее (рефлексивно-процессуальное) и Я познаваемое (содержание сознания), в котором можно выделить такие аспекты, как духовное Я, материальное Я, социальное Я и физическое Я. По его словам, трудно провести черту между тем, что человек называет собой и своим, поэтому можно сказать, что личность человека составляет общая сумма всего того, что он может назвать своим. Однако центром нашей личности он признает чувство активности, обнаруживаемое в некоторых душевных состояниях. С точки зрения Джемса, это чувство должно быть присуще всем людям.

Кули и Мид подчеркивали ведущую роль социальных взаимодействий в возникновении и развитии Я-концепции. Кули выдвинул теорию «зеркаль-

ного Я», согласно которой источником развития образа Я начиная с раннего детства служит восприятие индивидом реакций значимых других на его проявления. С точки зрения Кули, человек склонен полностью принимать суждения значимых других о себе в силу расположения к ним. В дальнейшем Мид развил идеи Кули, предположив, что «зеркальное Я» становится отражением не только точек зрения значимых других, но некоего обобщенного социального и культурного опыта. Согласно взглядам Мида, формирование человеческого Я есть интериоризованный, происходящий внутри индивида социальный процесс. Таким образом, усвоение культуры (как сложной совокупности символов, обладающих общими значениями для всех членов общества) является важнейшим условием формирования человеческой личности. Для генезиса Я определяющим фактором оказывается развитие способности принимать роль другого человека и воспринимать его установки на нас. Исходя из представлений о социальном происхождении Я-концепции Мид сформулировал свои представления о строении Я. В нем он выделял «Ме» как результат усвоения обобщенной оценки индивида другими людьми, т.е. как «обобщенного другого», и «I» как субъекта психической деятельности, спонтанно воспринимающего эту обобщенную оценку. Согласно представлениям Мида, «I» является некой импульсивной, неупорядоченной тенденцией психической жизни индивида. Поэтому всякое поведение начинается с импульсивной реакции «I», но под влиянием социокультурных факторов далее развивается и контролируется Ме. Таким образом, источником активности в нас, с точки зрения Мида, является импульсивное начало. Вместе «I» и «Ме» образуют интегральное личностное Я («Self»).

Представления о социальной природе Я-концепции получили свое дальнейшее развитие в работах Р. Бернса [6]. Разделяя в основном взгляды Кули и Мида, он предложил рассматривать Я-концепцию как совокупность всех представлений индивида о себе, включающую убеждения, оценки и тенденции поведения, т.е. как набор свойственных каждому индивиду установок, направленных на себя. Она формируется под воздействием различных внешних влияний, среди них наиболее важны контакты со значимыми другими. В сущности, они и определяют представления индивида о самом себе. Однако, с точки зрения Р. Бернса, роль значимого другого не сводится к простому зеркальному отражению.

Точность образа Я, формирующегося у человека, во многом определяется личностными особенностями окружающих его значимых других. Кроме того, выбор окружения вынужденно ограничен, особенно в детстве. Следовательно, взаимодействие со значимым другим однозначно воздействует на развитие Я-концепции. Тот опыт, который человек получает в процессе общения со значимым другим, ложится в основу его Я-концепции. Другим важным фактором, влияющим на формирование нашей личности, является та обратная связь, которую мы получаем от людей в процессе нашего взаимодействия с ними. Влияние значимых других на человека, особенно в детстве, столь велико еще и потому, что они вынуждают его видеть некоторые события и переживания в различном свете, давая ему обратную связь.

Р. Бернс полагал, что с момента своего зарождения Я-концепция остается активным началом и важным фактором организации психики, поведения индивида, и выделял несколько ее функций. Во-первых, она способствует

достижению внутренней согласованности личности, во-вторых, она определяет интерпретацию опыта, и, в-третьих, она служит источником ожиданий. Таким образом, Я-концепция определяет, как будет действовать индивид в конкретной ситуации. Р. Бернс подчеркивал, что говорить о наличии у человека Я-концепции можно только в том случае, когда он наполняет личностными значениями чувственную информацию о себе. Индивид продвигается в процессе самоосознания, соотнося новые впечатления с определенными значениями. Ранее установленные значения помогают в осмыслении новых. Исходя из этого Р. Бернс называет процесс формирования Я-концепции само-реализующейся линией развития.

На важную роль самосознания в процессе регуляции поведения человека указывал В.В. Столин. Самосознание организует собственную деятельность человека, а также определяет характер его взаимодействий с окружающими людьми. Столин выделяет несколько направлений влияния самосознания на деятельность, общение и развитие человека. Он пишет: «Структуры самосознания могут мотивировать, т.е. побуждать к определенной деятельности. Эти мотивирующие функции самосознания могут иметь различное происхождение... Структуры самосознания и соответствующие процессы могут участвовать в целеобразовании, т.е. в подборе таких целей, служащих достижению мотива, которые согласуются с “Я-образом” в целом, с представлениями о своих возможностях, правах, обязанностях, долге. Структуры самосознания могут воспрещать те или иные поступки, действия или, напротив, бездействие. Самосознание в его когнитивной и эмоциональной форме может детерминировать отношение к окружающим, а также стиль и характер общения с ними. Самосознание в форме самопознания и самоотношения может влиять на развитие тех или иных черт и, следовательно, на развитие личности в целом. Самосознание может служить формой самоконтроля в самых различных деятельностных формах проявлений человека. Самосознание, наконец, может быть основанием приобщения субъекта к другим людям...» [49, с. 71]

Ряд авторов рассматривают рефлексивность в качестве психологического механизма самосознания. Так С.Ю. Степанов, И.Н. Семенов [50] выделяют два типа рефлексии: интеллектуальную и личностную. Понятие «личностная рефлексия» обозначает понимание индивидом другого человека, способность анализировать и оценивать собственные действия «со стороны», глазами других (Г.С. Сухобская). Разумеется, в этих подходах есть существенные различия, однако они содержат одну общую идею, состоящую в том, что индивид должен отойти от своей точки отсчета, встать в некоторую объективную позицию, которая позволит ему понять как других, так и себя.

Рефлексивные свойства, по мнению Б.Г. Ананьева [50], являются психологическими, наиболее поздними (по сравнению с другими свойствами), обеспечивающими целостность характера. Ранний юношеский возраст признан чувствительным в развитии личностной рефлексии.

Как указывает И.И. Чеснокова [57], в подростковом возрасте самосознание все больше включается в процесс управления поведением. Автор подчеркивает, что в этом процессе начинают участвовать все акты самосознания. Так, например, самооценка у подростка рассматривается в качестве основного внутреннего рычага саморегуляции, которая определяет характер его взаимодействий со сверстниками и взрослыми. Кроме того, сложившаяся са-

моощенка подростка играет большую роль в восприятии им людей, создавая избирательность в восприятии и внимании при оценке других.

С точки зрения И.И. Чесноковой, вопрос о саморегуляции поведения выступает частным по отношению к более широкому вопросу регуляции поведения. Автор подчеркивает, что о саморегуляции поведения можно говорить лишь в том случае, когда составной частью процесса регуляции становится рассмотрение результатов самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе. Включенность этой составляющей актуализируется на всех этапах поведенческого акта – начиная с его мотивационных компонентов и заканчивая собственной оценкой достигнутого эффекта поведения. Эта оценка всегда связана с переживаниями удовлетворения или неудовлетворения, служащими обратной связью тому содержанию самосознания, которое легло в основу данного поведенческого акта. Самосознание человека формируется в ходе деятельности и общения и проявляется в них, регулируя в свою очередь его действия и поступки. С точки зрения автора, достаточно высокий уровень развития саморегуляции говорит о наличии у человека зрелого самосознания в целом. Как следствие, можно предположить, что наиболее сложные формы саморегулирования являются завершающим этапом развития зрелой личности со сформировавшимся самосознанием.

И.И. Чеснокова подчеркивает исключительное значение подросткового периода для формирования способности произвольной регуляции своего поведения. Именно в этом возрасте для человека становится важным регулировать свое поведение с точки зрения соответствия его не только требованиям окружающих, но и со своим собственным, самостоятельно выработанным требованием. Благодаря этому происходит перестройка поведения, которое в дальнейшем в качестве одного из внутренних, необходимых компонентов будет включать самоконтроль. Под самоконтролем Чеснокова понимает «непрерывное прослеживание всех звеньев поведенческого акта, соответствия целей конечным результатам действия в случае каких-либо нарушений в системе поведения» [57].

В.В. Николаева отмечает, что саморегуляция «есть системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость, пластичность жизнедеятельности субъекта на любом ее уровне» [47]. Автор называет несколько уровней саморегуляции: уровень психической регуляции, способствующий поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности человека; операционально-технический, обеспечивающий сознательную организацию и коррекцию действий индивида. Особое значение в контексте проблемы преодоления жизненного кризиса и возможности эффективного личностного роста автор придает личностно-мотивационному уровню саморегуляции. Результатом функционирования этого уровня является осознание человеком собственных мотивов, управление мотивационно-потребностной сферой и своей жизнью в целом. Как указывает автор, «мотивационно-личностный уровень саморегуляции есть процесс, опосредованный социальными нормами и ценностями, а также системой внутренних требований, особой “жизненной философией”, превращающими человека в активного субъекта жизнедеятельности» [47]. В.В. Николаева, ссылаясь на результаты других исследований, выделяет рефлексию и смысловое связывание в качестве механизмов мотивационно-личностного уровня саморегуля-

ции. Благодаря рефлексии человек способен оценить свою жизнь «в широкой временной перспективе, соотнести настоящее с прошлым и будущим» и, тем самым, выйти за пределы конкретной ситуации, перестать полностью зависеть от сиюминутного восприятия каких-то жизненных обстоятельств. Рефлексия противопоставляется неосознаваемым формам смысловой регуляции в силу того, что они функционируют на уровне усвоенных психических автоматизмов. Автор предлагает рассматривать функционирование мотивационно-личностного уровня саморегуляции как особую деятельность, направленную на сохранение внутренней гармонии, самоидентичности и обеспечение успешности самоактуализации. Цели этой деятельности всегда обусловлены ценностями, правилами и внутренними требованиями, сформированными человеком в течение его жизни. В свою очередь, характер этих требований проявляется в структуре самооценки и уровне притязаний. В случае отсутствия или недостаточной сформированности деятельности саморегуляции, по мнению автора, происходит усиление директивности актуальных потребностей человека.

Самосознание в психологии: методы изучения, применение предметных ассоциаций

Исследование самосознания – крайне мало разработанная область в психиатрии и клинической психологии. В основном изучение этого вопроса ограничивается лишь отдельными, несистематизированными экспериментальными данными. В то же время изучение особенностей самосознания весьма важно и перспективно с точки зрения возможностей использования этих данных для более точной дифференциальной диагностики, разработки методов лечения и реабилитации психически больных.

В целом нарушения самосознания при различных психических заболеваниях можно классифицировать на две категории:

- лабильные;
- стабильные.

Лабильные изменения самосознания встречаются при психопатических состояниях, которые не связаны с клинически выраженными и стойкими изменениями личности больного, при неврозах (неврастения и фобический невроз с выраженными тревожно-ипохондрическими, навязчивыми расстройствами, страхом и эгоцентрическим восприятием симптомов болезни как мучительных и невыносимо тяжелых, представляющих опасность для жизни). Ближе к ним стоят нарушения при циклотимической депрессии, включающие, наряду с дистимией, неврозоподобные, сенестопатические, ипохондрические, сексуальные расстройства; при некоторых формах психозов (шизофрения с рекуррентным течением, органические психозы с синдромом вербального галлюциноза и др.).

Общее здесь то, что нарушения самосознания наступают на высоте приступа. Нарушения в сфере ощущений, восприятия, мышления и сознания проявляются как бы вторично, в связи с патологией в сфере витальных эмоций (депрессивный аффект, тревога, страх). Эти эмоции являются отражением действительной или мнимой опасности, затормаживают все психические процессы, которые не имеют непосредственного отношения к ликвидации

угрозы. По мере снижения аффективных расстройств повышается способность больных к интроспекции, адекватным оценкам своего Я и Я других людей. Такое восстановление нельзя признать непосредственным следствием психотерапии. Восстановлению образа Я предшествует осознание Я других больных: вначале «воображаемого», затем «конкретного» и «обобщенного» двойника. Для этого этапа характерно такое высказывание больного: «Я не болен, а он (они) больны». Когнитивный компонент самосознания при лабильных его нарушениях восстанавливается уже тогда, когда чувственный компонент еще продолжает быть нарушенным («Я понимаю, что это болезнь, но голоса звучат так ясно...»). Такое постепенное восстановление логически-познавательной стороны самосознания принято обозначать термином «научение» [15].

Стабильные нарушения самосознания тесно связаны с преморбидными изменениями личности – конституциональными или приобретенными. Стабильные изменения вырисовываются отчетливо по мере угасания лабильных при наступлении неполной терапевтической ремиссии.

Стабильные нарушения можно наблюдать у больных с шубообразной и непрерывной шизофренией, при появлении внешних признаков улучшения состояния у больных истерическим неврозом, паранойальным развитием личности, при формирующейся психопатии у подростков.

Можно выделить две подгруппы с характерными нарушениями самосознания:

- больные с изменениями личности, формирующимися в постнатальном периоде развития (истерический невроз, психопатии);
- шизофрения, параноидальное развитие личности.

В первом случае нарушения самосознания носят частичный и парциальный характер. Больные сохраняют значительную способность оценивать у себя и других людей качества физического и психического Я, не имеющие, по их понятиям, прямого отношения к болезни. Исключение составляет завышенная самооценка признаков своего Я, высоко значимых в социальном отношении, что включает в себе компенсаторный смысл.

Во втором случае характерно отсутствие эмоционального интереса к другим людям (инфантильно-эгоцентрические, аутические черты личности), что часто завуалировано развитым когнитивным компонентом самосознания. В условиях манифестации психоза, при наличии выраженных нарушений, этот когнитивный компонент рушится, обнажая грубую патологию самосознания. Она распространяется на осознание не только своего физического и психического Я, но и других людей. В этом случае коррекция своего образа Я на основе познания других людей резко страдает.

Осознание своего Я формируется на ранних этапах онтогенеза на основе эмпатических способностей. Этим можно объяснить тот факт, что наиболее глубокие тотальные нарушения самосознания наблюдаются при врожденных конституционально обусловленных изменениях личности и при нарушении способности к эмоциональному вчувствованию (при шизофреническом процессе).

Предметом самовосприятия и самооценки индивида могут, в частности, стать его тело, его способности, его социальные отношения и множество других личностных проявлений. Я-концепция формируется под воздействием различных внешних влияний, которые испытывает человек. Особенно важны

для него контакты со значимыми другими, которые, в сущности, и определяют представление человека о самом себе.

В области психодиагностики самосознания используются основные традиционные и вновь разрабатываемые классы методик: стандартизированные самоотчеты в форме описаний и самоописаний, идеографические методики типа репертуарных решеток, проективные техники и др.

Чаще всего используются следующие диагностические методики для диагностики самосознания:

- 1) контрольный список прилагательных Г. Гоха;
- 2) Q-классификация В. Стефенсона;
- 3) семантический дифференциал Ч. Осгуда;
- 4) тест ролевых конструктов Дж. Келли;
- 5) методики исследования уровня притязаний личности; методики изучения самооценки личности: Q-сортировка, МИС [21].

В настоящее время исследованию подвергаются не только результаты акта самосознания в форме самооценок и критики болезни, но и различные стороны самого процесса самосознания, его генез. В частности, обращается внимание на способность больного к осознанию различных параметров образа Я в сопоставлении со способностью оценивать те же параметры Я других людей. Изучается способность переноса знаний об окружающих на себя. Важное место уделяется изучению осознания больным своего телесного опыта и своего психического и физического Я.

Методы, используемые для изучения перечисленных выше аспектов, можно классифицировать на общие и специальные.

Общие методы

1. Сопоставление данных объективного (со слов родственников, знакомых) и субъективного (со слов больного) анализа жизни и болезни. При сборе этой информации исследователь получает представление о том, как больной оценивает качества своего характера и личности, свое поведение в различных ситуациях, свои мысли и поступки, а также как характеризуют те же явления окружающие, близкие и т.д.

2. Клинико-психопатологическое исследование. Позволяет судить об адекватности и точности субъективных самооценок. Само исследование больного раскрывает некоторые стороны патологии самосознания. Так, констатация у больного синдрома помрачения сознания заставляет предположить одновременное нарушение процессов самосознания. К такому же выводу можно прийти, наблюдая психомоторное возбуждение. Однако в случае ясного сознания большой объем информации можно получить, используя в дополнение к этому методы, специально разработанные для изучения особенностей самосознания.

Специальные методы

1. Методика «условного двойника» (В.С. Чудновский [145]) имеет три варианта:

- методика «воображаемого двойника». Пациенту предлагается представить себе, что он встретился с другом (подругой), с которым давно не виделся.

Друг с тревогой рассказывает ему о том, что... (следует описание болезненных переживаний самого больного). Больной должен высказать свои соображения по поводу состояния двойника и дать ему совет. Обычно больной догадывается, что речь идет о нем, но включается в игру. Так, больной шизофренией с парафренным бредом на фоне маниакального аффекта, который считает себя абсолютно здоровым, может легко узнавать себя в воображаемом двойнике и без колебаний заявить, что тот «сошел с ума» и его нужно лечить. В других случаях больные отрицают болезнь у себя и у двойника;

- методика «конкретного двойника». В присутствии испытуемого проводится беседа с другим больным со сходной симптоматикой. Необходимо оценить физическое и психическое состояние двойника, дать ему совет. При нарушении абстрактно-логического компонента самосознания, а также способности к вчувствованию, идентификация двойника и перенос его на себя оказываются грубо нарушенными;

- методика «обобщенного двойника». Больному предлагается прочитать отрывок из руководства по психиатрии, где приводится описание картины болезни, сходной с наблюдаемой у испытуемого. Здесь менее всего представлен эмоциональный компонент самосознания, что позволяет судить о степени развитости у больного абстрактно-логического познания окружающего мира и своего образа Я;

- методика графической самооценки. Предлагается оценить по определенной шкале выраженность различных качеств (например, рост, физическое здоровье, психическое здоровье, память, внимание, настроение, характер). Каждая самооценка затем комментируется испытуемым. Применяется также вариант этой методики, когда больному предлагается оценить себя по всем указанным параметрам от лица различных людей: папы, мамы и т.д. Существуют также специальные опросники для диагностики самооценки.

То, как человек приходит к тому или иному представлению о себе, какие внутренние действия при этом совершает, как формируется Я-образ, Я-концепция – все эти вопросы сегодня интенсивно разрабатываются в научных исследованиях. Как уже было показано, самосознание имеет уровневое строение (И. С. Кон, [75]; И. И. Чеснокова, [143] и др.). Концепция уровневого строения самосознания, основанная на учете активности человека, в рамках которой формируется и действует его самосознание, была сформулирована В.В. Столиным [129]. Кратко суть концепции уровневого строения самосознания заключается в следующем: на *уровне организма* активность субъекта определена системой «организм – среда», имеет двигательный характер и вызывается потребностями в самосохранении, нормальном функционировании, физическом благополучии организма. На *уровне организма* формируется самочувствие субъекта как итог процессов, отражающих состояние внутренних органов, мышц, активации организма в целом. Это самочувствие есть биологический аналог самоотношения, отражающий степень удовлетворенности потребностей организма в благополучии, целостности, функциональном состоянии. На *уровне социального индивида* активность подчинена иной потребности, а именно потребности в принадлежности человека к общности, в признании его этой общностью. Эта активность регулируется социальными нормами, правилами, обычаями, уставами, предписаниями, которые усваиваются индивидом. Жизненная важность для субъекта быть принятым другими

людьми отражается в самоотношении, которое есть перенесение внутрь отношения других, принятие другими или отвержение ими. На *уровне личности* активность субъекта вызывается прежде всего потребностью в самореализации – в труде, любви, спорте и т.д. – и реализуется с помощью ориентации на свои собственные способности, возможности, мотивы. Основой самоотношения здесь становится потребность в самоактуализации; собственное Я, собственные черты и качества оцениваются в отношении к мотивам, выражающим потребность в самореализации и рассматриваются как ее условие. Важной интегральной характеристикой в структуре самосознания является Я-концепция. Р. Бернс [17] рассматривает Я-концепцию как совокупность установок, направленных на самого себя. В этих установках выделяются три компонента:

- образ Я – представление индивида о самом себе;
- самооценка – аффективная оценка этого представления, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты образа Я могут вызвать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением;
- потенциальная поведенческая реакция, т. е. конкретные действия, которые могут быть вызваны Я-образом и самооценкой.

Далее следует остановиться на проективных методиках. Основные принципы проективного исследования сложились в борьбе, с одной стороны, с традиционной экспериментальной психологией, «стерилизовавшей» условия эксперимента в целях достижения максимальной объективности, с другой – с тестовыми психометрическими исследованиями, игнорировавшими индивидуальные особенности личности и способы достижения тех или иных результатов. В определенном смысле принцип построения проективного эксперимента близок принципу «функциональной пробы», развиваемому в отечественной психологии, согласно которому эксперимент моделирует «не только умственные операции больного, но и его личностное отношение» [126].

Стимульный материал, используемый в проективных методиках, как правило, не безразличен испытуемому, так как вследствие апелляции к прошлому опыту приобретает тот или иной личностный смысл. Изображения драматичных жизненных ситуаций, лица людей, предметы, ассоциирующиеся с аффектогенными ситуациями (например, пистолет, могильные плиты), эмоционально окрашенные слова или предложения обращены к тем или иным индивидуально значимым переживаниям личности. Неопределенность, составляющая одно из основных условий деятельности испытуемого, способствует тому, что поведение более чем когда-либо детерминировано не конвенциональными нормативами, а собственной системой мотивов, ценностей, диспозиций человека. К обсуждению этого положения, чрезвычайно важного для теоретического обоснования самого проективного метода, мы еще вернемся.

Преимущественное использование проективных методик для изучения неосознаваемых форм психической деятельности объясняется спецификой клинических и параклинических задач, решаемых с их помощью. Как известно, эти методики создавались для клинических целей и в своих классических вариантах используются главным образом в клинике неврозов. Однако, в отличие от отечественной в зарубежной психологии, термин «клинические

методы» не имеет специфического значения; он указывает прежде всего, что исследование ориентировано на выявление индивидуальных, «уникальных» способов адаптации личности к социальному окружению и себе самой [126]. Проективные методы оборачиваются клиническими именно в этом смысле: специально подобранная батарея методик способна ответить на такие важные вопросы, как стиль взаимоотношения личности с другими людьми (конформность, лидерство, авторитарность, демократизм и т.д.); ее ведущие мотивы и пути их реализации, степень гармоничности или конфликтности аффективной сферы, средства разрешения внутренних и внешних конфликтов; самооценка, мера ее осознанности, адекватности, гибкости и т.д. Бесспорно, что богатством получаемого материала проективные методики выгодно отличаются от других, более популярных в общепсихологических исследованиях методов, например опросников.

Проективный метод ориентирован на изучение неосознаваемых (или не вполне осознанных) форм мотивации и в этом своем качестве становится едва ли не единственным собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики. Однако реальность бессознательного значительно богаче по своей феноменологии, а также и по возможности ее содержательной интерпретации, чем это представлялось, например, в классическом психоанализе. «Значащие переживания», «личностные смыслы» и другие образования, в которых проявляется пристрастность психического отражения, не будучи презентированы сознанию, могут не выявляться и при непосредственном обращении к данным самоотчетов или наблюдении поведения [126]. Проективные методики позволяют опосредованно, моделируя некоторые жизненные ситуации и отношения, исследовать эти личностные образования, выступающие прямо или в форме различных личностных установок. Если большинство психологических приемов направлено на изучение того, как и за счет чего достигается объективный характер отражения человеком внешнего мира, то проективные методики ставят своей целью выявление своеобразных «субъективных отклонений», личностных «интерпретаций», причем последние далеко не всегда объективны, но всегда, как правило, личностно значимы.

В культурно-исторической психологии традиционно в качестве основного орудия овладения поведением личности рассматривается знак. Знак опосредствует усвоение ребенком различных видов предметной деятельности. Однако попытки объяснить через знаковое опосредствование овладение моделями поведения как основной формой культуры сталкиваются с зависимостью смысла употребленного знака (слова, жеста и т.д.) от контекста употребления, общего образа ситуации у ее участников, не входящего в состав знака. Современные данные нейропсихологии и афазиологии о сохранности целостной личности и возможности регуляции поведения у людей с грубыми и очень грубыми нарушениями речи – основной знаковой системы опосредствования и сигнификации, по Л.С. Выготскому, – заставляют обратить внимание на иные системы психологических орудий, в частности – на символ. Можно предположить, что символ, во-первых, появляется позднее знака в психическом развитии ребенка, во-вторых, строится на его основе, в-третьих, частично или полностью включает знак в свое строение в виде «снятой формы» (термин Л.С. Выготского) и стоит выше знака в иерархии психологических орудий.

Проблема символа имеет междисциплинарный характер и разрабатывается в философии, религиоведении, культурологии, лингвистике, однако психологическое содержание символа пока всё еще недостаточно раскрыто.

Для проверки высказанного выше предположения необходимым представляется психологический анализ отношений символа со знаком и знаковыми системами, изучение психических процессов, входящих в системное строение символа и психологического содержания символа на разных этапах онтогенеза.

Символ – интегративная структура, содержащая образный, когнитивный и эмоционально-смысловой компоненты, указывающая на отличные от себя предметы, для которых является неразвернутым знаком. Основой формирования столь сложной структуры мы полагаем перешифровку информации, относящейся к различным психическим процессам и сенсорным модальностям (применяемый нейропсихологический метод исследования задает и определенный научный язык).

В рамках культурно-деятельностной концепции можно выделить следующие уровни перешифровки, перспективные для эмпирического изучения: 1) микрооперации, в частности перешифровки звука в зрительный, а затем моторный образ буквы в устной и письменной речи; 2) операции и действия в рамках одного психического процесса; 3) действия и деятельность, включающие в себя систему высших психических функций; 4) уровень самосознания и смысловых образований личности.

Не менее важным представляется и выделение единиц анализа символа, в качестве которых могут выступать образы-представления различной степени обобщенности: например, предмет, группа предметов одного класса, представление ситуации, включающей в себя предметы различных групп и отношения между ними.

Разновидностями эксперимента в гуманитарных исследованиях являются разного рода опросы, проводимые с помощью интервью или анкетирования, которые необходимы, в частности, для выявления коммуникативных характеристик некоторой группы людей, объединенных по возрасту, полу, национально-культурной и/или языковой принадлежности, профессии, социальному статусу, образованию или каким-либо иным характеристикам. Эти методы сбора и обработки данных применяются также в социологии и социолингвистике [136].

Одним из видов экспериментов, давно используемых в психологии, стал ассоциативный эксперимент, т.е. эксперимент, основанный на вербальных ассоциациях опрашиваемых. Различают четыре типа ассоциативных экспериментов: парные ассоциации, серийные ассоциации, вербальная дифференциация и свободное ассоциирование [108]. Нередко ассоциативные эксперименты называют тестами, и они могут быть формальными и неформальными. Вербальные ассоциативные тесты позволяют получить информацию об отношении респондента к каким-либо явлениям или понятиям, выраженным словами его родного языка. Обычная процедура состоит в следующем: респондента просят ответить на стимул (или последовательность стимулов) словами, которые данный стимул вызывает в его сознании. В зависимости от задач исследования по-разному сочетают такие параметры экспериментов, как единичность/множественность и свобода/контролируе-

мость ассоциаций. Различные сочетания этих признаков дают следующие типы ассоциаций:

- единичная свободная ассоциация (респонденту предъявляют вербальный или невербальный стимул и просят сказать или написать первое пришедшее на ум слово);
- единичная контролируемая ассоциация (отличается от свободной тем, что респондент получает указание давать ответ определенного типа, например синоним или антоним стимула);
- множественные свободные ассоциации (респондент может не ограничиваться лишь одним словом в ответ на стимул, а давать столько ответов, сколько придет ему на ум);
- множественные контролируемые ассоциации (то же, что в предыдущем случае, но с инструкциями, накладывающими определенные ограничения на тип ответа).

По окончании эксперимента исследователь может сделать следующее:

- проанализировать распределение ассоциаций по стимулам;
- выявить условия, влияющие на это распределение;
- изучить форму и структуру ассоциаций;
- классифицировать ассоциации по форме или содержанию.

Многолетний опыт проведения ассоциативных тестов показывает, что лишь немногие ассоциации оказываются уникальными, большинство ответов – типичны. Подсчет результатов должен выявить частоту встречаемости для каждой ассоциации. Наиболее частотные ответы называются культурно-первичными, наименее типичные – идиосинкразическими. Известно, что при жестком ограничении, точнее, отсутствии времени на размышление, респонденты дают наиболее типичные ответы, тогда как увеличение времени приводит к большему разнообразию ответов и к появлению необычных и даже уникальных ассоциаций. Известно также, что какая-то часть ответов признается браком: они не выполняют условий эксперимента из-за невнимательности респондентов или каких-либо иных причин, при этом эмоционально нагруженные стимулы дают больше сбоев в ответах. В ответах, нередко такие сбои как повтор той же ассоциации (при множественных ассоциациях), повтор слова-стимула вместо ассоциации, задержка в выполнении теста. При контролируемых ассоциациях респонденты иногда забывают, какое именно задание они получили, и дают ответы, не учитывающие те ограничения, которые были сформулированы в задании, – такие ответы также затрудняют обработку результатов эксперимента.

Ассоциативные тесты способны показать как индивидуальные различия респондентов, так и социокультурные различия между группами людей, в зависимости от целей эксперимента. С их помощью можно изучать, как окружающая коммуникативная среда, в том числе, например, тексты рекламы, средства массовой информации, поп-культура, идеологическая пропаганда, формируют ассоциативную систему человека, а значит, вторгаются в его мировосприятие, манипулируют им, снижая уровень критического мышления и способность сопротивляться навязываемым стереотипам. В рамках коммуникативных исследований подобными вопросами занимается теория убеждения, имеющая на Западе богатую литературу, но пока, к сожалению, недостаточно используемую в отечественных исследованиях.

Методика исследования и характеристика испытуемых

В исследовании приняли участие две группы испытуемых по 15 человек в каждой: группа нормы и группа больных, героиновых наркоманов. В контрольную группу включались люди, не обращавшиеся за наркологической помощью. Средний возраст данной группы испытуемых составил 27 лет, минимальный возраст 19 лет, максимальный – 36 лет. Большинство испытуемых имели среднее образование. В экспериментальной группе преобладали испытуемые мужского пола с непрерывным типом течения заболевания. У всех обследуемых больных была сформирована героиновая наркотическая зависимость 2-й стадии заболевания. Стаж приема наркотиков в среднем по группе составил 5 лет, минимальный – 1 год, максимальный – 17 лет. Все больные были обследованы терапевтом и неврологом, в качестве сопутствующего заболевания выявлен гепатит типа С. Средний возраст обследуемых больных наркоманией составил 30 лет, минимальный – 22 года, максимальный – 38 лет. Большинство испытуемых имело среднее образование. Все испытуемые данной группы находились на лечении в Московском НПЦ наркологии.

Предметом исследования стали психологические механизмы нарушения регуляторной функции самосознания у больных героиновой наркоманией. В частности, изучалась роль знаково-символического опосредования внутреннего опыта в нарушении регуляторной функции самосознания больных героиновой наркоманией.

Методика исследования

1. Образные ассоциации, направленные на понятие «семья».

Инструкция. Нарисуйте всё, что придет вам в голову в связи со словом «семья». В каждой клеточке можно рисовать по одному предмету. Пожалуйста, подписывайте нарисованное.

Время на выполнение этого задания 3 мин.

2. Вербальные ассоциации, направленные на понятие «здоровье»

Инструкция. Напишите любые слова, которые придут вам в голову в связи со словом «здоровье».

Время на выполнение этого задания 1 мин. 30 сек.

3. Образные ненаправленные ассоциации

Инструкция. Рисуйте любые предметы, которые придут в голову, и чем больше нарисуете, тем лучше. В каждой клеточке рисуйте по одному предмету и подписывайте, что нарисовали.

Время на выполнение этого задания 3 мин.

4. 4 серии вербальных ассоциаций.

• Запишите, любые слова, которые приходят вам в голову, кроме имен и названий городов и улиц. Старайтесь написать как можно больше слов. Время на выполнение этого задания 1 мин. 30 сек.

• Запишите, любые слова, обозначающие предметы. Время на выполнение этого задания 1 мин 30 сек.

• Запишите любые слова, обозначающие действия. Время на выполнение этого задания 1 мин. 30 сек.

• Вспомните и запишите названия всех фруктов, которые вы знаете. Время на выполнение этого задания 1 мин. 30 сек.

5. «Эталоны».

Инструкция. Посмотрите на лист перед собой. В каждой части, с квадратом, треугольником или кружком, надо нарисовать и подписать как можно больше предметов, которые похожи на эту фигуру целиком или какой-то частью.

Время на выполнение этого задания 3 мин.

6. Вербальные ассоциации, направленные на понятие «семья».

Инструкция. Напишите любые слова, которые придут вам в голову в связи со словом «семья».

Время на выполнение этого задания 1 мин. 30 сек.

7. Образные ассоциации, направленные на понятие «здоровье».

Инструкция. Нарисуйте всё, что придет вам в голову в связи со словом «здоровье». В каждой клеточке можно рисовать по одному предмету. Пожалуйста, подписывайте нарисованное. Время на выполнение этого задания 3 мин.

Обработка. Проводится подсчет числа ответов по каждой пробе. По ненаправленным образным ассоциациям проводится семантический анализ.

Семантический анализ (объединение образов в группы) проводится по двум признакам: смысловая близость рисунков и их взаимное расположение на листе. На основе семантического анализа вычислялся коэффициент семантизации (отношение числа рисунков, входящих в семантические группы, к общему числу рисунков, умноженное на 100%) и средний размер групп. Так же вычислялись средние значения по группе больных героиновой наркоманией и группе нормы.

Для подтверждения статистической значимости полученных результатов и достоверности различий между группами нами был применен расчет коэффициента корреляции по Пирсону, Кендалла–Тау и Спирмену. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS 11.0.

Описание результатов исследования

В данном параграфе описаны результаты сравнительного исследования содержания представлений о таких аспектах собственной идентичности, как «Я и семья», «Я и здоровье», их проявления в вербальных и образных ассоциациях (а также общие особенности ассоциативного ряда), согласованность между собой, характер связей между ними в норме и у больных героиновой наркоманией.

В ходе исследования установлены следующие особенности ассоциативного процесса у больных героиновой наркоманией:

- подмена образных ассоциаций вербальными.

Например, больной М. в пробе «направленные образные ассоциации на понятие “здоровье”» писал слова «алкоголь», «наркотики» и перечеркивал;

- сужение семантических полей.

У больного Ж. в пробе «образные ассоциации на понятие “семья”» идет перечисление членов семьи, в то время как у здоровых испытуемых идет перечисление таких характеристик, как «счастье», «отдых», «праздник»;

- в вербальных пробах больные часто прибегали к построению фраз (например: «Здоровье – это отказаться от наркотиков, алкоголя и дури...», – больной З.) для стимулирования ассоциативного потока, что приводило к па-

дению продуктивности в пробах «слова-глаголы» и «слова-фрукты», так как учитывались только слова, соответствующие инструкции.

Исследование показало, что в группе нормы самосознание отличается высоким уровнем интегрированности и взаимосвязи его структурных компонентов. Факторный анализ результатов двух групп выявил структурные различия в организации внутреннего опыта по данным ассоциативного эксперимента.

В группе нормы было выделено 3 фактора, обозначенных: а) «вербальные ассоциации» (37% дисперсии) – шкалы «эталоны», «любые слова», глаголы, существительные, фрукты; б) «образные ассоциации» (25%) – шкалы «здоровье образные», «семья образные»; в) «динамика ассоциативного процесса» (23%) – шкалы «образные ненаправленные ассоциации», также в этот фактор вошли все вербальные пробы.

В группе больных: а) «образные ассоциации» (23,6%) – шкалы «образные ненаправленные ассоциации», «эталоны»; б) «ассоциации, связанные с лечением» (17%) – шкалы «семья образные», «семья вербальные», существительные, глаголы; в) «вербальные ассоциации» (16%) – шкалы «любые слова», существительные, фрукты; г) «переживания, связанные с критической ситуацией» (15%) – шкалы «семья образные», «здоровье вербальные», «эталоны».

Таким образом, по результатам факторного анализа проведенного ассоциативного эксперимента можно сделать **вывод**: у больных героиновой наркоманией меняется структура внутреннего опыта: во-первых, выделяются специфические переживания, связанные с болезнью и с критической ситуацией, которые не свойственны группе здоровых лиц; во-вторых, сама структура внутреннего опыта (по данным предметных ассоциаций) становится более дробной. Также показательно является сопоставление средних значений, полученных при обработке ассоциативного эксперимента в двух группах (см. табл. 1).

Таблица 1

Средние значения по пробам ассоциативного эксперимента групп нормы и больных героиновой наркоманией

Фактор	Группа	
	больных героиновой наркоманией	нормы
Образные ассоциации	5,6667	6,266
Среднее количество семантических групп	1,1333	7,9333
Предметов в семантической группе	3,0000	2,3333
Семья образные	5,4000	5,6667
Семья вербальные	9,4667	11,4000
Здоровье образные	5,0667	7,2000
Здоровье вербальные	7,9333	10,5333
Эталоны	5,9333	11,1333
Любые слова	12,2667	13,2667
Существительные	9,2000	12,3333
Глаголы	7,7333	13,2000
Фрукты	9,8667	13,2000

Практически по всем показателям группа нормы существенно опережает группу больных наркоманией, что особенно заметно в пробах, задействующих мышление, – наглядно-образное (проба «эталон»), вербально-логическое («фрукты»). В то же время общая вербальная или образная продуктивность у больных практически не страдает (ср. с ненаправленными образными ассоциациями и «любимыми словами»), что может свидетельствовать о первичном нарушении а) в звене произвольной регуляции деятельности, б) в структурах организации индивидуального опыта, позволяющих осуществить категоризацию (по форме – в «эталонах», по принадлежности к классу предметов – во «фруктах»). Данное предположение требует дальнейшей разработки.

Подводя итог количественного анализа результатов, можно сказать, что *созданная методика оказалась адекватна поставленной задаче* и сочетает компактность с возможностями определения компенсаторного потенциала больного (способностей к решению простых когнитивных задач и заданий на произвольную регуляцию деятельности).

Качественный анализ ассоциаций «семья» в группе наркоманов свидетельствует о нарушении приспособленности в семье, наличии напряженной ситуации. В этом случае семейные отношения переживаются как неблагоприятные. Одиночество может быть вызвано дистантностью родителей или других членов семьи, необоснованными ограничениями или требованиями дисциплины без поддерживающего эмоционального отношения, неспособностью оправдать возложенные надежды или идентифицироваться со значимыми людьми. Оценка качества взаимодействия в семье как конфликтного связана с враждебностью и эмоциональной нестабильностью одинокого человека. В этом случае часты депрессивные состояния, что может отражаться на состоянии здоровья. Высокая степень переживания определяет трудности в общей приспособленности одинокого человека.

Для качественного анализа результатов исследования нами также была проведена стандартизированная беседа, направленная на выявление некоторых особенностей семейной жизни.

Выявлены различия в доле неполной семьи между группами: в группе нормы – 19,8%, в клинической – 66%. Указанные различия можно объяснить следующим образом: в неполной семье, как правило, отсутствует отец, что в большей степени неблагоприятно сказывается на воспитании мальчиков и может способствовать их приобщению к наркотикам. В клинической группе играет роль не только психологический фактор воспитания, но и биологический – алкоголизм отца, оказывающий свое влияние независимо от пола ребенка.

Наше исследование подтвердило данные литературы о том, что в семьях больных героиновой наркоманией чаще наблюдается злоупотребление алкоголем, чем в группе нормы. Оказалось, что наиболее различима частота употребления алкоголя между всеми группами – выпивка один раз в неделю и чаще. Таких семей в группе нормы было 13,2%, в клинической – 59,4%.

Обращает на себя внимание, что доля неполных семей в среднем на 10% больше, чем доля семей с отсутствием партнера (в клинической – 33,7%). Это связано с тем, что после распада семьи (практически всегда это уход отца) мать находила себе нового партнера, которого подросток не воспринимал как лицо, заменяющее отца, тем более, что эти партнеры нередко менялись.

Показательно, что доминирование одного из родителей в половине случаев сопровождается одновременно напряженными или жестокими отношениями. Происходит прогрессирующее ухудшение партнерских отношений, особенно заметное в клинической группе, которое влечет за собой расторжение брака и отказ от партнерских отношений. Этот процесс характерен для тех семей, где отношения характеризовались как напряженные или жестокие.

Роль доминирующего отца неоднозначна: в клинической группе доля таких семей снижена. Этот процесс можно объяснить тем, что семьи клинической группы изначально дезадаптированы и характеризуются негативным влиянием отца (пьяницы и асоциального типа). Разумеется, что претензии его на лидерство не могут быть удовлетворены, что часто становится причиной распада семьи. В группе же нормативного поведения роль отца более положительна, и его лидерство может носить конструктивный характер.

Семьи в зависимости от их социабельности разделялись на три категории: просоциальные – соблюдавшие нормы общественной морали, асоциальные – грубо нарушающие ее, антисоциальные – привлекавшиеся к уголовной ответственности за нарушение закона. Клиническая группа была представлена всеми тремя категориями (соответственно 66%, 19,8, 13,2%).

Неуважение к нравственным нормам и нарушенные взаимоотношения семей оказывают свое влияние на их стабильность. В клинической группе в половине случаев (52,8%) они были отнесены нами к нестабильным. Таким образом, формирование личности, особенно в клинической группе, происходит в условиях деформированной нравственной обстановке.

Анализ ассоциаций «здоровье» указывает на проблемы со здоровьем. Состояние больных героиновой наркоманией окрашено соматическими изменениями и переживается как дистресс. Это выражено в повышении утомляемости, в головных болях, частых заболеваниях, бессоннице, в нарушении пищеварения и т.д. Подобные нарушения характерны в период острого переживания трудностей в семейных или дружеских отношениях. Тревога, страх, депрессия являются сопутствующими эмоциональными состояниями этого периода.

Разница в полученных результатах между контрольной и экспериментальной группами объясняет нарушение опосредованности поведения больных героиновой наркоманией, а также их неспособность контролировать интенсивность своих реакций и точно оценивать свое эмоциональное состояние. Им свойственны подмена образных ассоциаций вербальными и в то же время недостаток эмпатии, пренебрежение к чувствам других, эмоциональная холодность.

Одним из ведущих факторов нарушений произвольной регуляции и контроля психической деятельности у больных героиновой наркоманией является нарушение регуляторной функции самосознания, что связано с дефицитарностью его самосознания структур.

У людей, страдающих наркотической зависимостью, недостаточно развита «Я-концепция», снижены способности к рефлексии, им свойственна неадекватная самооценка. Наиболее ярко нарушения самосознания проявляются в сфере саморегуляции и самоконтроля. Нарушения самоконтроля у этих пациентов выражается как в склонности к немедленному отреагированию своих переживаний, так и в невозможности контролировать собственное поведение.

Подведем некоторые *итоги* данного раздела.

1. Выявлены специфические для больных героиновой наркоманией особенности ассоциативного ряда:

- подмена образных ассоциаций вербальными;
- сужение семантических полей;
- компенсаторное использование фразовой речи в вербальных ассоциациях.

2. Показано, что в группе нормы самосознание в сравнении с самосознанием больных героиновой наркоманией отличается высоким уровнем интегрированности и взаимосвязанности структурных компонентов. По результатам факторного анализа в группе патологии выделены факторы ассоциаций, связанных с лечением, и переживаний, связанных с критической ситуацией.

3. Больные героиновой наркоманией показали более низкие результаты по сравнению со здоровыми испытуемыми по всем методикам.

4. По результатам исследования больные героиновой наркоманией показали дефицит произвольной регуляции ассоциативных процессов, что особенно ярко отразилось на результатах по пробам «фрукты» и «эталоны», задействующим мышление.

ВПФ у героиновых наркоманов: нейропсихологическое исследование

Учитывая, что, как пишут Н.К. Корсакова и Л.И. Москавичюте [79], необходимо с осторожностью относиться к установлению прямых корреляций между изменениями в ВПФ и в работе гомонимным этим нарушениям структур мозга, вследствие воздействия психоактивного вещества, можно сказать, что нейропсихологическое обследование не может однозначно служить основанием для диагностики очаговой патологии у больных героиновой наркоманией.

Гипотезы исследования формулируются следующим образом:

- употребление героина вызывает специфические для данного вида наркомании изменения психики, выраженные в виде особых нейропсихологических синдромов;

- на степень тяжести и особенности нарушения ВПФ у конкретного больного оказывают влияние его личностные особенности.

Задачи исследования:

1) разработка адекватной системы методов нейропсихологического обследования больных героиновой наркоманией и апробация ее в клинических условиях;

2) проведение нейропсихологического обследования по разработанной методике группы больных героиновой наркоманией во 2-й стадии течения болезни, выделение ведущих нейропсихологических синдромов. Исходя из того, что именно больные этой категории представляют наибольший интерес: с одной стороны, уже наблюдаются в полной мере *неспецифические* изменения психических процессов, связанные с токсическим поражением ЦНС, с другой – на разных стадиях распада психики рельефнее выступают индивидуальные особенности течения патологического процесса;

3) интерпретация выделенных синдромов нарушения ВПФ с позиции выявления установок личности через анализ качественных и количественных различий в выраженности когнитивного дефицита.

Методика исследования и характеристика испытуемых

В исследовании принимали участие две группы испытуемых. В *экспериментальную* группу были включены 30 мужчин от 17 до 21 года, проходившие стационарное лечение от героиновой зависимости в Центре реабилитации на базе НД № 11. Средний возраст пациентов 19,3 лет. Все больные воспитывались в полных, материально благополучных семьях и были студентами московских вузов. Из исследования исключались пациенты с сопутствующими психическими заболеваниями, психопатиями, наследственной патологией, отягощенным анамнезом, а также больные, у которых зависимость от героина сочеталась с зависимостью от других наркотиков и алкоголя. Все испытуемые принимали героин внутривенно в течение 2–3 лет (2-я стадия наркомании). К моменту начала лечения суточная доза героина, употребляемая больными, составляла 0,6–0,9 мг в 2–4 приема. В исследовании участвовали только больные, не принимающие никаких фармакологических средств и с периодом ремиссии от одного до пяти месяцев. Все пациенты были обследованы терапевтом и невропатологом. По данным терапевтического обследования, большинство героиновых наркоманов были заражены гепатитом В и С. В неврологическом статусе у многих больных отмечался горизонтальный нистагм, нарушения конвергенции, снижение реакции зрачков на свет и мелкий тремор пальцев вытянутых рук.

Контрольную группу составили 30 мужчин, студентов I–III курсов московских вузов. Данные испытуемые никогда не употребляли героин или другие наркотики и имели одинаковый возраст и социальный статус с испытуемыми экспериментальной группы. Средний возраст испытуемых контрольной группы составил 18,9 лет.

Формирование групп по принципу отбора из популяции по заданным критериям (пол, возраст, социальный и образовательный статус, длительность заболевания для экспериментальной группы) имеет для настоящей работы определенные последствия. Во-первых, данные, полученные в ходе обследования, не могут быть генерализованы на всю совокупность больных наркоманией. Однако, учитывая, что больные указанной группы составляют немалую часть от общего числа наркоманов, выделенные синдромы могут представлять интерес для диагностической работы. Во-вторых, нивелирование половозрастных и медико-социальных различий заострило наблюдаемую картину нарушения ВПФ у разных подгрупп больных. Это позволяет проводить более глубокий анализ детерминант формирования того или иного нейропсихологического синдрома [77].

В соответствии с задачами исследования была разработана система методов нейропсихологического обследования, направленных на диагностику нарушений ВПФ, связанных с употреблением героина. При составлении данной методики учитывалось:

а) системное строение ВПФ и наличие факторов, входящих в состав нескольких ВПФ;

б) необходимость полного, комплексного описания нейропсихологических симптомов и их качественного анализа в рамках исследования всей психической сферы.

Данная методика содержит лишь часть проб из общей системы методов А.Р. Лурия для нейропсихологической диагностики. Отбор проб проводился на основании анализа сложившейся практики, в том числе методик нейропсихологической диагностики детей Л.С. Цветковой* [141], А.В. Семенович [122].

Полученные балльные оценки были обработаны методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для выяснения значимости различий между двумя группами испытуемых.

1. Исследование двигательных функций

Двигательные функции больных изучались с учётом их регуляторных и динамических аспектов. Исследование включало оценку состояния динамического, конструктивного, пространственного праксиса, праксиса позы и сложных форм организации движений. В соответствии с поставленными задачами использовались следующие нейропсихологические пробы:

1) динамический праксис

а) проба «кулак – ребро – ладонь» – оценивалась правильность усвоения программы движений, темп и характер выполнения пробы. Подсчет штрафных баллов производился отдельно для правой и левой руки;

б) *графическая проба («забор»)* – анализировалось время выполнения графической пробы, количество выполненных пачек и типы допущенных ошибок;

2) *реципрокная проба на динамическую межполушарную организацию двигательного акта* – учитывались те же параметры, что и в пробе «кулак – ребро – ладонь»;

3) *праксис позы пальцев руки* – оценивалась правильность осуществления пространственной организации движений по образцу и кинестетические нарушения. Подсчет штрафных баллов производился отдельно для правой и левой руки;

4) пространственный праксис

Пробы Хэда – исследовались нарушения пространственной организации движений и характер допущенных ошибок. Подсчет штрафных баллов производился отдельно для правой и левой руки;

5) конструктивный праксис

а) *конструирование из кубиков Коса*. Методика направлена на выявление особенностей пространственного мышления, которое служит основой сложной конструктивной деятельности. Анализировалась быстрота и правильность выполнения задания;

б) *рисунок стола и куба* – оценивается правильность изометрического изображения и наличие пространственных ошибок;

б) сложные формы организации движений

Реакция выбора – анализировался процесс усвоения двигательной программы, характер переключения и темп реакции.

* Как пишет Л.С. Цветкова [141], существуют различия в интерпретации данных нейропсихологического обследования детей и взрослых, однако система методов и стимульный материал имеют широкую разрешительную способность на разных этапах возрастного развития.

2. Исследование гностических функций

Состояние гностических функций больных героиновой наркоманией исследовалось в нескольких направлениях:

1) предметный гнозис

Узнавание перечеркнутых, наложенных и недорисованных изображений – оценивалось наличие у больных тенденции к фрагментарности восприятия, симптомов первичной предметной агнозии и псевдоагнозии, а также импульсивность, избирательность и целенаправленность в гностической сфере;

2) акустический гнозис и слухо-моторная координация

Оценка и воспроизведение ритмов – анализировались свойства акустического внимания, наличие симптомов акустической агнозии и объем акустического восприятия;

3) оптико-пространственный гнозис

Узнавание времени на схематических часах без цифр – оценивались ошибки восприятия пространственных признаков зрительных стимулов.

4) сомато-сенсорный гнозис

а) *локализация прикосновений* – оценивалось состояние поверхностной кожной чувствительности на тыльной стороне ладоней и наличие тенденции к игнорированию при тактильном восприятии;

б) *пробы на стереогноз* – анализировалась правильность узнавания стимульных предметов и состояние поверхностной чувствительности внутренней стороны ладоней;

в) *перенос поз пальцев руки с закрытыми глазами* – исследовались состояние кинестетической чувствительности и особенности восприятия пространственных признаков положения пальцев рук.

3. Исследование мнестических функций

Исследование мнестических функций включало в себя тесты на слухоречевую и зрительную память. В каждой пробе анализировались непосредственное воспроизведение при заучивании (З) и отсроченное воспроизведение (ОВ) после интерференции. Оценивалась продуктивность и прочность запоминания, а также характер ошибок:

1) слухо-речевая память

а) *заучивание 10 слов* – оценивалась правильность непосредственного запоминания, качество отсроченного воспроизведения через 1 час и характер допущенных ошибок;

б) *запоминание двух групп по три слова;*

в) *запоминание двух фраз*

В данных методиках анализировалась правильность непосредственного запоминания и воспроизведения после гомогенной и гетерогенной интерференции;

г) *запоминание рассказа «Галка и голуби»* – оценивалась правильность непосредственного воспроизведения смысловых элементов рассказа;

2) зрительная память

Запоминание 5 фигур – оценивалась правильность непосредственного запоминания при заучивании и отсроченном воспроизведении после интерференции.

4. Исследование речевых функций

Изучение речевой сферы состояло из различных форм анализа экспрессивной и импрессивной речи. Обращалось особое внимание на объём словарного запаса испытуемых, скорость и качество произношения, а также на правильность понимания сложных понятий и логико-грамматических конструкций:

а) *спонтанная речь* – анализировалась плавность, правильность и развернутость речи;

б) *проба на называние изображений предметов* – оценивалась правильность называния, наличие парафазии и персевераций;

в) *автоматизированная речь* – оценивалась плавность и безошибочность произнесения упроченных речевых рядов в прямом и обратном порядке;

г) *понимание слов* – исследовалась правильность соотнесения слов с картинками;

д) *исследование письма* – анализировалась правильность, характер и степень автоматизированности письма;

е) *исследование чтения* – оценивалась правильность и плавность чтения;

ж) *повторение серий слогов и слов* – анализировалась правильность повторения и характер допущенных ошибок: наличие фонетических замен, семантических замен, персевераций, пропусков и нарушений последовательности элементов;

з) *пробы на понимание логико-грамматических конструкций* – исследовалось понимание логико-грамматических отношений;

и) *ассоциативные ряды* – исследовались свободные и направленные ассоциативные реакции. Данная методика состоит из трех субтестов: свободные ассоциации, грамматически опосредованные ассоциации (называние глаголов) и семантически опосредованные ассоциации (называние растений). Каждый субтест оценивался по трём показателям:

1. Речевая активность – среднее количество правильных ассоциаций за 1 минуту. В норме этот показатель составляет не меньше 21 слова.

2. Инертность ассоциативных процессов – общее количество повторов и неадекватных заданию слов, деленное на количество актуализированных слов. Возрастной норматив составляет 0,03.

3. Объем семантических полей (индекс семантизации) – общее количество ассоциаций, деленное на число семантических полей. Возрастной норматив составляет 4,5. Анализировалась степень отклонения от норматива.

5. Исследование интеллектуальной сферы

Нейропсихологическое обследование состояния интеллектуальных функций больных героиновой наркоманией включало в себя изучение пространственного и категориального мышления. По данным литературы, у больных героиновой наркоманией особенно выражено нарушение психической функции, связанное с восприятием пространственных отношений и вербально-логическим мышлением.

В связи с этим адекватными представляются пробы на счетные операции (как операции вербально-логического мышления, связанные с восприятием пространства) [140]. Наглядно-образное мышление изучалось при помощи проб «четвертый лишний» и «сюжетная картина», наглядно-действенное – при помощи проб на конструирования фигур из кубиков Кооса.

Следует учитывать, что все примененные пробы суть комплексные методы исследования мышления, а их результаты являются взаимодополняющими:

а) *понимание смысла сюжетных картин* – учитывались затруднения при анализе сюжетной картины, оценивались быстрота и точность понимания смысла;

б) *серийный счет «100-7»* – оценивалась правильность счета и характер ошибок;

в) *решение арифметических задач* – оценивалась стратегия решения и правильность результата;

г) *«четвертый лишний»* – анализировалась правильность исключения лишнего предмета, степень обобщения и соответствие обобщающего понятия свойствам объединенных в класс предметов.

Результаты эмпирического исследования

Исследование **двигательной сферы** показало, что все испытуемые из экспериментальной группы имеют нарушения двигательных функций разной степени выраженности. Были получены статистически значимые различия в результатах выполнения всех проб на праксис (табл. 2). Наиболее грубые нарушения обнаружилось в рисунках больных, при выполнении пробы «кулак – ребро – ладонь», проб Хэда, а также проб на реципрокную координацию движений, праксис позы и конструирование из кубиков Кооса.

В тестах, где движения каждой руки оценивались отдельно, не было выявлено значимых различий между выполнением их правой и левой рукой.

Таблица 2

Результаты нейропсихологического обследования двигательной сферы у больных наркоманией и здоровых испытуемых

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
«Кулак – ребро – ладонь»				
правая рука	54	8,5	1,8	0,28
левая рука	56,5	10	1,88	0,34
Реципрокная проба	50	9	1,65	0,3
Графическая проба	8	3	0,28	0,1
Праксис позы				
правая рука	26	4	0,88	0,14
левая рука	28	7	0,94	0,22
Пробы Хэда				
правая рука	30	9	1	0,29
левая рука	31	8	1,06	0,27
Кубики Кооса	47	10	1,56	0,32
Рисунок	29	6	0,98	0,19
Реакция выбора	19	4	0,62	0,13

При выполнении пробы на *динамический праксис* («кулак – ладонь – ребро») у 9 испытуемых экспериментальной группы отмечались трудности вхождения в задание, проявлявшиеся в просьбе повторить образец движений, или в медленном и ошибочном выполнении после первого предъявления. Наиболее распространенными ошибками среди испытуемых экспериментальной группы были сбой при усвоении двигательной программы, персеверации и упрощение программы движений. При попытке выполнить задание в ускоренном темпе движения наркоманов становились резкими, скандированными, горизонтальное положение кулака заменялось на вертикальное, увеличивалось количество персевераций. Несмотря на то что все испытуемые начинали выполнение задания с правой руки, в экспериментальной группе, в отличие от контрольной, при повторении пробы левой рукой встречалось гораздо больше грубых ошибок: персевераций, трудностей усвоения программы, дезавтоматизации движений и стереотипии.

В экспериментальной группе преобладали ошибки, связанные с трудностями усвоения двигательной программы, и персеверации, а в контрольной – ошибки, допущенные из-за некоторой импульсивности испытуемых и связанные с упрощением программы. В отличие от здоровых испытуемых, наркоманы крайне редко самостоятельно исправляли свои ошибки, и коррекция выполнения задания происходила только после неоднократных замечаний исследователя.

В пробе на *реципрокную координацию* наиболее распространенными ошибками испытуемых из экспериментальной группы оказались сбой при ускорении выполнения задания. У большинства наркоманов при увеличении темпа сначала возникало неполное распрямление ладони и неплотное сжатие кулака, а затем происходила полная дезорганизация движений. У больных испытуемых также преобладали такие нарушения, как поочередное или симметричное выполнение пробы и отставание одной руки. Ни в одной из групп не было выявлено персевераций. Ошибки различных типов оказались распределены в обеих группах практически одинаково, за исключением небольшого превосходства контрольной группы по количеству импульсивных ошибок.

В *графической пробе* при общей значимости различий в ее выполнении не было выявлено принципиальных расхождений между количеством допущенных ошибок. Следует отметить наличие в экспериментальной группе ошибок, относящихся к двигательной спонтанности, импульсивности и патологической инертности, при полном отсутствии таковых в контрольной группе.

У больных испытуемых персеверации возникали в среднем после выполнения 5–7 элементов на фоне истощения или в сочетании с нарушением зрительно-моторной координации. Персевераторные нарушения проявлялись в рисовании наклонных линий у прямоугольных элементов или в «оплывании» контура треугольных. Испытуемые оставляли допущенные неточности без коррекции, замечали их только после окончания выполнения задания и объясняли тем, что «не умеют рисовать».

В пробе на *праксис позы* многие испытуемые из экспериментальной группы допустили ошибки, свидетельствующие о нарушениях пространственной организации движений (8 испытуемых) и о кинестетических нарушениях

(6 человек). У 4 испытуемых присутствовали оба вида нарушений. Среди пространственных ошибок наиболее часто встречались замены в «кольцевых» пробах четвертого или второго пальца на третий, которые, в отличие от импульсивных ошибок, исправлялись только после замечания исследователя. Кинестетические ошибки заключались в основном в длительном развернутом поиске поз и в моторной неловкости, проявлявшейся в попытках повторить позу пальцев с помощью другой руки (особенно в позах «2 и 3» и «4 и 5»). При более успешном выполнении задания правой рукой, значимых различий в результатах двух рук выявлено не было.

При выполнении задания левой рукой в экспериментальной группе было допущено меньше ошибок, относящихся к импульсивности и трудностям вхождения в задание, что можно объяснить началом выполнения проб с правой руки. У нескольких больных возникли персеверации, проявлявшиеся, например, в присутствии второго пальца при переходе от пробы «2 и 5» к пробе «4 и 5» или «5». В контрольной группе отсутствовали персеверации и ошибки, связанные с двигательной аспонтанностью.

В пробах Хэда у испытуемых (17 человек) были обнаружены нарушения пространственной организации движений (в контрольной группе – 5 человек). Наиболее распространенной ошибкой среди больных оказалась зеркальность – как в сложных двуручных, так и в диагональных одноручных пробах. В контрольной группе данный тип ошибок встретился только в двуручных пробах. Интересно, что в экспериментальной группе сомато-топические ошибки часто сочетались с персеверациями (например, при переходе от пробы «S рука – D ухо» к пробе «D ладонь – S щека» некоторые испытуемые брали себя за ухо и одновременно пытались прижать ладонь к щеке). В контрольной группе сомато-топические ошибки возникали только в сложных двуручных пробах. Значимых различий между результатами выполнения проб правой и левой рукой получено не было.

Анализ распределения различных ошибок показал, что в экспериментальной группе наибольший вклад в общее число ошибок вносят нарушения пространственной организации движений. В контрольной группе данный тип ошибок также занимал лидирующую позицию. По сравнению с экспериментальной группой, у здоровых испытуемых оказался *большой вклад ошибок правой руки*, связанных с импульсивностью, и сомато-топических ошибок, допущенных левой рукой. В контрольной группе не было выявлено трудностей вхождения в задание.

При конструировании из кубиков Кооса у испытуемых экспериментальной группы значительные трудности вызвало условие выполнять каждый субтест за определенное время (1 или 2 минуты в зависимости от сложности образца). Данное требование смогли выполнить только 9 испытуемых. Это было обусловлено либо слишком долгим вхождением в задание (13 человек), либо импульсивно-хаотичной стратегией его выполнения (7 человек). В контрольной группе во временные рамки уложились 20 человек.

У 24 испытуемых экспериментальной группы в данном тесте были выявлены нарушения пространственной организации движений. Наиболее распространенными ошибками были: невозможность зеркально сложить вторую часть симметричного узора при правильно сложенной первой, попытки расположить образец под другим углом с целью упрощения задания и пере-

оценка размеров образца (больные использовали для отображения элементов узора большее количество кубиков, чем было необходимо).

Оценивая распределение различных ошибок, можно увидеть значительное преобладание числа пространственных нарушений в экспериментальной группе и ошибок, относящихся к импульсивности, – в контрольной.

Значительное число пространственных ошибок также было допущено больными испытуемыми при *рисовании стола и куба*. Данные нарушения проявлялись в искажениях пропорций рисунка (например, в различных размерах граней куба или ножек стола), в нарушении перспективы и в отсутствии важных элементов рисунка (например, изображение двух ножек стола вместо четырёх). В рисунке куба только 2 человека допустили грубые пространственные ошибки. У других больных отмечались такие недостатки изображения, как отсутствие пунктирных линий на месте невидимых ребер, непопадание пунктирной линии в угол между гранями, общая нечеткость и небрежность рисунка. Изображение стола вызвало у испытуемых из экспериментальной группы значительно больше затруднений. Многие больные делали несколько рисунков подряд, пытаясь добиться правильности изображения и допуская при этом импульсивные ошибки. Некоторые, сделав один рисунок, вносили в него столько исправлений, что изображение становилось ещё более искаженным и небрежным. Таким образом, в рисунке стола 16 испытуемых из экспериментальной группы допустили различные пространственные ошибки.

В контрольной группе не было выявлено различий в результатах выполнения двух рисунков. Наиболее распространенными ошибками здоровых испытуемых были недостатки в изображении перспективы (например, крышка стола была нарисована в перспективе, а ножки – нет) и увеличение латентного периода рисования.

Анализ распределения ошибок говорит о наибольшем вкладе типа «трудности усвоения двигательной программы» в экспериментальной группе и типа «импульсивность» – в контрольной. Следует отметить, что у здоровых испытуемых не было выявлено персевераций.

Таким образом, у большинства больных наркоманией вызвали затруднения задания, требующие выработки определенной двигательной программы и пространственной организации движений. По сравнению с контрольной группой, у значительного числа испытуемых из экспериментальной группы были выявлены персевераторные нарушения и симптомы двигательной аспонтанности. Для здоровых испытуемых наиболее характерными оказались ошибки, связанные с импульсивностью.

При *исследовании гностической сферы* были получены статистически значимые различия в результатах выполнения испытуемыми двух групп проб на узнавание перечеркнутых, наложенных и недорисованных изображений, узнавание времени на схематических часах и перенос поз. Статистически значимых различий в успешности выполнения заданий правой и левой рукой ни в одной группе выявлено не было (табл. 3).

Наибольшие затруднения у больных наркоманией вызвало такое задание, как узнавание времени на схематических часах. Тесты на локализацию прикосновений и на стереогноз больные и здоровые испытуемые выполняли практически одинаково хорошо. В пробах, которые требовалось выполнять

Результаты нейропсихологического обследования гностической сферы у больных наркоманией и здоровых испытуемых

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Узнавание перечеркнутых, наложенных и недорисованных изображений	14	2	0,46	0,05
Оценка и воспроизведение ритмических структур	5	3	0,17	0,09
Узнавание времени на схематических часах без цифр	23	5	0,75	0,16
Локализация прикосновений				
правая рука	4,5	4,3	0,15	0,13
левая рука	5	3,8	0,16	0,15
Пробы на стереогноз				
правая рука	3,5	2,5	0,12	0,13
левая рука	4	3	0,4	0,15
Перенос поз пальцев руки с закрытыми глазами				
правая рука	10	3	0,34	0,1
левая рука	13	4	0,45	0,13

поочередно каждой рукой, действия правой руки оказались более успешными как в экспериментальной, так и в контрольной группах, хотя статистически значимых различий в результатах двух рук получено не было (см. табл. 3).

При *опознании наложенных, перечеркнутых и недорисованных изображений* ни у кого из испытуемых не было выявлено симптомов предметной агнозии и игнорирования какой-либо стороны зрительного пространства. Ни в одной из групп не было допущено ошибок при узнавании перечеркнутых изображений. Опознание наложенных и в особенности недорисованных изображений оказалось менее успешным. В экспериментальной группе у 12 испытуемых были обнаружены симптомы импульсивности восприятия, которые, как правило, подвергались самостоятельной коррекции (например, недорисованное изображение английской булавки некоторыми испытуемыми первоначально принималось за палец руки, а весы – за парусник). В контрольной группе импульсивные ошибки допустили 2 человека.

Тест на *оценку и воспроизведение ритмических структур* не выявил значимых различий в результатах его выполнения испытуемыми двух групп. Успешно справились с заданием 24 больных и 27 здоровых испытуемых. У остальных испытуемых были обнаружены негрубые нарушения, такие как быстрое забывание образца и переоценка или недооценка сложных ритмических структур.

Обнаружилось некоторое превосходство экспериментальной группы по количеству ошибок, связанных с сужением объема акустического восприятия.

Определение времени на схематических часах без цифр вызвало значительные затруднения у 22 испытуемых из экспериментальной группы. Из них у 13 человек были выявлены ошибки восприятия пространственных признаков зрительных стимулов, такие как «приблизительное» определение времени в пределах 5 минут или зеркальные ошибки, которые самостоятельно исправлялись с помощью вербального анализа после замечания исследователя. 8 испытуемых допустили импульсивные ошибки. Среди здоровых испытуемых данное соотношение составило 3 человека и 1 человек, и наиболее распространенными ошибками были импульсивные реакции с быстрой самокоррекцией. Анализ процентного соотношения ошибок двух типов выявил преобладание нарушений восприятия пространственных признаков зрительных стимулов в экспериментальной группе и импульсивных ошибок – в контрольной.

Проба на *локализацию прикосновений* выполнялась испытуемыми обеих групп достаточно успешно. Наиболее распространенными ошибками были «промахивания» в пределах 1–2 см, свидетельствующие о снижении поверхностной кожной чувствительности. У 5 испытуемых из экспериментальной группы и у 1 – из контрольной было выявлено игнорирование одного из прикосновений при касании обеих рук. Анализ распределения двух типов ошибок показывает, что в экспериментальной группе ошибки, связанные со снижением поверхностной кожной чувствительности, вносят меньший вклад за счёт повышения числа ошибок, допущенных из-за игнорирования одной стороны при тактильном восприятии.

В пробе на *стереогноз* испытуемыми из экспериментальной группы не было допущено грубых ошибок. В отличие от контрольной группы, у 6 человек из экспериментальной группы было выявлено снижение поверхностной кожной чувствительности, которое проявлялось в увеличении латентного периода ответа или ошибочных ответах с дальнейшей самокоррекцией.

Следует отметить некоторое повышение в экспериментальной группе процента ошибок, связанных с нарушением симультанного синтеза, при выполнении проб левой рукой.

Выполнение пробы на *перенос поз пальцев руки* с закрытыми глазами выявило у 13 больных наркоманией нарушения восприятия пространственных признаков поз пальцев. В контрольной группе данные нарушения были обнаружены у 4 испытуемых. Наиболее распространенной ошибкой оказалась зеркальность при переносе, что свидетельствует о нарушении восприятия схемы тела (например, позу «1 и 2» испытуемые переносили как «4 и 5»). В обеих группах не было различий в результатах переноса поз справа налево и слева направо. Наиболее выраженное снижение кинестетической чувствительности было выявлено в экспериментальной группе в левой руке. Данное нарушение выражалось в увеличении латентного периода ответа, в переборе поз или в вербальном анализе позы перед ответом. Ни в одной из групп не было выявлено симптомов игнорирования какой-либо стороны при тактильном восприятии.

Таким образом, исследование гностической сферы больных наркоманией показало сохранность акустического гнозиса и выявило отдельные симптомы нарушений предметного, пространственного и сомато-сенсорного гнозиса, заключающиеся в ошибках распознавания пространственных признаков стимулов разной модальности и тенденции к фрагментарности восприятия.

При *исследовании памяти* были обнаружены статистически значимые различия в результатах выполнения обеими группами всех проб, кроме теста на запоминание фигур (табл. 4). Больные наркоманией допустили наибольшее количество ошибок при запоминании и отсроченном воспроизведении 10 слов при запоминании рассказа. Снижение мнестических функций было выявлено у 26 испытуемых из экспериментальной группы.

В отличие от экспериментальной группы, в контрольной группе не наблюдалось заметных различий в результатах выполнения тестов.

Таблица 4

Результаты нейропсихологического обследования мнестической сферы у больных наркоманией и здоровых испытуемых

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Заучивание 10 слов	41,5	17,2	1,38	0,57
Отсроченное воспроизведение 10 слов	34,6	18,5	1,15	0,61
2 группы по 3 слова	23,5	10,6	0,78	0,35
Запоминание 2 фраз	21,5	11,5	0,71	0,38
Запоминание рассказа	30	7	0,98	0,24
Запоминание 5 фигур	15,3	12,8	0,5	0,42

При *запоминании 10 слов* у 12 испытуемых из экспериментальной группы и у 7 – из контрольной группы были выявлены такие нарушения, как снижение продуктивности запоминания и трудности удержания последовательности стимулов. У 6 больных наркоманией низкий уровень заучивания слов при первом предъявлении сочетался с явлением «плато». Испытуемые из экспериментальной группы допустили значительно больше ошибок, связанных с нарушением избирательности запоминания, чем здоровые испытуемые. У испытуемых из экспериментальной, в отличие от контрольной, группы непредъявлявшиеся элементы фиксировались и затем неоднократно воспроизводились во время последующих воспроизведений.

Анализ процентного соотношения ошибок обнаруживает значительное сходство в их распределении, за исключением некоторого повышения вклада явлений «плато» в общее число ошибок, допущенных испытуемыми из экспериментальной группы.

При *отсроченном воспроизведении 10 слов* у 16 больных наркоманией и у 9 здоровых испытуемых обнаружилось снижение продуктивности запоминания и трудности удержания последовательности стимулов. При этом в экспериментальной группе несколько увеличилось количество персевераций и вpletений непредъявлявшихся элементов и снизилось число звуковых замен. В контрольной группе произошло незначительное увеличение числа персевераций и уменьшение симптомов нарушения избирательности мнестической деятельности.

Различие между двумя группами в распределении ошибок заключалось в большем вкладе типа «нарушение избирательности» в экспериментальной группе.

Наиболее распространенными ошибками в пробе на *запоминание 2 групп по 3 слова* в экспериментальной группе оказались снижение объема запоминания и контаминации двух групп стимулов. В контрольной группе наибольшее число ошибок было связано с повышенной тормозимостью следов вследствие гомогенной или гетерогенной интерференции и с трудностями удержания последовательности стимулов. У 11 больных наркоманией и у 2 здоровых испытуемых наблюдались симптомы нарушения избирательности мнестической деятельности, проявлявшиеся в привнесении при воспроизведении стимульного материала элементов, предъявлявшихся до этого в тесте на запоминание 10 слов.

В тесте на *запоминание двух фраз* у 9 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены трудности удержания последовательности стимулов (слов в предложении). При воспроизведении фраз больные старались передать их общий смысл, переставляя слова в зависимости от их смысловой нагрузки, допуская при этом лексико-грамматические неточности (например, «Охотник убил волка на лесной опушке» вместо «На опушке леса охотник убил волка»). Данный тип ошибки встретился только у 4 здоровых испытуемых. 17 больным наркоманией и 6 здоровым испытуемым потребовалось вторичное предъявление материала для запоминания. В отличие от контрольной группы, в экспериментальной группе были допущены ошибки, связанные с нарушением избирательности, контаминациями групп стимулов и персеверациями элементов.

Анализ показал преобладание типа «трудности удержания последовательности стимулов» в экспериментальной группе и типа «повышенная тормозимость следов» в контрольной.

При *запоминании рассказа* у 9 больных наркоманией проявилось снижение продуктивности мнестической деятельности. У некоторых испытуемых данное нарушение сочеталось с трудностями включения в задание. Больные просили повторить предъявление рассказа, а затем передавали его общий смысл, не воспроизводя при этом 1–2 элемента текста. У 5 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены нарушения избирательности запоминания и трудности удержания последовательности элементов рассказа. Больные с данными нарушениями зачастую затруднялись передать общее содержание рассказа даже после наводящих вопросов, пытаясь вспомнить порядок слов в тексте, не опираясь при этом на смысловые связи элементов. У некоторых больных проявилось снижение критичности, выразившееся в парадоксальных высказываниях, например: «Побелилась галка в серый цвет».

Испытуемыми из экспериментальной группы были допущены такие ошибки, как нарушения избирательности запоминания, персеверации элементов и звуковые замены слов. В контрольной группе подобных нарушений выявлено не было.

Основные различия в процентном соотношении допущенных ошибок заключались в большем вкладе типа «снижение продуктивности запоминания» в экспериментальной группе и типа «трудности удержания последовательности элементов» в контрольной.

Тест на запоминание 5 фигур был выполнен одинаково успешно испытуемыми обеих групп. 17 больных наркоманией и 19 здоровых испытуемых правильно воспроизвели все элементы после первого предъявления. Ни в одной из групп не было допущено персевераций элементов. В отличие от контрольной группы, испытуемые из экспериментальной группы сделали некоторое количество ошибок, связанных с истощаемостью мнестической деятельности и нарушением избирательности запоминания. Последнее проявлялось в привнесении при воспроизведении фигур-штампов (например, больные изображали трезубец вместо трех вертикальных линий с кружками на верхних концах и поделенных пополам горизонтальной линией).

Различия в распределении ошибок состояли в увеличении вклада типов «инактивность заучивания» в экспериментальной группе и типов «снижение продуктивности запоминания» и «трудности включения» – в контрольной.

Таким образом, исследование мнестических функций выявило у больных наркоманией значительные нарушения слухо-речевой памяти, проявляющиеся преимущественно в снижении продуктивности запоминания, трудностях удержания последовательности элементов и в нарушениях избирательности запоминания. В зрительной сфере нарушения мнестических функций были обнаружены только в сенсibilизированных условиях, т.е. при отсроченном воспроизведении большого объема материала, и проявлялись в пространственных ошибках и увеличении числа конфабуляций.

Изучение *речевых функций* показало значимые различия в результатах выполнения испытуемыми двух групп проб на спонтанную и автоматизированную речь, в пробе на понимание слов и логико-грамматических конструкций, а также в чтении и в ассоциативных тестах (табл. 5).

Таблица 5

Результаты нейропсихологического обследования речи у больных наркоманией и здоровых испытуемых

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	Группа К	Группа Э	Группа К
Спонтанная речь	13	3,2	0,44	0,1
Называние предметов	3,8	0,8	0,13	0,02
Автоматизированная речь	12	4,1	0,4	0,14
Понимание слов	7,1	1,1	0,24	0,04
Письмо	8,7	5	0,29	0,17
Чтение	12,8	1,6	0,43	0,05
Повторение серии слогов и слов	4,4	3,4	0,15	0,11
Понимание логико-грамматических конструкций	24,4	5	0,81	0,17
Свободные ассоциации	41,1	10,3	1,37	0,34
Грамматически опосредованные ассоциации	39	6,3	1,3	0,2
Семантически опосредованные ассоциации	45,5	4,6	1,51	0,15

Наибольшие расхождения были получены в результатах выполнения пробы на понимание логико-грамматических конструкций и в ассоциативных тестах.

В пробе на *спонтанную речь* у 2 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены нарушения плавности речи и у такого же числа испытуемых – неразвернутость высказываний и резонерство. В целом речь больных наркоманией отличалась некоторой замедленностью, бедностью словарного запаса и обилием «слов-паразитов»: «ну», «вот», «значит», «это» и т.д. У 4 больных проявились симптомы речевой аспонтанности. В контрольной группе данные расстройства отсутствовали.

По сравнению с экспериментальной группой в группе нормы встретилось меньшее количество типов ошибок, и основное место среди них занимали импульсивные ошибки (например, оговорки) и нарушения грамматического оформления высказывания.

Проба на *называние предметов* выполнялась одинаково успешно испытуемыми из обеих групп. 5 человек из экспериментальной группы и 1 – из контрольной допустили ошибки, относящиеся к типу «поиск номинаций». Данные нарушения проявлялись в увеличении латентного периода называния низкочастотных слов (например, «фуражка», «чернильница») или быстром переборе синонимов. У 2 человек больных наркоманией были выявлены парафазии, также допущенные при актуализации низкочастотных слов.

Проба на *автоматизированную речь* вызвала различные затруднения у 11 больных наркоманией и у 4 здоровых испытуемых. Наиболее типичными ошибками в обеих группах были нарушения порядка элементов в обратном речевом ряду (как правило, при назывании месяцев). В отличие от испытуемых из контрольной группы, у больных наркоманией также встречались ошибки при проговаривании речевых рядов в прямом порядке. Некоторые больные, допустив ошибку в обратном речевом ряду, сбивались, забывали инструкцию и переходили на называние элементов в прямом порядке. В целом у испытуемых из экспериментальной группы наблюдалось снижение скорости воспроизведения материала. В контрольной группе основной вклад в общее число нарушений внесли импульсивные ошибки.

В пробе на *понимание слов* у 5 больных наркоманией были обнаружены симптомы сужения объема акустического восприятия, которые, как правило, проявлялись в просьбах повторить предъявление стимульного материала или в пропусках 1–2 элементов серии (как правило, последнего). В контрольной группе данные нарушения были выявлены у 2 испытуемых. В экспериментальной группе встретились такие отсутствовавшие в группе нормы ошибки, как невоспроизведение последовательности элементов и замедленность понимания слов. Ни в одной из групп не было выявлено фонетических или семантических замен и персевераций при показе.

Как показывает анализ процентного соотношения различных ошибок, в экспериментальной группе ведущее место занимают пропуски слов, а в контрольной – импульсивные ошибки.

Наиболее распространенными ошибками в пробе на *письмо* в экспериментальной группе оказались пропуски букв или их деталей (например, недописанная буква «ш» в словосочетании «Мишина машина»). Данные нарушения проявлялись только при написании сложных фраз или словосочетаний из по-

хожих слов. У 3 больных наркоманией была выявлена сильная макрография. В контрольной группе были замечены только явления микрографии. Следует отметить различия в характере допущенных испытуемыми персевераций. В отличие от здоровых испытуемых, больные наркоманией оставляли ошибки без коррекции и не сразу обнаруживали их даже после замечания исследователя (например, «войсками командовал выдающимися полководец»).

Чтение сложных, редко встречающихся или неверно написанных слов вызвало разного рода затруднения у 9 больных наркоманией и у 2 здоровых испытуемых. Наиболее распространенными ошибками среди испытуемых из экспериментальной группы оказались паралексии, проявлявшиеся при чтении сложных слов со стечением согласных (например, «разбор» вместо «разброд»). При чтении длинных слов у больных появлялись персеверации и симптомы угадывания (например, «параллелепипед» в первом случае и «параллелограмм» вместо «параллелепипед» во втором). Несмотря на значимые различия в количестве штрафных баллов, полученных испытуемыми, процентное соотношение различных ошибок оказалось примерно одинаковым.

Пробы на *повторение* серий звуков и слов выполнялись одинаково успешно испытуемыми из обеих групп. Повторение скороговорок вызвало некоторые затруднения у 3 больных наркоманией и у 2 здоровых испытуемых. Наиболее частыми ошибками были неполное воспроизведение скороговорки и нарушения последовательности её элементов. У некоторых испытуемых данные типы ошибок сочетались (например, скороговорка «Сшит колпак не по-колпаковски...» произносилась как «Сшит колпак не по-колпаковски, и его никто не переколпакует»). По сравнению со здоровыми испытуемыми, у многих больных наркоманией наблюдалась замедленность повторения скороговорок.

В пробе на *понимание логико-грамматических конструкций* у 22 больных наркоманией были выявлены различные нарушения понимания квази-пространственных отношений, заключавшиеся как в ошибках интерпретации предъявленных конструкций, так и в увеличении латентного периода ответа или выбора картинок. Испытуемые не испытывали затруднений при выполнении простых инструкций, например нарисовать крест справа от круга или показать на картинке бочку перед ящиком. Но при усложнении проб больные показывали крайне низкие результаты. Особенно трудными для них оказались такие задания, как изображение креста справа от круга, но слева от треугольника, интерпретация конструкции с двойным отрицанием «Я не привык не подчиняться правилам» и пробы Бинэ. При работе с картинками некоторые больные допускали импульсивные ошибки, особенно в тех случаях, когда после правильного выбора картинки исследователь переформулировал задание. Например, если сначала требовалось показать бочку перед ящиком, а затем – ящик за бочкой, испытуемые, несмотря на то что речь шла об одной и той же картинке, импульсивно следовали за порядком слов в предложении и показывали изображение ящика перед бочкой.

Результаты выполнения *ассоциативных тестов* показывают, что в экспериментальной группе наибольшие сложности вызвали семантически опосредованные, а в контрольной – свободные ассоциации. У многих больных наркоманией при замедлении речевой активности наблюдалось значительное сужение словаря. Например, при назывании растений (семантически опо-

средованные ассоциации) испытуемые, как правило, ограничивались высокочастотными словами, такими как «елка» или «береза», и несколькими названиями трав, из которых производят наркотики, после чего дальнейшая актуализация понятий сопровождалась длительными паузами. В субтесте на свободные ассоциации у больных наркоманией сильнее всего проявилась инертность ассоциативных процессов. Многие испытуемые допускали повторы уже названных слов или высказывали побочные ассоциации, неадекватные заданию (например, на слово «время» больной отвечает следующими ассоциациями: «часы», «деньги», «комелек», «покупать» и т.д.). В субтесте на грамматически опосредованные ассоциации больные наркоманией часто вместо глаголов называли существительные, связанные по смыслу с предыдущим ассоциатом (например, «стоять», «бежать», «копать», «лопата»).

Основные различия в процентном соотношении ошибок состоят в наибольшем вкладе типа «инертность ассоциативных процессов» в субтесте на свободные ассоциации в экспериментальной группе и в его отсутствии в субтесте на семантически опосредованные ассоциации в контрольной группе.

Таким образом, при изучении речевых функций у больных наркоманией на первый план выступили такие нарушения, как замедление речевой активности и понимания обращённой речи, сужение словаря и объёма акустического восприятия, а также инертность ассоциативных процессов и трудности понимания логико-грамматических отношений.

В ходе исследования *интеллектуальных процессов* были обнаружены статистически значимые различия в результатах выполнения двумя группами всех тестов. Успешно справиться с заданиями смогли 18 здоровых испытуемых и только 3 больных наркоманией (табл. 6).

Таблица 6

Результаты нейропсихологического обследования интеллектуальной сферы у больных наркоманией и здоровых испытуемых

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Понимание смысла сюжетных картинок	35	4	1,18	0,12
Серийный счет	71	6	2,38	0,2
Решение арифметических задач	55,5	5	1,85	0,27
Четвертый лишний	48,5	4,5	1,62	0,15

Наибольшие затруднения у больных наркоманией вызвал серийный счёт. В контрольной группе хуже всего был выполнен тест на решение арифметических задач.

При анализе *сюжетных картин* самым распространенным нарушением у испытуемых из экспериментальной группы оказалось замедленное понимание их смысла. Больным требовались 1–2 подсказки или стимуляция внимания со стороны исследователя. У 2 испытуемых понимание смысла сюжетных

картин оказалось невозможным ни при каких видах помощи. Картина «Окно» у больных вызвала значительно большие затруднения, чем «Прорубь». В первом случае испытуемые допускали ошибки, когда пытались ответить на вопрос, кто из мальчиков разбил окно, или при интерпретации ситуации в целом (например, рассказ одного из больных звучал следующим образом: «В музее охранник поймал парня, который разбил рамку на портрете старушки, а другой парень за ними следит»). При анализе картины «Прорубь» таких грубых ошибок не встречалось, и нарушения понимания смысла заключались в неправильной интерпретации места действия (например, прорубь принималась за трещину, образовавшуюся из-за землетрясения). Здоровыми испытуемыми не было допущено ни одной ошибки при анализе данной картины.

Распределение ошибок свидетельствует о повышении вклада типа «замедленное понимание с подсказкой» в экспериментальной группе при преобладании в контрольной группе импульсивных ошибок.

В пробе на *серийный счёт* ни у кого из испытуемых не было выявлено симптомов первичной акалькулии. Наиболее распространенными нарушениями в экспериментальной группе были дезавтоматизированность счёта и забывание промежуточного результата. В конце задания, на фоне истощения, некоторые больные начинали считать на пальцах, в результате чего время выполнения теста значительно увеличивалось. Большинство испытуемых оставляли допущенные ошибки без коррекции или неоднократно переспрашивали исследователя, уточняя промежуточные результаты.

В отличие от экспериментальной группы, у здоровых испытуемых не было выявлено симптомов аспонтанности и дезавтоматизированности счёта.

Основными нарушениями при *решении арифметических задач* у больных наркоманией оказались импульсивность и невозможность составить алгоритм решения. Наибольшие затруднения вызвала задача про возраст отца и сына. У 5 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены симптомы аспонтанности. Данной категории больных на всех этапах решения задачи требовались дополнительная стимуляция внимания и организация их деятельности со стороны исследователя. В контрольной группе симптомов аспонтанности и трудностей составления алгоритма решения задач обнаружено не было.

Анализ процентного соотношения ошибок показывает преобладание в контрольной группе нарушений, связанных с импульсивностью.

В тесте «*четвертый лишний*» у 10 испытуемых из экспериментальной группы было обнаружено снижение процессов обобщения. У некоторых испытуемых происходил инертный перенос неправильного основания исключения лишнего предмета на другие картинки. В отличие от экспериментальной группы, у здоровых испытуемых не было выявлено симптомов инертности и аспонтанности.

В контрольной группе при значительно меньшем количестве ошибок наибольший вклад внесли импульсивные нарушения.

Таким образом, при исследовании интеллектуальных функций у больных наркоманией на первый план выступили трудности программирования умственной деятельности, снижение процессов обобщения и дезавтоматизированность счётных операций. Также у многих испытуемых, в отличие от контрольной группы, были выявлены симптомы инертности и аспонтанности.

Описание результатов исследования

Проведенное исследование показало адекватность нейропсихологического подхода к изучению последствий влияния хронического употребления героина на состояние высших психических функций. Анализ полученных данных выявил у большинства больных героиновой наркоманией заметные нарушения ВПФ. Так, в двигательной сфере у значительной части испытуемых были обнаружены трудности вхождения в задания, отмечались нарушения временных показателей движений, характеризующих активационную сторону психической деятельности, – это выражалось в снижении скорости, неравномерности выполнения заданий, быстрой истощаемости. У ряда больных отмечались ошибки, свидетельствующие о снижении контроля за отдельными операциями и возможности выработки и поддержания стабильного выполнения двигательной программы. У значительной части наркоманов наблюдались нарушения плавности движений, признаки инертности и тенденция к персеверациям. Многие больные испытывали затруднения при выполнении заданий, требующих пространственной организации движений.

Исследование процессов восприятия показало сохранность акустического гнозиса и выявило у больных героиновой наркоманией симптомы нарушений предметного, пространственного и сомато-сенсорного гнозиса, заключающиеся в ошибках распознавания пространственных признаков стимулов разной модальности и тенденции к фрагментарности восприятия. Изучение мнестической сферы обнаружило значительные нарушения слухоречевой памяти, проявляющиеся преимущественно в снижении продуктивности запоминания, трудностях удержания последовательности элементов и в нарушениях избирательности запоминания. Как правило, данные нарушения носили комплексный характер и проявлялись в различных звеньях мнестического процесса: как при непосредственном, так и при отсроченном воспроизведении; на различных уровнях смысловой организации – как при заучивании дискретных элементов, так и при воспроизведении материала, организованного по смыслу. В зрительной сфере нарушения мнестических функций были обнаружены только в сенсibilизированных условиях, т.е. при отсроченном воспроизведении большого объема материала, и проявлялись в пространственных ошибках и увеличении числа вpletений.

При исследовании речевых функций у больных героиновой наркоманией на первый план выступили такие нарушения, как замедление речевой активности и понимания обращенной речи, сужение словаря и объема акустического восприятия, а также инертность ассоциативных процессов и трудности понимания логико-грамматических отношений. Изучение интеллектуальной сферы испытуемых показало наличие трудностей программирования умственной деятельности, снижение процессов обобщения и дезавтоматизированность счетных операций. У многих больных были выявлены симптомы инертности и аспонтанности. У значительной части героиновых наркоманов наблюдалось сочетание нарушений динамических характеристик мыслительной деятельности с нарушениями функции программирования и контроля, а также с нарушениями операциональных аспектов мышления.

Анализ результатов выполнения нейропсихологических проб показал, что больные продемонстрировали показатели, близкие к нормативным, только

при выполнении тех заданий, когда требовалась первичная и непосредственная обработка слуховой, зрительной и тактильной информации: в тестах на оценку и воспроизведение ритмических структур, на повторение серий слогов и слов, на локализацию прикосновений, а также на запоминание простых фигур и называние предметов. Из сложных заданий, требующих комплексной переработки информации, больным удалось успешно выполнить только пробу на стереогноз и тест на письмо.

С целью итогового сравнения результатов экспериментальной и контрольной групп для каждой сферы психической деятельности был вычислен суммарный показатель E , представляющий собой сумму баллов по всем пробам, деленную на количество проб в данной сфере. Максимальные расхождения в результатах двух групп обнаружались в интеллектуальной сфере (табл. 7).

Таблица 7

Суммарные показатели (в баллах) состояния ВПФ испытуемых

Группа	Праксис	Гнозис	Память	Речь	Интеллектуальная сфера
Э	1,11	0,4	0,97	0,64	1,76
К	0,28	0,1	0,45	0,14	0,18

Определенное влияние на полученные в ходе экспериментально-нейропсихологического обследования результаты оказал метод подбора участников исследования, о чем упоминалось выше. При интерпретации наблюдаемых различий в состоянии ВПФ необходимо учитывать, что длительность и тяжесть токсического воздействия на ЦНС в экспериментальной группе уравнена. Поэтому можно говорить, что изменения психики, связанные с формированием церебро-астенического синдрома, изменениями общемозговой активности, находятся на приблизительно равном уровне.

Обращает на себя внимание тот факт, что в контрольной группе средние показатели состояния психических функций не превышают 0,5 баллов. В экспериментальной группе такой низкий показатель обнаружился только в гностической сфере. Интересно, что группа нормы также продемонстрировала в данной сфере самые высокие результаты. В целом у больных наркоманией наибольшие затруднения вызвали тесты на интеллект, а у здоровых испытуемых – на память.

Также стоит отметить, что усредненные штрафные баллы по сферам 1–5 у экспериментальной и контрольной группы отличаются только абсолютной величиной. Соотношение штрафных баллов внутри когнитивного профиля [79] остаются практически неизменными. Это указывает на то, что усреднение индивидуальных различий по типу нарушения ВПФ у больных позволяет определить среднюю величину когнитивного дефицита, связанного с формированием церебро-астенического синдрома.

Соотнесение выявленных нарушений с нейропсихологическими факторами показывает, что у большинства больных наркоманией вызвали затруднения задания, требующие программирования, регуляции и контроля произвольных действий в двигательной и интеллектуальной сферах. Значительное

число персевераций в двигательной и речевой сферах свидетельствует о нарушении фактора кинетической организации движений и действий. Также у больных наркоманией наблюдались трудности межполушарного взаимодействия, выявленные в пробе на реципрокную координацию. Поскольку данные симптомы относятся к «лобным» факторам, можно сделать вывод о снижении функций префронтальной области *лобных долей* у героиновых наркоманов.

У значительной части испытуемых из экспериментальной группы были обнаружены нарушения пространственного фактора, проявлявшиеся в двигательной сфере в виде ошибок в пространственной организации движений в пробах Хэда, в пробе на перенос поз, в рисунке и при конструировании из кубиков Коса; в гностической сфере – в виде ошибок распознавания пространственных признаков стимулов разной модальности, в вербальной сфере – в виде трудностей понимания логико-грамматических отношений. Так как данные нарушения во многих случаях имели комплексный характер и не сочетались с нарушениями регуляции психической деятельности, их можно расценивать как проявления снижения функций *теменно-височно-затылочной области*.

Третьим типом нарушений, обнаруженным у многих больных наркоманией, оказался симптомокомплекс, характерный для поражения структур *верхних уровней первого функционального блока головного мозга, со вторичной дисфункцией медиобазальных отделов лобных долей по типу недостаточности активизирующих подкорково-корковых связей*. Основные расстройства заключались в общем снижении тонуса психической деятельности, проявлявшемся в повышенной истощаемости, замедлении двигательной, речевой и интеллектуальной активности, в снижении продуктивности запоминания и нарушениях его избирательности и в увеличении числа вплетений. По данным наблюдения, на первый план также выступали значительные нарушения эмоционально-личностной сферы испытуемых, изменения поведения и явления расторможенности влечений. Как известно, мишенью действия опиатов служат лимбическая область и гипоталамус. Возникновение данного симптомокомплекса у больных наркоманией можно объяснить тесными связями этих образований с нижележащими структурами и с медиобазальными отделами лобной области.

Комплексный качественный и количественный анализ результатов больных наркоманией позволил выделить среди них три подгруппы. В первую подгруппу вошли больные с преимущественно *«лобной» симптоматикой* – 35% (10 человек). Основными нарушениями этой группы больных были симптомы аспонтанности в различных сферах, трудности выработки двигательной программы в динамическом и конструктивном праксисе, а также интеллектуальной программы при решении арифметических задач, тестов на обобщение и серийный счет. У многих больных были выявлены персевераторные нарушения. В гностической и мнестической сферах наблюдались симптомы нарушения избирательности психической деятельности, состоявшие в лёгком образовании отвлекающих побочных ассоциаций. В то же время ассоциативные тесты выявили у данной категории больных заметные затруднения, проявлявшиеся в замедлении речевой активности, сужении объёма акустического восприятия и инертности ассоциативных процессов. У многих больных из этой подгруппы были выявлены пространственные

нарушения в пробах Хэда, в пробах на праксис позы и перенос поз, в тесте на понимание логико-грамматических конструкций и в конструктивном праксисе. Все эти расстройства носили вторичный характер вследствие повышенной импульсивности, снижения критичности и нарушения регуляции деятельности в целом. Указанные расстройства, как правило, протекали на фоне повышенной истощаемости и снижения общей работоспособности, что позволяет говорить о нарушении функций неспецифических структур головного мозга, отвечающих за активационное обеспечение психической деятельности. Следует также отметить, что больные данной подгруппы выделялись среди остальных испытуемых наиболее грубой симптоматикой, проявляющейся не только в условиях обследования, но и во всех сферах их жизнедеятельности.

Вторую подгруппу составили больные с симптомами нарушения *теменно-височно-затылочной области* – 25% (8 человек). У больных не было обнаружено perseverаций, трудностей вхождения в задания и снижения критичности к собственной деятельности. Они достаточно успешно выполняли пробы на динамический праксис и реципрокную координацию, речевые пробы и тесты на запоминание различного материала. Но задания, связанные с анализом пространственных признаков зрительных и тактильных стимулов, выявили у данной подгруппы большое количество ошибок. Значительные трудности у испытуемых возникали при интерпретации логико-грамматических конструкций. У некоторых больных в пробе на узнавание наложенных, перечеркнутых и недорисованных изображений были выявлены тенденции к фрагментарности восприятия. Многие испытуемые допускали ошибки в тестах на запоминание и в пробе на повторение скороговорок и серий слов, связанные с нарушениями воспроизведения порядка стимулов. Кроме того, у большинства испытуемых наблюдались колебания работоспособности и общая истощаемость, что указывает на заинтересованность структур первого функционального блока головного мозга. Несмотря на большую сохранность психической деятельности, по сравнению с первой подгруппой, у данных больных также были выявлены интеллектуальные нарушения, заключающиеся в снижении уровня обобщения при выполнении теста «четвёртый лишний», при анализе сюжетных картин и при решении арифметических задач.

В третью подгруппу вошли больные с нарушениями *диэнцефальных, лимбических структур и медиобазальных отделов лобной области*, входящих в состав первого функционального блока головного мозга – 40% (12 человек). На первый план у данных больных выступили нарушения слухо-речевой памяти, состоявшие в сужении объема акустического восприятия и непосредственного запоминания, флуктуациях мнестической деятельности и наличии явлений «плато», в крайне низком объеме отсроченного воспроизведения слухо-речевого материала (3–4 слова из 10), увеличении числа вплетений и контаминации групп стимулов и в повышенной истощаемости в пробе на реципрокную координацию, в графической пробе и в ассоциативных тестах. Симптомы истощаемости проявлялись у испытуемых на всех этапах обследования и заключались в значительном снижении умственной работоспособности после 30–40 минут работы. В отличие от других больных, данная подгруппа показала более высокие результаты при анализе сюжетных картин и решении арифметических задач. Но выполнение серийного счёта и методики

«четвёртый лишний» выявило такое же количество нарушений, как в первой подгруппе.

Эмоционально-личностные нарушения у больных наркоманией, разумеется, не были предметом данного исследования, однако у испытуемых из третьей подгруппы наблюдались такие изменения, как резко сниженный фон настроения со вспышками негативизма, элементы резонёрства в речи, манерность и нарушения дистанции в общении с исследователем. Многие больные жаловались на периодически возникающие чувство страха, близкое к панике, и суицидальные мысли. У части обследованных наркоманов в анамнезе были попытки самоубийства, случаи агрессивного поведения с применением силы по отношению к друзьям, родственникам или посторонним людям.

Поскольку данные симптомокомплексы были выявлены у больных героиновой наркоманией через несколько месяцев после прекращения интоксикации, можно говорить о достаточно стойких и труднообратимых нарушениях функций головного мозга. Данное предположение подтверждается фактами, полученными исследователями при изучении локальных изменений плотности мозгового вещества с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, в результате которого было обнаружено, что при хронической героиновой зависимости наблюдается разная степень мозговой атрофии в лобной и теменной коре больших полушарий [20]. Присутствие в каждом из выявленных синдромов симптомов нарушения функций структур, входящих в *неспецифическую систему головного мозга*, – диэнцефальных отделов, лимбической системы и *медиобазальных отделов лобной области* можно объяснить изменениями общемозговой активности, связанными с токсическим поражением ЦНС.

Полученные в исследовании результаты соответствуют литературным данным о нарушении интеллекта, критичности мышления, о выраженных симптомах истощаемости и снижения работоспособности у героиновых наркоманов.

Однако нами были выявлены специфические нарушения ВПФ в пределах группы больных, уравненных по длительности заболевания и тяжести неврологического состояния. Это (в сочетании с данными, описанными в главе 2) позволяет нам поднять вопрос о личностных детерминантах различных типов нарушениях ВПФ у больных героиновой наркоманией.

С точки зрения Ф.В. Бассина [120, с. 6], дефектом определения типологических особенностей на основе учета характеристик нервных реакций является отвлечение от параметра субъективного «значения», от аффективно-смысловой стороны ситуаций. Хорошо известно, что в ситуациях, разных по их субъективному «значению», при формах деятельности, разных по их мотивации, лица, сходные по физиологическим характеристикам, могут проявлять себя очень по-разному и, наоборот, сходное поведение можно при определенном сходстве мотивации наблюдать у лиц, которые по физиологическим характеристикам, выявленным в лабораторных условиях, оказываются имеющими мало общего.

Поэтому необходимой представляется интерпретация данных нейропсихологического обследования больных героиновой наркоманией с позиций общей психологии и психологии личности. Нейропсихологическая диагностика, проводящаяся в тандеме «психолог – пациент», выявляет индивидуальные различия в осуществлении *деятельности*. Если учесть, что по неврологическому статусу экспериментальная группа была выровнена, выявленные раз-

личия в операциональном оформлении выполнения проб могут определяться в том числе и различиями в процессах порождения мотива, постановки цели и развертки целенаправленной деятельности (по Л.С. Цветковой [140], эти факторы входят в структуру произвольной регуляции личности и обеспечиваются работой лобных долей мозга). Таким образом, нейропсихологическая диагностика позволяет, опираясь на данные исследования познавательных процессов, характеризовать обследуемого на всех уровнях триады «индивид – личность – индивидуальность» (А.Г. Асмолов).

Участники проведенного исследования – больные наркоманией во второй стадии развития болезни, находящиеся при этом в состоянии ремиссии, – пребывают в критической жизненной ситуации: с одной стороны, существует компульсивная потребность в употреблении наркотика, получении физиологического удовлетворения, с другой – дальнейшее употребление наркотиков ведет к разрыву социальных связей, утрате отношений с близкими, усугублению физического нездоровья. Поэтому адекватным представляется привлечение концепции переживания критических ситуаций, предложенной Ф.Е. Василюком (табл. 8).

Таблица 8

Личность в критических ситуациях – стресс, фрустрация, конфликт, кризис (по Ф.Е. Василюку [42])

Отнолическое поле	Тип активности	Внутренняя необходимость	Нормальные условия	Тип критической ситуации
«Витальность»	Жизнедеятельность организма	Удовлетворение «здесь и теперь»	Непосредственная данность жизненных благ	Стресс
Отдельное жизненное отношение	Деятельность	Реализация мотива	Трудность	Фрустрация
Внутренний мир	Сознание	Внутренняя согласованность	Сложность	Конфликт
Жизнь как целое	Воля	Реализация жизненного замысла	Трудность и сложность	Кризис

Каждой «форме жизни», по Ф.Е. Василюку, соответствует *особый тип переживания – жизненный мир*.

1. Внутренне простой и внешне легкий (инфантильный) жизненный мир основывается на стремлении к немедленному («здесь и теперь») удовлетворению единственной («это – всегда») своей потребности. Норма этого мира – полная удовлетворенность, поэтому жизнь обитающего в нем существа сведена к непосредственной витальности и подчиняется принципу удовольствия. Малейшая боль или неудовлетворенность воспринимается как глобальная и вечная катастрофа.

2. Внутренне простой и внешне трудный (реалистический) мир. Здесь главным «органом» жизни обитающего существа становится предметная деятельность, оснащенная психикой. Чтобы быть успешной, деятельность должна сообразоваться с внешней реальностью, и потому наряду с *принци-*

пом удовольствия здесь появляется принцип реальности, который становится главным законом этого мира. Поскольку принцип удовольствия с требованием удовлетворения «здесь и теперь» при этом не исчезает из состава мира, то в нем формируется фундаментальный механизм «терпения-надежды», призванный контролировать аффекты во время неизбежных отсрочек в удовлетворении потребностей.

3. Внутренне сложный и внешне легкий (ценностный) мир. Основная проблематичность жизни внутренняя (какую цель поставить? ради чего действовать?). Здесь «органом» выступает сознание, предназначение которого – согласование и сопряжение различных жизненных отношений. Внутренняя цельность – главная жизненная необходимость этого мира, а единственный принцип, способный согласовывать разнонаправленные жизненные отношения, – это принцип ценности.

4. Внутренне сложный и внешне трудный (творческий) мир. Главная внутренняя необходимость субъекта – воплощение идеального надситуативного замысла своей жизни в целом. Эту задачу приходится решать на материале конкретных ситуативных действий в условиях внешних затруднений и постоянно возобновляющихся внутренних рассогласований. По своей сути такая задача является творческой, поэтому и данный тип мира назван творческим. Для жизни в нем наряду психикой, деятельностью и сознанием необходим новый «орган» жизнедеятельности – это воля.

«Чистых» типов жизненного мира практически не встречается. Чем больший вес в мироощущении имеет инфантильная установка («удовлетворение здесь и теперь»), тем больше вероятность, что любой стресс для человека, живущего в «мире № 1», превращается в жизненный кризис. Таким образом, в зависимости от типа жизненного мира тот или иной тип критической ситуации становится преобладающим среди переживаний личности.

По мнению В.В. Столина [113, с. 140], смысл Я порождается как отношение к мотиву или цели релевантных их достижению качеств субъекта и оформляется в самосознании в значениях (когнитивный аспект) и эмоциональных переживаниях (эмоциональный аспект). Смысл Я, таким образом, и есть единица самосознания. Как единица самосознания, смысл «Я» содержит когнитивную, эмоциональную и отношенческую компоненты, он связан с активностью субъекта, происходящей вне сознания, т.е. с ее социальной деятельностью.

Смысл Я возникает в результате соотнесения собственных свойств с мотивом деятельности. Расширяются связи человека с миром, расширяется его мотивационная сфера – возникает множественность смыслов Я. Если представить себе эту совокупность смыслов Я вне факта реального пересечения деятельностей субъекта, то будет ли в сознании «наведен порядок», т.е. будут ли собственные свойства и их смыслы объединены в целостную и непротиворечивую картину (Я-образ), или подобраны под взятый «напрокат» эталон, или они будут слабо структурированы, разобщены – всё это будет представлять собой лишь формальные и несущественные для деятельности субъекта характеристики. Если бы деятельности никогда не пересекались, т.е. не существовало бы действий с конфликтным смыслом и каждая деятельность проходила бы в своем собственном измерении, то справедливым оказалось бы утверждение Джеймса: человек имеет столько социальных личностей, «сколько имеется различных групп людей, мнением которых он дорожит».

Т. Шибутани [120, с. 101] утверждает, что один из способов примириться с низким уровнем собственного достоинства – это бегство от самого себя. Человек может избегать ситуаций, обнажающих его чувство неполноценности. Некоторые сами себя изолируют, цинично высмеивая тех, кто еще продолжает бороться. Другие прибегают к алкоголю или наркотикам, находя временное облегчение в опьянении.

Можно сказать, что учитывая динамизм строения критической ситуации, включенности в ее структуру в разной пропорции всех типов критической ситуации, можно говорить, что больные с лобным синдромом – это тип внешне и внутренне простого жизненного мира (установка на удовлетворение «здесь и сейчас»), а группа больных с дисфункцией зоны ТРО – наиболее сложного типа мира. И действительно, если проанализировать ситуацию переживания больного наркоманией в состоянии ремиссии, он сталкивается:

а) с физиологическим стрессом – последствиями синдрома отмены, церебростений и т.д.;

б) с перекрещенными фрустрациями (у группы диэнцефально-медиобазально-лобной патологии) – поведение организовано мотивом (сохранение целостности Я), но утрачен произвольный контроль за ним – феномен «готовности к внешнему контролю» – и конфликтом (дисфункция зоны ТРО) – несовместимость мотивов осознается и происходит попытка «примирения» мотивов, компенсации дефекта.

Кризис как невозможность реализовывать жизненные устремления и ценности в целом характерен для всех групп больных, однако в зависимости от наиболее выраженного «сопровождающего» уровня критической ситуации (стресс, фрустрация, конфликт) кризис разрешается путем: а) отказа от структуры Я, переориентации исключительно на гедонистическую установку кайфа (лобные), б) отказа от самостоятельности в структуризации Я, готовности принять внешний эталон (программу действий), в) реинтеграции Я в новых условиях существования (объективно наблюдаемый когнитивный дефицит).

Учитывая, что симптомы нарушения схемы тела наиболее выражены у больных с лобным синдромом, можно говорить о нарушениях самосознания по типу слабости структуры и дезорганизации личности.

Таким образом, можно сказать, что данные нейропсихологического обследования подтвердили данные психиатров о ведущем месте *дереализационно-деперсонализационного комплекса* в структуре личностных нарушений у больных героиновой наркоманией. Можно предположить, что степень выраженности нарушений личности и, как следствие, ВПФ связано с установкой больного на сохранение целостности Я.

По данным Л. С. Цветковой [140], щадящая установка больного, вживание в ситуацию болезни служит одним из механизмов не только фиксации патологических изменений ВПФ вследствие поражения мозга, но и формирования новых патологических симптомов. Поэтому можно говорить о взаимодополняемости психотерапевтических методов, направленных на изменение личностной установки и методов нейропсихологической реабилитации в комплексной реабилитации больных героиновой наркоманией.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**.

1. Проведенное исследование показало адекватность нейропсихологического подхода к изучению влияния последствий злоупотребления героином на состояние высших психических функций. Нейропсихологический подход

может быть использован для решения дифференциально-диагностических задач в клинике наркомании, а также может служить основанием для рекомендаций по реабилитации больных героиновой наркоманией.

2. У больных героиновой наркоманией выявлены три основных типа синдромов:

- синдром нарушения функций медиобазальных отделов лобной области в сочетании с дисфункцией диэнцефально-лимбических структур;

- синдром нарушения функций теменно-височно-затылочных отделов коры головного мозга;

- синдром дисфункции конвекситальных отделов лобной области коры головного мозга.

3. Тип нарушения ВПФ у конкретного больного может определяться в значительной степени наличием установки на сохранение целостности Я.

В заключение попытаемся обобщить полученные результаты. Во-первых, использованный в обеих эмпирических главах методический аппарат показал свою конструктивность, более того, учитывая относительную компактность ассоциативных методов исследования, они вполне могут дополнить нейропсихологическое обследование больного без существенного interfering влияния на его результаты. Само нейропсихологическое обследование, проводившееся нами по несколько сокращенной схеме (по варианту одной из разработанных Л.С. Цветковой экспресс-методик для другой возрастной группы из аналогичных соображений – повышенная утомляемость исследуемого/недостаток времени), также может в дальнейшем претерпеть изменения. Очевидно, что наибольшие различия по суммарным показателям в баллах выявлены в интеллектуальной и двигательной сферах, в то же время, например, по восприятию отличия больных наркоманией и здоровых испытуемых незначительны.

Возможно, для первичной диагностики достаточно использовать интеллектуальные и двигательные пробы, хорошо выявляющие когнитивный дефицит больного, сочетая их с ассоциативными методиками, характеризующими нарушения в сфере структурирования внутреннего опыта (например, по величине коэффициента семантизации, по сужению семантических полей, по применению специфических стратегий актуализации ассоциаций). Это позволит сократить общее время обследования примерно до 35–40 минут, оставив большую часть нейропсихологических проб и опросные методы (такие например, как метод исследования самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева) для стартовых занятий реабилитационного периода.

Во-вторых, проведенные достаточно независимо эмпирические исследования дали согласующиеся между собой результаты, что не может не обнадеживать в плане дальнейшей разработки гипотезы о влиянии установки больного на выраженность когнитивного дефекта. С одной стороны, показан дефицит произвольной регуляции ассоциативного процесса у больных героиновой наркоманией, который (на другой выборке больных) косвенно находит подтверждение в виде выделения синдромов дисфункции конвекситальных отделов лобной области и медиобазальных отделов лобных долей. С другой стороны, высказано предположение о соотношении выделенных нейропсихологических синдромов с разными типами «жизненных миров», по Ф.Е. Василюку, что находит подтверждение в материалах второй главы – в виде факторов ассоциаций, связанных с лечением и переживанием критической ситуации, отсутствующих в контрольной группе.

Глава 4

ХРОНИЧЕСКИЕ АЛКОГОЛИКИ: НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И САМОСОЗНАНИЯ

В последние годы в России наблюдается стремительный рост заболеваемости алкоголизмом и наркоманией. По оценкам Министерства здравоохранения и социального развития, не менее 3 млн россиян (2% населения) больны хроническим алкоголизмом, еще до полутора-двух миллионов – наркоманы [148]. Большинство из них еще не достигли 40 лет, т.е. эти люди относятся к наиболее социально активной части общества.

Также сильно обострилась проблема ранней алкоголизации за счет употребления так называемых слабоалкогольных напитков и коктейлей, пива, которые активно пропагандируются среди отнюдь не маргинальных слоев, а среди «продвинутой» молодежи, студенчества. В настоящий момент среднегодовое употребление чистого алкоголя на душу населения в России составляет около 18 литров, т.е. одним из самых высоких в мире.

При этом все авторы указывают, что хронический алкоголизм и наркомания резко сокращают продолжительность жизни за счет различных факторов – это и рискованное поведение, и бытовой травматизм, и сердечно-сосудистые и онкологические заболевания...

Алкоголизм предшествует 50% дорожно-транспортных нарушений, 50 – убийств и 25% самоубийств. В результате цирроза печени и целого ряда провоцируемых алкоголизацией общесоматических заболеваний средняя продолжительность жизни больных укорочена на 10 лет по сравнению со здоровым населением. Больные алкоголизмом имеют такой же риск суицида, как и депрессивные больные, 15% из них завершают таким образом свою жизнь [56]. За последнее десятилетие наблюдается повсеместный рост алкоголизма, особенно среди молодёжи и женщин. По оценке разных авторов, в различных странах алкоголизмом страдает 3–5% населения, а в странах, которые принято называть винодельческими (Франция, Италия), – до 8–10% [58].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), проведя исследования, пришла к выводу, что алкоголизм становится причиной смерти в состоянии опьянения при заболеваниях сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, печени, почек, травмах. Алкоголь, попадая в организм человека, растворяется в клетках головного и спинного мозга, из-за чего поражается Центральная нервная система (ЦНС), развивается острая алкогольная интоксикация [68].

Несмотря на повышенное внимание исследователей в последние десятилетия, многие аспекты такой важной медико-психологической проблемы, как алкоголизм всё ещё далеки от своего разрешения. Особенно неоднозначна

оценка изменений личности и высших психических функций, формирующихся под влиянием длительного употребления алкоголя. Ядром психических нарушений, возникающих вследствие алкогольной зависимости, считается нарушение личности по асоциальному типу. Б.С. Братусь [18], изучавший нарушение личности при хроническом алкоголизме, ввел понятие «алкогольная личность», указывая на особое сочетание изменений в когнитивной и мотивационной сферах, свойственное этому заболеванию. Вместе с тем состояние самосознания больных алкоголизмом, и в особенности связь структур их самосознания с когнитивными процессами до настоящего момента подробно не изучались, имеются лишь описательные исследования.

Изменение психики человека, связанное с алкоголизацией, отражается на его поведении. Человек становится некритичным, вспыльчивым, раздражительным [6, 39, 97].

Ряд прозванных исследований в парадигме когнитивных наук, в частности работа П.А. Понизовского [56], позволили дать более точную характеристику когнитивному статусу больных алкогольной зависимостью. Отметим также работу Г.И. Дереча [56], которая выявила у больных алкогольной зависимостью выраженные нарушения памяти, интеллекта, мышления. Выяснилось, что длительное токсическое воздействие приводит к возникновению ряда чётко дифференцируемых синдромов дисфункций областей головного мозга. Однако в первую очередь интересен полный синдромальный анализ нарушений ВПФ у больных алкогольной зависимостью.

1. Алкогольная зависимость: особенности формирования и протекания

При определении алкоголизма С.С. Корсаков в 1901 г. разграничивал понятия «алкоголизм» и «пьянство». Клиническая картина алкоголизма рассматривалась им в динамике.

Согласно определению ВОЗ, к страдающим алкоголизмом относятся те лица, у которых пристрастие к алкоголю привело к выраженным психическим расстройствам или вызвало как психические, так и соматические нарушения, изменило взаимоотношения с коллективом и причинило ущерб общественным и материальным интересам самих этих лиц [63, с. 277].

Клиническое развитие алкоголизма можно констатировать при наличии комплекса характерных симптомов: патологическое влечение к алкоголю, сформированный абстинентный синдром и последствия токсического влияния на психическую (алкогольное изменение личности) и нервно-соматическую сферы [55].

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость трудно поддаются лечению, так как многие алкоголики отказываются признавать, что они больны (алкогольная анозогнозия), или не обращаются за помощью прежде чем опускаются на «дно», а многие из тех, кто всё-таки начинает лечиться, прерывают терапию до её завершения [72].

Предвестником алкоголизма является потеря чувства отвращения к спиртному, даже при его передозировке. На второй стадии болезни организм так привыкает к постоянному увеличению доз алкоголя, что начинает выдержи-

вать его в количествах, в 2–4 раза превышающих начальные дозы. В тяжёлых случаях это превышение достигает 8–10 раз. Так, если в начале для достижения опьянения алкоголику достаточно 150–200 г водки, то в дальнейшем для получения такого же эффекта необходимо 800–1000 г. Уже в начальной стадии алкоголизма приём алкоголя становится систематическим. У каждого алкоголика вырабатывается свой ритм: ежедневно, по определённым дням недели или месяца (зачастую в соответствии с графиком получения денег), или в виде протяжённых запоев. Последнее характерно уже для поздних этапов заболевания, обмен веществ необратимо нарушен, устойчивость к спиртному стремительно падает, и алкоголики начинают пьянеть от доз, которые раньше не вызывали у них даже легкого опьянения.

Традиционно распространено деление алкоголизма на три стадии: начальную, среднюю и конечную. Каждая стадия характеризуется типичными для неё симптомами и синдромами.

Начальная (неврастеническая) стадия (преклинический этап заболевания). Признаки начальной стадии алкоголизма отличают алкоголизм от бытового пьянства.

Один из ранних и существенных признаков начальной стадии алкоголизма – формирование патологического влечения к алкоголю, носящее навязчивый характер, признак снижения, а затем утраты контроля за количеством употребленного. Начальным симптомом алкоголизма становится утрата защитного рвотного рефлекса. Изменяется толерантность к алкоголю – наблюдается её повышение, способность принимать всё большие дозы спиртных напитков.

Уже в начальной стадии алкоголизма могут иметь место симптомы расстройства памяти, заключающиеся в невозможности больных воспроизвести определённые детали и события.

У части больных меняется характер алкогольного опьянения: они становятся злобными, навязчивыми, обидчивыми, нередко подозрительными [94].

Все эти симптомы психопатологических расстройств возникают и существуют на фоне нарастающего и углубляющегося астенического синдрома. Основные его проявления: вялость, слабость, быстрая утомляемость, расстройство внимания, истощаемость интеллектуальных процессов и головные боли. Всё это приводит к тому, что у больных снижается качество работы, рано возникает и нарастает расстройство сна, появляются и становятся постоянными раздражительность и беспричинная вспыльчивость, конфликты с окружающими.

На этой стадии суточная доза спиртных напитков достигает одного литра крепкого вина или 400–500 мл водки.

Длительность первой стадии алкоголизма в среднем составляет от 1 года до 5 лет, в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем.

Средняя (абстинентная) стадия (сформировавшийся этап заболевания). Средняя стадия алкоголизма характеризуется усилением патологического влечения к алкоголю, которое приобретает характер непреодолимости, насильственности. Больной уже не пытается бороться с возникшим желанием выпить, а пассивно подчиняется ему [12].

Симптомы, свойственные начальной стадии алкоголизма, не исчезают, а усиливаются или претерпевают те или иные изменения: формируется аб-

стинентный синдром. При абстинентном синдроме наблюдается ряд выраженных психических расстройств: фон настроения снижается, становится тоскливо; больные раздражительны, иногда злобны, подозрительны, испытывают немотивированные страхи [28].

Толерантность к алкоголю в средней стадии повышается, достигает своего предела, и может не меняться годами. Суточная доза достигает 1,5–2 литров (иногда и более) водки. Отмечается дальнейшее изменение картины алкогольного опьянения. Настроение в состоянии опьянения приобретает всё более раздражительно-злобный характер со склонностью к агрессии по отношению к окружающим.

Сочетание непреодолимого влечения к алкоголю с утратой количественного контроля и абстинентным синдромом обуславливает изменение формы пьянства. На этой стадии больной пьёт практически ежедневно. Могут быть псевдозапой (периоды злоупотребления алкоголем от нескольких дней до 2–3 недель) – больной прекращает пить по социальным мотивам до следующего запоя. Личность больного деградирует, нарастает эгоизм. Для получения средств на выпивку игнорируются интересы семьи, коллектива, общества. Всё более ухудшаются внимание, память. Мышление становится однообразным. Грубое нарушение волевых процессов: клятвы, обещания прекратить пить тут же забываются. Отсутствие чувства вины перед окружающими. Все прежние интересы утрачиваются. На этой стадии алкоголизма нередко возникают острые алкогольные психозы. Продолжительность этой стадии 3–5 лет.

Конечная (энцефалопатическая) стадия. Эта стадия характеризуется дальнейшим видоизменением и утяжелением симптомов предшествующих стадий алкоголизма и проявлением новой симптоматики [18].

Влечение к алкоголю приобретает характер более умеренного, теряет тягостный характер, становится менее навязчивым. Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате невыраженных, мелких по своей значимости, психогенных факторов. Вместе с тем даже небольшая доза алкоголя приводит к безудержному алкогольному влечению.

Толерантность к алкоголю резко снижается – состояние опьянения возникает от более малых доз алкоголя по сравнению с начальной и средней стадиями заболевания: выпивается в среднем 150–200 мл водки, после чего у больного возникает выраженное и длительное опьянение. При приёме больших доз спиртных напитков наблюдается состояние оглушения и сопора.

Абстинентный синдром на этой стадии алкоголизма отличается большой продолжительностью, более выраженными вегето-сосудистыми и соматическими компонентами и неврологическими расстройствами [63].

Для энцефалопатической стадии алкоголизма характерны постоянные, ежедневные злоупотребления дробными дозами алкоголя (до 150 мл через несколько часов).

На этой стадии алкоголизма наиболее выражена алкогольная деградация личности. Больные алкоголизмом теряют морально-этические нормы поведения. Все побуждения сосредоточиваются только на «выпивке». Нарастают и углубляются формирующиеся на средней стадии алкоголизма мнестико-интеллектуальные расстройства. Происходит обеднение всей психической деятельности. Падает работоспособность, больные в состоянии выполнять только неквалифицированную работу.

Для конечной стадии алкоголизма характерны хронические алкогольные психозы [27], к которым относятся: патологическое опьянение, алкогольный делирий (белая горячка), болезнь Корсакова–Вернике, энцефалопатия, галлюцинозы, бредовые психозы [52 с. 188].

При систематическом приёме алкоголя возможно развитие алкогольной депрессии с суицидальными попытками [53].

Неврологические нарушения при алкоголизме встречаются довольно часто и носят разнообразный характер. Они захватывают головной мозг (алкогольная энцефалопатия) и периферическую нервную систему (алкогольная полиневропатия). Эти расстройства чаще всего выявляются у лиц в возрасте 35–50 лет, в основном в хронической 2-й и поздней 3-й стадиях алкоголизма [28].

А.Я. Данилевский обратил внимание, что наивысшая концентрация алкоголя всегда отмечается в нервных клетках головного мозга [12].

После приема алкоголя появляется реакция на него, прежде всего со стороны ЦНС. Сначала поражается кора головного мозга, затем подкорковые области, спинной мозг и в последнюю очередь жизненно важные центры продолговатого мозга [18].

Различают три стадии действия алкоголя на ЦНС. Первая стадия – возбуждение, вторая – угнетения ЦНС, третья стадия – наркоза [53].

По мере развития алкогольной интоксикации нарушается динамика корковых процессов, т.е. возбуждения и торможения, расстраиваются правильные взаимоотношения между корой и подкорковыми областями. Когда нарушения со стороны коры и подкорки достигают значительной степени, наступает выраженное алкогольное опьянение.

Мужской алкоголизм встречается в 5–6 раз чаще, чем женский, именно поэтому изучение ВПФ при алкоголизме в данной работе будет проведено преимущественно на выборке мужчин.

2. Алкогольная зависимость: особенности состояния высших психических функций больных

В XX в. впервые стали применять методы экспериментальной психологии при изучении клиники алкоголизма. Первые исследования носили в основном описательный характер, нередко использовались лишь наиболее простые методики для выявления психических нарушений. Авторы главным образом описывали специфические для алкоголизма нарушения отдельных психических функций без их анализа и учёта характерных для алкоголизма личностных изменений [117].

Попытки систематики алкоголизма предпринимали уже первые исследователи, изучая клинику этого заболевания. Более столетия критерием её служили формы потребления спиртных напитков. В работах более позднего времени стала очевидной тенденция выявления этапов и форм развития заболевания. В отечественной литературе наиболее полная систематика алкоголизма была разработана в конце XIX в. Однако в ней лишь отчасти учитывались принципы течения заболевания [117].

Определённо подчеркивали динамику развития заболевания В.П. Первущин (1901), Ф.Е. Рыбаков (1907), С.А. Суханов (1914), но в систематике они

основывались больше на формах потребления спиртного. Прогрессирующий характер алкоголизма подчеркивали и другие выдающиеся русские психиатры – С.С. Корсаков, В.Н. Сербский, В.М. Бехтерев [117].

Дальнейшие экспериментальные исследования последствий алкогольной интоксикации велись в различных направлениях. Наиболее существенные из них следующие: изучение влияния хронического потребления алкоголя на нервную деятельность (И.П. Павлов и представители его школы) [8]; экспериментальное изучение отдельных сторон психической деятельности в состоянии алкогольного опьянения [117].

Способность человека критически оценивать своё состояние рассматривается как один из основных показателей нормального течения психических процессов [65, 129].

Применительно к алкоголизму анозогнозия понимается как непризнание больным факта зависимости от алкоголя, игнорирование очевидных признаков заболевания, препятствующих своевременному обращению за медицинской помощью и ведущих к отказу от проведения противоалкогольного лечения. На отсутствие критичности больных алкоголизмом к злоупотреблению спиртным указывали многие авторы (Э. Крепелин, 1898; С.С. Корсаков, 1901; В.П. Сербский, 1912; С.Г. Жислин, 1965; И.И. Лукомский, 1969).

В настоящее время существуют два основных подхода к трактовке алкогольной анозогнозии: не критичность больных рассматривается как проявление мнестико-интеллектуального снижения, обусловленного прогрессирующей алкогольной энцефалопатией (И.И. Лукомский, 1960; А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая, 1973; П.Г. Сметанников, 1987), либо как проявление защитных психологических механизмов (Б.С. Братусь, 1974; Э.Е. Бехтель, 1986; Л.И. Вассерман с соавт., 1993; О.В. Баранова, 2005 и др.) [112].

Авторы, стоящие на компромиссной позиции, относят формирование алкогольной анозогнозии к действию комплекса органических и психогенных факторов (И.В. Стрельчук, 1973; И.В. Бокий, Б.М. Гузиков, 1979 и др.) [112].

Представляет интерес изучение явлений обратимости мнестической недостаточности на разных стадиях болезни, предпринятое В.А. Худиком (1980, 1983). Снижение интеллектуально-мнестической деятельности у больных алкоголизмом автор изучал в момент поступления больных в стационар, после проведённого противоалкогольного лечения (через 45 дней), в условиях терапевтической ремиссии и рецидивов алкоголизма на протяжении 3 лет.

В процессе лечения некоторое улучшение показателей мнестической деятельности наступало главным образом у больных в начальной стадии алкоголизма, при выраженной алкогольной деградации в процессе лечения показатели памяти улучшались мало и не достигали нормальной величины. Такая же динамика отмечалась и при исследовании интеллектуальной работоспособности по методике Крепелина. С прогрессированием заболевания снижалась продуктивность выполнения больным задания.

В первой стадии у больных алкоголизмом обнаруживаются изменения в протекании познавательных процессов [43]. Это главным образом относится к ослаблению памяти. Сначала более явным оказывается снижение удержания в памяти, а затем запоминание. Ассоциативная память страдает обычно при наличии алкогольного слабоумия. Недостаточность механического запомина-

ния опережает ослабление логически-смысловой памяти. В 1-й и 2-й стадиях алкоголизма кривая запоминания 10 слов носит зигзагообразный характер. В 3-й стадии кривая запоминания носит торпидный, инертный характер и отличается крайне невысоким уровнем достижений. Такая динамика расстройств памяти отражает формирование органического психосиндрома [131].

Г.И. Дереча (2005) в Оренбурге проводила исследования на больных алкоголизмом и пришла к выводу, что на начальном этапе болезни выявленные у них расстройства познавательных функций мало заметны. Для окружающих они становятся очевидны лишь тогда, когда развивается явное психоорганическое снижение личности с выраженными нарушениями памяти, интеллекта, мышления, т.е., как правило, в 3-й стадии болезни. В большинстве случаев когнитивное снижение личности развивается очень постепенно. В этом процессе, как показал проведенный анализ, выделяется ряд стадий и можно заметить первые проявления личностной недостаточности прежде чем наступает более грубое её снижение в форме органического расстройства личности: признаки волевой личностной слабости, признаки интеллектуально-нравственного снижения, за которым следует мыслительная и мнестическая слабость, а уже затем – собственно органическое расстройство личности. Это расстройство как таковое по полученным данным не характерно для второй стадии неосложненного алкоголизма [56].

П.А. Понизовский обследовал 138 человек мужского пола от 21 до 72 лет во 2-й стадии алкогольной зависимости. Все больные были разделены на две группы: первая – 70 пациентов с синдромом алкогольной зависимости 2-й стадии с выраженной сопутствующей соматической патологией; вторая – 68 пациентов с синдромом алкогольной зависимости 2-й стадии без выраженной сопутствующей соматической патологии. Использовались клинико-психопатологический, клинико-психометрический и экспериментально-психологический методы.

Экспериментально-психологический метод включал исследование самооценки и определение мнестического уровня. Для определения интеллектуально-мнестического уровня проводилось исследование механической памяти с помощью методики «заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия). Проективный тест «Пиктограмма» использовался для оценки опосредованного запоминания и мышления (динамика и продуктивность мыслительных процессов, характер ассоциаций). Для изучения направленного внимания и зрительно-моторной координации использовался субтест «шифровка» согласно методике исследования интеллекта Д.Векслера.

После исследования больных алкогольной зависимостью П.А. Понизовский пришел к выводу, что у больных 2-й стадии, страдающих выраженной сопутствующей соматической патологией, отмечается одновременное изменение всех интеллектуально-мнестических процессов, выражающееся в незначительном ухудшении механической памяти, опосредованного запоминания, активного внимания и зрительно-моторной координации [112].

По данным С.Я. Рубинштейн и А.Р. Лурия о дефекте памяти, вызванном органическим поражением головного мозга, свидетельствует низкий процент запоминания методом заучивания 10 слов. У здоровых испытуемых процент запоминания слов приблизительно одинаков. У больных алкоголизмом запоминание носит сниженный характер [66].

Анализ данных литературы показывает, что нарушения психики у больных алкогольной зависимостью могут быть разделены на следующие группы:

- общая астенизация и токсические нарушения ЦНС (снижение работоспособности, нарушение памяти, внимания, продуктивности мышления и т.д.);
- нарушение произвольной регуляции (нарушение избирательной памяти);
- специфические изменения ВПФ (зрительно-пространственное нарушение восприятия).

Таким образом, из литературы и по результатам проведённых исследований мы видим, что авторы сходятся во мнении, что у больных алкогольной зависимостью выявляются характерные нарушения высших психических функций, но в психологии исследователями до сих пор не проводился полный синдромальный анализ нарушений психических функций.

3. Хронические алкоголики: психологический анализ самосознания

Нарушения в структуре самосознания служат одной из причин декомпенсаций, приводящих к психологическим проблемам и кризисам, тем более, что многие аспекты самосознания тесно связаны с аффективной сферой, волевой саморегуляцией, психологической защитой личности и т.д. При некоторых формах нервно-психической патологии основные нарушения лежат именно в ее эмоционально-волевой сфере, затрагивая и познавательные способности (В.В. Столин [129], И.С. Кон, [75], Р. Бернс [17], Е.Т. Соколова [126]). Бессознательное неприятие себя сочетается с высокой оценкой другого, непохожего на себя, что характеризует личность воспринимающего как глубоко конфликтную. Так, процесс формирования алкогольной зависимости представляет собой вариант искаженного развития личности. Алкогольное изменение личности диагностируется при наличии двух или более признаков:

□ значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и нескоро приводящей к успеху;

□ измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злости и агрессии; в некоторых случаях наиболее яркой чертой бывает апатия;

□ при реализации потребностей и влечений могут не учитываться последствия или социальные нормы (так, больной может совершать антисоциальные акты, например воровать, предъявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены);

□ когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактно-резонерской темой;

□ выраженные изменения темпа и потока речевой продукции с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкость и гиперграфия;

□ измененное сексуальное поведение (гипосексуальное или изменение сексуального предпочтения).

Наиболее подвержены алкоголизму антисоциальные и зависимые личности, незрелые, внушаемые, склонные к дистимии, с повышенной потребностью во власти и чувством неспособности достигнуть поставленной цели.

По теории научения первые опыты употребления алкоголя, связанные с преодолением тревожности («выпить для храбрости»), играют роль оперантного обусловливания, когда поведение определяется предвидением его результатов и последствий. Благодаря эйфоризирующему эффекту алкоголя это предвидение становится оптимистичным, подбадривающим. Во взаимоотношениях алкоголики могут быть подчеркнута зависимы или, наоборот, демонстрировать свою независимость. Они впечатлительны и внушаемы, склонны к образному восприятию, неаналитическим формам мышления. [204, с. 61]. Саморазрушительное поведение алкоголика объясняется ранними фрустрациями и желанием отомстить родителям, которое блокируется страхом потерять их, трансформируясь в аутоагрессию. Безусловный интерес представляет алгоритм развития деструкции. На *первом этапе* нивелируется индивидуальность, *затем, на втором* – дезинтегрируется личность, *на третьем этапе* деградирует субъект деятельности – основная доминирующая деятельность приобретает характер псевдокомпенсаторной, саморазрушающей, и человек не тяготится ею, а вновь и вновь провоцирует и создает условия и ситуации повторения аутодеструктивных паттернов поведения. *Четвертый этап* – общее преждевременное одряхление индивида и ранняя биологическая смерть [53, с. 272].

В формировании алкогольного поведения единого сценария нет, так как в социуме и государстве наблюдается, по существу, терпимое отношение к данной аутодеструктивной форме поведения. Отсутствие самореализации человека в его основном виде деятельности, отсутствие условий (внешних и внутренних) для самоактуализации, которые как раз отражаются в системе акмеологических показателей, приводит к тому, что человек начинает искать пути компенсации состояния неудовлетворенности основных социальных и духовных потребностей. Проявляется активная неадаптивность, регресс, т. е. аутодеструктивные паттерны поведения. Отсутствие возможности реализации человеком своего «акмэ» может стать отправной точкой в формировании негативного или безразличного самоотношения на фоне заниженной самооценки, что становится этиологическим фактором аутодеструкции.

Зависимости свойственны следующие характеристики.

1. Она имеет жесткую структуру, или чрезвычайно четкие и фиксированные рамки поведения и отношений, которые человек за счет воли и всех своих ресурсов будет удерживать, пока хватает сил, изобретая различные приспособления защиты или оправдания.

2. Поддерживает и стимулирует в человеке чувство собственной неполноценности и ущербности и заменяет достоинство эгоизмом. Основным фоном и сопутствующим элементом эгоизма являются нарциссические тенденции в личности, находящие свое выражение в отношениях человека с окружающими.

3. Формирует установку на обязательность достижения психологического комфорта, в результате чего человек становится неспособным переносить на-

пряженность и тревогу, исходящую от неопределенности и сложности мира и отношений.

4. Разрушает реалистичность восприятия мира и самого себя, хотя зависимый человек может демонстрировать чудеса реалистичного и прагматичного отношения и анализа ситуаций и самого себя.

5. Притупляет эмоции и заменяет их на ложные и временные ощущения удовлетворения, эйфории, своеобразные представления о счастье. Но в этом нет полноты и подлинной спонтанности и радости бытия. В случаях любовной аддикции по отношению к живому и реальному человеку может формироваться отношение, подобное отношению к вещи, а именно исключающее свободу другого и подразумевающее полный контроль над ним. Но сам «зависимый» постепенно теряет свободу и другие человеческие черты. Нахождение в несвойственных эмоциональных отношениях быстро или медленно формирует нарушение самосознания [116, с. 240].

Психическая зависимость любого рода является одним из первых феноменов (по времени формирования в онтогенезе), самым длительным (по времени существования) и самым трудноустранимым (по степени устойчивости). Психическая зависимость – это реальность особого рода, характеризующаяся особыми психологическими составляющими, или компонентами. Эти компоненты называют «устремлениями», это такая форма активности, в которой объект зависимости (наркотик, алкоголь, азарт, вид деятельности и т.п.) выступает и целью, и средством одновременно. В устремлении объединены «хочу» (влечение) и «могу» (знание, навыки, опыт): они поддерживают друг друга и переходят друг в друга. Быть устремленным – это воплощать желаемое, делать, осуществлять задуманное, иметь схемы действия.

Авторы отмечают, что Я-реалистическое отличалось у обследуемых аморфностью и нечеткостью, Я-идеальное практически не было представлено в их личностной самооценке. В самосознании этих подростков доминировало Я-фантастическое, с позиции которого они оценивали себя и окружающий мир, что коррелировало с психофизическим инфантилизмом, выявленным у большинства опрошенных. Среди механизмов психологической защиты у них доминировали примитивные формы, в том числе неадекватная самооценка, низкая когнитивная дифференцированность образа Я, дефицитарность структур внутреннего опыта, склонность к неоправданному риску, сниженные способности к рефлексии, трудности регуляции своего эмоционального состояния. Этим больным свойственна бедность мотивационной сферы и трудности самоотчета. Отсутствие конкретных интересов, подверженность внешним влияниям, преобладание инфантильных гедонистических установок свидетельствуют о незрелости их Я, нечеткости его границ.

При употреблении алкоголя люди не испытывают чувства эмоционального дискомфорта или неустойчивости. Они не склонны к критическому осмыслению собственного положения и склонны совершать какие-либо поступки при ослабленном волевом контроле.

Происходит изменение всех четырех формальных признаков сознания (по К. Ясперсу), нарушается:

- чувство деятельности – осознание себя в качестве активного существа;
- осознание собственного единства: в каждый данный момент я осознаю, что я один;

- осознание собственной идентичности: я остаюсь тем, кем был всегда;
- осознание, что Я отлично от остального мира, от всего, что не-Я;

У аддиктивных личностей (в рамках изучения больных алкоголизмом) вследствие плохой переносимости ими трудностей повседневной жизни, постоянных упреков окружающих и самоупреков формируется комплекс неполноценности. Защитой от чувства неполноценности у аддиктов часто служит гиперкомпенсация в виде завышенной самооценки с демонстрацией своего превосходства над окружающими.

У больных алкоголизмом наблюдается дефицитарность структур самосознания, которая обуславливает невозможность осуществления его (самосознания) регуляторной функции, что будет проявляться в нарушении регуляции и контроля эмоций и влечений.

Возможно, нарушение регуляторной функции самосознания связано не только с трудностями структурирования эмоционального и телесного опыта, но и жизненного опыта индивида в целом.

4. Особенности самосознания хронических алкоголиков: эмпирическое исследование

Были исследованы самосознание и познавательные психические процессы больных хроническим алкоголизмом, а именно особенности взаимосвязи элементов самосознания и познавательных психических процессов с целью выявить их особенности.

Характеристика испытуемых и методы исследования

В исследовании приняли участие *две группы испытуемых*: экспериментальная (больные хроническим алкоголизмом 2-й стадии) и контрольная (здоровые лица того же возраста). Испытуемые обеих групп имели высшее образование. Больные алкоголизмом на момент обследования проходили комплексную реабилитацию (курс детоксикации плюс последующая психотерапия) в одном из негосударственных наркологических центров г. Москвы и имели период воздержания от употребления алкоголя от недели (начало курса реабилитации) до месяца (завершение курса). Все испытуемые экспериментальной группы были обследованы неврологом и психиатром на предмет наличия у них отягощающей патологии. Испытуемые контрольной группы не имели в анамнезе значимых проблем с употреблением алкоголя, что выяснялось в ходе предварительной беседы; также из контрольной группы были исключены лица с неврологическим и психиатрическим отягощением. В экспериментальную группу вошло 6 мужчин и 6 женщин, средний возраст 33,6 года. В контрольную группу вошло 5 мужчин и 7 женщин, средний возраст 32,3 года. Характеристика групп представлена в табл. 1, 2.

В исследовании применялись следующие **методы**:

- методика ассоциативной диагностики познавательных процессов А.В. Цветкова [136];
- методика исследования самоотношения В.В. Столина и С.Р. Панталева [129];
- методика исследования личностной идентичности Л.Б. Шнейдер [120].

Характеристика экспериментальной группы

№№ п/п	Пациент	Возраст, лет	Диагноз
1.	П.К. (муж.)	29	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
2.	В.Т. (муж.)	27	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
3.	Ф.К. (муж.)	31	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
4.	С.Л. (муж.)	35	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
5.	Н.Ф. (муж.)	34	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
6.	Я.С. (муж.)	37	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
7.	Е.В. (жен.)	32	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
8.	М.В. (жен.)	37	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
9.	Е.Л. (жен.)	35	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
10.	С.Ф. (жен.)	35	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
11.	Л.К. (жен.)	38	Хронический алкоголизм, 2-я стадия
12.	Р.Л. (жен.)	34	Хронический алкоголизм, 2-я стадия

Таблица 2

Характеристика контрольной группы

№№ п/п	Обследуемый	Возраст, лет	Диагноз
1.	А.Б. (муж.)	32	Практически здоров
2.	А.И. (муж.)	33	Практически здоров
3.	С.К. (муж.)	35	Практически здоров
4.	С.П. (муж.)	33	Практически здоров
5.	Б.П. (муж.)	28	Практически здоров
6.	А.В. (жен.)	27	Практически здорова
7.	И.Т. (жен.)	28	Практически здорова
8.	К.К. (жен.)	29	Практически здорова
9.	О.С. (жен.)	32	Практически здорова
10.	Л.Т. (жен.)	30	Практически здорова
11.	Л.Н. (жен.)	40	Практически здорова
12.	С.Б. (жен.)	41	Практически здорова

В качестве *экспресс-методики* изучения познавательных процессов через модель знаково-символической деятельности А.В. Цветковым предложены, по результатам апробации на разных возрастных группах, следующие пробы:

1) образный ассоциативный тест, выполняемый на бланках формата А4, разделенных на 8 равных квадратов, с инструкцией подписывать нарисованное, на данную пробу отводится 3 минуты;

2) проба «эталон» – нарисовать и назвать как можно больше предметов, содержащих части определенной формы (круг, квадрат, треугольник), выполняется на бланках формата А4, разделенных на три части, в верхнем левом углу каждой из которых изображен эталон геометрической фигуры, на данную пробу также дается 3 минуты;

3) вербальный ассоциативный тест – ненаправленный (любые слова, кроме имен и названий городов, улиц); существительные; глаголы; фрукты. На каждую серию отводится 1,5 минуты. При этом появляется возможность сопоставить продуктивность испытуемого в пробах с ненаправленным ассоциированием (любые слова, любые образы) и тех, где его активность направляется строгой инструкцией (глаголы, «эталон») – т.е. выделить ориентировочный компонент деятельности. Кроме того, проба «фрукты» дает возможность исследовать сохранность процесса категориального мышления больного.

В методике при обработке материала по ненаправленным образным ассоциациям проводится семантический анализ (учитываются смысловая близость рисунков и взаимное расположение на листе), на основе которого вычисляется коэффициент семантизации (отношение числа предметов, входящих в семантические группы к общему числу предметов, умноженное на 100%) и средний размер групп; «эталон», с учетом общего признака (формы) изображенных предметов, семантическому анализу не подвергаются.

Самосознание исследовалось при помощи созданной В.В. Столиным и С.Р. Пантлеевым *методики изучения самооотношения* (МИС), отражающей взгляды авторов на структуру самооотношения и представляющая собой стандартизированный опросник, состоящий из 110 утверждений и 9 шкал, направленных на исследование внутренней динамики самосознания, структуры и специфики отношения личности к собственному Я.

Шкала 1: закрытость – открытость (14 пунктов). В шкале выражено глубокое или поверхностное проникновение в себя, открытое или закрытое (защитное) отношение к себе.

Шкала 2: самоуверенность (14 пунктов). Данный фактор задает отношение к себе как уверенному, самостоятельному, волевому и надежному человеку, которому есть за что себя уважать.

Шкала 3: саморуководство (12 пунктов). Данный фактор отражает представление о том, что основным источником активности является сам субъект.

Шкала 4: отраженное самооотношение (11 пунктов). Содержание данного фактора отражает представление субъекта о том, что его личность, характер и деятельность способны вызывать у других уважение.

Шкала 5: самооценность (14 пунктов). Данный фактор хорошо соотносится с выделяемыми многими исследователями измерениями «Я как ценность».

Шкала 6: самопринятие (12 пунктов). В основе фактора лежит чувство симпатии к себе.

Шкала 7: самопривязанность (11 пунктов). По своему психологическому содержанию данный фактор отражает легкость или трудность изменения индивидом представления о себе.

Шкала 8: внутренняя конфликтность (15 пунктов). Содержание связано с наличием внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой.

Шкала 9: самообвинение (10 пунктов), пункты связаны с интрапунитивностью, самообвинением, отрицательными эмоциями в адрес Я.

Методика исследования личностной идентичности (МИЛИ) Л.Б. Шнейдер построена на принципах ассоциативного эксперимента: в нее включены слова, которые прямо или по вторичной ассоциации связаны со словами

«живое» и «мертвое», полагаемыми автором методами основными, базальными характеристиками личности (активность – пассивность, способность к развитию и т.п.). Испытуемому предлагается отметить в списке те слова, которые он считает относящимися к себе и своей жизни, после чего происходит вычисление соотношения «живых» и «мертвых» слов и определение типа идентичности по оригинальной классификации Л.Б. Шнейдер. Методика прошла стандартизацию на различных группах испытуемых, в том числе наркологических больных.

Результаты исследования

Результаты проведенного эмпирического исследования подвергались двум типам обработки: подсчет средних тестовых величин по обеим группам (экспериментальной и контрольной), с вычислением статистической значимости различий между выборками (по критерию Фишера) и дисперсионному анализу по критерию Фишера (АНОВА) с целью выяснения связей тестовых величин, полученных внутри групп.

В табл. 3 ниже представлены усредненные результаты по проведенным психодиагностическим методикам для группы больных хроническим алкоголизмом и группы здоровых лиц.

Обратимся к данным табл. 3. Результаты производят во многом парадоксальное впечатление: больные хроническим алкоголизмом по ряду показателей самосознания «превосходят» контрольную группу. Так, по шкале МИС № 1 (закрытость – открытость) больные показывают результат на 0,6 стана более высокий, что свидетельствует об их готовности идти на контакт с экспериментатором, обнаруживать свои «социально-нежелательные» качества (авторы методики также говорили о родстве данной шкалы со шкалами лжи в ММРП и других личностных тестах). В шкале МИС № 3 (саморуководство) различия еще более явные, больные алкоголизмом на 1,5 стана опережают здоровых лиц, т. е. выражают уверенность, что именно они сами являются источником тех событий, которые происходят в их жизни (авторы методики приводят данные о родстве этой шкалы с локусом контроля Д. Роттера и шкалами уверенности Т. Элерса). По шкале МИС № 4 (отраженное самоотношение) больные незначительно, менее чем на 0,5 стана, уступают контрольной группе, будучи практически так же уверены (надо сказать, что их результат почти укладывается в тестовый норматив) в том, что их личность способна вызывать уважение и симпатию. По шкале МИС № 5 (самоценность) больные опять обгоняют контрольную группу, хотя и уступают ей по следующей шкале – МИС № 6 (самопринятие), в основе которой лежит симпатия к себе. Следующая шкала, МИС № 7 (самопривязанность), различия по которой статистически значимы, отражает готовность человека к изменениям в собственной личности, и по результатам проведенного исследования получается, что больные алкоголизмом более готовы к изменениям, нежели группа нормы.

Вообще, по данным В.В. Столина и С.Р. Пантилеева, эта группа шкал (самоценность, самопринятие и самопривязанность) образует единый фактор аутосимпатии, и согласно полученным нами результатам группа больных алкоголизмом характеризуется адекватной симпатией к себе с готовностью к изменениям (негативных или социально-нежелательных черт) в собствен-

Сравнительный анализ результатов по психодиагностическим методам больных алкоголизмом и группы нормы

Тест	Здоровые СРЕДНЕЕ	Больные СРЕДНЕЕ	Статистическая значимость различий
МИС1	4,9167	5,5000	Значимо
МИС2	4,9167	4,4167	Уровень тенденции
МИС3	5,6667	7,0000	Уровень тенденции
МИС4	4,0833	3,6667	Незначимо
МИС5	3,1667	4,0000	Незначимо
МИС6	6,2500	5,4167	Незначимо
МИС7	5,5833	3,5833	Значимо
МИС8	4,8333	6,0833	Значимо
МИС9	4,4167	5,4167	Незначимо
МИЛИ	2,0942	1,4850	Значимо
Образные ассоциации	7,8333	7,2500	Незначимо
Число семантических групп	1,4167	1,0000	Значимо
Число предметов в семантических группах	7,8333	7,2500	Незначимо
Коэффициент семантизации	100	100	Значимо
Размер семантических групп	6,3889	7,2500	Значимо
Любые слова	15,9167	14,3333	Значимо
Существительные	14,7500	13,0000	Значимо
Глаголы	12,9167	11,5833	Значимо
Фрукты	10,3333	9,3333	Значимо
Эталоны	6,9167	9,1667	Незначимо

Примечание. Статистически значимые различия между группами выделены жирным шрифтом. Статистическая значимость различий проверялась по критерию Фишера при уровне значимости $p = 0,01$.

ной личности. Источником такого «сверхнормативного» портрета больного алкоголизмом может стать сама процедура исследования – самооценочный опросник, который позволяет испытуемому, особенно с достаточно высоким уровнем интеллекта (а необходимо еще раз указать, что все испытуемые имели высшее образование и довольно высокий социально-экономический статус), понять, какая именно задача стоит перед исследователем.

Различия обнаружены также в следующей группе шкал МИС (№ 8, 9 – внутренняя конфликтность и самообвинение), которые авторы теста объединили в фактор «самоуничижение». По обеим шкалам больные ожидаемо превосходят норму – и по внутренней конфликтности (на 1,2 стена), и по самообвинению (примерно на 1 стень), что указывает на их большую, в сравнении с нормой, склонность к самообвинению и самоуничижению. Однако – учитывая результаты по другим шкалам – это самообвинение может иметь характер «резонерства» на фоне высокого самопринятия и самооценности.

Интересные результаты получены по МИЛИ Л.Б. Шнейдер. У больных алкоголизмом, согласно классификации автора, наблюдается более низкая стадия развития идентичности (так называемая диффузная идентичность), чем у группы нормы. Для диффузной идентичности, по мнению автора, характерно отсутствие прочных целей, ценностей и убеждений, а также и попыток активно их формировать, при этом отмечается средняя степень неудовлетворенности собой и своими возможностями, сомнение в способности вызывать уважение; сомнение в ценности своей личности и безразличие к собственному внутреннему миру; ригидность Я-концепции в целом положительном отношении к себе; наличие внутренних конфликтов, самообвинение.

Не правда ли, данная характеристика соответствует выявленному по данным теста МИС «портрету алкоголика»? Для группы нормы характерна следующая стадия в развитии идентичности, «мораторий» – кризис идентичности, при попытках его активного разрешения с высоким уровнем тревожности, более развитой рефлексией и дифференцированными (в сравнении с диффузной идентичностью) интересами к миру и себе. Данное описание Л.Б. Шнейдер дает ясно понять, почему группа нормы по ряду показателей «уступает» больным алкоголизмом в тесте МИС: более высокий уровень рефлексии и тревожность не дают им возможности оценивать себя «сверхположительно», они стараются найти в себе разные грани, в том числе и те, которые могут быть оценены «объективно-отрицательно».

Обратимся к анализу состояния познавательных процессов больных алкоголизмом по данным ассоциативного эксперимента. В ненаправленных образных ассоциациях различия незначительные и незначимые, и на первый взгляд можно сказать об отсутствии алкогольного дефекта в образном мышлении, однако если обратиться к производным коэффициентам, связанным с семантизацией образных ассоциаций, видны различия между контрольной группой и больными алкоголизмом. И у здоровых лиц, и у больных алкоголизмом коэффициент семантизации (показатель, указывающий на число предметов, вошедшее в семантические группы, по отношению к общему числу нарисованных) равен 100%, но в 1,5 раза различается число самих семантических групп и, соответственно, их средний размер. Это указывает на более гибкие познавательные стратегии у группы нормы, которая не сосредоточивается на актуализации одной группы знакомых предметов, а переключается между разными группами. Такая переключаемость играет с контрольной группой «злую шутку» в пробе на направленные образные ассоциации (проба «эталоны»), где, наоборот, больные алкоголизмом опережают их почти в полтора раза (впрочем эта разница статистически незначима из-за существенных индивидуальных различий в выполнении пробы). Больные при выполнении пробы «сосредоточиваются» на одном эталоне формы (например, на квадрате) и рисуют только квадратные предметы. Здоровые испытуемые стремятся нарисовать больше предметов разных форм, что и отражается в разнице количественных показателей.

Важным показателем экспресс-методики ассоциативной диагностики А.В. Цветкова служит также разница между количеством ассоциаций в пробе «любые слова» и пробе «существительные». Автор полагает, что проба «любые слова» отражает простую динамику ассоциативного процесса, тогда как «существительные» уже требуют от испытуемого произвольной селекции

слов в соответствии с инструкцией, при этом, в зависимости от особенностей языковой личности, и в пробе на «любые слова» пишут также в основном существительные, это и позволяет проверить уровень произвольного контроля при сопоставлении этих проб. Результаты больных и здоровых лиц имеют примерно равную динамику – у обеих групп проба «существительные» отстает от «любых слов» на 1,5 слова. Однако необходимо учитывать, что при этом группа больных отстает от здоровых по продуктивности также примерно на 1,5–1,7 слова, что указывает (более явно, чем в пробах на образные ассоциации) на снижение нейродинамического фактора в их деятельности. Снижение продуктивности у больных наблюдается и в пробе «глаголы», отражающей функцию внутренней речи, вербальной регуляции познавательной деятельности, а также в пробе «фрукты», отражающей категориальное мышление. В целом можно сказать, что по результатам ассоциативной диагностики познавательных процессов больные алкоголизмом допускают нарушения как в компоненте динамики психических процессов, так и в категоризации внутреннего опыта.

Перейдем к описанию результатов дисперсионного анализа, применявшегося с целью выявить взаимосвязь компонентов самосознания у здоровых и больных алкоголизмом лиц. Результаты дисперсионного анализа представлены на рис. 1.

На рис. 1 отражена структура связей элементов самосознания и познавательных процессов у здоровых испытуемых, при этом направление связей показано стрелками.

Очевидно, что наибольшее число связей у *здоровых лиц* между факторами «эталон» (связи с внутренней конфликтностью, самопривязанностью и самоуверенностью, а также с глагольными ассоциациями), у пробы «глаголы» – связи с самообвинением, отраженным самоотношением и открытостью, то же у пробы «существительные», которая связана как с самообвинением, так и с образными ассоциациями (ненаправленными) и средним числом предметов в семантической группе. При этом все эти пробы оказываются у здоровых испытуемых прямо или косвенно связаны друг с другом («эталон» и «глаголы» – прямо; «существительные» и «эталон» – через «любые слова», «глаголы» и «существительные» – через «фрукты»). Таким образом, в группе здоровых лиц наблюдается дифференцированная система взаимосвязей между познавательными процессами и элементами самосознания, в которую включены как символический уровень регуляции, так и знаковый.

В *группе больных алкоголизмом* структура связей кардинально изменяется. Во-первых, резко сокращается число связей между ассоциативными пробами, отражающими когнитивный статус испытуемого, и элементами самосознания, что можно трактовать как снижение общего когнитивного компонента самосознания (анозогнозия). Во-вторых, место «эталон» в системе связей занимают ненаправленные образные ассоциации (связь со шкалами МИС «открытость» и «самоценность»), что можно трактовать как переход от высшего к более низкому уровню в символической системе регуляции. В-третьих, из вербальных проб доминирующее положение занимают «глаголы» (они связаны с «самообвинением», «любыми словами», «существительными», «эталонами», средним числом предметов в семантической группе и образными ассоциациями) и «любые слова» (связаны с существительными,

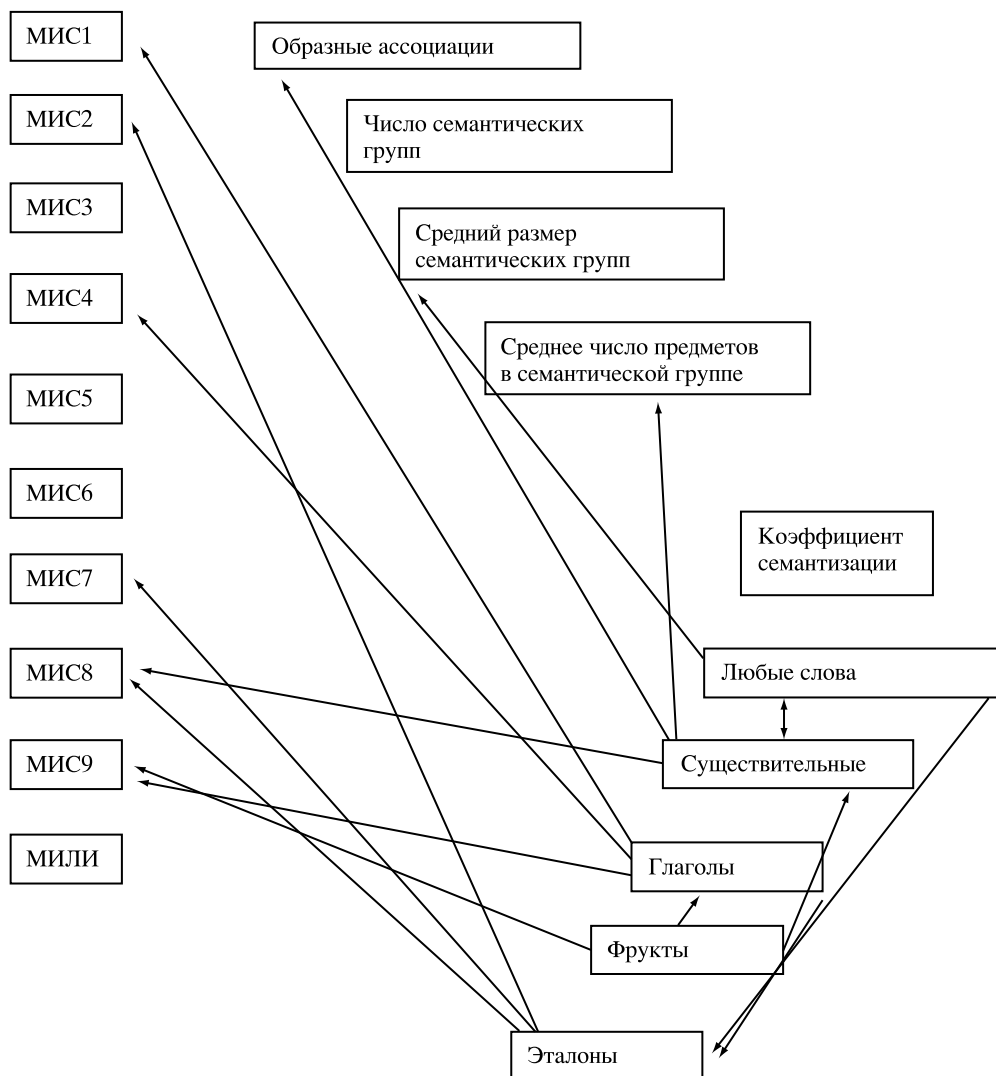


Рис. 1. Структура связей элементов самосознания здоровых испытуемых по результатам дисперсионного анализа

средним размером семантической группы и числом предметов в ней, образными ассоциациями). Эти результаты следует рассматривать в свете данных как о том, что любые слова являются наиболее простой формой вербальной ассоциативной активности и переход к ним регулирующей роли в когнитивной деятельности означает общее снижение произвольной регуляции, так и о том, что у больных снижена продуктивность и по «любимым словам», и по «глаголам», т. е., опираясь на эти процессы, они опираются фактически на дефицитные формы активности.

Это подтверждает наше предположение о том, что самопринятие и аутосимпатия больных, выявленные по данным МИС, имеют резонерский

характер, так как функционируют фактически в отрыве от познавательных процессов.

Подводя итоги данного раздела, можно сделать следующие выводы.

1. Больные хроническим алкоголизмом отличаются конфликтным отношением, включающим открытость, самоконтроль, выраженную ауто-симпатию при высоком самоуничижении.

2. У больных хроническим алкоголизмом отмечается снижение динамики вербальных ассоциаций и появление компенсаторных стратегий в образных ассоциациях – снижение числа семантических групп при увеличении среднего размера группы.

3. У больных хроническим алкоголизмом в сравнении со здоровыми лицами отмечается изменение структурных взаимосвязей элементов самосознания и познавательных процессов: происходит сокращение общего числа связей познавательных процессов с элементами самосознания, а также переход от высших уровней регуляции поведения к низшим, которые в силу заболевания также оказываются дефицитарными.

5. Хронические алкоголики: нейропсихологическое исследование высших психических функций

Особенности ВПФ у больных алкогольной зависимостью были исследованы с позиций нейропсихологии.

Методика исследования и испытуемые

В исследовании принимали участие две группы испытуемых. В экспериментальную группу были включены 32 человека от 19 до 55 лет, из них 21 мужчина и 11 женщин, проходившие лечение от алкогольной зависимости на базе филиала МНПЦ наркологии № 6 и входящие в группу реабилитации «Анонимные алкоголики» [39]. Средний возраст пациентов 38,4 года. Из исследования исключались пациенты с сопутствующими психическими заболеваниями, психопатиями, наследственной патологией, отягощённой анамнезом.

Все испытуемые принимали алкоголь не менее 5 лет. К моменту начала лечения потребление спиртного составляло от 400 до 1500 г в день. В исследовании участвовали только больные с диагнозом 2-й стадии алкогольной зависимости, не принимающие никаких фармакологических средств и с периодом ремиссии от 6 месяцев.

Контрольную группу составили 40 человек, 30 мужчин и 10 женщин разных профессий, не состоявшие на наркологическом учете. Входящие в контрольную группу имели одинаковый возраст и социальный статус с испытуемыми из экспериментальной группы. Средний возраст испытуемых контрольной группы составил 36,7 года.

Формирование групп производилось по принципу отбора из популяции по заданным критериям: пол, возраст, социальный и образовательный статус, длительность заболевания (для экспериментальной группы). В группу включались испытуемые разных возрастов. Эти различия заострили наблюдаемую картину высших психических функций у разных больных. Это позволило

провести более глубокий анализ детерминант формирования того или иного нейропсихологического синдрома [77].

Использовалась методика, аналогичная исследованию, проведенному на группе больных героиновой наркоманией.

Результаты эмпирического исследования

1. Исследование двигательных функций показало, что все испытуемые из экспериментальной группы имеют нарушения двигательных функций разной степени выраженности. Были получены значимые различия в результатах выполнения всех проб на праксис (табл. 4). Наиболее грубые нарушения проявлялись при выполнении пробы «кулак – ребро – ладонь», пробы Хэда, а также проб на реципронную координацию движений (см. табл. 4).

Таблица 4

Результаты нейропсихологического обследования двигательной сферы у больных алкогольной зависимостью

Проба		Количество штрафных баллов		Средний балл	
		Группа			
		Э	К	Э	К
Праксис позы	правая рука	27	5	0,84	0,12
	левая рука	28	6	0,87	0,15
Перенос поз пальцев руки с закрытыми глазами	правая рука	12	3	0,37	0,07
	левая рука	13	4	0,4	0,1
Проба Хэда	правая рука	30	4	0,93	0,1
	левая рука	28	7	0,87	0,17
Реципронная координация движений (ладонь – кулак)		52	11	1,62	0,27
«Кулак – ребро – ладонь»	правая рука	54	8	1,69	0,2
	левая рука	56	11	1,75	0,27
Графическая проба «забор»		10	5	0,31	0,125
Оральный праксис		4	2	0,12	0,05
Выбор по речевой инструкции		9	2	0,28	0,05
Реакция выбора		18	5	0,56	0,12
Рисование под диктовку называемых фигур		4	2	0,12	0,05
Воспроизведение серии называемых фигур		4	2	0,12	0,05

В пробах, где движение каждой руки оценивалось отдельно, не было выявлено значимых различий между выполнением их правой и левой рукой.

При выполнении пробы «праксис позы» многие испытуемые из экспериментальной группы допускали ошибки, свидетельствующие о нарушениях пространственной организации движений (9 испытуемых) и о кинестетических нарушениях (7 испытуемых). У 5 испытуемых присутствовали оба вида нарушений. Среди пространственных ошибок наиболее часто встречались

замены в «кольцевых» пробах четвертого и второго пальца на третий. Кинестетические ошибки заключались в длительном развернутом поиске поз и моторной неловкости. При успешном выполнении задания правой рукой значимых различий в результатах двух рук выявлено не было.

При выполнении заданий левой рукой в экспериментальной группе было допущено меньше ошибок, относящихся к импульсивности и трудностям вхождения в задание, что можно объяснить началом выполнения проб с правой руки (эффект научения). У некоторых испытуемых возникали персеверации при переходе от одной пробы к другой. В контрольной группе отсутствовали персеверации и ошибки, связанные с двигательной спонтанностью.

В пробе «перенос поз пальцев рук с закрытыми глазами» у испытуемых наиболее распространенной ошибкой оказалась зеркальность, что свидетельствует о нарушении восприятия схемы тела (например, позу «1 и 2» испытуемые переносили как «4 и 5»). Это наблюдалось у 13 из экспериментальной группы и у 4 из контрольной.

В пробах Хэда у испытуемых (18 человек) были обнаружены нарушения пространственной организации движений. В контрольной группе такие нарушения наблюдались у 4 человек. Наиболее распространенной ошибкой среди испытуемых из экспериментальной группы оказалась зеркальность, как в сложных двуручных, так и в одноручных пробах. В контрольной группе данный тип ошибок наблюдался только в двуручных пробах. В экспериментальной группе сомато-топические ошибки часто сочетались с персеверациями. В контрольной группе такие ошибки возникали только в сложных двуручных пробах. Значимых различий между результатами выполнения проб правой и левой рукой получено не было. В экспериментальной группе наибольшее число ошибок связано с нарушением пространственной организации движений. А в контрольной группе допущенные ошибки были связаны с импульсивностью.

Реципрокная координация движений (ладонь – кулак). В экспериментальной группе наиболее распространенными ошибками являлись оказались при ускоренном выполнении задания. В этой группе при увеличении темпа сначала возникало неполное распрямление ладони и неплотное сжатие кулака, а затем происходила дезорганизация движений. У больных алкогольной зависимостью преобладали такие нарушения, как поочередное или симметричное выполнение пробы и отставание одной руки. Ошибки различных типов оказались распределены в обеих группах практически одинаково, но в контрольной группе преобладали импульсивные ошибки.

При выполнении пробы на *динамический праксис («кулак – ребро – ладонь»)* у 10 испытуемых в экспериментальной группе отмечались трудности вхождения в задание, проявлявшиеся в просьбе повторить образец движений или в медленном и ошибочном выполнении после первого предъявления задания. Наиболее распространенными ошибками среди испытуемых экспериментальной группы были сбой при усвоении двигательной программы, персеверации и уплощение программы движений. При попытке выполнить задание в ускоренном темпе, движения больных алкогольной зависимостью становятся резкими, увеличивается количество персевераций. При выполнении той же пробы левой рукой встречалось гораздо больше грубых ошибок: трудность усвоения программы, персевераций, дезавтоматизации движений и стереотипии.

В экспериментальной группе преобладали ошибки, связанные с трудностями усвоения движений программы, и персеверации, а в контрольной – ошибки, допущенные из-за некоторой импульсивности и связанные с уплощением программы.

Графическая проба «забор». В экспериментальной группе обнаружены такие ошибки, которые относятся к двигательной аспонтанности, импульсивности и патологической инертности, при полном отсутствии таковых в контрольной группе.

У больных алкогольной зависимостью возникали персеверации на 6–9 элементе на фоне истощаемости.

В пробе на *оральный праксис* у 2 испытуемых из экспериментальной группы и у 1 из контрольной группы было обнаружено нарушение динамического компонента. Это проявлялось в невозможности вытянуть губы в трубочку и надуть щёки.

В пробе *выбор по речевой инструкции* у 3 испытуемых из экспериментальной группы наблюдалась невозможность переключения с одной программы на другую. В контрольной группе такого нарушения не выявлено.

В пробе *реакция выбора* у 4 испытуемых из экспериментальной группы обнаружилась неусвояемость программы и невозможность переключаться с одного задания на другое. В контрольной группе обнаружались незначительные ошибки, связанные с импульсивностью.

В двух пробах на *воспроизведение фигуры* в экспериментальной, и в контрольной группе значительных ошибок выявлено не было.

Таким образом, у больных алкогольной зависимостью вызвали затруднение задания, требующие выработки определенной двигательной программы и пространственной организации движений. По сравнению с контрольной группой, у значительного числа испытуемых из экспериментальной группы выявлены персевераторные нарушения и симптомы двигательной аспонтанности. Испытуемые в контрольной группе, в отличие от испытуемых из экспериментальной группы, замечали ошибки и исправляли их.

2. При исследовании слуховой координации не было выявлено грубых нарушений (табл. 5).

Таблица 5

Результаты нейропсихологического обследования слуховой координации у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Воспроизвести количество ударов	2	1	0,06	0,02
Воспроизвести серию ударов	3	1	0,09	0,02
Усложненный вариант (нужно указать, сколько ударов включала каждая группа)	4	2	0,12	0,05
Воспроизведение ритма по слуховому образцу	4	2	0,12	0,05
Воспроизведение ритма по словесной инструкции	3	1	0,09	0,02

В пробах на *воспроизведение ритмических структур* не выявилось значимых различий между экспериментальной группой и контрольной. Успешно справились с заданиями 27 человек из экспериментальной и 37 человек из контрольной группы. У остальных испытуемых были обнаружены негрубые нарушения, такие как быстрое забывание образца и переоценка или недооценка сложных ритмических структур. В экспериментальной группе было несколько больше ошибок, связанных с сужением акустического восприятия. Наличие акустической агнозии в обеих группах не было выявлено.

3. Исследование кожно-кинестетической функции. Пробы на кожно-кинестетическую чувствительность были выполнены испытуемыми обеих групп достаточно успешно (табл. 6).

Таблица 6

Результаты нейропсихологического обследования кожно-кинестетической чувствительности у больных алкогольной зависимостью

Проба		Количество штрафных баллов		Средний балл	
		Группа			
		Э	К	Э	К
Локализация прикосновений	правая рука	4	3	0,12	0,07
	левая рука	4	2	0,12	0,05
Локализация прикосновений к одной руке	правая рука	4	2	0,12	0,05
	левая рука	3	3	0,09	0,07
Локализация прикосновений в двух местах	правая рука	3	2	0,09	0,05
	левая рука	4	3	0,12	0,07
Определение положения согнутой руки	правая рука	3	1	0,09	0,02
	левая рука	3	1	0,09	0,02
Исследование осязательной чувствительности	правая рука	6	2	0,18	0,05
	левая рука	5	1	0,15	0,02

В пробах на *исследование осязательной чувствительности* наиболее распространенными ошибками были «промахивания» в пределах 1–2 см, свидетельствующие о снижении кожной чувствительности. У 3 испытуемых из экспериментальной группы и у 2 из контрольной было выявлено игнорирование одного из прикосновений при касании обеих рук.

В пробах на *исследование глубокой кинестетической чувствительности* у 3 человек в экспериментальной группе было выявлено снижение кожной чувствительности (испытуемые с закрытыми глазами не могли сказать, что у них лежит на руке – ключ или карандаш).

Анализ распределения двух типов ошибок показал, что в экспериментальной группе ошибки связаны со снижением поверхностной кожной чувствительности.

4. При исследовании зрительной функции были обнаружены значительные различия между экспериментальной и контрольной группой в пробе с оценкой положения стрелок на часах. В других пробах расхождения были менее заметны (см. табл. 7).

Результаты нейропсихологического обследования зрительной функции у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Восприятие изображений	14	2	0,43	0,05
Проба Равена	7	3	0,21	0,07
Проба с оценкой положения стрелок на часах	23	4	0,71	0,1
Пространственный анализ букв и цифр	3	1	0,09	0,02
Проба Коса	11	4	0,34	0,1

В пробе «*восприятие изображений*» при опознании наложенных, перечеркнутых и недорисованных изображений ни у кого из испытуемых не было выявлено симптомов предметной агнозии и сужения зрительного восприятия. Ни в одной из групп не было допущено ошибок при узнавании перечеркнутых изображений. При узнавании недорисованных изображений возникли трудности у 13 человек из экспериментальной группы. У них были обнаружены симптомы импульсивного восприятия, которые, как правило, подвергались самостоятельной коррекции (например: нарисован чайник – пациент сказал «хобот слона», лампочка – «медуза»). В контрольной группе 3 испытуемых допустили импульсивные ошибки.

В *пробе Равена* у 7 испытуемых из экспериментальной группы и у 3 из контрольной группы была замечена импульсивная стратегия выполнения задания, но испытуемые сами скорректировали свои ошибки, без помощи экспериментатора.

В *пробе с оценкой положения стрелок на часах («слепые часы»)* наблюдались значительные трудности у 23 испытуемых из экспериментальной группы. Из них у 14 человек были выявлены ошибки восприятия пространственных признаков зрительных стимулов, такие как «приблизительное» определение времени, и 9 испытуемых допустили импульсивные ошибки. Среди испытуемых в контрольной группе данное соотношение составляло 3 человека и 1 человек. Анализ процентного соотношения ошибок двух типов выявил преобладание нарушений восприятия пространственных признаков зрительных стимулов в экспериментальной группе и импульсивных ошибок в контрольной.

В *пробе на пространственный анализ букв и цифр* у 3 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены ошибки зрительного восприятия (они утверждали, что «ж» и «ш» одно и то же). В контрольной группе такого не наблюдалось.

В *пробе Кооса* у 11 испытуемых из экспериментальной и у 4 – из контрольной группы была выявлена наиболее распространенная ошибка – невозможность зеркально сложить вторую часть узора. Кроме того, присутствовала переоценка размеров образа. Испытуемые из контрольной группы, в отличие от испытуемых из экспериментальной группы, исправляли допущенные ошибки без помощи экспериментатора.

Таким образом, исследование зрительной функции показало, что у больных алкогольной зависимостью наблюдаются отдельные симптомы нарушения предметного, пространственного гнозиса, заключающиеся в ошибках распознавания пространственных признаков, и наблюдается тенденция к фрагментарности восприятия.

5. При исследовании мнестических процессов были обнаружены значимые различия в результатах выполнения обеими группами всех проб, кроме теста на запоминание фигур (табл. 8). Больные алкогольной зависимостью допустили наибольшее количество ошибок при запоминании и отсроченном воспроизведении 10 слов, при запоминании рассказа. Снижение мнестических функций было выявлено у 28 испытуемых из экспериментальной группы (см. табл. 16).

Таблица 8

Результаты нейропсихологического обследования мнестических процессов

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Запоминание двух групп по 3 слова	24	11	0,75	0,27
Запоминание 6 слов	17	4	0,53	0,1
Запоминание 10 слов	43	19	1,34	0,47
Отсроченное воспроизведение 10 слов	41	17	1,28	0,42
Запоминание и воспроизведение рассказа	30	7	0,93	0,17
Запоминание 6 фигур	16	13	0,5	0,32
«Пиктограмма»	33	4	1,03	0,1

При запоминании двух групп по три слова наиболее распространенные ошибки в экспериментальной группе – это снижение объема запоминания и контаминации двух групп стимулов. В контрольной группе наибольшее число ошибок было связано с трудностями удержания последовательности стимулов. У 12 больных алкогольной зависимостью и у 2 человек из контрольной группы наблюдались симптомы нарушения избирательности мнестической деятельности, проявлявшиеся в привнесении при воспроизведении стимульного материала других элементов.

Запоминание 6 слов у 14 испытуемых из экспериментальной группы и у 4 испытуемых из контрольной группы выявило снижение слухо-речевой памяти.

При запоминании 10 слов у 13 испытуемых из экспериментальной и у 8 – из контрольной группы были выявлены такие нарушения, как снижение продуктивности запоминания и трудности удержания последовательности стимулов. У 8 больных алкогольной зависимостью обнаружился низкий уровень заучивания слов, при первом предъявлении сочетавшийся с явлением «плато». Испытуемые из экспериментальной группы допустили значительно больше ошибок, связанных с нарушением избирательности запоминания, чем здоровые испытуемые. У испытуемых из экспериментальной группы,

в отличие от контрольной, неоднократно воспроизводились непредъявлявшиеся элементы во время последующих воспроизведений.

При *отсроченном воспроизведении 10 слов* у 21 испытуемого из экспериментальной и у 9 – из контрольной группы обнаружилось снижение продуктивности запоминания и трудности удержания последовательности стимулов. При этом в экспериментальной группе несколько увеличилось количество perseverаций и вpletений непредъявлявшихся элементов и снизилось число звуковых замен. В контрольной группе произошло незначительное увеличение числа perseverаций и уменьшение симптомов нарушения избирательности мнестической деятельности.

Различие между двумя группами в распределении ошибок заключалось в большем вкладе типа «нарушение избирательности» в экспериментальной группе.

Запоминание и воспроизведение рассказа. У 9 больных алкогольной зависимостью проявилось снижение продуктивности мнестической деятельности. У некоторых испытуемых данное нарушение сочеталось с трудностями включения в задание. Больные просили повторить предъявленный рассказ, а затем передавали его общий смысл, не воспроизводя двух-трех элементов текста. У 6 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены нарушения избирательности запоминания и трудности удержания последовательности элементов рассказа. Испытуемые с данным нарушением зачастую затруднялись передать общее содержание рассказа даже после наводящих вопросов, пытаясь вспомнить порядок слов в тексте, не опираясь при этом на смысловые связи элементов.

Основные различия в соотношении допущенных ошибок заключались в большем вкладе типа «снижение продуктивности запоминания» в экспериментальной группе и типа «трудности удержания последовательности элементов» в контрольной.

Запоминание 6 фигур. У 13 испытуемых из экспериментальной группы наблюдались ошибки, связанные с истоцаемостью мнестической деятельности и нарушением избирательности запоминания. В контрольной группе таких ошибок не было.

Исследование опосредованного запоминания – метод «Пиктограмма». Чтобы запомнить, нужно найти общее между словом и рисунком. В экспериментальной группе у испытуемых преобладала алкогольная тематика. На такие слова, как «обман», «болезнь», «ядовитый вопрос», рисовались бутылка и стакан. У 11 испытуемых из этой группы наблюдалась стереотипность образов, эмоциональная обеднённость, а впоследствии они не могли вспомнить, какому слову соответствовал рисунок. В контрольной группе эмоциональная обеднённость в рисунках была замечена у 2 испытуемых.

Таким образом, исследование мнестических процессов выявило у больных алкогольной зависимостью нарушение слухо-речевой памяти, проявившееся в снижении продуктивности запоминания, трудностях удержания последовательности элементов и в нарушении избирательности запоминания. В зрительной сфере нарушение мнестических функций было обнаружено при отсроченном воспроизведении большого объёма материала и проявлялось в увеличении числа конфабуляций. У больных алкогольной зависимостью было выявлено снижение опосредованного запоминания. У здоровых этого не было выявлено.

6. Исследование речевых функций показало значимые различия в пробе на понимание слов и логико-грамматических конструкций (см. табл. 9, 10).

Пробу на *повторение слогов и слов* выполнили одинаково успешно обе группы испытуемых. При повторении слов в ускоренном темпе у 3 испытуемых из экспериментальной группы были значительные затруднения. В контрольной группе затруднения были выявлены у 1 человека.

Проба на *называние разных предметов* вызвала затруднение у 6 человек из экспериментальной группы и у 2 – из контрольной. Это затруднение заключалось в том, что испытуемые подбирали нужное слово длительное время.

Объяснение значения слов. У 6 испытуемых экспериментальной группы наблюдались сложности в объяснении значения слов. Речь их была замедленной, бедный словарный запас, затруднения с объяснением смысла. В контрольной группе этого выявлено не было.

Название изображённых предметов и действий с ними. Испытуемые из экспериментальной и контрольной групп с заданием справились успешно, но у 4 испытуемых из экспериментальной группы и у 2 – из контрольной были выявлены ошибки по типу поиска номинаций.

Таблица 9

Результаты нейропсихологического обследования импрессивной речи у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Повторение серии слогов и слов	3	2	0,09	0,05
Название разных предметов	6	2	0,18	0,05
Объяснение значения слов	6	1	0,18	0,02
Название изображенных предметов и действий с ними	4	2	0,12	0,05
Понимание логико-грамматических конструкций	24	6	0,75	0,15

Таблица 10

Результаты нейропсихологического обследования экспрессивной речи у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
«Дом – лес – кот»	24	9	0,75	0,22
Серии фраз	19	4	0,59	0,1
Перечисление месяцев, дней недели	12	4	0,37	0,1
Диалоговая речь	18	4	0,56	0,1

Понимание логико-грамматических конструкций. Испытуемые обеих групп не испытывали затруднений в выполнении простых инструкций, но, например, в пробе Бинэ, экспериментальная группа показала очень низкие результаты по сравнению с контрольной группой. Больные алкогольной зависимостью несколько раз просили повторить задание, а здоровые испытуемые с первого раза давали правильный ответ. В пробе «бочка и ящики» у испытуемых из экспериментальной группы возникали трудности: когда их просили показать сначала бочку перед ящиками, а затем ящик за бочкой, то они терялись и не могли показать, не понимая, что это одно и то же.

Проба «дом – лес – кот». В экспериментальной группе, в отличие от контрольной, были обнаружены трудности удержания последовательности стимулов. Это наблюдалось у 8 больных алкогольной зависимостью.

В пробе «серия фраз» у 13 испытуемых из экспериментальной группы и у 2 испытуемых из контрольной группы наблюдались трудности удержания последовательности стимулов. У 6 испытуемых из экспериментальной группы наблюдались ошибки по типу персевераций.

Перечисление месяцев, дней недели в обратном порядке. У 12 испытуемых из экспериментальной группы и у 4 испытуемых из контрольной группы наблюдались ошибки по типу нарушения порядка элементов в обратном речевом ряду. В контрольной группе ошибки были связаны с импульсивностью.

Диалоговая речь. Исследование диалоговой речи показало, что испытуемые из экспериментальной группы имеют значительное сужение словаря, снижение речевой активности, в их речи присутствуют слова-паразиты (ну, это самое, как бы и т.п.). В задании на восстановление последовательности слов в предложении у 18 больных алкогольной зависимостью возникали ошибки по типу замены слов, а в контрольной группе такие ошибки были обнаружены у 4 испытуемых.

Таким образом, при изучении импрессивной и экспрессивной речи у больных алкогольной зависимостью наблюдается обеднённость речи, сужение словарного запаса, замедленная речевая активность, а также речь насыщена словами-паразитами, сужен объём акустического восприятия.

7. Исследование письма и чтения. Самыми распространенными в пробах на письмо и чтение в экспериментальной группе были трудности в прочтении редко встречающихся слов и ошибки по типу пропусков букв в словах. В контрольной группе, если такие ошибки допускались, они были редки и подвергались самокоррекции (табл. 11).

Письмо слогов и слов под диктовку. Обе группы справились с заданием успешно. У 2 испытуемых из экспериментальной и у 1 – из контрольной группы наблюдалось недописывание букв *т* и *ш*.

Письмо под диктовку. В экспериментальной группе наблюдалась замедленность письма, у 7 испытуемых обнаружили ошибки по типу пропуска букв. Трудности наблюдались в случаях написания редко встречающихся слов. В контрольной группе таких ошибок было мало.

Чтение букв (зеркальные, заштрихованные буквы). В экспериментальной группе при предъявлении заштрихованных букв у 2 испытуемых возникли сложности узнавания. Остальные испытуемые справились с заданием успешно.

Таблица 11

Результаты нейропсихологического обследования письма и чтения у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Письмо слогов и слов под диктовку	4	3	0,12	0,07
Письмо под диктовку	9	5	0,28	0,12
Чтение букв (зеркальные, заштрихованные буквы)	2	1	0,06	0,02
Чтение слов	8	1	0,25	0,02
Чтение рассказ	14	2	0,43	0,05

Чтение слов. У 8 испытуемых из экспериментальной группы возникли сложности при прочтении редко встречающихся слов, таких как «электрификация». Они ошибались и ошибки не корректировали. А в контрольной группе ошибки подвергались самокоррекции.

Чтение рассказа. В экспериментальной группе при чтении рассказа наблюдалисьperseverации и симптомы угадывания, недочитывание окончаний. В контрольной группе perseverаций не наблюдалось. При неправильном прочтении слова испытуемые из контрольной группы сами корректировали свои ошибки. В экспериментальной группе испытуемые исправлялись только после замечания экспериментатора.

Таким образом, из табл. 11 мы видим, что экспериментальная группа по количеству штрафных баллов превзошла контрольную.

8. Исследование счётных операций у испытуемых из экспериментальной группы вызвало значительные затруднения по сравнению с контрольной группой. Это представлено в табл. 12.

Таблица 12

Результаты нейропсихологического обследования счётных операций у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Чтение цифр в вертикальном расположении	3	1	0,09	0,02
Проба на запоминание, удержание и вычисление в уме	57	6	1,78	0,15
Серийный счёт «100-7»	69	7	2,15	0,17

Чтение цифр в вертикальном расположении. Обе группы, экспериментальная и контрольная, справились с заданием одинаково хорошо.

Проба на запоминание, удержание и вычисление в уме. В экспериментальной группе у 6 испытуемых были выявлены симптомы аспонтанности

(им требовалась дополнительная стимуляция внимания). Испытуемые этой группы не смогли составить алгоритм решения и удержать решённую часть задачи в уме. В контрольной группе таких трудностей выявлено не было.

Серийный счёт «100-7». Самыми распространенными нарушениями в экспериментальной группе были дезавтоматизированность счёта и забывание промежуточного результата. Большинство испытуемых оставляли допущенные ошибки без коррекции. В отличие от экспериментальной группы, у здоровых испытуемых не было выявлено симптомов аспонтанности и дезавтоматизированности счёта.

Таким образом, при исследовании счётных операций на первый план у больных алкогольной зависимостью выступают трудности программирования умственной деятельности, дезавтоматизированность счётных операций. У многих испытуемых из экспериментальной группы наблюдаются симптомы аспонтанности и инертности психической деятельности.

В отличие от экспериментальной группы, в контрольной группе преобладали нарушения, связанные с импульсивностью.

9. При исследовании процессов внимания была выявлена значительная разница между экспериментальной и контрольной группами (табл. 13).

Таблица 13

Результаты исследования процессов внимания у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Таблица Шульте	30	6	0,93	0,15
Таблица «красное и чёрное»	41	6	1,28	0,15

Таблица Шульте. В экспериментальной группе у 18 испытуемых наблюдалась неустойчивость внимания, быстрая истощаемость. Темп выполнения задания был неравномерный. У 4 испытуемых наблюдалось расстройство активного внимания. Они допускали такие ошибки, как пропуск отдельных чисел, показывали вместо одного числа другое. В контрольной группе у трёх испытуемых наблюдалась быстрая истощаемость, которая проявлялась в неравномерном отыскивании чисел.

Таблица «Красное и чёрное». У испытуемых из экспериментальной группы была обнаружена быстрая истощаемость и снижение работоспособности, сложность переключения с одного действия на другое. Некоторые испытуемые из экспериментальной группы утверждали, что таких чисел в таблице нет. В контрольной группе снижение внимания наблюдалось у 3 испытуемых.

Из полученных данных можно сделать вывод о снижении работоспособности у больных алкогольной зависимостью, быстрой истощаемости психических процессов и сложном переключении внимания с одного действия на другое. В контрольной группе таких нарушений выявлено не было.

Результаты нейропсихологического обследования процессов мышления у больных алкогольной зависимостью

Проба	Количество штрафных баллов		Средний балл	
	Группа			
	Э	К	Э	К
Анализ сюжетных картин	34	4	1,06	0,1
Метафоры и пословицы	12	1	0,37	0,02
Понимание значения текста	12	1	0,37	0,02
Классификация предметов (четвертый лишний)	50	5	1,56	0,12
Решение серии арифметических задач	57	5	1,78	0,12

10. При исследовании процессов мышления были обнаружены значимые различия в результатах выполнения предложенных заданий двумя группами – экспериментальной и контрольной (табл. 14).

При *анализе сюжетных картин* распространенным нарушением у испытуемых из экспериментальной группы оказалось замедленное понимание их смысла. Чтобы понять смысл сюжетных картин, им требовались подсказки от экспериментатора. Для 3 испытуемых понимание смысла сюжетных картин оказалось невозможным. Например: 1 испытуемый сказал, что на картине «Разбитое окно» изображён мальчик, который получил двойку, и за это его ругает отец, а мама, с кудрявыми волосами, смотрит на них и переживает. Другой испытуемый про картину «Прорубь» сказал, что началось землетрясение, и люди стали проваливаться под землю. В контрольной группе таких грубых ошибок не встречалось.

Метафоры и пословицы. Объяснение метафор и пословиц в экспериментальной группе вызвало трудности, связанные с подбором слов, у 6 человек. В контрольной группе такого симптома не наблюдалось.

Понимание значений текста. Испытуемые из экспериментальной группы передавали общий смысл прочитанного рассказа. У 6 испытуемых из экспериментальной группы были выявлены нарушения избирательности запоминания и трудности удержания последовательности элементов рассказа. Больные с таким нарушением затруднялись передать общее содержание рассказа, даже после активной помощи экспериментатора. У некоторых больных алкогольной зависимостью проявлялось снижение критичности. Были допущены такие ошибки, как звуковые замены слов, персеверации элементов. В контрольной группе подобных нарушений выявлено не было.

Классификация предметов («четвертый лишний»). У 12 испытуемых экспериментальной группы было обнаружено снижение процессов обобщения, они выбирали неправильное основание для исключения лишнего предмета. В отличие от экспериментальной группы, в контрольной группе не было выявлено снижения процесса обобщения.

Решение серии арифметических задач. В экспериментальной группе большому числу испытуемых требовалась дополнительная стимуляция внимания и помощь исследователя. Больные алкогольной зависимостью в решении задач были импульсивны, забывали промежуточный результат и начинали

решение сначала. В контрольной группе испытуемые составляли алгоритм решения и с легкостью справлялись с заданием.

Таким образом, при исследовании процессов мышления у больных алкогольной зависимостью на первый план выступает снижение процессов обобщения, трудности программирования умственной деятельности и дезавтоматизированность счётных операций. В контрольной группе таких нарушений не было выявлено.

Результаты исследования

Анализ полученных данных выявил у больных алкогольной зависимостью специфические нарушения ВПФ.

Исследование двигательной функции показало, что у значительной части испытуемых были обнаружены трудности усвоения двигательной программы, отмечались нарушения временных показателей движений, характеризующих активационную сторону психической деятельности, – это выражалось в неравномерном выполнении заданий, снижении скорости и быстроте истощаемости. У ряда больных алкогольной зависимостью отмечались ошибки, свидетельствующие о снижении контроля за отдельными операциями и возможности выработки и поддержания стабильного выполнения двигательной программы. У больных алкогольной зависимостью наблюдались нарушения плавности движений и выявлялась тенденция к персеверациям.

При исследовании слуховой координации была выявлена сохранность акустического гнозиса. В пробах на воспроизведение ритмических структур не выявилось значительных различий между экспериментальной и контрольной группами, а также не было обнаружено акустической агнозии.

Исследование кожно-кинестетической функции показало, что в обеих группах – экспериментальной и контрольной – в пробах на исследование осязательной чувствительности не было выявлено нарушений кожной чувствительности.

Исследование зрительной функции показало, что у больных алкогольной зависимостью обнаружены симптомы нарушений предметного, пространственного гнозиса, заключающиеся в ошибках распознавания пространственных признаков, и наблюдается тенденция к фрагментарности восприятия.

Исследование мнестических процессов выявило у больных алкогольной зависимостью нарушение слухо-речевой памяти, проявившееся в снижении продуктивности запоминания, трудностях удержания последовательности элементов и в нарушении избирательности запоминания. В зрительной сфере нарушение мнестических функций было обнаружено при отсроченном воспроизведении большого объёма материала и проявлялось в увеличении числа конфабуляций. У больных алкогольной зависимостью было выявлено снижение опосредованного запоминания.

Исследование речевых функций у больных алкогольной зависимостью выявило у них сужение словарного запаса, замедленную речевую активность, сужение объёма акустического восприятия. Наблюдалось замедленное понимание обращённой речи и трудности понимания логико-грамматических отношений.

Изучение письма и чтения у больных алкогольной зависимостью показало, что в письме имеются ошибки по типу пропусков букв и недописывания букв, а также наблюдаются персеверации. В чтении выявляются трудности, связанные с недочитыванием окончаний слов (симптом угадывания). У некоторых больных при чтении наблюдались персеверации.

Исследование счётных операций показало, что у больных алкогольной зависимостью на первый план выступают трудности программирования умственной деятельности, дезавтоматизированность счётных операций. У многих испытуемых наблюдалась инертность психической деятельности.

Исследование процессов внимания показало, что у больных алкогольной зависимостью быстрая истощаемость психических процессов, сложности в переключении внимания с одного действия на другое, что говорит о снижении работоспособности.

В результате исследования процессов мышления выяснилось, что у больных алкогольной зависимостью на первый план выступают снижение процессов обобщения, трудности программирования и контроля умственной деятельности, а также нарушения операционального аспекта мышления.

Анализ результатов выполнения нейропсихологических проб свидетельствует, что больные продемонстрировали показатели, близкие к нормативным, только при выполнении тех заданий, когда требовались первичная и непосредственная обработка слуховой, зрительной и тактильной информации: в тестах на оценку и воспроизведение ритмических структур, на повторение серии слогов и слов, на локализацию прикосновений, а также на запоминание простых фигур и название предметов.

С целью итогового сравнения результатов экспериментальной и контрольной групп для каждой функции психической деятельности был вычислен суммарный показатель E, представляющий собой сумму баллов по всем пробам, делённым на количество проб в данной сфере (табл. 15). Максимальные расхождения в результатах двух групп оказались в интеллектуальной сфере.

Таблица 15

Суммарные показатели (в баллах.) состояния ВПФ испытуемых

Группа	Праксис	Гнозис			Мнестические процессы	Речь	Письмо и чтение	Счёт	Внимание	Мышление
		слуховой	тактильный	зрительный						
Э	0,98	0,09	0,23	0,35	0,9	0,39	0,22	1,34	1,1	1,02
К	0,17	0,03	0,09	0,06	0,26	0,09	0,05	0,11	0,15	0,07

Соотношение выявленных нарушений с нейропсихологическими факторами показывает, что у большинства больных алкогольной зависимостью затруднения вызвали задания, требующие программирования, регуляции и контроля произвольных действий двигательной и интеллектуальной сфер. Значительное число персевераций в двигательной и речевой сферах свидетельствует о нарушении фактора кинетической организации движений и действий. Также у больных алкогольной зависимостью наблюдались трудности межполушарного взаимодействия, выявленные в пробе на реципрокную

координацию. Поскольку данные симптомы относятся к «лобным факторам», можно сделать **вывод** о снижении функций *лобных долей* (в большей степени заднелобных и медиобазально-лобных отделов) у больных алкогольной зависимостью.

У значительной части испытуемых из экспериментальной группы были обнаружены нарушения пространственного фактора, проявлявшиеся в двигательной сфере в виде ошибок в пространственной организации движений в пробах Хэда, в пробе на перенос поз и при конструировании из кубиков Кооса; в гностической сфере – в виде ошибок распознавания пространственных признаков стимулов разной модальности, и в вербальной сфере – в виде трудностей понимания логико-грамматических отношений. Так как данные нарушения во многих случаях имели комплексный характер и не сочетались с нарушениями регуляции психической деятельности, их можно расценивать как проявления снижения функции *теменно-височно-затылочной области*.

Третьим типом нарушения, обнаруженным у многих больных алкогольной зависимостью, оказался симптомокомплекс, характерный для поражения структур *верхних уровней первого функционального блока головного мозга, с вторичной дисфункцией медиобазальных отделов лобных долей по типу недостаточности активизирующих подкорково-корковых связей*. Основные расстройства заключались в общем снижении тонуса психической деятельности, проявлявшемся в повышенной истощаемости, замедлении двигательной, речевой и интеллектуальной активности, в снижении продуктивности запоминания и нарушениях его избирательности. На первый план также выступали, по данным наблюдения, значительные нарушения эмоционально-личностной сферы испытуемых, изменения поведения и явления расторможенности. Как известно, мишень действия алкоголя – это лимбическая область и гипоталамус. Возникновение данного симптомокомплекса у больных алкогольной зависимостью можно объяснить тесными связями этих образований с нижележащими структурами и с медиобазальными отделами лобной области.

Комплексный качественный и количественный анализ результатов больных алкогольной зависимостью позволил выделить среди них 3 подгруппы испытуемых. В первую подгруппу вошли больные с преимущественной *лобной симптоматикой* – 30% (10 человек). Основными нарушениями этой группы больных были симптомы аспонтанности в различных сферах, трудности выработки двигательной программы в динамическом и конструктивном праксисе, а также интеллектуальной программы при решении арифметических задач, тестов на обобщение и серийный счёт. У многих больных были выявлены персевераторные нарушения. В гностической и мнестической сферах наблюдались симптомы нарушения избирательности психической деятельности. У больных были выявлены заметные затруднения, проявлявшиеся в замедлении речевой активности, сужении объёма акустического восприятия и инертности ассоциативных процессов. У многих больных из этой подгруппы были выявлены пространственные нарушения в пробах Хэда, в пробах на праксис позы и перенос поз, в тесте на понимание логико-грамматических конструкций и в конструктивном праксисе. Данные расстройства носили вторичный характер вследствие повышения импульсивности, снижения критичности и нарушения регуляции деятельности в целом. Указанные расстройства, как правило, протекали на фоне повышенной истощаемости и

снижения общей работоспособности, что позволяет говорить о нарушении функции неспецифических структур головного мозга, отвечающих за активационное обеспечение психической деятельности. Следует также отметить, что больные данной подгруппы выделялись среди остальных испытуемых наиболее грубой симптоматикой, проявляющейся не только в условиях обследования, но и во всех сферах их жизнедеятельности.

Вторую подгруппу составляли больные с симптомами нарушения *теменно-височно-затылочной области* – 30% (10 человек). У больных не было обнаружено perseverаций, трудностей вхождения в задания и снижения критичности к собственной деятельности. Они достаточно успешно выполняли пробы на динамический праксис и реципрокную координацию, речевые пробы и тесты на запоминание различного материала. Но задания, связанные с анализом пространственных признаков зрительных и тактильных стимулов, выявили у данной подгруппы большое количество ошибок. Значительные трудности у испытуемых возникали при интерпретации логико-грамматических конструкций. У некоторых больных в пробе на узнавание наложенных, перечеркнутых и недорисованных изображений были выявлены тенденции к фрагментарности восприятия. У этих испытуемых наблюдались общая истощаемость и колебания работоспособности. Несмотря на практическую сохранность психической деятельности по сравнению с испытуемыми, относящимися к первой подгруппе с «лобной» симптоматикой, у данных больных также были выявлены интеллектуальные нарушения, такие, как снижение уровня обобщения при анализе сюжетных картин, при решении математических задач и в методике «четвертый лишний».

Третью подгруппу составляли больные с нарушениями *диэнцефальных, лимбических структур и медиобазальных отделов лобной области*, входящих в состав первого функционального блока головного мозга – 40% (12 человек). У данной группы больных наблюдались нарушения слухо-речевой памяти, они проявлялись в низком объёме отсроченного воспроизведения материала (3–4 слова из 10). Наблюдалась повышенная истощаемость в таких заданиях, как графическая проба и реципрокная координация. У этой группы больных наблюдалась повышенная истощаемость на всех этапах работы. В отличие от других больных, данная подгруппа показала более высокие результаты при решении математических задач и в рассказе по сюжетным картинам. Но выполнение такой методики, как «четвёртый лишний», выявило такое же количество нарушений, как в первой подгруппе. Испытуемые данной подгруппы не могли справиться с заданием серийного счёта «от 100–7».

Можно с уверенностью говорить о достаточно стойких и труднообратимых нарушениях функций головного мозга у больных алкогольной зависимостью, поскольку исследование проводилось через несколько месяцев после того, как они прекратили употреблять алкоголь.

Полученные результаты легли в основу проводившихся экспериментов по применению нейропсихологической реабилитации по методу А. Р. Лурье к больным хроническим алкоголизмом.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Со времени, когда А.Р. Лурия и его сотрудники заложили основы нейропсихологической реабилитации, прошло более 60 лет, и сегодня перед восстановительным обучением (ВО) новые задачи. В частности, ВО стало служить методической базой для коррекции когнитивных расстройств у детей, в практику вошла работа по типу «мультидисциплинарных бригад» (врачи, психологи, дефектологи, тренеры лечебной физической культуры – ЛФК), что требует другого уровня взаимодействия и предоставления данных; самым же главным отличием текущей ситуации от «традиционного ВО» мы считаем проникновение ВО в иные нозологические группы больных – с инсультами и иными сосудистыми поражениями мозга, а также в работу с нормальным и аномальным старением, проблемами мозговых дисфункций при алкоголизме и наркомании.

Всё это заставило нас включиться в активную работу по разработке (на классической «луриевской» основе) новых принципов ВО и концептуального аппарата нейропсихологии. Главным звеном «новой концепции» стало ориентация на смысл и ценности больного. Приведем положения разрабатываемой платформы.

Фактор – элементарный психический процесс, обеспечиваемый работой устойчивой констелляции мозговых структур и их вертикальных и горизонтальных связей: поражение любого фактора сопровождается дифференцированным по уровням переработки информации дефектом; к фактору как единице, по Л.С. Выготскому, применимы те же законы развития, что и к ВПФ в целом (созревание снизу вверх, неодинаковое участие мозговых структур в обеспечении фактора на протяжении жизни, неодинаковая структура вертикальных и горизонтальных связей), мультифакторный нейропсихологический синдром есть «снятая форма», а не сумма нарушений отдельных факторов.

Первый принцип новой концепции ВО – осмысленность и значимость для больного всего предъявляемого материала.

Второй – включение восстановительных занятий в реальную деятельность больного, восстановление не «ВПФ», а жизни человека.

Третий – учет уровня переработки информации, к которому относится центральный дефект.

Четвертый – учет способа переработки информации, присущего пораженному уровню психического процесса.

Пятый – системность восстановительных действий, их направленность не на отдельные функции, но на всю их совокупность.

Работа именно на таких принципах может позволить достичь более высокой эффективности ВО и обеспечить его проникновение в работу с более широким контингентом больных. Нами предпринята попытка (в объеме «пилотного исследования») применить указанные принципы к реабилитации больных хроническим алкоголизмом 2-й стадии – наиболее массового контингента российской системы наркологической помощи.

В исследовании приняло участие 6 мужчин, страдающих 2-й стадией хронического алкоголизма, госпитализированных в Московский НПЦ наркологии, и контрольная группа из 10 относительно здоровых мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью.

План исследования: экспериментальная группа тестировалась до и после проведения курса реабилитационных занятий, контрольная группа – однократно.

Для тестирования использовался комплекс нейропсихологических методов: 1) теппинг-тест (в варианте Е.Д. Хомской с соавт.) [141] – определение темпа движений в задании на простую двигательную реакцию; 2) тест разработки символа (СРТ; впервые опубликован Д. Кроут в 1950 г.) – в качестве стимульного материала используются абстрактные графические знаки, с заданием испытуемому дорисовать до реально существующих предметов (ситуаций); для количественной оценки С.В. Гавриловым и А.В. Цветковым адаптирована балльная шкала теста символической аранжировки Т. Кана [10], позволяющая ранжировать рисунки по их оригинальности относительно культурной нормы; 3) методика Перрона–Руссера, используемая в тесте Векслера (WISC) как проба «перешифровка символов» – в соответствии с задачами исследования бланк и процедура методики были нами модифицированы: в оригинальной методике в образце фигуры, которыми производится шифровка, даны внутри шифруемых, а в модифицированной методике фигуры шифровки даны под шифруемыми и, кроме того, крест шифруется не кружком, а перечеркнутым кружком, дабы исключить ошибки, связанные с присутствием круга среди фигур, подлежащих перешифровке; 4) методика «Толкование пословиц» направлена на исследование уровня обобщения и целенаправленности мышления – респондентам предлагалось по 3 пословицы из сфер: ум, смерть, Бог (пословицы заимствованы из фольклороведческих источников), выделялись следующие типы реакций: буквальное толкование – испытуемый своими словами пересказывает пословицу (указывает на интеллектуальное снижение), ситуативное толкование пословиц – подбор конкретных жизненных ситуаций под ту или иную пословицу, абстрактное толкование пословиц – толкование не содержит указания на конкретные жизненные ситуации, это общий смысл пословицы.

Анализ результатов тестирования больных хроническим алкоголизмом до проведения восстановительного обучения показал, что темп простой серийной организации движений (теппинг-тест) у них достаточно низкий – ($84,5 \pm 49,2$). Этот же показатель у испытуемых контрольной группы – ($181 \pm 33,5$).

Оригинальность ответов больных хроническим алкоголизмом в СРТ невысока ($27,67 \pm 8,04$), а ответы здоровых испытуемых имеют высокие значения ($61,9 \pm 4,58$). Анализ данных методики перешифровки символов, которая предполагает работу с абстрактными фигурами, зрительно-моторные координаты

нации, высокое внимание, показал, что в экспериментальной группе среднегрупповые показатели правильности перешифровки – $(15,83 \pm 11,37)$, этот же показатель у относительно здоровых испытуемых контрольной группы выше примерно в 3 раза – $(45,1 \pm 7,16)$.

Целенаправленность мышления, умение понимать и оперировать переносным смыслом текста изучались с помощью методики «Толкование пословиц». Показатели по каждой из исследуемых сфер (ум, смерть, Бог) и общий балл, с помощью которого можно судить о целенаправленности мышления, у больных вдвое ниже, чем у здоровых испытуемых: $(11,5 \pm 2,17)$ против $(24 \pm 2,16)$. Анализ результатов с помощью t-критерия Стьюдента показал значимость выявленных различий, кроме того, установлено, что в экспериментальной группе значимо выше внутригрупповой разброс результатов, что может свидетельствовать о разном «реабилитационном потенциале» (по Т.Н. Дудко) у каждого больного.

Нейропсихологическая реабилитация проводилась раз в 3 дня в течение 45 минут в групповой форме (всего проведено 3 занятия) [142]. Авторы исследования отдают себе отчет в том, что данное исследование является пробным и судить уверенно о перспективности используемого подхода в реабилитации больных хроническим алкоголизмом на данном этапе невозможно.

Первый день восстановительного обучения. В первый день проведения восстановительного обучения больными были решены следующие задачи.

1. Описать две предложенные картины.
2. Найти общее и различное у четырех картин.
3. Написать названия 5 красных предметов.
4. Выбрать один из них и написать, что с ним можно делать.
5. С какими еще предметами можно это делать?
6. Задача «Рассказ» включает в себя следующие задания:

- прочитать текст ниже;
- придумать название;
- разделить текст на смысловые части;
- дополнить конец рассказа;
- проверить, правильно ли поделили текст;
- подумать, как можно было бы назвать смысловые части;
- подписать названия частей на полях.

7. Придумать название и вставить в рассказ пропущенные слова.

Параметры обработки заданий:

- описать картины – подсчитывается общее число слов в каждом описании;
- сравнить картины – число слов и правильность выделения существенного признака;
 - 5 красных предметов – сколько всего предметов перечислил, правильно ли (действительно ли эти предметы – красные);
 - сколько перечислил действий с предметами и насколько они соответствуют истине;
 - сколько перечислил предметов, с которыми можно производить действия (названные в предыдущем задании), и сколько правильно;
 - сколько слов в окончании рассказа, правильно ли дано название, насколько название соответствует содержанию;
 - правильно ли название рассказа, сколько слов из пропущенных вставлено.

Среднегрупповые результаты первого дня восстановительного обучения

Задания	Результат
Описать картины	8 слов
Число слов при сравнении картин	13 слов
Правильность выделения существенного признака	Правильно – 67% Неправильно – 33%
Количество красных предметов	4 предмета
Количество правильно указанных красных предметов	3 предмета
Количество действий с предметами	4 действия
Количество правильных действий с предметами	3 действия
Количество предметов, с которыми можно делать действия	3 предмета
Количество правильных предметов, с которыми можно делать действия	2 предмета
Сколько слов в окончании рассказа	16 слов
Правильно ли название рассказа	Правильно – 33% Неправильно – 67%

При анализе ответов больных хроническим алкоголизмом получены следующие среднегрупповые результаты (табл. 1).

Во второй день проведения восстановительного обучения больными решались следующие задачи.

1. Представьте, что у вас есть круг, квадрат, зигзаг, прямая линия. Используя эти детали, нарисуйте на свободном пространстве листа:

- человека;
- корабль;
- собаку;
- птицу;
- вишню.

2. Представьте, что вам надо составить рассказ, хотя бы в 2–3 строки, используя слова: *тайна, угроза, женщина, работа*.

3. Постарайтесь зарисовать такие предложения, чтобы по рисунку можно было «прочитать»:

- карандаши хорошо наточены;
- хлеб лежит на столе;
- мальчик упал на траву.

4. Прочтите рассказ, вставьте пропущенные слова, придумайте название.

5. Придумайте слово, объединяющее ряд слов.

6. В рядах слов найдите и вычеркните лишнее.

Параметры обработки заданий.

- Сколько из предложенных предметов нарисовано; сколько из предлагаемых фигур-образцов использовано.
- Сколько слов в рассказе.
- Насколько верно зарисованы предложения (т.е. отражает ли рисунок содержание – количество верно отраженных предложений).
- Правильно ли название рассказа, сколько слов из пропущенных вставлено, сколько вставлено верно.

- Сколько правильных объединяющих слов дано.
- Сколько исключений сделано правильно.
- Среднегрупповые результаты второго дня занятий по восстановительному обучению представлены в табл. 2.

Таблица 2

Среднегрупповые результаты второго дня восстановительного обучения

Параметры оценки	Результаты
Количество нарисованных предметов	2 предмета
Количество использованных фигур-образцов	5 фигур
Количество слов в рассказе	19 слов
Количество верно отраженных предложений	4 предложения
Правильно ли название рассказа	Правильно – 50% Неправильно – 50%
Количество вставленных слов	9 слов
Количество верно вставленных слов	7 слов
Количество правильных объединяющих слов	3 слов
Количество правильно сделано исключений	9 исключений

В третий день проведения восстановительного обучения больным предлагались следующие задания.

1. Отгадайте загадки (приведено 10 загадок, традиционных для русской культуры).
2. Нарисуйте три предмета – один «острый», другой – «красный», третий – «стеклянный». Что можно сделать с этими тремя предметами?
3. Назвать и описать картину (пейзаж).
4. Написать пять фактов о бегемотах (дана картинка).
5. Закончить рассказ из двух предложений (пропущена большая часть второго предложения).

Параметры обработки заданий.

- Сколько загадок отгадано верно.
- Сколько из заданных предметов нарисовано, соответствует ли картинка, нарисованная больным, заданию.
- Сколько слов в описании картины.
- Сколько фактов о бегемотах написал больной, сколько из них – правильно.
- Насколько верно закончен рассказ.

Среднегрупповые результаты третьего занятия восстановительного обучения больных хроническим алкоголизмом представлены в табл. 3.

Для выявления динамики восстановления ВПФ больных хроническим алкоголизмом проведено сравнение среднегрупповых показателей первого, второго и третьего дня восстановительного обучения. Выявлено следующее:

- 1) при описании картинок в начале восстановительного обучения больные использовали в среднем 8 слов, а по окончании обучения в среднем на 3 слова меньше;

Среднегрупповые результаты третьего дня восстановительного обучения

Параметры оценки	Результаты
Количество верно отгаданных загадок	4 загадки
Количество нарисованных предметов из заданных	2 предмета
Соответствует ли картинка, нарисованная больным, заданию, %	Да – 50 Нет – 50
Количество слов в описании картины	5 слов
Количество фактов о бегемотах	6 фактов
Количество правильно указанных фактов	1 факт
Насколько верно закончен рассказ	Верно – 63 Неверно – 33

2) при составлении рассказа в начале восстановительного обучения больные использовали в среднем 16 слов, а по окончании обучения в среднем на 3 слова больше;

3) вначале восстановительного обучения больные в 67% случаях неверно воспроизвели название рассказа и только в 33% – верно, а по окончании обучения наблюдается небольшая положительная динамика, которая заключается в том, что больные хроническим алкоголизмом в 50% случаев давали неправильный ответ, а в остальных 50% случаях – правильный;

4) отсутствие динамики при решении задач на выделение предметов по заданному признаку; и в начале восстановительного обучения, и в конце больные давали одинаковое количество ответов;

5) небольшая положительная динамика при решении графических задач (нарисовать заданное количество предметов); в начале восстановительного обучения больные рисовали в среднем 2 из заданных предметов, а по окончании обучения – в среднем на 3 предмета больше.

Таким образом, в ходе проведенного восстановительного обучения выявлено расторможение речи, активизация предметных образов-представлений (положительная динамика), что выразилось в использовании большего количества слов при составлении рассказа, в большем пониманию сути текста и лучшем исполнении графических проб.

После окончания курса ВО было проведено повторное тестирование. Темп простой серийной организации движений у больных хроническим алкоголизмом после проведения восстановительного обучения возрос ($117,33 \pm 30,34$), также возрос общий темп работы, кроме того, сократился разброс значений ($\sigma = 30,34$). Однако все равно достигнутые результаты отстают от нормативных ($181 \pm 33,5$). Оригинальность ответов больных в СРТ после занятий по ВО снизилась ($22,33 \pm 14,28$). По методике перешифровки символов у данных больных после ВО среднегрупповые показатели правильности перешифровки незначительно выросли – ($17,5 \pm 7,34$) против ($15,83 \pm 11,37$) до занятий, сравнение с нормой по-прежнему не в пользу экспериментальной группы ($45,1 \pm 7,16$). Методика толкования пословиц показала снижение после курса ВО общего балла целенаправленности – ($9,67 \pm 2,16$) против ($11,5 \pm 2,17$) на «входе» и ($24 \pm 2,16$) у группы нормы. Выявлено, что у экспериментальной группы улучшились мышечные синергии ($t = -3,02$ при $p = 0,03$), уровень

образного мышления и зрительно-моторные координации значимо не изменились, несмотря на то что после восстановительного обучения были выявлены как улучшения, так и ухудшения. А целенаправленность мышления, умение понимать и оперировать переносным смыслом текста у больных хроническим алкоголизмом после прохождения ВО ухудшилось ($t = 2,8$ при $p = 0,04$), также снизилось понимание переносного смысла текста, который касается изучаемой сферы «ума» ($t = 3,31$ при $p = 0,02$).

Приведенные результаты убедительно показывают, что даже после прохождения курса ВО, пусть и краткого, разрыв между здоровыми испытуемыми и больными хроническим алкоголизмом не сократился или сократился незначительно, в силу значительно сниженного в результате болезни уровне образного мышления, зрительно-моторных координаций, целенаправленности мышления, умения понимать и оперировать переносным смыслом текста.

Попробуем интерпретировать результаты исследования с позиций смыслового подхода. *Во-первых*, неоднородность группы больных «на входе» приводит в том числе и к разным возможностям в работе с вербальным и образным материалом, требующим интеллектуальных усилий. Это приводит к тому, что материал восстановительных занятий, подобранный на основе «общего знания» о дефекте познавательных процессов при алкоголизме, для части больных оказывается нерелевантен в силу «сложности», для части – в силу «простоты». В то же время относительно простые задания (самостоятельный рисунок, письмо), требующие включения сенсомоторной стороны деятельности, находят отклик у всех пациентов. *Во-вторых*, можно предположить, что восстановление у указанной категории больных идет «снизу вверх» (как указано в изложенных выше принципах), т.е. онтогенетически более ранние процессы восстанавливаются раньше, в том числе за счет потенциала высших процессов (мышления) – иными словами, смысловая сторона деятельности как бы «делится» ресурсом с сенсомоторными процессами. *В-третьих*, показана (при ряде минусов) положительная роль даже краткого курса ВО, приводящего к активизации познавательного интереса больных, общей активизации и повышению скорости реакций, ненаправленной социальной реадaptации за счет групповой формы занятий.

Глава 6

ХРОНИЧЕСКИЕ АЛКОГОЛИКИ И ГЕРОИНОВЫЕ НАРКОМАНЫ: ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Незрелость личности наркозависимого («слабая чувственная ткань сознания», по А.Н. Леонтьеву), недостаток чувства реальности, сознания Я обуславливается прежде всего инфантильностью всей психики. Основными незрелыми сферами при этом остаются самосознание, интеллект, мотивационная сфера и сфера эмоций. Главным становится задержка развития ядра личности – самосознания.

Главной причиной возникновения наркомании Е.А. Брюн считает инфантильность мышления наркозависимого. Это связано с психическими реакциями, «определяющими симпатическое (магическое), т.е. архаичное (инфантильное) мышление человека в достаточно зрелом биологическом возрасте» [32]. Причем Е.А. Брюном это расценивается как врожденное эндогенное свойство. Такие люди обычно опираются на короткий ряд предшествующих последовательностей. В определенных ситуациях у них может проявляться интеллектуальная недостаточность в виде своеобразной некритичности, склонности к поступкам без понимания путей и средств, ведущих к их результативности, отсутствие, несмотря на печальный жизненный опыт, какого-либо понимания своей недостаточности. Эта недостаточность проявляется не в связи с утратой знаний, снижения способности к усвоению нового, а из-за отсутствия должного учета прошлого, надлежащего прогнозирования на будущее, осмысления и предвидения последствий сделанного.

Анализ патогенеза при злоупотреблении психоактивными веществами показывает, что начало систематического употребления наркотических веществ становится мощным фактором стремительных изменений в жизни наркомана, формирования специфических черт поведения и образа жизни. Начало употребления наркотиков приводит к кардинальному изменению отношения человека с Собой, Другими, Культурой, Природой, Богом.

Бурный рост организма и серьезные гормональные сдвиги (половое созревание) в подростковом возрасте не играют основной роли в формировании болезней, связанных с зависимостью от психоактивных веществ. Однако большое значение имеют некоторые психологические черты, свойственные подросткам: стремление к получению удовольствий, легкое возникновение реакций протеста, склонность к групповой деятельности, некоторая неустойчивость настроения. Подчеркнутое стремление подростков к независимости, постоянное желание освободиться из-под опеки взрослых нередко приводят к возникновению серьезных противоречий, вызывают реакции протеста.

Присоединение к этим реакциям стремления группироваться со сверстниками создает еще большие проблемы и открывает ворота для «проб» наркотиков в подростковой группе. Этому способствуют также классическая ситуация «сладо́сти запретного плода», да и просто любопытство. Стремление показать себя в максимально выгодном свете перед представительницами (или представителями) противоположного пола тоже может толкать подростков на «геройские» поступки, проявляющиеся в «испытании» себя наркотиками. В группах, складывающихся часто по территориальному признаку (в пределах двора, переулка, улицы), где сильно влияние «вожака», часто возникают противоправные тенденции, которые включают и употребление психоактивных веществ. Нередко возникают и чисто криминальные, и чисто наркоманические группы, в зависимости от того, кто «возглавляет» группу и какой «контингент» в нее входит.

Отмечается, что весьма существенным фактором, определяющим формирование «наркоманической» личности, является присутствие личностных девиаций в преморбиде, особенно «антисоциальная направленность личности», криминальность. В связи с этим следует напомнить, что еще в 1935 г. В.А. Гиляровский писал, что наркомании особенно часто бывают у лиц с неустойчивой конституцией, чувствительных к боли и ощущающих большую потребность в искусственном возбуждении [13].

По данным В.В. Чирко, в преморбиде у лиц, страдающих токсикоманией, преобладает истеро-возбудимый, астенический с эмоциональными колебаниями и шизоидный типы личности. Выявляется значительная общность характеристик личности лиц с разными формами аддиктивного поведения (Н.Н. Толстых, С.А. Кулаков [133]).

У лиц, злоупотребляющих ПАВ, преобладает внешний локус контроля [4] и неспецифические реакции регрессивного типа в виде реакции оппозиции, протеста, отказа, имитации, что свидетельствует об их инфантилизме, а также реакции защиты и проекции [58]. Основными копинг-стратегиями являются избегание и социальная поддержка.

Другой психологической моделью аддикции стала модель В.М. Ялтонского [156]. Было доказано, что у лиц с аддиктивным поведением преобладают преморбидные (предшествующие развитию болезни) эпилептоидные, лабильные, неустойчивые и истероидные типы акцентуаций характера, отмечается высокая психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации, а также изменения характера по органическому типу и отчетливые признаки социальной дезадаптации.

Наркотизация приводит к напряжению в системе интерперсональных отношений и к ее деформации. Наиболее нарушенной и отражающей внутренние конфликты лиц, употребляющих наркотики, углубляющиеся в процессе наркотизации, является сфера Я, в которой реализуется негативный опыт искажения коммуникативных процессов. Глубоко нарушается интерперсональное общение и в сферах отношения к семье, ко всем людям в целом.

Уровень конфликтности у употребляющих наркотики повышается; имеется тенденция к его количественному и качественному росту с распространением на все сферы отношений. Лица с аддиктивным поведением (т.е. на стадии «предболезни») не полностью осознают внутренние конфликты и пытаются их скрыть. У больных же наркоманией обнаруживается тен-

денция к осознанию негативного опыта наркотизации и психосоциальной адаптации.

Самооценка пациентов с аддиктивным поведением отражает дезадаптивный уровень интерперсональных отношений в неформальном и формальном микросоциальном окружении, меньшую уверенность в себе, большую уступчивость, подчиняемость, более слабое стремление к независимости и самостоятельности, чем у подростков, не употребляющих психоактивные вещества и успешно социально адаптирующихся. Структурные компоненты самооценки (Я-реальное, Я-идеальное и Я-прогностическое) совпадают, что свидетельствует об отсутствии стремления к самосовершенствованию. Реальный и идеальный образы коммуникантов тоже совпадают, отражая ригидность ролевых позиций личности, незрелость и недифференцированность самооценки, нарушение механизмов социальной перцепции.

Наблюдения за наркоманами, а также данные проективных методик показали, что опийные наркоманы склонны к нарциссизму и к пассивному поведению, а также к сильному стремлению получить удовольствие, такие личности не выносят никакого напряжения, не переносят боли, разочарования и ожидания. Данные о психологических особенностях наркоманов на стадии экспериментирования и эпизодического употребления наркотиков, полученные авторами, позволяют выделить следующие черты личности молодых людей, которые выступают предпосылкой дальнейшего развития наркомании: эмоциональная незрелость; неполноценная психосексуальная организация; агрессивность, нетерпимость; слабые адаптационные способности; склонность к регрессивному поведению; сниженная способность к искреннему общению с партнером. Значительную группу составляют проблемы взаимоотношения с другими, проблема отчуждения от других (9,9% наркоманов, 25% (не учитывая рисунков, из которых неясно содержание проблемы) лиц, не употребляющих наркотики). Несмотря на общность проблемы, существует значительная разница в ее понимании. В рисунках наркоманов видна полная, резкая изоляция от референтной группы (отделение от сверстников жирной чертой, кирпичными стенами, зачеркнута, направленная к другим стрелка и т.д.), что становится выражением переживания «Я не как все», неудовлетворенной потребности общности с другими и ведет к заниженной самооценке и снижению самозффективности. Среди лиц, не употребляющих наркотики, проблема заключается больше в поисках собственной индивидуальности в рамках группы (проблема личного выбора в группе и т.д.). На взгляд авторов [4; 13; 103], это выражения переживания «Я как все» и неудовлетворенной потребности в самовыражении.

Л.С. Выготский утверждал, что уровень развития личности и взаимосвязи ее основных компонентов определяют такие интегративные свойства личности, как ее цельность и функциональный профиль. Существует мнение, что личность обладает немногими интегративными характеристиками, раскрывающими в самых главных чертах ее индивидуальный облик. К ним можно отнести такие понятия, как, например, степень талантливости, человечности, социопсихологической гармоничности и др. С адаптивной точки зрения важным интегративные параметры личности зрелой и личности полноценно функционирующей [91].

По некоторым данным зарубежной литературы, у больных наркоманией наблюдается сниженная самооценка в сочетании с экстернальным локусом контроля (между этими показателями была обнаружена положительная корреляция), снижение самоконтроля, импульсивность, трудности прогнозирования последствий своих поступков. В.В. Дунаевский, В.Д. Стяжкин выделяют у больных наркоманией такие личностные черты, как слабость волевой деятельности, переживание чувства собственной неполноценности, неумение устанавливать межличностные отношения, а также склонность к подражательству, повышенную внушаемость, подчиняемость групповому поведению [59].

На основании проведенного обзора литературы была сформулирована *цель* исследования: выявить изменения личности, специфичные для больных героиновой наркоманией и хроническим алкоголизмом. При конкретизации цели была поставлена *задача* определить наиболее адекватный для исследования личности в рамках наркологического стационара психологический метод.

В исследовании приняли участие 23 здоровых испытуемых, 39 больных хроническим алкоголизмом (2-я стадия), 28 больных героиновой наркоманией (2-я стадия). Средний возраст испытуемых составил 29 лет (с разбросом от 21 до 57 лет). Все больные находились на стационарном лечении в МНПЦ наркологии.

Методы исследования. Расчёты производились с помощью языка программирования для статистических расчётов R (r-project.org) версии 2.15.1 от 2012 г., который является продуктом, распространяемым по лицензии GNU GPL версии 2 от 06.1991.

Для расчётов применялись преимущественно методы, нечувствительные к типу распределения данных. В частности, для сравнения двух выборок применялся ранговый U-критерий Манна–Уитни, более двух выборок – H-критерий Крускала–Уоллиса. Корреляции вычислялись по формуле Спирмена. В некоторых случаях использовались параметрические методы, когда избежать их использования было невозможно. Для выявления взаимодействия двух факторов (к примеру, пола и диагноза) использовался двухфакторный дисперсионный анализ.

Опросник РТС – решение трудных ситуаций (разработан Ю.А. Клейбергом)

Уход

Реакция ухода из действительности. Если переживание тяжелой неприятности, большой опасности и вообще серьезной угрозы интересам личности вытекает не из кратковременного шока, а из прочной неблагоприятно сложившейся ситуации, то у слабой, мало устойчивой или психопатической личности часто возникает сознательное или бессознательное желание тем или иным путем, хотя бы на время, уйти из-под нависшего над ней гнета, отделаться от угрожающей или даже просто неприемлемой действительности. *Эта копинг-стратегия аналогична «выученной беспомощности» и может приводить к соматизации депрессии.*

Наркотизация

Стремление решать свои проблемы путем поиска эйфории, характер которой определяется культурно-социальными факторами, или любопытства (познавательный мотив). *Также «наркотизация» может служить способом негативной социализации при трудностях общения.*

Сравнение своих проблем с проблемами других

Результат активности каждой личности возникает в группе. Оценка группой предполагает некоторые нормативы. Значит, существуют такие личностные качества, которые особенно значимы для данной группы, для данных условий деятельности. Будучи закреплены в оценках, они в определенном смысле как бы «предписываются» членам группы. Выделяются четыре процесса, в которых разворачивается межличностное оценивание: 1) интериоризация (т.е. усвоение личностью оценок со стороны других членов группы); 2) социальное сравнение (прежде всего с другими членами группы); 3) самоатрибуция (т.е. приписывание себе качеств, выполняемое на основе двух предшествующих процессов); 4) смысловая интерпретация жизненного переживания. Для наших больных, которым свойственна негативная социализация, данный тип личностного реагирования позволяет говорить «я не хуже других», «у меня как у всех», т.е. проводить социальное сравнение на неадекватных основаниях (*«рационализация» в терминах психоанализа, свойственная обсессивно-компульсивным личностям*).

Механизмы снижения психического напряжения

Если психическая напряженность обусловлена высоким темпом сенсорной или интеллектуальной деятельности, говорят об операциональной напряженности, а если психическое напряжение возникает вследствие фрустрации – об эмоциональной напряженности. И та и другая характеризуются повышенным уровнем активации (возбуждения). Кроме того, зачастую эти виды психического напряжения сопутствуют друг другу, так что разделить их и выделить в чистом виде бывает трудно.

Ухудшение параметров деятельности при психическом напряжении, как правило, бывает трех типов: 1) импульсивное выполнение действий; 2) уклонение человека от выполнения своих функций; 3) полная заторможенность действий.

Таким образом, больные с преобладанием данной копинг-стратегии «выходят» из стресса с помощью потери контроля за операциональными характеристиками своей деятельности.

Вербальная агрессия – это словесное выражение негативных чувств, эмоций, намерений в неприемлемой в данной речевой ситуации форме. В рамках терминологической системы Дж. Остина акт вербальной агрессии в более широком смысле может быть определен как деликт (delictum – от лат. «поведение против закона») – «нарушение поведенческих норм; поведение, которое (по конвенции в данной среде) считается предосудительным».

Агрессия к предметам – физическая агрессия по отношению к предметам (её поведенческие признаки: индивид хлопает дверьми, рвет одежду, бросает

вниз вещи, пачкает стены, ломает вещи и бьет стекла, разводит огонь, портит ценное имущество).

Аутоагрессия – физическая агрессия по отношению к себе (её поведенческие признаки: царапает, щипает себя, рвет волосы, бьет себя, разбивает кулаки, бросается на пол, наносит себе поверхностные раны и ожоги или даже серьезные повреждения).

Агрессия к людям – физическая агрессия, направленная на окружающих (её поведенческие признаки: индивид замахивается для удара, хватает противника за его одежду, угрожает ему недвусмысленными жестами, бьет, таскает его за волосы; нападает, причиняя легкие повреждения или даже серьезные увечья).

Интрапунитивное отношение к ситуации

По С. Розенцвейгу, состояние фрустрации по направленности может выражаться в трех формах поведения (реакций) человека: экстрапунитивной, интрапунитивной и импунитивной. Интрапунитивная форма фрустрации характеризуется аутоагрессией: обвинением в неудаче самого себя, появлением чувства вины. У человека возникают подавленное настроение, тревожность, он становится замкнутым, молчаливым. При решении задачи человек возвращается к более примитивным формам, ограничивает виды деятельности и удовлетворение своих интересов.

По данным Н. В. Тарабриной (1973) и К. Д. Шафранской (1976), чаще всего (в 50% случаев) преобладают экстрапунитивные (внешнеобвинительные) реакции, почти вдвое меньше — интрапунитивные (самообвинительные) реакции (27%) и еще реже – импунитивные реакции (23%). У мужчин больше экстрапунитивных реакций, а у женщин – интрапунитивных. *По сути данный тип копинга может быть приравнен к самообвинению, комплексу вины.*

Компенсация – защитный механизм психики, заключающийся в бессознательной попытке преодоления реальных и воображаемых недостатков. Термин введен *Зигмундом Фрейдом*, а позднее, понятый как жизненная стратегия, стал одним из центральных понятий в *индивидуальной психологии Альфреда Адлера*. Обычно компенсация проявляется в виде дополнительных усилий, прикладываемых к деятельности, «компенсирующей» недостатки человека. Например, усиленные занятия лыжным спортом для потерявшего ноги человека – компенсация.

Компенсаторное поведение может сильно различаться по форме. Так, оно может быть как социально приемлемым (слепой, становящийся музыкантом), так и нет (компенсация физической слабости путем злоупотребления властными полномочиями); как *прямым* (попытка добиться успеха в той области, где ощущается недостаток), так и *косвенным* (стремление утвердить себя в другой сфере). *Данная черта свойственна депрессивному типу.*

Возрастание усилий к достижению цели

Данная копинг-стратегия близка к гиперкомпенсации, или реактивным образованиям: личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений, одобряемых форм поведения. Иными

словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию. *Данная черта свойственна маниакальному типу личностей.*

Методика определения типа личности по Е.А. Брюну
«Телесный – аффективный – идеаторный»
(разработана М.А. Михайловым и А.В. Цветковым)

Психическая реакция состоит из трех компонент: телесной, аффективной и идеаторной, представленных в разных психических реакциях в различных и характерных сочетаниях. В норме спектр психических реакций достаточно широк, каждому восприятию в период «индивидуальной секунды» (ИС), которая колеблется от 0,5 до 1,5 астрономических секунд, соответствует совершенно определенная композиция составляющих психической реакции, что делает каждое восприятие уникальным и нестираемым. Телесная компонента феноменологически представлена в переживании человека как тонус мышц, телесное ощущение, двигательная реакция. Аффективная составляющая представлена как изменение настроения, эмоции, чувства. Идеаторная составляющая представлена в виде оживления или изменения ассоциативного процесса, с появлением новых мыслей, ассоциаций, воспоминаний или, наоборот, их остановкой.

В случаях внешне или внутренне модулированных особых состояний сознания компоненты триады приобретают качественно иные характеристики. Необходимо отметить, что составляющие психической реакции представлены в сознании человека одновременно, что особое состояние сознания – интегральное, в связи с чем многие его феномены перекрывают друг друга. Идеаторная составляющая особого состояния сознания характеризуется переживанием потока мыслей и согласованных ассоциаций прямой непосредственной связи между явлением и его осмыслением (таким образом, носит аксиоматический характер), оживлением и актуальным переживанием значительного объема прошлых переживаний и личного опыта. Такой по форме идеаторный процесс мы называем «симпатическое (или магическое) мышление».

Симпатическое мышление сопровождается особым аффектом, суть которого заключается в одновременном и параллельном сосуществовании двух аффектов, один из них колеблется в области положительного, а другой – отрицательного полюса. Феноменологически этот аффект описывается как «восторг», «умиление», «экстаз». Такой аффективный комплекс обозначается как «бинарный аффект». Телесное чувство в особом состоянии сознания представлено в виде необычных телесных ощущений, называемых в психопатологии «сенсации», или «сенестопатии». В целом особое состояние сознания сопровождается осознанием (смыслообразованием) единства, слитности, гармонии, цельности макро- и микрокосма [5].

Опросник «Цель – средство – результат» (ЦСР)

Данный опросник, предложенный А.А. Кармановым, рассчитан на исследование особенностей структуры деятельности. В основу его положен общенаучный базис *цель – средство – результат*, отражающий основные черты

любой деятельности. Согласно этой парадигме любую деятельность можно рассматривать как состоящую из трех компонентов (обычно чередующихся последовательно):

- в начале любой деятельности человек, синтезируя большое количество информации, вырабатывает *цель* деятельности, т.е. начинает представлять более или менее ясную картину желаемого будущего, то конечное состояние в которое он хочет привести ситуацию и себя;

- далее в ход вступают *средства*, т.е. тот ресурс, который человек готов истратить на достижение цели;

- итогом любой деятельности является актуализация *результата* – того итога, которого достиг человек.

Как разные люди, так и один человек в разные периоды своей жизни обладают неодинаковыми параметрами своей деятельности. Данная методика предназначена для определения личностных свойств индивида, связанных с деятельностью, за 1–2 месяца перед проведением теста. Иными словами, по результатам опросника ЦСР нельзя судить о том, обладал или нет обследованный тем или иным качеством в более ранний период (например, за полгода до проведения теста).

Методика Холмса – Раге

Доктора Холмс и Раге (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более чем пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, на которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности. В соответствии с проведенными исследованиями было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Торонтская алекситимическая шкала (TAS)

Торонтская алекситимическая шкала (TAS) создана Дж.Дж. Тейлор (G.J. Taylor и соавторами (1985) с применением концептуально-ориентированного, факторного подхода. Определив основные сферы, отражающие, по мнению авторов, сущность концепции алекситимии, было разработано 41 утверждение, с помощью которых испытуемый мог характеризовать себя, применяя шкалу Ликерта (от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен»), при этом половина пунктов имела положительный код, а другая половина – отрицательный, чтобы избежать однонаправленного согласия в ответах. Опросник был роздан студентам. После анализа пунктов и факторного анализа было отобрано 26 пунктов для окончательного варианта шкалы по принципу их высоких корреляций пункт–итог и/или корреляции пункт–фактор, а также низких корреляций с показателем социальной желательности. Окончательная шкала имела высокий уровень внутренней последовательности (альфа Кронбаха – 0,79), а также высокую тест-ретестовую надежность за периоды, равные 1 неделе, 5 неделям и 3 месяцам.

Факторный анализ шкалы с извлечением главных факторов и ротацией дал в итоге факторную структуру, конгруэнтную построению концепции алекситимии. Последующие исследования показали, что факторная структура TAS обладает стабильностью и надежностью. Структурная валидность TAS получила подтверждение в работах, изучавших соотношение данной шкалы с рядом других методик исследования личности и психопатологических расстройств, позволивших подтвердить ее конвергентную и дивергентную валидность.

Для выявления «алекситимических» пациентов рекомендовано 74 балла и выше, а 62 балла и ниже – для «неалекситимических» пациентов (при теоретическом распределении результатов от 26 до 130 баллов). Одно из доказательств того, что TAS является валидной методикой оценки структуры алекситимии, получено путем изучения корреляции TAS и Краткого перечня процессов воображения. Последний состоит из 3 шкал: 1) позитивно-конструктивные мечты (например: «Мои фантазии обычно доставляют мне приятные мысли»); 2) мечты, связанные с чувством вины и страхом провала («Я представляю себе, что я не способен/неспособна закончить работу, которая мне поручена»); 3) слабый контроль внимания («Я склонен/склонна к тому, что мне быстро всё надоедает»).

В соответствии с тем, что индивиды с алекситимией обладают ограниченным воображением и создают мало фантазий, TAS положительно коррелировала с двумя шкалами (2-й и 3-й) и отрицательно коррелировала с 1-й. Это дает основание полагать, что мечты алекситимических индивидов характеризуются фантазиями, окрашенными чувством вины или дисфории, а не фантазиями конструктивными, окрашенными желанием и стремлением к реализации.

Баллы TAS подсчитываются по следующему ключу: отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 19, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам, выдержанным в отрицательном ключе (т.е. оценка 1 получает 5 баллов; 2 – 4; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 1). Сумма баллов по всем пунктам равна итоговому баллу. Валидность и надежность TAS делают ее адекватной для использования в клинических и научно-исследовательских целях.

Личностный опросник FPI

Был создан, главным образом, для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения таких широко известных опросников, как 16PF, MMPI, EPI и др. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Опросник предназначен для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения.

Опросник FPI содержит 12 шкал, общее количество вопросов в опроснике – 114. Один (первый) вопрос ни в одну из шкал не входит, так как имеет проверочный характер. Шкалы опросника I–IX являются основными, или базовыми, а X–XII – производными, интегрирующими. Производные шкалы составлены из вопросов основных шкал.

Шкала I (невротичность) характеризует уровень невротизации личности. Высокие оценки соответствуют выраженному невротическому синдрому астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

Шкала II (спонтанная агрессивность) позволяет выявить и оценить психопатизацию интротенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о повышенном уровне психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения.

Шкала III (депрессивность) дает возможность диагностировать признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Высокие оценки по шкале соответствуют наличию этих признаков в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Шкала IV (раздражительность) позволяет судить об эмоциональной устойчивости. Высокие оценки свидетельствуют о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию.

Шкала V (общительность) характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности. Высокие оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности.

Шкала VI (уравновешенность) отражает устойчивость к стрессу. Высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности от воздействия стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности.

Шкала VII (реактивная агрессивность) имеет целью выявить наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о высоком уровне психопатизации, характеризующемся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию.

Шкала VIII (застенчивость) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Высокие оценки по шкале отражают наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах.

Шкала IX (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Оценки по данной шкале могут в той или иной мере способствовать анализу искренности ответов обследуемого при работе с данным опросником, что соответствует шкалам лжи других опросников.

Шкала X (экстраверсия – интроверсия). Высокие оценки по шкале соответствуют выраженной экстравертированности личности, низкие – выраженной интровертированности.

Шкала XI (эмоциональная лабильность). Высокие оценки указывают на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Низкие оценки могут характеризовать не только высокую стабильность эмоционального состояния как такового, но и хорошее умение владеть собой.

Шкала XII (маскулинизм–феминизм). Высокие оценки свидетельствуют о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, низкие – по женскому.

Результаты проведенного исследования

Применение охарактеризованных выше методик позволило получить следующие данные.

Методика определения типа личности по Е.А. Брюну (табл. 1)

Таким образом, героин по типу воздействия оказывается «аффективно-телесным» веществом, а алкоголь – «идеаторно-аффективным», что согласуется с данными, полученными в ходе клинических наблюдений. Более того, значимым результатом стало отсутствие выраженной типизации личности у здоровых лиц, что предполагает отсутствие у них нейрофизиологического дефицита, приводящего к формированию аддиктивного поведения.

Таблица 1

Определение типа личности по Е.А. Брюну

Группа испытуемых	Компонент		
	телесный	аффективный	идеаторный
Здоровые	24,45	24,83	23,16
Больные алкоголизмом	22,36	23,09	24,81
Больные героиновой наркоманией	25,82	27,4	22,6

Тест «Цель – средство – результат»

В первую очередь следовало выяснить, как различаются наркозависимые и алкозависимые. От этого зависело решение – объединять их в одну выборку либо рассматривать как две различные по психологическим характеристикам выборки (табл. 2, 3).

Между наркозависимыми и алкозависимыми по тесту ЦСР достоверных различий не обнаружено (см. табл. 3).

Отличия больных респондентов от здоровых немногочисленны. Статистически значимо отличие больных наркоманией от здоровых респондентов по шкале «Средство», значения этой шкалы гораздо выше у здоровых респондентов ($U = 512; p = 0,008$).

Таблица 2

Различия между нарко- и алкозависимыми по тексту ЦСР

Шкала	Алкоголизм	Наркомания	U	p
Цель	0,46	0,27	626	0,619
Средство	0,74	0,4	658,5	0,37
Результат	-1,74	-1,62	588	0,975
Шкала лжи	-1,54	-1,59	624,5	0,629

Отличия алко- и наркозависимых от здоровых респондентов по тексту ЦСР

Шкала	Здоров	Алкоза- висимый	U	p	Здоров	Наркоза- висимый	U	p
Цель	1,42	0,46	377	0,194	1,42	0,27	459,5	0,08
Средство	1,96	0,74	361,5	0,129	1,96	0,4	512	0,008
Результат	-2,46	-1,74	589	0,081	-2,46	-1,62	288,5	0,21
Шкала лжи	-0,96	-1,54	390,5	0,264	-0,96	-1,59	457,5	0,084

Тест ЦСР не имеет дифференцирующей силы для различения выборки наркозависимых и алкозависимых.

Далее проследим совместное влияние факторов возраста и диагноза на показатели теста (рис. 1).

Было обнаружено влияние возраста и диагноза на одну шкалу теста ЦСР.

У наркоманов значения шкалы «Средство» не различаются в зависимости от возраста. В то же время у алкозависимых значения этой шкалы значительно возрастают после 30 лет. По другим шкалам совместного влияния возраста и диагноза на показатели теста ЦСР не выявлено.

Таким образом, при анализе возрастных отличий по тесту ЦСР необходимо учитывать тот факт, что наркозависимые и алкозависимые имеют различные возрастные закономерности по шкале «Средство». Рассмотрим влияние фактора возраста без учёта диагноза (табл. 4).

Как видим, смешанный эффект диагноза и возраста привёл к тому, что без учёта фактора диагноза возрастные различия сглаживаются.

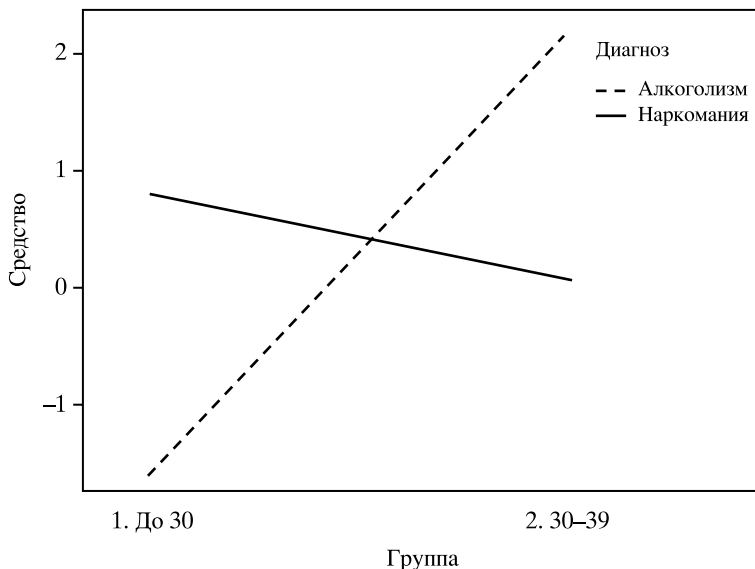


Рис. 1. Влияние факторов возраста и диагноза на показатели теста ЦСР

Влияние фактора возраста без учета диагноза

Шкала	Возраст, лет			N	p
	До 30	30–39	40 и более		
Цель	0,86	0,69	0,14	1,75	0,417
Средство	1,16	1,03	0,38	0,88	0,644
Результат	-2,41	-1,59	-1,24	7,23	0,027
Шкала лжи	-1,13	-1,48	-1,86	2,65	0,266

Таблица 5

Влияние пола и диагноза на показатели ЦСР

Шкала	Женщина	Мужчина	U	p
Цель	0,64	0,65	1036,5	0,738
Средство	1,4	0,52	1357,5	0,031
Результат	-2,04	-1,75	1006	0,566
Шкала лжи	-1,86	-0,98	754	0,011

Рассмотрим влияние пола и диагноза на показатели ЦСР (табл. 5). Совместного влияния фактора пола и диагноза не выявлено. Выявлено влияние пола на результаты теста ЦСР независимо от выборки.

Независимо от того, каков диагноз респондента, женщины всегда больше ориентированы на средство ($U = 1357,5$; $p = 0,031$), у женщин также меньше значения шкалы лжи ($U = 754$; $p = 0,011$).

Тест FPI

Сравним выборки наркозависимых и алкозависимых по выраженности личностных черт (табл. 6).

Наркоманы показывают более высокие значения невротичности ($U = 358,5$; $p = 0,006$), спонтанной агрессивности ($U = 322$; $p = 0,001$), депрессивности ($U = 424,5$; $p = 0,051$), раздражительности ($U = 366$; $p = 0,008$), общительности ($U = 283$; $p < 0,001$), открытости ($U = 285$; $p < 0,001$), экстравертированности ($U = 240,5$; $p < 0,001$) и эмоциональной лабильности ($U = 403,5$; $p = 0,027$).

Сравним попарно выборки наркозависимых и здоровых людей, алкозависимых и здоровых людей (табл. 7).

У алкозависимых, по сравнению со здоровыми личностями менее выражена невротичность ($U = 323$; $p = 0,04$), спонтанная агрессивность ($U = 249$; $p = 0,002$) и экстраверсия ($U = 235$; $p = 0,001$).

Наркоманы, в сравнении со здоровыми людьми, более невротичны ($U = 236$; $p = 0,031$), склонны к спонтанной агрессии ($U = 225$; $p = 0,019$), раздражительны ($U = 184$; $p = 0,002$), общительны ($U = 137$; $p < 0,001$), открыты ($U = 73$; $p < 0,001$) и экстравертированы ($U = 81$; $p < 0,001$), но при этом чаще оценивают себя как застенчивы ($U = 144$; $p < 0,001$), эмоционально лабильны ($U = 222$; $p = 0,016$).

Таблица 6

Выраженность личностных черт у нарко- и алкозависимых

Личностная черта	Алкоголизм	Наркомания	<i>U</i>	<i>p</i>
Невротичность	5,18	6,25	358,5	0,006
Спонтанная агрессивность	4,46	5,75	322	0,001
Депрессивность	5,84	6,43	424,5	0,051
Раздражительность	5,92	6,65	366	0,008
Общительность	3,61	4,79	283	0
Уравновешенность	5,04	5,51	465	0,146
Реактивная агрессивность	6,03	6,42	512,5	0,381
Застенчивость	5,67	6,12	452	0,106
Открытость	7,01	8,06	285	0
Экстраверсия	4,6	6,01	240,5	0
Эмоц. лабильность	5,45	6,18	403,5	0,027
Маскулинизм	4,17	4,37	543,5	0,617

Таблица 7

Выборки наркозависимых, алкозависимых и здоровых людей: сравнение

Личностная черта	Алко-го-лики	Здро-вые	<i>U</i>	<i>p</i>	Здро-вые	Нарко-маны	<i>U</i>	<i>p</i>
Невротичность	5,18	5,6	323	0,04	5,6	6,25	236	0,031
Спонтанная агрессивность	4,46	5,12	249	0,002	5,12	5,75	225	0,019
Депрессивность	5,84	6,27	408	0,399	6,27	6,43	251	0,059
Раздражительность	5,92	6,38	382	0,226	6,38	6,65	184	0,002
Общительность	3,61	3,93	346	0,085	3,93	4,79	137	0
Уравновешенность	5,04	5,22	375	0,19	5,22	5,51	291	0,233
Реактивная агрессивность	6,03	6,42	347	0,087	6,42	6,42	371	0,855
Застенчивость	5,67	5,84	531	0,376	5,84	6,12	144	0
Открытость	7,01	7,56	444	0,738	7,56	8,06	73	0
Экстраверсия	4,6	5,23	235	0,001	5,23	6,01	81	0
Эмоциональная лабильность	5,45	5,78	392	0,285	5,78	6,18	222	0,016
Маскулинизм	4,17	4,1	550	0,248	4,1	4,37	306	0,351

Проследим совместное влияние возраста и диагноза на показатели теста FPI (рис. 2).

Уровень маскулинности значительно различается у наркозависимых и алкозависимых до 30 лет, в частности у страдающих алкоголизмом уровень маскулинности значительно выше. У респондентов 30–39 лет гендерная идентичность практически не различается.

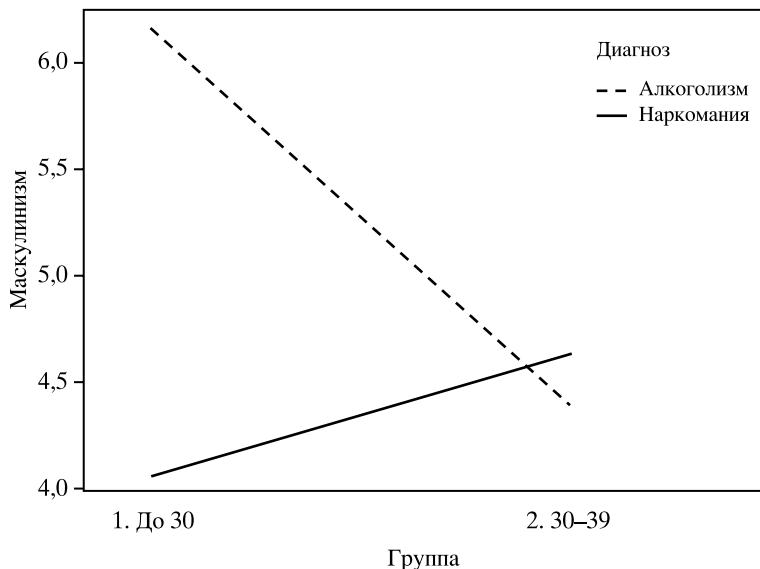


Рис. 2. Совместное влияние возраста и диагноза на показатели теста FPI

Таблица 8

Фактор возраста, его влияние на личностные черты

Личностная черта	Возраст, лет			H	p
	До 30	30-39	40 и более		
Невротичность	6,05	5,65	5,26	2,1	0,351
Спонтанная агрессивность	6,37	4,7	4,24	17,46	< 0,001
Депрессивность	7	5,73	5,79	11,5	0,003
Раздражительность	6,78	6,19	5,82	7,11	0,029
Общительность	4,29	4,36	3,65	4,3	0,117
Уравновешенность	6,07	4,9	4,98	5,83	0,054
Реактивная агрессивность	6,56	6,33	5,67	1,83	0,401
Застенчивость	6,5	5,29	6,09	4,55	0,103
Открытость	7,87	7,35	7,26	2,97	0,226
Экстраверсия	5,87	5,23	4,59	6,45	0,04
Эмоц. лабильность	6,51	5,48	5,5	6,61	0,037
Маскулинизм	4,62	4,53	3,56	4,37	0,113

Фактор возраста влияет на личностные черты, причём порой даже независимо от диагноза (см. табл. 8).

Спонтанная агрессивность падает с возрастом ($H = 17,46; p < 0,001$), также постепенно убывает показатель раздражительности ($H = 7,11; p = 0,029$) и экстравертированности ($H = 6,45; p = 0,04$), депрессивность снижается после 30 лет и далее остаётся стабильной ($U = 11,5; p = 0,003$), так же ведёт себя

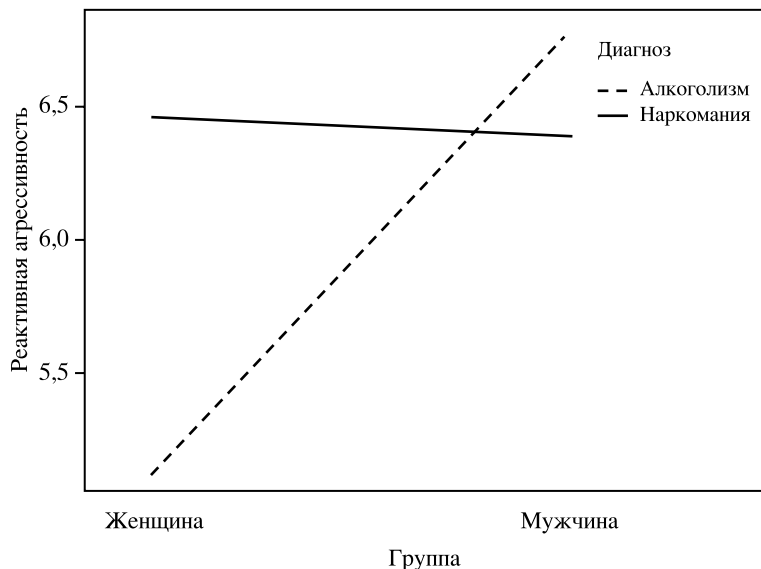


Рис. 3. Зависимость реактивной агрессивности от гендерного фактора

эмоциональная лабильность ($U = 6,61$; $p = 0,037$). Описанные закономерности характерны для исследуемой выборки независимо от диагноза.

Среди наркоманов практически нет гендерных различий в реактивной агрессивности, в то время как алкозависимые женщины имеют закономерно меньшую реактивную агрессивность, чем мужчины (рис. 3), что полностью соответствует гендерным различиям, традиционным для нашей страны.

Общие гендерные различия без учёта фактора диагноза невелики (табл. 9).

Таблица 9

Гендерные различия без учета диагноза

Личностная черта	Женщина	Мужчина	U	p
Невротичность	6,13	5,27	775	0,021
Спонтанная агрессивность	5,15	4,92	620	0,675
Депрессивность	6,07	6,12	591	0,947
Раздражительность	6,58	5,97	740	0,06
Общительность	4,37	3,94	692,5	0,193
Уравновешенность	4,87	5,53	482,5	0,215
Реактивная агрессивность	5,66	6,61	371	0,009
Застенчивость	5,67	6,02	539	0,579
Открытость	7,51	7,43	634	0,55
Экстраверсия	5,34	5,11	660	0,361
Эмоциональная лабильность	6,18	5,46	733,5	0,071
Маскулинизм	3,95	4,5	484	0,22

Женщины, в среднем, более невротичны ($U = 775$; $p = 0,021$) независимо от выборки. Реактивная агрессивность выше у мужчин ($U = 371$; $p = 0,009$), но, как показали предыдущие результаты, эта закономерность может быть распространена только на здоровых лиц и алкозависимых. У наркозависимых гендерные различия по реактивной агрессивности отсутствуют.

Следует отметить, что шкала маскулинизма/феминизма, изначально разработанная на основе гендерных различий (различий в поведении, мышлении и самооценке мужчин и женщин), не различается у мужчин и женщин, что свидетельствует о потере валидности данной шкалы для различения мужчин и женщин. Данный эффект может быть объяснен как несоответствием содержания шкалы гендерным различиям современной выборки (низкая валидность шкалы), так и снижением гендерных различий в современной выборке вследствие успешного продвижения идеи гендерного равенства в обществе.

Тест РТС

Выявим различия по тесту РТС алкозависимых и наркозависимых (табл. 10).

По данному тесту, наркоманы показывают больший уровень вербальной агрессии ($U = 393$; $p = 0,02$), агрессии к людям ($U = 364$; $p = 0,007$), агрессии к предметам ($U = 364$; $p = 0,007$).

Таблица 10

Различия алко- и наркозависимых по тексту РТС

Личностная черта	Алкоголизм	Наркомания	U	p
Наркотизация	14,62	15,7	478	0,195
Сравнение проблем с другими	15,36	15,1	615,5	0,715
Механизмы снижения психического напряжения	14,13	13,9	590	0,956
Вербальная агрессия	14,26	16,17	393	0,02
Агрессия к предметам	10,36	11,8	415,5	0,04
Агрессия к людям	9,15	11,67	364	0,007
Аутоагрессия	8,13	8,87	506	0,337
Интрапунитивное отношение к ситуации	15,21	15,73	502	0,315
Компенсация	15,28	14,97	629	0,596
Возрастание усилий к достижению цели	18,21	17,5	673	0,288

Сравним показатели РТС в выборках наркозависимых и здоровых, алкозависимых и здоровых личностей (табл. 11).

По данному тесту наркоманы отличаются от здоровых личностей уровнем наркотизации, который у них значительно выше ($U = 175,5$; $p = 0,001$). Но этот показатель также выше и у алкоголиков в сравнении со здоровыми ($U = 657,5$; $p = 0,007$).

Показатели РТС в разных выборках

Показатель РТС	Алкоза- висимые	Здоровые	<i>U</i>	<i>p</i>	Наркоза- висимые	Здоровые	<i>U</i>	<i>p</i>
Уход	12,23	13,25	391,5	0,278	14,03	13,25	286,5	0,2
Наркотизация	14,62	11,96	657,5	0,007	15,7	11,96	175,5	0,001
Сравнение проблем с другими	15,36	14,17	582	0,106	15,1	14,17	269	0,111
Механизмы снижения психического напряжения	14,13	13	538,5	0,319	13,9	13	302	0,31
Вербальная агрессия	14,26	16,71	288	0,011	16,17	16,71	378,5	0,753
Агрессия к предметам	10,36	12,38	279	0,007	11,8	12,38	392	0,58
Агрессия к людям	9,15	11,71	290,5	0,012	11,67	11,71	350	0,868
Аутоагрессия	8,13	9,29	300	0,016	8,87	9,29	420,5	0,292
Интрапунитивное отношение к ситуации	15,21	15,62	418	0,48	15,73	15,62	341	0,745
Компенсация	15,28	15,33	456	0,869	14,97	15,33	387	0,642
Возрастание усилий к достижению цели	18,21	16,42	614,5	0,038	17,5	16,42	300,5	0,3

Алкоголики и здоровые респонденты различаются гораздо сильнее. В частности, у алкоголиков более выражена наркотизация ($U = 657,5$; $p = 0,007$) и возрастание усилий к достижению цели ($U = 614,5$; $p = 0,038$). У здоровых личностей, в сравнении с алкозависимыми, выше все показатели агрессии: вербальная агрессия ($U = 288$; $p = 0,011$), агрессия к предметам ($U = 279$; $p = 0,007$), агрессия к людям ($U = 290,5$; $p = 0,012$), аутоагрессия ($U = 300$; $p = 0,016$).

Проверим совместное влияние возраста и диагноза на показатели теста РТС (табл. 12). Совместного влияния возраста и диагноза по тесту РТС не выявлено. Далее рассмотрим возрастные различия по данному тесту без учёта фактора диагноза.

Независимо от диагноза, с возрастом следует ожидать снижения показателей агрессии. Постепенно снижение наблюдается по показателям: вербальной агрессии ($H = 8,36$; $p = 0,015$), агрессии к предметам ($H = 10,51$; $p = 0,005$), агрессии к людям ($U = 10,06$; $p = 0,007$), аутоагрессии ($U = 10,65$; $p = 0,005$). Интрапунитивное отношение к ситуации в возрасте 30–39 лет менее выражено, чем в возрасте до 30 лет и выше 40 лет ($H = 6,51$; $p = 0,039$).

Изучим совместное влияние пола и диагноза на показатели теста РТС. Совместного влияния пола и диагноза не обнаружено, в связи с чем далее выявим влияние фактора пола на показатели теста РТС независимо от диагноза (табл. 13).

Иными словами, фактор пола не влияет на показатели РТС.

Влияние возраста и диагноза на показатели

Показатель РГТ	Возраст, лет			H	p
	До 30	30–39	40 и более		
Уход	13,19	13,55	12,19	2,66	0,265
Наркотизация	13,63	15,03	14,57	2,69	0,261
Сравнение проблем с другими	14,79	14,76	15,62	1,04	0,594
Механизмы снижения психического напряжения	14,02	13,31	13,86	1,6	0,45
Вербальная агрессия	16,33	15,59	13,71	8,36	0,015
Агрессия к предметам	11,84	11,9	9,57	10,51	0,005
Агрессия к людям	11,51	10,97	8,33	10,06	0,007
Аутоагрессия	9,51	8	7,86	10,65	0,005
Интрапунитивное отношение к ситуации	16,21	14,62	15,19	6,51	0,039
Компенсация	15,44	15,21	14,67	0,95	0,623
Возрастание усилий к достижению цели	17,37	17,69	17,57	0,16	0,921

Таблица 13

Влияние фактора пола на показатели текста РТС независимо от диагноза

Показатель РТС	Женщина	Мужчина	U	p
Уход	13,36	12,81	1207	0,327
Наркотизация	13,67	14,85	907	0,183
Сравнение проблем с другими	14,91	15,02	1047	0,801
Механизмы снижения психического напряжения	13,71	13,81	1119,5	0,763
Вербальная агрессия	15,78	15,25	1172	0,48
Агрессия к предметам	10,71	11,94	822,5	0,047
Агрессия к людям	10,6	10,65	1078,5	0,994
Аутоагрессия	8,8	8,54	1131	0,695
Интрапунитивное отношение к ситуации	15,62	15,35	1123,5	0,739
Компенсация	15,56	14,85	1234	0,235
Возрастание усилий к достижению цели	16,98	18,02	888	0,139

Тесты алекситимии и устойчивости к стрессу

Различия у наркозависимых и алкозависимых по показателям алекситимии отсутствуют (табл. 14).

Различия наркозависимых и здоровых, алкозависимых и здоровых по показателям стрессоустойчивости (тест Холмса–Рэге) отсутствуют (см. табл. 15).

Совместного влияния пола и диагноза, возраста и диагноза не выявлено.

Таблица 14

Нарко- и алкозависимые по показателям алекситимии и подверженности стрессу

Диагноз	Алкоголизм	Наркомания	U	p
Алекситимия	65,07	65,32	607	0,795
Подверженность стрессу	313,28	289,15	645,5	0,468

Таблица 15

Нарко- и алкозависимые по показателям стрессоустойчивости тест Холмса–Рэге

Диагноз	Алко-го-лики	Здоровые	U	p	Здоровые	Нарко-маны	U	p
Алекситимия	65,07	66,73	461	0,927	66,73	65,32	408	0,408
Подверженность стрессу	313,28	244,12	610,5	0,044	244,12	289,15	278	0,157

По данным табл. 16, у страдающих алкоголизмом ориентация на средство достижения цели и подверженность стрессу оказались во многом противоположными качествами ($r = -0,43$; $p < 0,01$), у здоровых личностей корреляция положительна, но её значение всё же нельзя считать статистически значимым. Для здоровых людей характерно сочетание наркотизации (как тяги к изменению своих состояний с помощью химических средств) и агрессии к предметам ($r = 0,74$; $p < 0,001$), что позволяет судить о типичной ситуации, когда здоровый человек будет склонен регулировать свои состояния с помощью химических средств (медикаменты, курение, алкоголь) в случае, когда его раздражение настолько сильно, что он начинает проявлять агрессию к предметам быта и интерьера. У здоровых людей повышению алекситимичности сопутствует повышение показателя механизмов снятия психического напряжения (игнорирование, отрицание, прогулки ради отвлечения, переосмысливание) ($r = 0,74$; $p < 0,001$). Две последние закономерности не свойственны алкозависимым, но не являются обратными, можно утверждать, что описанные связи у наркозависимых носят случайный (несистематический, ситуативный) характер.

Среди наркозависимых подверженность стрессу (и, соответственно, его частое переживание) сопровождается стремлением решить трудные ситуации (противоположность шкалы «уход») ($r = -0,59$; $p < 0,001$), снижением наркотизации ($r = -0,49$; $p < 0,01$), аутоагрессии ($r = -0,52$; $p < 0,01$) (табл. 17). Таким образом, у наркозависимых, подверженных стрессам, происходит мобилизация внутренних ресурсов, которая может значительно снизить психологические риски, связанные с потреблением наркотиков. Однако описанные

Сравнение корреляций в выборках алкозависимых и здоровых

Корреляционный анализ				
Переменная		Алкоголизм	Здоров	<i>p</i>
1	2			
Средство	Подверженность стрессу	-0,43**	0,36	0,002
Наркотизация	Агрессия к предметам	0,09	0,74***	0,002
Механизмы снижения психического напряжения	Алекситимия	0,24	0,74***	0,01

Таблица 17

Сравнение корреляций в выборках наркозависимых и здоровых

Переменная		Наркомания	Здоров	<i>p</i>
1	2			
Агрессия к людям	Результат	0,26	-0,45*	0,01
Агрессия к предметам	Наркотизация	-0,03	0,74***	0,001
Алекситимия	Механизмы снижения психического напряжения	0,06	0,74***	0,002
Подверженность стрессу	Уход	-0,59***	0,15	0,004
Подверженность стрессу	Наркотизация	-0,49**	0,29	0,004
Подверженность стрессу	Аутоагрессия	-0,52**	0,21	0,007
Подверженность стрессу	Алекситимия	-0,32	0,74***	0

закономерности носят случайный характер (не значимы) в выборке здоровых личностей.

У здоровых личностей подверженность стрессу сопровождается увеличением признаков алекситимичности ($r = 0,74$; $p < 0,001$), а алекситимичность в свою очередь мобилизует механизмы, связанные со снижением психического напряжения (игнорирование, отрицание, прогулки ради отвлечения, переосмысливание). При повышении желания достичь результата у здоровых личностей их агрессия к людям снижается ($r = -0,45$; $p < 0,05$). Для наркозависимых эти закономерности не характерны.

Часть различий в корреляциях показателей у наркозависимых и алкозависимых полностью противоположны. В частности, у алкозависимых подверженность стрессу сопровождается невротичностью ($r = 0,44$; $p < 0,01$), депрессивностью ($r = 0,76$; $p < 0,001$), эмоциональной лабильностью ($r = 0,68$; $p < 0,001$). У наркозависимых все перечисленные закономерности противоположны: чем выше уровень стресса у наркоманов, тем они менее невротичны ($r = -0,58$; $p < 0,001$), депрессивны ($r = -0,55$; $p < 0,01$), более эмоционально стабильны ($r = -0,44$; $p < 0,05$) (табл. 18).

Сравнение корреляций в выборках алкозависимых и наркозависимых

Переменная		Алкоголизм	Наркомания	p
1	2			
Алекситимия	Открытость	-0,44**	0,31	0,002
Вербальная агрессия	Реактивная агрессивность	0,04	0,66***	0,003
Возрастание усилий к достижению цели	Агрессия к предметам	0,39*	-0,27	0,007
Застенчивость	Раздражительность	0,29	-0,37*	0,006
Компенсация	Раздражительность	0,42**	-0,3	0,003
Компенсация	Уход	0,58***	-0,17	0,001
Маскулинизм	Раздражительность	0,31	-0,34	0,008
Подверженность стрессу	Невротичность	0,44**	-0,58***	0
Подверженность стрессу	Спонтанная агрессивность	0,51***	-0,12	0,007
Подверженность стрессу	Депрессивность	0,76***	-0,55**	0
Подверженность стрессу	Раздражительность	0,61***	-0,29	0
Подверженность стрессу	Эмоц. лабильность	0,68***	-0,44*	0
Подверженность стрессу	Уход	0,16	-0,59***	0,001
Подверженность стрессу	Наркотизация	0,13	-0,49**	0,009
Подверженность стрессу	Агрессия к людям	0,25	-0,46*	0,003
Подверженность стрессу	Аутоагрессия	0,3	-0,52**	0,001
Подверженность стрессу	Компенсация	0,44**	-0,23	0,006
Подверженность стрессу	Алекситимия	0,54***	-0,32	0
Раздражительность	Результат	-0,49**	0,15	0,006
Уход	Цель	0,13	-0,58***	0,002

Дифференцирующая сила тестов

Для проверки дифференцирующей силы тестов были использованы регрессионные деревья решений.

Вероятность ошибки теста FPI равна 17%, при этом уровень экстраверсии служит единственным критерием, который может различать наркозависимых и алкозависимых. Ранее было показано, что и другие характеристики различают эти выборки, но их добавление в алгоритм классификации приводит к снижению точности прогноза.

В методике РТС вероятность ошибки 33%, дифференцирующей силой обладают шкалы агрессии, возрастания усилий к достижению цели, наркотизации, что позволяет признать этот тест (несмотря на высокий уровень ошибки) пригодным для решения задачи дифференцирования выборок по критерию диагноза.

Не менее оправдано использование **методики определения типа личности по Е.А. Брюну**, так как ее результаты соотносятся с клинической практикой. Скорее всего, использованию подлежат две методики – РТС и по типологии Е. А. Брюна, сочетание которых позволит дать полную картину личности зависимого.

Завершая главу, подведем некоторые итоги.

1. Личность человека, зависимого от алкоголя и героина, отличается своеобразием по параметрам агрессии, возрастания усилий к достижению цели и по типологии Е.А. Брюна.

2. Исследованию личности больных зависимостями наиболее адекватны методики РТС и определения типа личности по Е.А. Брюну.

Глава 7

БОЛЬНЫЕ АДДИКЦИЯМИ: МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Риск формирования аддиктивного поведения в настоящее время принято рассматривать с позиций биологической, психологической, социальной и духовной моделей, где каждый из факторов или их сочетание (в том числе наследственность, особенности характера, микро- и макросоциальное окружение, зрелость личности в целом) участвуют в формировании зависимого поведения.

Л.С. Выготским [11] впервые еще в 30-е гг. XX в. была высказана мысль о базисном значении межличностных отношений, а высшие психические функции складываются во взаимодействии человека с другими людьми. Личность поэтому может быть понята только в системе устойчивых межличностных связей, которые опосредуются содержанием, ценностями и смыслом совместной деятельности. По природе своей эти межличностные связи чувственные. Но вместе с тем они составляют смысловые образования личности.

Г. Салливан [119] полагает, что личность обнаруживается только тогда, когда человек проявляет свое отношение к одному или нескольким другим людям. Поэтому единицей анализа должна быть и может быть не личность, а межличностная ситуация. Б.Ф. Ломов [91] также считает, что мотивы и поведение не просто принадлежат личности, но выступают как ее системообразующее свойство, определяющее весь ее психологический склад. Б.Ф. Ломов подчеркивает, что личность порождается обществом. Именно система общественных отношений закладывает объективные основания свойств личности. При этом в качестве системообразующего фактора личности выступает ее направленность. Направленность обуславливается материальными и духовными ценностями и выражается в отношениях личности, целях и мотивах ее поведения.

По Б.Г. Ананьеву [9], личность состоит из трех классов структурно-динамических свойств. Первичный класс представлен статусом личности, ее ролями и ценностными ориентациями, интегрированными в ее определенные структуры. Эти характеристики определяют второй ряд свойств – особенности мотивации и структуру поведения. Высшим интегративным эффектом взаимодействия первичных и вторичных личностных свойств является характер человека, с одной стороны, и его склонности – с другой. При этом структура личности строится одновременно по двум принципам – иерархическому и координационному. По этим принципам функционируют также ценностные ориентации, социальные установки и формы поведения. Б.Г. Ананьев отме-

чает, что формирование личности идет путем интериоризации – присвоения общественного опыта и культуры в процессе воспитания и обучения, а также освоения определенных ролей, функций, позиций. Если это положение применить к проблеме формирования отношения к психоактивным веществам, то станет ясно, что обычаи, поводы, традиции употребления алкоголя, табака, наркотиков и вся связанная с ними субкультура – всё это укладывается в основания незрелой личности детей и подростков задолго до фактического приобщения к психоактивным препаратам.

Поведение, ведущее к зависимости от наркотиков и алкоголя, формируется постепенно и затрагивает глубинные и тонкие процессы психологического развития. В основе такого поведения лежит неразвитость когнитивных ресурсов и процессов, Я-концепции, личностного контроля, а также активных стратегий поведения, направленных на решение жизненных проблем и преодоление стресса. Поведение становится преимущественно избегающим, основанным на иллюзиях и манипулятивных стратегиях, еще более осложняющих взаимодействие зависимого человека с окружающей его социальной средой. Таков сложный эффект наркотиков и других психоактивных веществ на психику человека.

Тяжесть симптомов лишения наркотиков и алкоголя, навязчивое желание употребить любой ценой, страх разоблачения, страх перед жизнью, обществом, страх от нарастания проблем, связанных с выпивкой и наркотиками заставляет больных идти на преступления, выискивать достоверные объяснения в продумывании и реализации которых требуется достаточно высокий интеллект и склонность к макиавеллизму. Хроническая потребность в наркотике и алкоголе заставляет больных становится всё более изощренными в технологиях манипуляций, искать новых жертв манипулирования. В результате больные регулярно «оттачивают» свое манипулятивное мастерство, направленное на поиск, приобретение, употребление наркотика, алкоголя любыми законными и незаконными путями.

Система социальных отношений – один из важнейших факторов, как влияющих на приобщение подростков к психоактивным веществам (ПАВ), так и оказывающих профилактическое воздействие. По данным С.А. Бадмаева, подростки, употребляющие ПАВ, характеризуются нарушением системы межличностных отношений, имея в этом сходство с больными неврозами. Нарушение их коммуникативных функций обусловлено позицией «Я – хороший, вы – плохие» [13].

У больных наркоманией отмечается «увеличение дистанции непонимания с окружающими». В то же время – сокращение дистанции общения с наиболее значимыми представителями окружения по мере углубления зависимости и нарастание конфликтности, что отражает неосознанный призыв о помощи. Конфликтные сферы у наркотизирующихся личностей: сфера Я (чувство вины, страхи и опасения, нарушенная самооценка, усугубляющиеся по мере формирования наркомании), сфера отношений с отцом и мужчинами, далее сфера конфликтов с матерью, жизненными целями, семьей, прошлым и будущим. В целом же подростки – потребители наркотиков оказались неспособными дифференцировать круг близких друзей.

При этом у лиц, употребляющих наркотики, обнаруживается тенденция к сокращению дистанции межличностного общения с наиболее значи-

мыми людьми, в частности с микросоциальным окружением. Выраженные конфликтные отношения с близким окружением у больных наркоманией свидетельствуют о рассогласовании между осознаваемой и неосознаваемой составляющими их коммуникативного поведения еще на этапе аддиктивного поведения и наиболее выраженного на этапе сформированной наркомании.

Описанные проблемы соответствуют различным стадиям социализации. Образ личной неэффективности в любом случае оказывается связанным с незавершенностью процесса социализации, однако у наркоманов сама социализация становится практически невозможной. Для наркоманов типична сниженная способность к рефлексии, самоанализу, анализу. Сочетание противоречивой структуры потребностей, мотивационной неустойчивости с бессознательными механизмами защиты (агрессия, вытеснение, «уход») свидетельствует о невротическом характере 90% исследованных личностей. Психологический инфантилизм проявляется у 10% испытуемых. Личная тематика для наркозависимы более значима, чем тема достижений. Отношения обследуемых с другими мужчинами, женщинами, матерью носят конфликтный характер; потребности в достижении, автономии и любви фрустрированы. Наркоманы не верят в собственные силы и не удовлетворены собой. Обнаружена высокая тревожность наркозависимых, когда речь заходит о настоящем, будущем, жизненной перспективе в целом. Они не могут предворить в жизнь свои влечения. Их склонности к коллективизму и пассивности преобразуются в мазохизм и саморазрушающее поведение.

Г. Салливен [119] – создатель «межличностной теории психотерапии» – также считает главной детерминантой личностного развития межличностные отношения (как реальные, так и воображаемые). В личности как едином и целостном функциональном образовании Г. Салливен выделял несколько подсистем:

- «система самости», предписывающая или запрещающая определенные формы поведения в зависимости от интерперсональных отношений;
- «система динамизмов», энергетических феноменов, проявляющихся в межличностных отношениях и способствующих удовлетворению потребностей;
- «система персонификаций», т.е. внутренних образов себя и других людей, и эти образы определяют отношение к себе и к другим;
- «система когнитивных процессов», характеристики которой различаются в зависимости от стадий онтогенетического развития личности.

Г. Салливен полагал, что личность обнаруживается только тогда, когда человек демонстрирует свое отношение к одному или нескольким другим людям. Поэтому единицей анализа должна и может быть не личность, а межличностная ситуация. Как клиницист-психиатр, Г. Салливен не отрицал роли наследственности и факторов созревания в становлении организма. Вместе с тем личность для Салливена – продукт социальных взаимодействий и поэтому психиатрия, как и социальная психология, уверен он, должна изучать прежде всего межличностные отношения. В процессе социализации человеческий организм теряет статус биологического существа и становится социальным организмом. Исследовать его можно, изучая поведение и паттерны взаимодействия личностей в повторяющихся ситуациях, включая самого наблюдателя.

При изучении сферы общения и межличностных отношений Г. И. Дереча выявила, что у больных алкоголизмом, так или иначе, происходят конфликты с окружающими [56]. Невозможность стабильного приемлемого и конструктивного взаимодействия этих больных с окружающими связана с заострением у них крайних (полярных) характерологических проявлений по следующим коммуникативным факторам:

а) «отчужденность – общительность»: у одних больных появляются вялость эмоций, замкнутость, неоткровенность, стремление к уединению, бессердечие, холодность или жесткость в отношениях с окружающими, а у других, что бывает чаще, заостряются повышенная общительная активность, со случайными связями и знакомствами, отсутствие глубоких чувств и привязанностей, поверхностные и безразборные отношения;

б) «подчиненность – доминантность»: одни больные всё чаще проявляют безропотность, покорность, зависимость, отличаются неуверенностью в себе, застенчивостью, уступчивостью, готовы винить себя, другие становятся упрямыми, властными, неподатливыми, чрезмерно самоуверенными, жесткими, жестокими, обвиняют во всем других, у них всё заметнее агрессивность, неуживчивость, своеволие и своенравие, игнорирование социальных условий;

с) «робость – смелость»: в одних случаях контакты и взаимоотношения с окружающими в целом страдают из-за «заострения» робости больных, тревожности, боязливости, пессимистичности, уверенности в неудачах, мнительности, неспособности принять решение и действовать, но в других случаях обнаруживаются такие ранее или несвойственные или малозаметные черты, как необоснованный риск, чрезмерно смелое общение без чувства ситуации и дистанции, готовность иметь дело с незнакомыми обстоятельствами и людьми без всякой осмотрительности;

д) «беспечность – озабоченность»: одни больные отличаются молчаливостью, вялостью в выражении своих чувств, склонностью все усложнять, они всё чаще чем-то озабочены, излишне зажаты, много рассуждают, ожидают неудач и поэтому «заторможены», а другие – становятся безосновательно, однако всё более жизнерадостны, чрезмерно разговорчивы, несдержанно эмоциональны беспечны, выражают свои чувства без учета ситуации, обнаруживают легкость в восприятии жизни;

е) «конформизм – неконформизм»: у одних больных всё заметнее несамостоятельность, отсутствие собственных поведенческих установок, заострение потребности быть как все, пассивная подчиняемость группе, зависимость от мнения группы и ее лидера, у других – всё выраженнее чрезмерная независимость, самонадеянность, противопоставление себя окружающим, игнорирование их мнения и требований;

ф) «доверчивость – подозрительность»: одни больные становятся всё более наивными, сверхдоверчивыми, по-детски непосредственными, ко всем добрыми и во всем откровенными, а у других появляются и заостряются недоверчивость, подозрительность, ревность, завистливость, неоткровенность, настороженность, скептическое отношение к моральным мотивам поведения окружающих;

г) «прямолинейность – дипломатичность»: в этом факторе на одном полюсе наблюдается появление таких свойств, как непосредственность, прямо-

линейность, обнаженная и даже грубая и бестактная откровенность в своих отношениях к другим, когда без оглядки и без пощады высказываются и проявляются все чувства и мнения, а на другом – «обострение» хитрости, лживости, обманов, манипулирования, показной вежливости, демонстративной интеллигентности и т.п.

Больным без осознания зависимости от алкоголя в соответствии с показателями данных факторов в целом свойственна тенденция к проявлению безучастности к близким, излишней к ним строгости, неоткровенных межличностных отношений. Они чаще властные, своенравные, самоуверенные, независимые в своих суждениях, упрямые до агрессивности и полагаются прежде всего на свое понимание вопроса. Отличаются активностью, социальной смелостью, ведут себя свободно или даже расторможенно, преодолевают сопротивление окружающих, нередко их подавляя. Чувствуя себя уверенно, они строят свою жизнь сообразно собственным взглядам, поддерживают социально значимые контакты, достаточно динамичны и могут быть лидерами в групповой деятельности. Им свойственно завышенное самомнение, ревность, эгоизм и нередко – подозрительность и недоверчивость. Они стараются держаться корректно, вежливо, но отстраненно. Ко всему подходят чаще не сентиментально, а с холодной расчетливостью. Могут быть склонны к интригам, манипулированию, коварству, лжи. Предпочитают быть самостоятельными и принимать собственные решения, иметь собственное мнение, делать свой выбор и не зависеть от окружающих.

Со временем поведение алкоголика делается всё более ригидным, и его оправдания принимают патологический характер. Посредством изощренного критицизма или обвинений он проецирует свою ненависть к себе на окружающих людей. Вину за свое пьянство, он может возлагать на придирки жены, неблагодарность детей или несправедливость работодателя. Часто обвинения алкоголика становятся настолько вздорными, что отношения его с близкими серьёзно портятся или разрушаются совсем. Алкоголик обладает поистине сверхъестественной способностью убеждать других, что они сами виноваты в его пьянстве, и именно члены семьи оказываются самыми незащищенными перед его обвинениями. К окружающим алкоголик относится с всё возрастающей критикой, однако его собственное поведение оказывается в лучшем случае непредсказуемым. Он легко раздражается и вступает в перепалки, а его настроение в течение нескольких минут может измениться от эйфоричного ликования до озлобленной подозрительности.

Часто пьяница начинает свою алкогольную карьеру как «душа общества». Однако к тому времени, как его алкоголизм достигает распознаваемой стадии, старые приятели, как правило, уже исчезают из его жизни. Поведение алкоголика становится враждебным и раздражительным по отношению к неалкоголикам. Он ограничивает круг своего общения теми, с кем может без помех сильно напиваться.

Семейная жизнь алкоголиков обычно бывает скрыта от глаз общества. Однако, пьянствуя, алкоголик часто жалуется на трудности супружеской жизни, сексуальные разочарования и финансовые затруднения. Рано или поздно алкоголик начинает хуже выполнять свои служебные обязанности. Он обнаруживает, что ему трудно быть сосредоточенным в течение длительного

времени, он становится всё угрюмее и агрессивнее по отношению к своим сослуживцам.

Исследования показали, что алекситимия свойственна больным зависимостью. Застенчивые, зажатые, закрепощённые люди под действием алкоголя делают то, чего не могут делать в трезвом состоянии. Они могут становиться говорливыми, общительными, они могут свободнее рассуждать о любви и ненависти. Правда, в состоянии опьянения алкоголик порой не относит свои эмоции к тем обстоятельствам, в которых он сейчас находится. Скорее, он выражает давно подавленные, вытесненные эмоции. Это чувства, которые он годами испытывал по отношению к самому себе. Да, его агрессия, ненависть, презрение и прочие отрицательные чувства, направляемые вовне, на других, на самом деле могут быть выражением его собственного отношения к себе.

Алкоголики часто бывают перфекционистами. Если алкоголик задумал что-то сделать, то проект должен быть исполнен наилучшим образом, а не как-нибудь. Если нельзя исполнить наилучшим образом, алкоголик может отказаться вообще его выполнять. Чувство вины – одно из основополагающих чувств алкоголика. Это чувство сопровождает его всю жизнь. Ещё в родительской семье, задолго до того, как он начал пить, он чувствовал себя виноватым. За что угодно: за то, что своим рождением он принес много трудностей семье; за то, что его любят, а он плохо себя ведёт. Алкоголик не может выносить боль, а чувство вины болезненное. И он снова запивает. Потом чувствует себя ещё более виноватым.

Больные с осознанием зависимости от алкоголя отличаются открытостью, добродушием и доверительной общительностью, отзывчивостью и участием. Они часто оказываются в подчиненном положении, нередко берут вину на себя, стараются вести себя почтительно, мучаются угрызениями совести. Им свойственны недостаточная уверенность в своих возможностях и силах, частые предчувствия неприятностей, робкий стиль взаимоотношений с окружающими, осторожность и пессимистичность в восприятии действительности. Они озабочены последствиями своих поступков и ожиданием возможных неудач. Стараются ладить с людьми и обычно пользуются в целом позитивным и сочувственным к ним отношением со стороны окружения. В большинстве своем они характеризуются как в той или иной мере простоватые, в чем-то наивные, непосредственные, прямолинейные. У них обычно отсутствует ловкачество и сознательное манипулирование, но они могут быть откровенно бестактными, грубыми, непостоянными и ненадежными. Эти больные тяжелее переносят одиночество, предпочитают работать и принимать решения вместе с другими, сильнее зависят от группы, подчиняются ей и «свято» соблюдают «солидарность» и соответствующие ритуалы, обычаи [91].

По данным А.А. Козлова, М.Л. Рохлиной [117], при наркомании происходит изменение личности в процессе болезни. В процессе заболевания, независимо от вида употребляемого наркотика и преморбидных особенностей, формируется особая личность со свойственным ей поведением. Подавляющее большинство больных в периоде обследования вели себя беззаботно, легкомысленно, развязно, неуправляемо, у многих отмечалась поверхностность суждений, неустойчивость интересов и склонностей. Большинство исследуемых проявляли повышенную любовь к деньгам, вещизм. На фоне

постоянного желания быть независимыми у них было выражено стремление к получению материальных благ и одновременно склонность к праздному образу жизни, тунеядству.

Обращала на себя внимание и лживость, имевшая место у 87% больных. В половине случаев у больных преобладал нонконформизм (повышенная потребность в свободе), сопровождавшийся такими чертами характера, как злопамятность и мстительность (47%). У такого же процента больных, наоборот, отмечены повышенный конформизм (подверженность влиянию) и низкая эмпатия. У 33% пациентов выявлено стремление к лидерству, самоутверждению, желание быть в центре внимания. В 25% случаев у больных обнаружены повышенная склонность к подражанию, преклонение перед остромодными течениями в культуре, завышенная самооценка и одновременно неумение бороться с трудностями и затруднения в приспособлении к окружающей среде, повышенная зависимость от взрослых или родственников. Лишь около 10% обследованных наряду с высоким уровнем притязаний отличались предприимчивостью, хозяйственностью, уверенностью в себе. Полное отсутствие критики к употреблению наркотиков отмечалось у 23% больных, причем наибольшей была доля пациентов из группы употреблявших героин – 32% [13].

Параллельно с этим у больных нарастала психосоциальная дисфункция в виде постепенного угасания интересов (51%), нарушения эмоционально-волевой сферы (72%), расстройства сферы влечения или сексуальной расторможенности (39%). Всё сказанное позволяет говорить о формировании личностных изменений по «наркоманическому» типу. Эти изменения личности происходили значительно быстрее у молодых лиц, нежели у взрослых наркоманов. По-видимому, незрелая личность значительно быстрее подвергается токсическому воздействию наркотика. Личность же со сформированным Я медленнее поддается пагубному воздействию психоактивного вещества. Но рано или поздно все больные наркоманиями становятся похожи друг на друга, так как в процессе наркотизации изменяются основные ценности, потребности, мотивации, личностные взаимоотношения, мышление.

Безусловно, в процессе формирования «наркоманической» личности, как и в развитии личности вообще немаловажную роль играют социализация индивида, условия воспитания, система мотивации деятельности, которая складывается в результате его растущих потребностей и реальных возможностей их удовлетворения. Признаки морально-этического падения были выявлены у 94% пациентов, причем в группе употреблявших препараты опия – у всех больных. При этом можно отметить, что тяжесть морально-этического падения прогрессировала быстрее у лиц, злоупотреблявших опиумом, медленнее – у больных с героиновой и полиморфной наркоманией (приблизительно в равной степени) и медленнее всех у злоупотреблявших первитин-эфедроном. Кроме того, имела значение длительность употребления наркотиков. Легкая степень морально-этического снижения выявлялась у лиц с длительностью наркотизации до 2 лет, средняя – от 2 до 4, выраженная – при давности 4–6 лет. Таким образом, на степень морально-этического падения личности, кроме преморбидных факторов, существенное влияние оказывали вид наркотика и длительность его употребления. Это подтвердилось специально проведенным корреляционным анализом.

Морально-этическое снижение в структуре «наркоманической» личности у обследованных можно охарактеризовать следующим образом. У больных на первом плане находились собственные интересы (забота только о себе), стремление к избеганию неудобств. Практически все использовали обман как средство для получения желаемого. Они обманывали родителей, выпрашивая деньги на наркотики и проявляя при этом невероятную изворотливость, своего рода артистизм. Обманывали медицинский персонал, пытаясь скрыть попытки проноса запрещенных в стационаре лекарств и даже наркотических веществ, алкоголя. Или стремились покинуть отделение на фоне обсессивного влечения, которое тщательно пытались скрыть, придумывая невероятные по содержанию и смыслу истории: «на похороны», «на поминки близкого друга», «в больницу к матери», «к адвокату» и проч. Или тщательно маскировали во время амбулаторного визита свой рецидив приемом других медикаментозных средств: закапывали в глаза атропин, принимали транквилизаторы или легкие спиртные напитки (пиво). Уклонялись от сбора мочи для тестирования на наличие в организме наркотика: не довозили ее, сообщая при этом заведомую ложь («случайно разбили баночку»), просили сдать мочу за себя здоровых людей, разбавляли мочу водой. Обманывали не только родственников, врачей, медсестер, но и своих же «собратьев по несчастью» и в первую очередь самих себя, не задумываясь о последствиях и постоянно клянясь всем, чем только можно, что это «в последний раз».

При общении с окружающими наркозависимые стремились произвести хорошее впечатление, часто имела место показная уверенность в себе. Они приукрашивали свои материальные, а иногда и физические возможности, вели себя вызывающе, фамильярно, без чувства дистанции. Внешне обращали на себя внимание неряшливостью, неопрятностью, неухоженностью либо, наоборот, вычурностью в одежде, прическе, поведении [13]. С родственниками, а также с медицинским персоналом у больных часто возникали конфликты. При этом они могли вести себя грубо, даже непристойно, в резкой форме высказывать возмущение, не контролируя свои эмоции, используя при этом жаргонные слова, нецензурные выражения, а иногда и прибегая к рукоприкладству. В личной жизни, семейных отношениях часто имели место сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям, отсутствие заботы о них, ответственности за их будущее. Больные не стремились обеспечить семье материальный достаток, а напротив, всячески уклонялись от работы, иногда прибегали к воровству и чаще всего находились на иждивении близких. Довольно часто они совершали необдуманные поступки, несерьезно относились к принятию каких-либо решений или вообще были неспособны самостоятельно решить даже незначительные проблемы. Прослеживалось непостоянство интересов: нередко за короткий промежуток времени больные не раз меняли свои увлечения, место работы или учебы. Учащиеся уходили в академические отпуска, а потом и вовсе бросали учебу, мотивируя это потерей интереса к выбранной ранее специальности.

Таким образом, характерными чертами поведения и реагирования больных при всех видах наркоманий были эгоизм, лживость, позерство, паразитические тенденции, легкомыслие, безразличие к своей судьбе, брутальность, непостоянство, непоследовательность, своеволие, показная уверенность в себе, неустойчивость намерений, слабый контроль эмоций, попытки избежать

ответственности, позиция обвинения в своих неудачах окружающих, склонность к туеядству и праздному образу жизни, циничность, жестокость по отношению к близким, непристойные, грубые выходки, развязность, отсутствие чувства дистанции, притупление родительского чувства, в том числе утрата материнского инстинкта, а также профессионального долга, ветренность [13].

К коммуникативным личностным ресурсам, влияющим на поведение человека, относятся аффилиация и эмпатия. Аффилиация определяется как стремление человека быть в обществе других людей. Блокирование аффилиации вызывает чувство одиночества, отчужденности, порождает и усугубляет стресс. Аффилиация неразрывно связана с эмпатией, т.е. с постижением эмоционального состояния другого человека, проникновением, вчувствованием в его переживания. Эмпатия – один из ключевых факторов в развитии социального взаимопонимания, просоциального поведения и важнейший ресурс преодоления стресса. Аффилиация и эмпатия представляют собой единый процесс, включающий физиологический, кинестетический, аффективный, когнитивный и мотивационный компоненты, существенно и положительно влияющий на качество общения и позитивные личностные изменения.

Человек, зависимый от алкоголя или наркотиков, вынужден использовать в своем поведении оборонительную позицию, осознанно или неосознанно выбирать эгоцентрическую мотивацию своих поступков, т.е. заботиться прежде всего о собственных интересах в ущерб интересам других, что подавляет развитие эмпатических навыков. Эгоцентрическая мотивация в условиях хронического стресса влияет на поведение потребителя психоактивных веществ. Когда личностный контроль становится вынужденно экстернальным, поведение зависимого человека характеризуется пассивностью, отгороженностью, склонностью к самоизоляции, растерянностью, избеганием социальных ситуаций, прекращением поиска психологической поддержки от негативно настроенной социальной среды. Кроме того, негативные изменения когнитивной и эмоциональной сфер не позволяют эффективно использовать эмпатию в ситуациях общения. В результате отсутствует чувство удовлетворенности общением и потребность в эмпатии дезактуализируется. Дефицит навыков эмпатии, игнорирование моральных норм благоприятствуют развитию у потребителей алкоголя и наркотиков ауто- и гетероагрессивного поведения, ведут к саморазрушению личности, прекращению ее роста и разрыву связей с обществом.

Итак, становится очевидным, что поведение, ведущее к зависимости от наркотиков, формируется постепенно и затрагивает глубинные и тонкие процессы психологического развития. В основе такого поведения лежит неразвитость когнитивных ресурсов и процессов, Я-концепции, личностного контроля, а также активных стратегий поведения, направленных на решение жизненных проблем и преодоление стресса. Поведение становится преимущественно избегающим, основанным на иллюзиях и манипулятивных стратегиях, еще более осложняющих взаимодействие зависимого человека с окружающей его социальной средой. Таков сложный эффект воздействия наркотиков и других психоактивных веществ на психику человека.

Н.А. Грюнталь [54] и С.П. Елшанский [61] показали, что больные наркоманией склонны к деструктивному поведению в социальной сфере и нарушению существующих морально-этических запретов вследствие дефи-

цитарности механизмов контроля, которая препятствует опосредованному проявлению потребностей в знаково-символической форме и/или в социально-детерминированных видах деятельности. Авторы считают, что обнаруженная ими недостаточность механизмов контроля служит не только причиной деструктивного антисоциального поведения, но и фактором риска развития наркотизации. А.Ш. Тхостов и С.П. Елшанский [61] определили искажения категориальной структуры интрацептивного словаря у больных опийной наркоманией.

В поведении больных наркоманией и алкоголизмом клиницисты всегда наблюдались склонность ко лжи, однако до сих пор это оставалось на уровне наблюдения и не измерялось. Кроме того, как мы видим из обзора литературы по психическим и поведенческим расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ, данный критерий отсутствует и в критериях зависимости от психоактивных веществ. С появлением адаптированной В. В. Знаковым шкалы Мак-4 методики макиавеллизма личности [67] появилась возможность измерить этот компонент.

Традиционно под макиавеллизмом понимают «процесс, в котором манипулятор получает наград определенного вида больше, чем он получил бы, если бы не прибегал к манипуляциям» [67]. Психологи рассматривают макиавеллизм как сочетание комплекса взаимосвязанных когнитивных, мотивационных и поведенческих характеристик [54]. Макиавеллизм как личностная черта понимается как вовлечение отдельного лица в определенные виды аморального или неэтичного поведения, в результате которого он добивается личной выгоды [54].

Макиавеллизм как характеристика личности отражает отсутствие у человека веры в то, что большинству людей можно доверять, что они альтруистичны, независимы, обладают сильной волей. Кроме того, «макиавеллизм определяется, как склонность человека в ситуациях межличностного общения манипулировать другими тонкими, едва уловимыми или нефизическими агрессивными способами, такими как лесть, обман, подкуп или запугивание». Макиавеллизм в той или иной степени присущ всем людям, и поэтому его, как правило, рассматривают как количественную характеристику.

Для тех врачей, клинических психологов, социальных работников и других специалистов, которые имеют дело с зависимыми от алкоголя и наркотиков лицами, факт, что данные пациенты – ловкие манипуляторы, поведение которых строится на обмане, лжи, непорядочности и т.п., не требует доказательств. Патологическая потребность в психоактивном веществе и другие биологические механизмы данного заболевания способствуют тому, что пациенты ни перед чем не останавливаются, чтобы раздобыть деньги на очередную выпивку или дозу наркотика.

Манипулятивное поведение больных опосредовано потребностью в алкоголе и наркотике, что существенно отличает его от смысла манипулятивного поведения здоровых лиц. Больные, зависимые от наркотиков, ради очередной дозы готовы манипулировать людьми ради своей выгоды, пренебрегают законами морали и права, готовы применять любые средства. Ради дозы психоактивного вещества наблюдаемые больные скрывали свои истинные намерения. Они совершали отвлекающие маневры, чтобы ввести в заблуждение людей, у которых они надеялись получить деньги или необходимые психоактивные

вещества, а также стремились сделать всё, чтобы люди изменили свое первоначальное намерение не способствовать продолжению употребления психоактивных веществ. Они могли убедительно говорить, подтасовывать факты и формировать позитивное, но ложное представление о себе. Независимо от того, на то, говорили ли они правду или ложь, они могли демонстрировать умение общаться ради достижения личной выгоды. Ради достижения цели – продолжения употребления психоактивного вещества – они могли быть целеустремленными и конкурентоспособными. Удивительно, что больные, осознанно «реализуя» аморальное поведение по отношению к другим с целью добиться личной выгоды, в то же время не доверяли людям, которых собирались ввести в заблуждение. Они умело находили слабые места других людей, и надо признать, что успешно этим пользовались. Достаточно часто больные с высоким уровнем макиавеллизма отличались циничным взглядом на других людей, проявляли безразличие, равнодушие к ним.

Манипулятивное поведение зависимых от алкоголя и наркотиков было направлено на «слабые места» манипулируемых, воздействуя на которые они планировали получить необходимую реакцию: жалость, помощь, алкоголь, наркотик, материальные средства. Сильная потребность в наркотике, алкоголе заставляла их становится хорошими психологами в общении с нужными людьми, они старались использовать такие стимулы воздействия, которые заранее определяют реакцию на них. Манипуляция воздействует на уже сформированные стереотипные реакции, свойственные данному человеку, а хорошее знание его (этого человека) способствует правильному выбору способа воздействия. Ожидаемую ответную реакцию многие манипуляторы прогнозируют без особого труда.

Манипулятивное поведение больных в микросреде и их стремление добиться для себя каких-либо преимуществ, льгот проявляется и во время пребывания в стационаре, где они с первых минут пытаются манипулировать персоналом и другими больными, культивируют эгоцентризм и проявляют рентные установки. Наркозависимые стремятся вызвать жалость к себе, просят назначить препараты – заменители наркотиков «для поддержания здоровья», предоставить отпуск на несколько дней в обмен на соблюдение трезвого образа жизни в будущем. В общении со средним медперсоналом они стараются добиться его расположения, льстят ему, обманывают, пытаются отказаться от приёма назначенных препаратов и настаивают на назначении препаратов дорогостоящих, не показанных им в данный момент.

С точки зрения теории адаптации манипулятивное поведение зависимых может рассматриваться как малоадаптивная стратегия совладания с болезнью, имеющая выраженную эгоистическую окраску и направленность на решение актуальной в данный момент проблемы наркотизации, но не только не решающая задачи прекращения употребления психоактивных веществ, но и напротив, способствующая их дальнейшему употреблению.

Исследования, проведенные среди женщин, больных алкоголизмом, показывают, что они сопротивляются социальному влиянию, им присущи спокойствие и отсутствие эмоциональности, ориентация на цель, стремление достигать цели в конкурентной борьбе с другими, холодная рациональная инициатива, фиксирование на точных когнитивных характеристиках ситуации и концентрация внимания.

В проведенном исследовании участвовало 36 мужчин от 18 до 59 лет с химической зависимостью, находящихся в ремиссии от 1 месяца до 17 лет (поровну больных алкоголизмом и опишной наркоманией); а также 30 женщин 20–35 лет (по 10 здоровых испытуемых, больных хроническим алкоголизмом и опишной наркоманией). Все пациенты проходили стационарное лечение в МНПЦ наркологии.

Цель исследования: выявить специфические нарушения межличностных отношений, свойственных больным героиновой наркоманией и хроническим алкоголизмом.

В исследовании использовались следующие *методы*: Мак-шкала (Р. Кристи и Ф. Гейс), методика «Шкала эмоционального отклика» (шкала эмпатии) А. Меграбяна и Н. Эпштейна, метод диагностики межличностных отношений (Л.Н. Собчик), методика «Проверка личных качеств на созависимость» (Б. Уайнхолд, Д. Уайнхолд), тест З. Рубина «Шкала любви и симпатии», опросник «Цвета любви» Д. Ли.

Несмотря на то что все в той или иной мере склонны к манипулированию, всё же здоровые женщины в межличностном общении не так успешно влияют на людей, как это делают женщины с аддикцией.

В ходе анализа данных методики «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна было выявлено, что у здоровых женщин (61,7 балла) и у женщин, больных алкоголизмом (59,4 балла) наблюдается нормальный уровень эмпатии, а у женщин, больных наркоманией, – высокий уровень (65,4 балла) эмоциональной эмпатии, т.е. женщины, больные наркоманией, склонны сопереживать другому человеку, чувствовать то, что чувствует другой, переживать те же эмоциональные состояния, и ведут себя более эмоционально. Вместе с тем речь может идти не об истинной эмпатии, а о синтонности, способности «настроиться» на партнера ради получения от него выгоды.

Всех испытуемых в проведенном исследовании можно описать как личностей, которые проявляют уверенность в себе, умение быть хорошим наставником и организатором, искренность, непосредственность, прямолинейность, настойчивость в достижении цели, скромность, застенчивость, склонность брать на себя чужие обязанности, готовность помогать окружающим, развитое чувство ответственности. У них наблюдается уверенный, независимый, соперничающий стиль межличностных отношений, который свойствен лицам, стремящимся к тесному сотрудничеству с референтной группой, к дружелюбным отношениям с окружающими, реалистичность базы суждений и поступков, скептицизм и неконформность, потребность в помощи и доверии окружающих.

При анализе индекса доминантности и доброжелательности обнаружено, что у всех испытуемых разная степень выраженности тенденции к доминантности и дружелюбию. Однако у женщин, больных алкоголизмом, тенденция к доминантности выражена сильнее (4,6), а вот тенденция к доброжелательности проявляется ярче у здоровых женщин (5,6).

Проверка личных качеств на созависимость показала, что у здоровых женщин наблюдается средняя степень (36,9 баллов) созависимых моделей поведения. У женщин, больных алкоголизмом (43,2 балла) и больных наркоманией (50,5 баллов), наблюдается высокая степень созависимых моделей

Процентное соотношение степеней созависимого поведения у больных алкоголизмом, наркоманией и здоровых испытуемых

Созависимое поведение	Больные алкоголизмом, %	Больные наркоманией, %	Здоровые, %
Низкая степень	0	0	10
Средняя степень	10	0	40
Высокая степень	90	80	50
Очень высокая степень	0	20	0

поведения, т.е. данные испытуемые полностью поглощены тем, что контролируют действия другого человека, что связано с попыткой обрести уверенность в себе, осознание собственной значимости и попыткой определения себя как личности.

Однако, рассматривая каждый случай, мы получили следующие результаты (табл. 1).

Как видно из табл. 1, случаи с низкой степенью созависимых моделей поведения наблюдаются только у здоровых испытуемых (10%). Случаи со средней степенью созависимых моделей поведения чаще представлены у здоровых женщин (40%), однако наблюдаются также и у женщин, больных алкоголизмом (10%). Случаи с высокой степенью созависимых моделей поведения наблюдаются у всех испытуемых, причем данная степень доминирует у женщин, больных алкоголизмом (80%) и наркоманией (90%). Очень высокая степень созависимых моделей поведения выявлена только у больных наркоманией (20%).

Проведенный критерий углового преобразования Фишера (ϕ) показал, что средняя степень созависимых моделей поведения чаще встречается у здоровых женщин, по сравнению с больными алкоголизмом ($\phi = 1,75$ при $p = 0,04$) и наркоманией ($\phi = 3,06$ при $p = 0,002$). Высокая степень созависимых моделей поведения преобладает у женщин, больных алкоголизмом ($\phi = 2,07$ при $p = 0,02$), по сравнению со здоровыми женщинами, а очень высокая степень созависимых моделей поведения наблюдается только у женщин, больных наркоманией, по сравнению со здоровыми женщинами ($\phi = 2,07$ при $p = 0,02$) и женщинами, больными алкоголизмом ($\phi = 2,07$ при $p = 0,02$).

Таким образом, у зависимых испытуемых чаще проявляется высокая и очень высокая степень созависимых моделей поведения, а у здоровых женщин чаще, чем у зависимых, наблюдается средняя степень созависимых моделей поведения.

Самые низкие значения по исследуемым шкалам наблюдаются у женщин, больных алкоголизмом. У женщин, больных наркоманией, показатели по шкалам «любви» и «симпатии» выше, чем у больных алкоголизмом, а также показатели по шкале «симпатии» выше по сравнению со здоровыми женщинами. У здоровых женщин выявлен самый высокий показатель по шкале «любовь».

Если рассматривать соотношение показателей любви и симпатии у данных испытуемых, то обнаруживается, что у здоровых женщин и женщин,

больных алкоголизмом, преобладает во взаимоотношениях любовь, а у женщин, больных наркоманией, – симпатия.

Выявлено, что у всех групп испытуемых наблюдаются более выраженные стили любви «эрос» и «мания». Для них характерна страстная физическая любовь-увлечение, любовь-страсть, когда большое значение имеют внешность и физическая привлекательность «объекта», к тому же при такой любви отношения развиваются очень быстро, сексуальное влечение очень велико, сильно выражено стремление к полному физическому обладанию партнером. Мания проявляется как очень эмоциональная любовь, необузданная страсть, иррациональная любовь-одержимость, для которой типичны неуверенность и огромная зависимость от объекта влечения.

Также обнаружено, что страстная физическая любовь-увлечение, любовь-страсть больше характерна для здоровых женщин (80%) и менее всего – для женщин, больных алкоголизмом (50%) и наркоманией (60%). А иррациональная любовь-одержимость наиболее свойственна женщинам, больным алкоголизмом (70%), менее характерна для женщин, больных наркоманией (50%) и реже встречается у здоровых женщин (30%).

Проведенный критерий углового преобразования Фишера (ϕ) показал, что иррациональная любовь-одержимость (мания) значимо чаще встречается у женщин, больных алкоголизмом, чем у здоровых женщин ($\phi = 1,84$ при $p = 0,04$), а физическая любовь-увлечение, любовь-страсть имеет тенденцию ($p = 0,08$) чаще проявляться у здоровых женщин, по сравнению с женщинами, больными алкоголизмом.

Для выявления значимости различий особенностей межличностного поведения между членами исследуемых групп был использован параметрический t -критерий Стьюдента, так как были соблюдены условия и проведенный критерий Колмогорова–Смирнова выявил, что испытуемые подчиняются закону нормального распределения, а критерий Ливена показал равенство дисперсий.

Проведенный при сравнении t -критерий Стьюдента показал, что у женщин, больных наркоманией, значимо чаще наблюдаются созависимые модели поведения ($t = -2,36$ при $p = 0,03$) и чаще проявляется любовь, похожая на игру, чем у женщин, больных алкогольной зависимостью ($t = -2,13$ при $p = 0,04$).

Сравнение выявило, что у здоровых женщин чаще проявляется доброжелательность ($t = -2,62$ при $p = 0,02$) и в их взаимоотношениях преобладает любовь ($t = -2,31$ при $p = 0,03$), чем у женщин, больными алкоголизмом, а у последних чаще проявляется созависимая модель поведения ($t = 2,35$ при $p = 0,03$).

Обнаружено, что здоровые женщины более сензитивны ($t = -2,96$ при $p = 0,008$), чаще идут на компромисс ($t = -2,32$ при $p = 0,03$) и доброжелательнее ($t = -3,45$ при $p = 0,003$), по сравнению с женщинами, больными наркоманией, у которых чаще проявляются созависимая модель поведения ($t = 3,89$ при $p = 0,001$) и любовь, похожая на игру, которую они никогда не принимают всерьез ($t = 2,16$ при $p = 0,04$).

Кроме того, был проведен простой регрессионный анализ на выявление зависимости особенностей межличностных отношений от выраженности созависимой модели поведения. Обнаружено, что созависимость оказывает

влияние на склонность к манипулированию ($F = 4,73$, $p = 0,03$), независимо-доминирующий стиль ($F = 4,3$, $p = 0,04$), покорно-застенчивый стиль ($F = 4,26$, $p = 0,04$) межличностных отношений, любовь, похожую на игру ($F = 6,72$, $p = 0,01$).

Найденные β -коэффициенты указывают, что чем ярче у женщин 20–35 лет наблюдается созависимая модель поведения, тем чаще у них проявляется склонность к манипулированию ($\beta = 0,38$ при $p = 0,04$), они менее уверенно и независимо ($\beta = -0,37$ при $p = 0,04$), но более скромно ведут себя в межличностных отношениях, стараясь брать на себя чужие обязательства ($\beta = 0,37$ при $p = 0,04$), а также чаще относятся к любви как к игре, несерьезно ее воспринимают ($\beta = 0,44$ при $p = 0,01$).

Таким образом, так как у женщин, больных алкоголизмом и наркоманией, наблюдается достаточно высокий уровень созависимости, то полученные данные можно применить к ним.

Показатели исследований у мужчин, больных зависимостями несколько отличаются от показателей женщин-аддиктов. Так, например, высокий уровень макиавеллизма показывали примерно 50% мужчин, больных алкоголизмом, средний – 33,3%, а остальные 16,7% – низкий уровень. В группе мужчин с наркотической зависимостью 75% испытуемых показали высокий уровень макиавеллизма и только 25% – низкий. Среднего уровня у больных наркоманией не наблюдалось.

По результатам исследований преобладающих стилей общения среди больных наркоманией и алкоголизмом выявлено следующее.

В порядке убывания, у больных алкоголизмом преобладают следующие стили общения (по методике «ДМО» Л.Н. Собчик): недоверчиво-скептический, прямолинейно-агрессивный, властно-лидирующий, сотрудничающе-конвенциональный, независимо-доминирующий, покорно-застенчивый, зависимо-попкорный. Практически полностью у этих больных отсутствует ответственно-великодушный стиль общения.

Больные наркоманией по той же методике показывают несколько отличающиеся результаты. Преобладающие стили общения в порядке убывания: прямолинейно-агрессивный, независимо-доминирующий, властно-лидирующий, зависимо-попкорный. Равно мало представлены стили: недоверчиво-скептический, покорно-застенчивый, сотрудничающе-конвенциональный, ответственно-великодушный. Из результатов видно, что больные алкоголизмом и наркоманией достаточно близки по стилям общения, хотя имеются некоторые минорные различия.

В исследовании по степени выраженности созависимых моделей больные алкоголизмом и наркоманией показывают опять же примерно одинаковые результаты. И хотя среди мужчин, зависимых от алкоголя, созависимые модели лучше представлены, чем у больных наркоманией, в обеих группах наблюдалось большое количество испытуемых с созависимой моделью поведения. Из этого можно сделать вывод о том, что к созависимости склонны и мужчины, больные алкоголизмом, и мужчины, больные наркоманией.

По уровню эмпатии больные алкоголизмом и больные наркоманией не проявляют значимых различий, показывая высокий уровень эмпатии в обеих группах.

Подводя итог описанного выше, отметим, что больные наркоманией и алкоголизмом склонны к манипулятивным методам общения (макиавеллианским), у них проявляются искажения эмпатии в виде ее значимого снижения или, напротив, завышения в сочетании с макиавеллизмом, говорящим лишь о стремлении «настроиться» на партнера по общению ради своей личной выгоды. Также больные склонны к инфантилизму во взаимоотношениях с окружением. В этом их часто поддерживают созависимые родственники и близкие, подпитывающие и охраняющие зависимость, которая дает им определенный смысл и ритм существования.

Глава 8

ЗАВИСИМОСТЬ И СМЫСЛ ЖИЗНИ

Актуальность проблемы реабилитации больных алкоголизмом и героино-вых наркоманов не вызывает сомнений. При этом существует ряд нерешенных вопросов: а) редукция патологического влечения к психоактивному веществу и вовлечение больных в процесс реабилитации; б) снижение психопатологической симптоматики и удержание больных в рамках реабилитационной программы; в) формирование стойкой ремиссии. По данным Управления Государственного антинаркотического комитета по Приволжскому Федеральному округу (ФО), в государственных реабилитационных программах участвуют в среднем 8,4% больных наркоманией. Доля лиц, успешно закончивших программы, достаточно высока и составляет в среднем по округу 67,3% амбулаторно, 81,4% в условиях стационара. Показатель ремиссии, т.е. воздержания от употребления наркотиков, после прохождения курса реабилитации в течение трех лет составляет 26% [147], процент ремиссий в негосударственных реабилитационных центрах колеблется от 3 до 72. Из приведенных данных видно, что наибольшие проблемы возникают с вовлечением пациентов в реабилитацию и с формированием стойкой ремиссии, т.е. в звене редукции патологического влечения, в то же время в период нахождения в клинике «срывается» относительно малая часть больных.

С нашей точки зрения [100], это связано с разрушением в ходе болезни смысловой сферы личности, бредового паралогического смыслообразования, направленного исключительно на удовлетворение сверхценной потребности в наркотике, с возникновением «смыслового вакуума», заполнить который и призваны реабилитационные программы.

В связи с этим была сформулирована *цель работы*: выявить динамику смыслообразования у больных хроническим алкоголизмом и героиновой наркоманией на разных этапах медико-психологической реабилитации.

1.1. Больные зависимостями (алкоголизмом и героиновой наркоманией): нарушения смысловой регуляции деятельности

В процессе развития зависимости у человека заменяется сложившаяся до начала употребления психоактивных веществ иерархия мотивов, потребностей и ценностей. Оттесняются высшие потребности и установки личности,

сужается круг интересов. На это указывали в рамках деятельностного подхода А.Н. Леонтьев, Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь [29, 66] и др.

В ходе изменения ценностно-смысловой сферы личности у больных алкоголизмом и наркоманией происходит процесс, который А.Н. Леонтьев назвал «сдвиг мотива на цель», формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность. Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива, так как по отношению к деятельности мотив играет смыслообразующую роль. Употребление наркотика приобретает определенный личностный смысл. Таким образом, механизм зарождения патологической потребности – общий с механизмом ее образования в норме.

У больных наркоманией меняется не только содержание потребностей и мотивов, но и их структура: они становятся всё менее опосредованными [30, 48, 66]. Л.И. Божович указывает, что потребности различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и проч.), но и по строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер, другие опосредованы целью или сознательно принятым намерением [25, 26].

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной.

При аномальном развитии происходит деформация системы ценностных ориентаций личности. Б. С. Братусь в качестве наиболее характерного примера аномального развития личности рассматривает хронический алкоголизм. Данный вид аномалий остается уникальной в научном плане моделью, изучая которую можно увидеть грани перехода от практически здорового состояния в глубокую психическую болезнь и деградацию, причем переход этот, в отличие от всех других психозов, во многом свершается по воле самого пьющего [29]. Кроме того, для данного заболевания, по-видимому, в наибольшей степени характерна нивелировка личностных особенностей, характеризующаяся прежде всего практически одинаковым «снижением» ценностно-смысловой сферы.

При хроническом алкоголизме можно говорить о характерном «снижении», т.е. обратном развитии ценностной сферы личности, проявляющемся в формировании ориентации на низшие уровни ценностной системы. Такое «снижение» аналогично описанному Б. С. Братусем постепенному «сползанию» от вышележащей к нижележащей ступени смысловой сферы, от «просоциального» к «узкогруппоцентрическому» и далее – к «узкоэгоцентрическому» уровню системы личностных смыслов [29].

Изменения в смысловой сфере ведут к изменению личности в целом. Смысловая сфера как личностное образование динамична по своей природе. На процесс изменения смысловых структур оказывают влияние как внешние, так и внутренние факторы. К внутренним факторам можно отнести «движение структур деятельности и сознания», а к внешним – систему отношений субъекта с миром, где изменения приводят к изменению системы смыслов [2, 87, 130].

У людей, страдающих зависимостью, на определенном этапе ее развития возникают противоречия между внешней реальностью и ее внутренним от-

ражением. Чтобы это несоответствие было урегулировано, необходима радикальная смысловая перестройка личности [42].

Процессы «смыслостроительства» могут порождаться тремя классами ситуаций [87].

1. Критические ситуации.
2. Личностные вклады.
3. Художественное переживание.

Критические ситуации выражаются в нарушении смыслового соответствия сознания и бытия субъекта. Человек разрешает этот конфликт внутренней деятельностью переживания, «направленной на установление смыслового соответствия между сознанием и бытием, общей целью которой является повышение осмысленности жизни» [2].

Второй возможной предпосылкой процесса «смыслостроительства» является общение со значимыми другими. Диалог с другой личностью может подвести человека к переосмыслению своей позиции, жизненного опыта, себя в мире, если он готов к этому.

Встреча личности с искусством также может породить процесс «смыслостроительства». Переживание при взаимодействии с другим смысловым миром через художественное произведение завершается преобразованием смысловой сферы личности.

В связи с тем, что люди, страдающие зависимостью, особенно от наркотических веществ, имеют низкую осмысленность жизни, проявляющуюся в отсутствии целей на будущее, интереса и эмоциональной насыщенности жизни в настоящем, а также еще не удовлетворены результатами пройденного отрезка жизни и самореализацией, не верят в свои силы, в способность контролировать события собственной жизни и убеждены, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее, – психотерапевтические программы по преодолению зависимости должны быть ориентированы прежде всего на стимулирование процессов «смыслостроительства» [88]. Люди, страдающие зависимостью, должны получить позитивный опыт «удачного» переживания критических ситуаций для разрешения противоречий в смысловой сфере личности.

Процессы смыслообразования, смыслоосознания и смыслостроительства способствуют нахождению и осознанию человеком смысла своей жизни. У людей, страдающих зависимостью, процессы смыслообразования, смыслоосознания и смыслостроительства приводят к формированию нового смысла жизни вне зависимости, который становится для них ценностью чрезвычайно высокого порядка [9, 145].

Большой наркоманией или алкоголизмом, стараясь сохранить представления о мире и себе, строит систему психологических защит, основными формами которой являются отрицание, регрессия и компенсация. По результатам исследований О.Ф. Ерышева и Т.Г. Рыбаковой [62], структура личности наркозависимых становится более ригидной, система психологических защит искажает объективную информацию о наркотиках, при этом критичность больных наркоманией к своему заболеванию резко снижается при обострении патологического влечения к наркотическому веществу.

Итак, у больных алкоголизмом некогда ведущие мотивы поведения постепенно утрачивают в ходе болезни свои прежние функции. В то же время

алкогольное переживание как мотив расширяющейся наркоманической деятельности подчиняет себе остальные мотивы и становится в конце концов ведущим, определяющим личностную направленность. В ходе болезни 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, отношения к себе и окружающему миру. Несколько таких клише, установок, определяющих смысловой, предметный и стилевой аспекты поведения: 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 потребностям результатом деятельности [29].

Анализ исследований наркотизации личности выявил следующие особенности качеств личности наркоманов: 1) конфликт личности и наркотической личности индивида; 2) крайняя противоречивость, конфликтность и несовместимость интраиндивидуальных черт личности наркомана; 3) типичный для наркотической личности набор характеристик: лживость, лень, конфликтность, игнорирование морально-этических норм в поведении, манипулятивность; 4) дефицит спонтанности и близости во внутрисемейном (и шире – социальном) взаимодействии, игнорирование родителями «здоровой» части личности наркомана, напряженность межличностных отношений. Все это приводит к формированию устойчивых патологических черт личности.

Анализ исследований теорий личности в аспекте их приложения к изучению наркозависимой личности (Л.А. Атраментова, М.Е. Баулина, С.В. Березин, Н.П. Волошина, Р.Р. Гарифуллин, Е.Н. Проценко, И.Н. Пятницкая, Д.В. Четвериков и др.) позволяет говорить, что представление качеств личности у наркоманов определяют особенности поведенческой сферы. У наркозависимой личности представления о качествах личности замещаются другими, отвечающими новым личностным образованиям, позволяющим чувствовать себя комфортно в новых условиях бытия. В регуляции поведения наркомана как на стадии наркотизации, так и в период ремиссии существенную роль играет восприятие наркоманом различных сторон жизни, важнейшая из которых – субъективное восприятие актуального настоящего: своего тела (как одного из важнейших психологических составляющих при наркомании), своих отношений с близкими и своего будущего. Постепенно для наркозависимой личности наркомания становится специфическим способом жизни.

1.2. Наркоманы: технологии психокоррекции и психологической реабилитации

Программа «12 шагов» завоевала признание среди пациентов и специалистов всего мира. Главная задача программы – это не только избавление от алкоголя или наркотиков, но и изменение взгляда человека на мир, возвращение его к нормальным человеческим ценностям.

Практически речь идет о реабилитационной программе, где «терапевтами» выступают либо сами больные, либо больные при активном участии психологов и других специалистов. Программа решает главную задачу лечения наркомании и алкоголизма: полную духовную переориентировку.

Немного истории. В 1935 г. в США появилось Сообщество анонимных алкоголиков. Его основателями стали Уильям (Билл) Уилсон и Роберт (Боб) Смит. Основой работы сообщества стала программа «12 шагов». Идея программы – в признании своих ошибок, в перемене образа мыслей.

Сообщество анонимных наркоманов было образовано в июле 1953 г. на первом собрании в Южной Калифорнии и также взяло за основу программу «12 шагов».

Вскоре образуются «Ал-Анон» – общество, объединяющее родственников алкоголиков, «Нар-Анон» – родственников наркоманов, «Алатин» – группы для молодых людей, «Алатот» – группы для детей из алкогольных семей.

Движения анонимных алкоголиков (АА) и анонимных наркоманов (АН) широко распространились по всему миру. Сегодня количество групп превышает 100 тыс. (более чем в 200 странах мира), а их ежегодный прирост только в США и Канаде составляет примерно 4 тыс. групп, и число участников движения постоянно растет. Уже более 2 млн человек – люди, многие из которых потеряли в своей жизни всё, были покинуты близкими и обществом, благодаря движениям АА и АН вернулись к нормальной жизни, обрели осмысленную и счастливую трезвость, которая выражается не только в отказе от любых наркотических веществ и алкоголя, но прежде всего в новом (в широком смысле – трезвом) взгляде на мир.

Такой подход к наркотической болезни, подразумевающий помощь одного наркомана другому, в терапевтическом аспекте не имеет аналогов. На практике сами наркоманы лучше других могут понять друг друга и помочь.

Лечение и реабилитация наркоманова и алкоголиков: Миннессотская модель

Высокая эффективность движений АН и АА послужила стимулом для создания американскими специалистами в конце 1940-х гг. Миннессотской модели лечения. В отличие от групп самопомощи АА и АН, Миннессотская модель стала профессиональным подходом к решению проблемы. Основные принципы движений АА и АН в Миннессотской модели объединены с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук.

Основные принципы Миннессотской модели лечения:

– химическая зависимость (наркомания, алкоголизм) – хроническое заболевание, имеющее духовную основу и возникающее не по вине заболевшего;

– химическая зависимость является одним из возможных проявлений глубинных духовных дефектов (созависимость) и имеет единую природу с другими видами зависимости;

– зависимость невозможно вылечить, но возможен поворот от развития болезни к выздоровлению при готовности человека к такому повороту и желании отказаться для этого от своеволия;

– у человека, страдающего алкоголизмом или наркоманией, легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих сознание, волевую, эмоциональную или интеллектуальную сферу, вследствие чего лечение по Миннесотской модели – полностью безмедикаментозное;

– лечебный центр должен представлять собой терапевтическое сообщество, где персонал не противопоставляет себя пациентам, а сотрудничает с ними;

– поощряется максимальная открытость в общении, при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;

– ответственность за выздоровление лежит на самом пациенте;

– сотрудник лечебной программы (обычно «консультант» – человек, который преодолел путем работы по программе «12 шагов» свои проблемы, связанные с алкоголизмом или наркоманией) должен быть примером поведения для пациента, а взаимоотношения между сотрудниками – примером для построения взаимоотношений пациента с другими людьми;

– желательно привлечение к участию в лечебном процессе всей семьи пациента.

Миннесотская модель формировалась как форма стационарного лечения (пациенты обычно в течение 28 дней круглосуточно находятся в лечебном центре).

Основные цели программы (исходя из концепции болезни алкоголизма и наркомании)

Познавательные:

- осознание взаимосвязи между злоупотреблением химически активными веществами и его разрушительными последствиями (физическими, социальными, правовыми, психологическими, духовными);

- осознание природы заболевания и путей, на которые попадает разум под воздействием алкоголя и наркотиков;

- преодоление отрицания наличия проблемы, которое возвращает к принятию химически активных веществ;

- формирование «трезвого мышления».

Эмоциональные:

- формирование эмоциональной стабильности и навыков контроля чувств и эмоций.

Поведенческие:

- разработка навыков трезвого образа жизни.

Социальные:

- создание новых взаимоотношений, способствующих трезвому образу жизни.

Духовные:

- признание недостатков своего характера, а также осознание вреда, который ваш алкоголизм или наркомания нанесли другим людям;

- развитие доверия.

В структуре программы три основные части:

- медицинские знания о болезни;

- психологические изменения;

- духовное возрождение.

Курс психологической реабилитации охватывает первые пять «шагов» из двенадцати, которые можно условно разделить на три основных этапа.

Этап 1. Принятие

Самый большой страх человек испытывает тогда, когда его лишают привычного удовольствия. Для химически зависимого человека алкоголь или наркотики – это то, ради чего он живет. Благодаря этим веществам он избавляется от боли, решает свои эмоциональные проблемы, находит выходы из тупиковых ситуаций, избавляется от комплексов, получает удовольствие и достигает состояния эйфории. От зависимых людей часто можно слышать о страхе перед трезвой жизнью, которая им представляется бесцветной, монотонной и бессодержательной. Человек напоминает хромого, лишившегося опоры, к которой он прибегал в решении всех своих проблем. Естественно, что человек испытывает страх перед выбором, но его необходимо сделать.

В связи с этим необходимо прийти к:

- признанию обреченности попыток контролируемого употребления (на основе своего неудачного предыдущего опыта);
- принятию отказа от химически активных веществ как единственно возможного способа полноценной жизни.

Этот выбор человек делает сам, а психолог или консультант может дать импульс, мотивацию, рассказать об опыте выздоровления. В движении анонимных алкоголиков есть лозунг: «Только ты один сможешь сделать это, но не сможешь это сделать один».

Этап 2. Капитуляция

На этом этапе происходит принятие решения и начало активных действий.

Некоторые люди неверно воспринимают программу «12 шагов», считая ее религиозной, а потому неприемлемой для атеистов и агностиков. Однако по этой программе выздоравливают люди разных религиозных и политических убеждений. Единственное необходимое условие – отказаться от стереотипов, предрассудков:

- признать неспособность преодоления болезни собственными силами;
- поверить в возможность выздоровления и довериться другим, способным вернуть человеку здравомыслие и душевное здоровье.

На этом этапе человек отказывается от опоры на себя, как на единственный механизм, который в реальности привел его в тупик и не избавил от алкогольной или наркотической зависимости.

Этап 3. Моральная инвентаризация

На данном этапе, прежде всего, прорабатываются недостатки своего характера, которые стали причиной возникновения зависимости.

Существует два ключевых момента, которые необходимо учитывать при проведении моральной инвентаризации – честность и сбалансированность. Без этого невозможно восстановление самооценки.

Цель успешной моральной инвентаризации – разобраться в себе. Негативные качества имеются не только у алкоголиков и наркоманов, но и у всех людей, однако в случае зависимости эти дефекты имеют тенденцию к усилению. Характерные отрицательные качества алкоголика и наркомана: импульсивность, жалость к себе, эгоизм, высокомерие, раздражительность, алчность, мания величия, мелочность, обидчивость и др.

После исследования негатива необходимо остановиться на тех позитивных качествах, которые определяют здоровую, трезвую часть личности.

Очень важно на этом этапе попытаться преодолеть характерное для алкоголика и наркомана раздвоение личности. Ту часть личности, которая толкает на аморальные поступки, следует признать не сутью личности, а лишь проявлением болезни.

1.3. Героиновые наркоманы и хронические алкоголики в процессе реабилитации: эмпирическое исследование динамики смысловой регуляции

Выборку испытуемых составили 94 респондента от 16 до 69 лет. Из них 33 больных алкоголизмом, 32 больных героиновой наркоманией и 29 относительно здоровых респондентов.

Выборка респондентов была разделена на четыре группы:

1. Поступившие на лечение:

- больные алкоголизмом;
- больные героиновой наркоманией.

2. Находящиеся в стационаре:

- больные алкоголизмом;
- больные героиновой наркоманией.

3. Проходящие курс после лечебной реабилитации (амбулаторные группы поддержки):

- больные алкоголизмом;
- больные героиновой наркоманией.

4. Норма:

- сотрудники ООО «А+А» (от 35 до 55 лет) для проведения сравнений с больными алкоголизмом;
- здоровые респонденты (от 16 до 32 лет) для проведения сравнения с больными героиновой наркоманией.

Подбор *методик эмпирического исследования* включает изучение различных компонентов смыслообразования у респондентов с диагнозом алкоголизм и относительно здоровых респондентов: методика исследования системы жизненных смыслов В.Ю. Котлякова; диагностика уровня развития рефлексивности А.В. Карпова, тест смысложизненных ориентаций (СЖО), диагностика эмоционального интеллекта Н. Холла.

Методика исследования системы жизненных смыслов

(В.Ю. Котляков)

В психической деятельности человека смысл выполняет ориентировочную функцию и может выступать в качестве жизненного ориентира. С помощью смысла субъект интерпретирует или реконструирует ситуацию и определяет ее полезность для удовлетворения собственных потребностей. Цель методики – определение содержания системы жизненных смыслов.

Методика представляет собой список из 24 жизненных смыслов. Каждому смыслу надо поставить оценку от 1 – «совсем незначимо в моей жизни» до 7 – «в этом смысл моей жизни». По каждой группе смыслов, приведенных ниже, определяется сумма ранговых значений: альтруистические, экзистен-

циальные, гедонистические, самореализации, статусные, коммуникативные, семейные, когнитивные.

Чем меньше сумма ранговых значений, тем больше вес этой категории в системе жизненных смыслов, и наоборот.

В зависимости от полученной суммы ранговых значений по каждой из категорий, можно оценить представленность каждой из них (категорий) в системе жизненных смыслов:

- 18–24 балла – смыслы этой категории представлены слабо;
- 10–17 баллов – смыслы этой категории представлены достаточно;
- 3–9 баллов – смыслы этой категории доминируют.

Диагностика уровня развития рефлексивности А.В. Карпова

Методика базируется на теоретическом конструкте, который конкретизирует общую трактовку рефлексивности, а также ряд иных существенных особенностей данного свойства. Методика состоит из 27 вопросов с прямыми и обратными утверждениями. Для получения итогового балла в прямых вопросах суммируются цифры, соответствующие ответам испытуемых, а в обратных – значения, замененные на те, что получаются при инверсии шкалы ответов. При интерпретации результатов целесообразно исходить из дифференциации индивидов на три основные категории. Результаты методики, равные или больше чем 7 стенов, свидетельствуют о высокоразвитой рефлексивности. Результаты в диапазоне от 4 до 7 стенов – индикаторы среднего уровня рефлексивности. Показатели меньше 4 стенов – свидетельство низкого уровня развития рефлексивности.

Тест смысложизненных ориентаций (СЖО)

Цель данной методики – изучение смысложизненных ориентаций личности, составляющих основу образа Я. Методика СЖО включает 20 описаний действий, переживаний или состояний, которые оцениваются по семибалльной шкале в зависимости от того, насколько они характерны, типичны для испытуемого.

Показатели теста включают в себя общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), а также пять субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации и два аспекта локуса контроля.

1. «Цели в жизни».
2. «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни».
3. «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией».
4. «Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)».
5. «Локус контроля – жизнь или управляемость жизни».

Диагностика эмоционального интеллекта Н. Холла

Методика предназначена для выявления способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений. Она состоит из 30 утверждений и содержит 5 шкал:

- 1) эмоциональная осведомленность;
- 2) управление своими эмоциями;
- 3) самомотивация;
- 4) эмпатия;
- 5) распознавание эмоций других людей.

По каждой шкале высчитывается сумма баллов с учетом знака ответа (+ или –). Чем больше плюсовая сумма баллов, тем сильнее выражено данное эмоциональное проявление.

Интегративный уровень эмоционального интеллекта, с учетом доминирующего знака, определяется по следующим количественным показателям: 70 и более – высокий; 40–69 – средний; 39 и менее – низкий.

Уровни парциального эмоционального интеллекта с учетом доминирующего знака: 14 и более – высокий; 8–13 – средний; 7 и менее – низкий [57].

Обработка данных проводилась с помощью пакета статистического анализа Statistica 8.0.

Использовались следующие методы и критерии проверки статистических гипотез.

- ✓ Дескриптивная статистика.
- ✓ W-критерий Шапиро–Уилка.
- ✓ U-критерий Манна–Уитни.
- ✓ Критерий углового преобразования Фишера.
- ✓ Корреляционный анализ Спирмена.
- ✓ Дискриминантный анализ.

Хронические алкоголики: результаты исследования смысловой регуляции

Анализ результатов методики исследования системы жизненных смыслов по Ю.В. Котлякову

Ниже под «поступившими» понимаются больные, проходящие детоксикацию, терапию психопатологических симптомов зависимости и первичную психокоррекцию; «стационар» – стационарная программа реабилитации по Миннесотской модели («12 шагов»), «послелечебные» – больные, проходящие амбулаторную программу поддерживающей психотерапии; «норма» – контрольная группа.

Дескриптивный анализ данных показал:

1) альтруистические смыслы во всех группах представлены достаточно (10–17 баллов); максимально – «стационар» 11,8, минимально – «поступившие» 13,4615385; «послелечебные» 12,4 и «норма» 12,4666667 имеют среднюю выраженность в подгруппе;

2) экзистенциальные смыслы в группах представлены достаточно; максимально – «норма» 14,5333333; минимально – «поступившие» 17,1538462 (10–17 баллов). Группы «послелечебные» 17,7 (18) и «стационар» 17,9 (18) с незначительным расхождением имеют слабую представленность;

3) гедонистические смыслы во всех группах представлены достаточно (10–17 баллов): максимально – «норма» 13,7333333; «стационар» 14,7; «поступившие» 15,1538462; минимально – «послелечебные» 15,4 баллов;

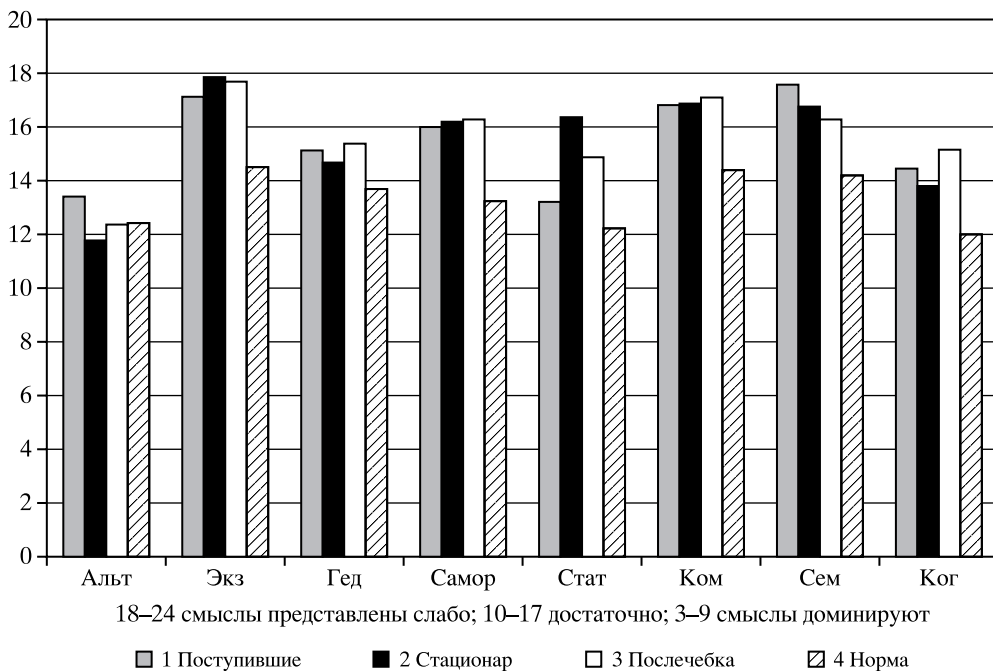


Рис. 4. Методика исследования системы жизненных смыслов (В.Ю. Котляков)

4) смыслы самореализации во всех группах представлены достаточно: максимально – «норма» 13,2666667; «поступившие» 16,4; «стационар» 16,2; минимально – «послелечебные» 16,3;

5) статусные смыслы во всех группах представлены достаточно: максимально – «норма» 12,2666667; «поступившие» 13,23076923; «послелечебные» 14,9; минимально – «стационар» 16,4;

6) коммуникативные смыслы во всех группах представлены достаточно: максимально – «норма» 14,4; «поступившие» 16,8461539; «стационар» 16,9; минимально – «послелечебные» 17,1;

7) семейные смыслы представлены на достаточном уровне: максимально – «норма» 14,2; «послелечебные» 16,3; минимально – «стационар» 16,8; «поступившие» 17,6153846 (18) имеют слабую представленность;

8) когнитивные смыслы представлены на достаточном уровне: максимально – «норма» 12; «стационар» 13,8; «поступившие» 14,4615385; минимально – «послелечебные» 15,2.

Полученные среднегрупповые показатели смыслов во всех группах представлены на среднем уровне: максимально – «норма» 13,35833333; «поступившие» 15,49038462; «стационар» 15,5625; минимально – «послелечебные» 15,6625.

Графически результаты проведения данной методики представлены на рис. 4.

Для выявления различий по степени выраженности жизненных смыслов был применен метод непараметрической статистики U-критерий Манна – Уитни для независимых выборок (результаты см. в табл. 1).

Результаты сравнения системы жизненных смыслов с помощью U-критерия Манна–Уитни у больных алкоголизмом на разных этапах реабилитации

Средние	Rank Sum 1	Rank Sum 2	U	Z	p-level
Поступившие	90,00000	46,00000	10,00000	2,310462	0,020863
Стационар	89,00000	47,00000	11,00000	2,205441	0,027424
Послелечебные	94,00000	42,00000	6,000000	2,730546	0,006323

Было выявлено что:

1. Степень выраженности жизненных смыслов в группе «норма» значительно выше, чем в группе «поступившие» ($U = 10,00000$; $Z = 2,310462$; $p = 0,020863$).

2. Степень выраженности жизненных смыслов в группе «норма» значительно выше, чем в группе «стационар» ($U = 11,00000$; $Z = 2,205441$; $p = 0,027424$).

3. Степень выраженности жизненных смыслов в группе «норма» значительно выше, чем в группе «послелечебные» ($U = 6,000000$; $Z = 2,730546$; $p = 0,006323$).

Таким образом, у относительно здоровых респондентов (группа «норма») наблюдается достаточно сбалансированная степень выраженности системы жизненных смыслов, а у респондентов с диагнозом алкоголизм наблюдается заниженный уровень выраженности системы жизненных смыслов (группы «поступившие», «стационар», «послелечебные»).

Анализ результатов диагностики уровня развития рефлексивности показал что средний уровень развития рефлексивности наблюдается в группах «послелечебные», «норма» (по 5 стенов) и «поступившие» (4 стена), а в группе «стационар» (3 стена) наблюдается низкий уровень развития рефлексивности – возможно, это связано с программой реабилитации, требующей от больного признания своих трудностей и, соответственно, указывающей ему на низкий уровень его рефлексии (реальный уровень) в прошлом.

Графически результаты проведения данной методики представлены на рис. 5.

Анализ результатов теста СЖО показал:

1. Шкала «цели в жизни» (max 42 балла). Наименьший показатель – «послелечебные» (24); «стационар» (26,6); «поступившие» (28); самый высокий показатель – «норма» (31,8).

2. «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» (max 42 балла). Наименьший показатель – «стационар» (20,7); «послелечебные» (21,8); «поступившие» (25,7); самый высокий показатель – норма (29,8).

3. Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией. (max 35 баллов). Наименьший показатель – «послелечебные» (18,2); «стационар» (18,9); «поступившие» (22,1); самый высокий показатель – норма (25,2).

4. «Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)» (max 42 балла). Наименьший показатель – «послелечебные» (15,8); «стационар» (16,2); «поступившие» (17,7); самый высокий показатель – «норма» (20,5).

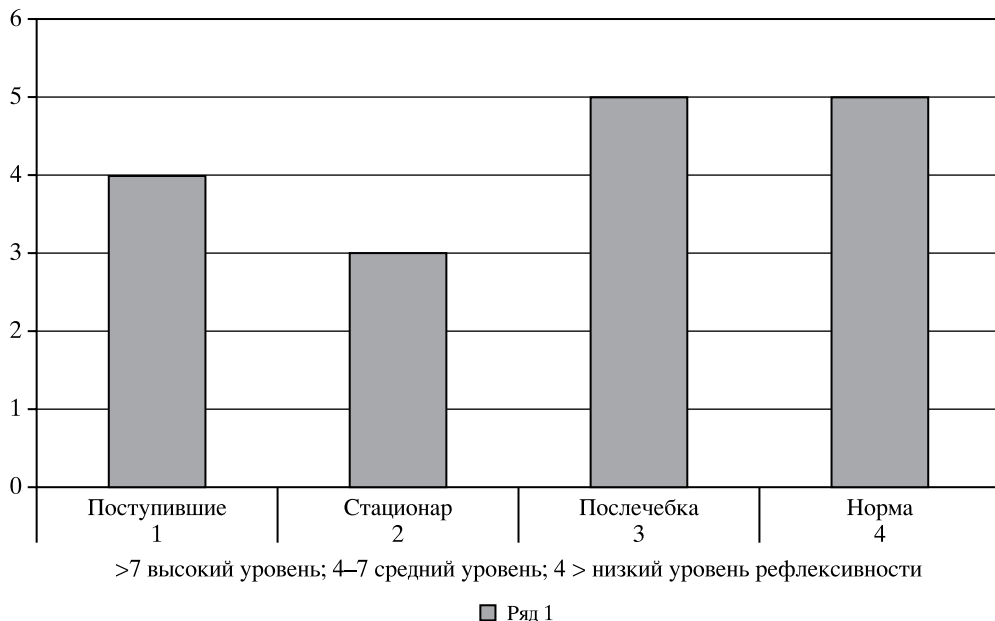


Рис. 5. Диагностика уровня развития рефлексивности (методика А.В. Карпова)

Таблица 2

Результаты сравнения системы смысложизненных ориентаций с помощью *U*-критерия Манна–Уитни у больных алкоголизмом на разных этапах реабилитации

Средние	RankSum 1	RankSum 2	U	Z	p-level
Поступившие	22,00000	33,00000	7,000000	-1,14891	0,250593
Стационар	19,00000	36,00000	4,000000	-1,77559	0,075801
Послелечебные	18,00000	37,00000	3,000000	-1,98449	0,047203

5. «Локус контроля – жизнь или управляемость жизни» (max 28 баллов). Наименьший показатель – «послелечебные» (23,5); «стационар» (24); «поступившие» (26,4); самый высокий показатель – «норма» (29,6).

6. СЖО общий (max 140 баллов): наименьший показатель – «послелечебные» (80); «стационар» (85,4); «поступившие» (89,6); самый высокий показатель – «норма» (102,5).

Сравнение, проведенное с помощью *U*-критерия Манна–Уитни, выявило:

1. Уровень выраженности системы смысложизненных ориентаций в группе «норма» значимо выше, чем в группе «поступившие»:

($U = 7,000000$; $Z = -1,14891$; $p = 0,250593$).

2. Уровень выраженности системы смысложизненных ориентаций в группе «норма» значимо выше, чем в группе «стационар»:

($U = 4,000000$; $Z = -1,77559$; $p = 0,075801$).

3. Уровень выраженности системы смысложизненных ориентаций в группе «норма» значимо выше, чем в группе «послелечебные»:

($U = 4,000000$; $Z = -1,98449$; $p = 0,020863$) (рис. 6).

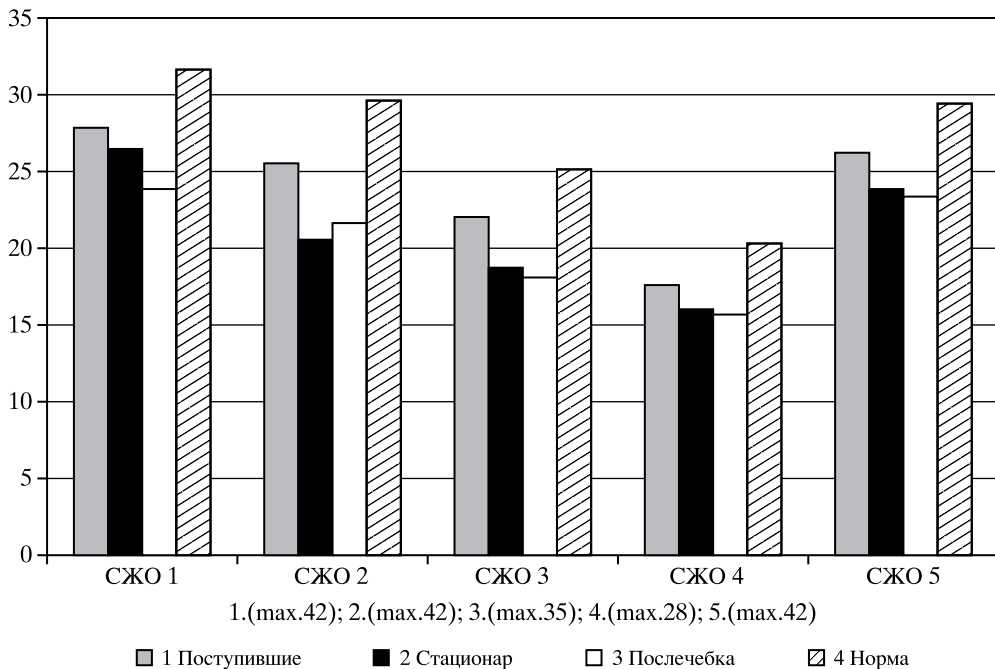


Рис. 6. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО)

Таким образом, у относительно здоровых респондентов (группа «норма») наблюдается достаточно сбалансированный уровень выраженности системы смысложизненных ориентаций, а у респондентов с диагнозом хронический алкоголизм наблюдается заниженный уровень выраженности системы смысложизненных ориентаций (группы «поступившие», «стационар», «послелечебные»), причем осознание осмысленности жизни планомерно снижается по мере прохождения реабилитации, что может быть связано с переосмыслением своего жизненного опыта.

Анализ результатов диагностики эмоционального интеллекта показал следующие изменения его (такого интеллекта) уровня выраженности (рис. 7, 8).

Уровни парциального эмоционального интеллекта (с учетом доминирующего знака: 14 и более – высокий; 8–13 – средний; 7 и менее – низкий):

1) эмоциональная осведомленность: низкий – «стационар» (6); средний – «послелечебные» (8,5), «поступившие» (8,6), «норма» (9,1);

2) управление своими эмоциями: полное отсутствие управляемости в группах – «поступившие» (–1,3), «стационар» (–1,9), «послелечебные» (–1,8); низкий – «норма» (5,4);

3) самомотивация: низкий уровень во всех группах – «послелечебные» (2,6); «стационар» (2,9); «поступившие» (4,9); «норма» (5,9);

4) эмпатия: низкий уровень во всех группах – «послелечебные» (4,6); «стационар» (5,2); «норма» (5,8); «поступившие» (6);

5) распознавание эмоций других людей: низкий уровень во всех группах – «стационар» (4,3); «норма» (4,5); «послелечебные» (4,7); «поступившие» (5).

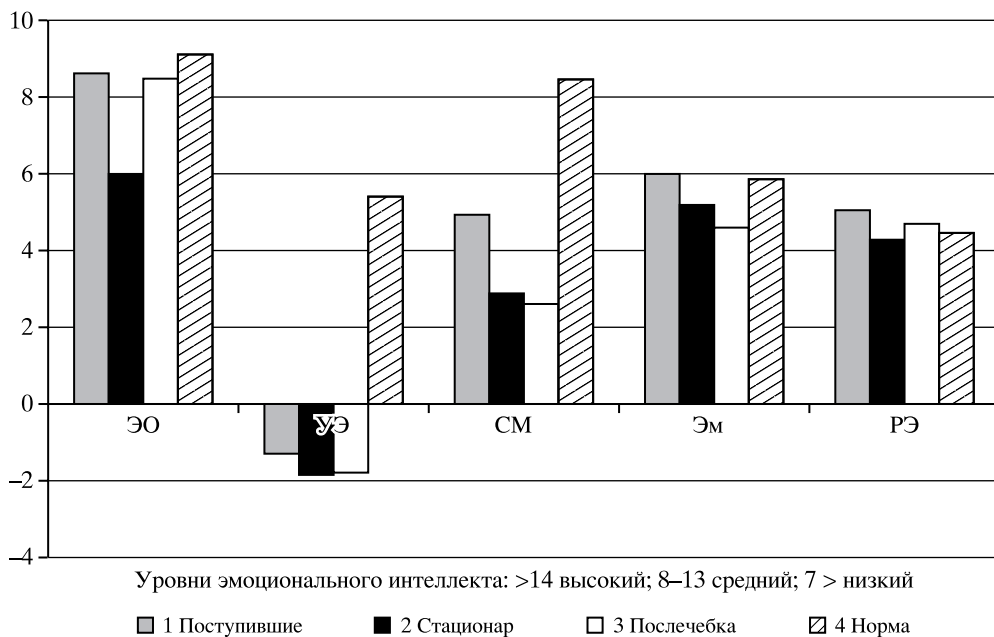


Рис. 7. Диагностика эмоционального интеллекта Н. Холла

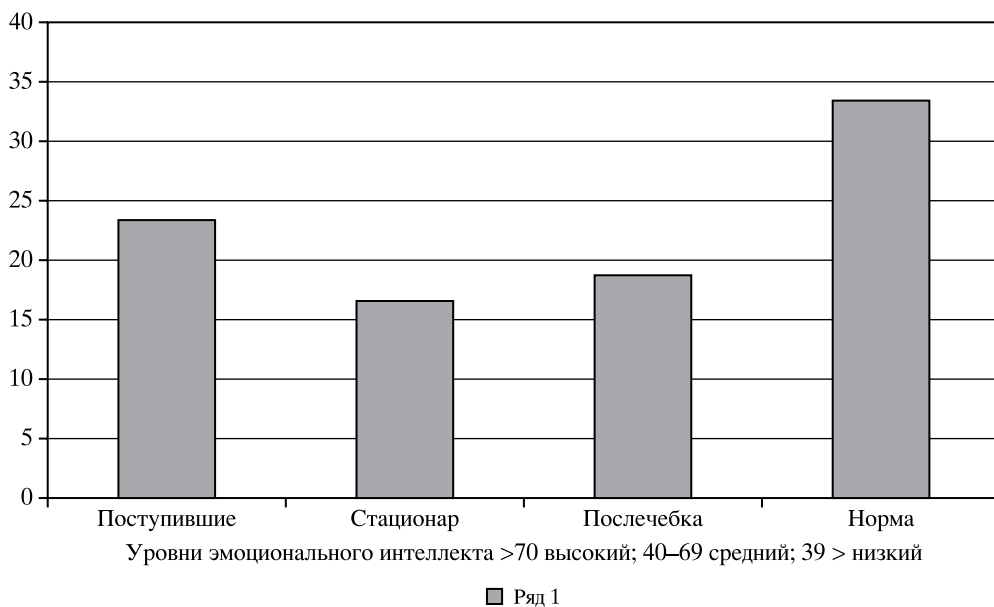


Рис. 8. Диагностика эмоционального интеллекта Н. Холла, общий балл

Интегративный уровень эмоционального интеллекта (с учетом доминирующего знака, определяется по следующим количественным показателям: 70 и более – высокий; 40–69 – средний; 39 и менее – низкий).

Интегративный уровень эмоционального интеллекта во всех группах низкий: «стационар» (16,5); «послелечебные» (18,6); «поступившие» (23,3); «норма» (33,3).

Сравнение, проведенное с помощью *U*-критерия Манна–Уитни, выявило только тенденцию к большему значению уровня эмоционального интеллекта у практически здоровых респондентов («норма»), чем у респондентов с диагнозом алкоголизм («поступившие», «стационар», «послелечебные») (табл. 3).

Таблица 3

Результаты сравнения системы эмоционального интеллекта с помощью *U*-критерия Манна–Уитни у больных алкоголизмом на разных этапах реабилитации

Средние	RankSum 1	RankSum 2	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -level
Поступившие	24,00000	31,00000	9,000000	-0,731126	0,464703
Стационар	19,00000	36,00000	4,000000	-1,77559	0,075801
Послелечебные	21,00000	34,00000	6,000000	-1,35781	0,174526

Героиновые наркоманы: результаты исследования смысловой регуляции

Тест Ю.В. Котлякова предполагает ранжирование 24 высказываний и нахождение суммы рангов по их группам. Итоговые результаты – это значения сумм рангов по 8 жизненным смыслам, на каждый из которых приходится по 3 высказывания. Чем ниже ранг, тем выше значимость смысла для испытуемого (табл. 4).

Если рассматривать все исследуемые группы как факторы, влияющие на изучаемые показатели жизненных смыслов, то мы вынуждены констатировать очень незначительные различия. В частности, экзистенциальные смыслы (свобода, просто жить, любовь) менее всего представлены в выборке

Таблица 4

Ранжирование жизненных смыслов, по Ю.В. Котлякову

Показатель жизненно-го смысла	(<i>Me</i> , <i>N</i> =14) 1. Норма	(<i>Me</i> , <i>N</i> =12) 2. Первич-ный этап	(<i>Me</i> , <i>N</i> =10) 3. В про-цессе реаб.	(<i>Me</i> , <i>N</i> =10) 4. После реаб.	<i>H</i>	<i>p</i>
Альтруизм	11,65	12,50	10,00	13,00	5,6	0,133
Экзистенц.	15,33	17,50	16,50	18,00	7,6	0,056
Гедонизм	13,00	17,50	15,50	16,50	3,4	0,335
Самореализация	17,00	17,50	15,00	17,00	2,7	0,438
Статус	16,12	15,50	15,50	16,50	0,4	0,931
Коммуникация	15,00	17,50	17,00	15,00	7,3	0,064
Семья	17,52	18,50	16,00	16,50	0,8	0,845
Когнитивные	12,50	17,00	14,00	16,50	7,7	0,051

больных после реабилитации (18) и на первичном этапе (17,5), выше всего в контрольной выборке нормы (15,33) ($H = 7,6; p = 0,056$). Смысл коммуникации имеет тенденцию к низким показателям в выборках больных на первичном этапе (17,5) и в процессе реабилитации (17), в контрольной выборке и после реабилитации данный смысл выражен сильнее (15) ($H = 7,3; p = 0,064$). Когнитивные смыслы, связанные с самопониманием, пониманием жизни либо познанием Бога, менее всего выражены на первичном этапе реабилитации (17) и после нее (16,5), наибольшее значение эти смыслы обретают в контрольной выборке здоровых (12,5) ($H = 7,7; p = 0,051$).

Полученные различия, с одной стороны, отражают характерные различия аддиктивных и обычных личностей, с другой – дают важную информацию для понимания смыслообразования в процессе редукции патологического влечения и реабилитации. В частности, экзистенциальные смыслы, связанные с личной свободой, жизнью, любовью, практически одинаковы в выборках обычных личностей и в процессе реабилитации. Судя по всему, условия, в которые попадают молодые люди, работая по программе «12 шагов», приводят к размышлениям на эту тему и повышают значимость экзистенциальных смыслов. Однако этот эффект оказывается недолговременным. После реабилитации эти экзистенциальные смыслы снова теряют свою значимость, причем становятся еще менее значимыми, чем на первичном этапе реабилитации.

Смыслы, связанные с общением, потребностью в других и желанием быть нужным, снижают свою значимость на период первичной реабилитации и самого процесса реабилитации по программе «12 шагов». Однако уровень выраженности этих смыслов одинаков у обычных молодых людей и прошедших реабилитацию. Мы не интерпретируем полученную закономерность как негативную. По нашему предположению, процесс редукции патологического влечения и реабилитации делает коммуникативные смыслы менее актуальными, так как эти смыслы активно реализуются в процессе реабилитации, поэтому пациенты меньше обращают на них внимание. При этом программа реабилитации оказывает положительный эффект, так как после нее смыслы, связанные с коммуникацией, оказываются выражены на уровне обычных личностей. Эта закономерность – яркое свидетельство снижения уровня патологического влечения и положительного эффекта реабилитации.

Нелинейность выраженности когнитивных смыслов ярко заметна при анализе процесса реабилитации. В норме у молодых людей когнитивные смыслы выражены на 12 баллов. Отметим, что это вторая по значимости (после альтруизма) сфера жизненных смыслов. У молодых людей на первичном этапе и после реабилитации эта сфера выражена гораздо меньше (16,5–17 баллов), однако в процессе реабилитации смысл познания себя и жизни повышает свою значимость до 14 баллов. Судя по всему, процесс реабилитации оказывает лишь временное активизирующее воздействие на когнитивные смыслы, после процесса реабилитации молодые люди теряют смысл познать себя и свою жизнь.

Результаты теста измерения уровня рефлексивности Карпова были переведены нами в Т-баллы. Это позволяет нам рассуждать в терминах интервалов норм и сравнивать выборки между собой на основе этих норм.

Рефлексивность значимо не различается в зависимости от этапа реабилитации и находится на среднем уровне независимо от выборки (49–52 Т-балла).

Результаты измерения рефлексивности, по А.В. Карпову

Показатель	(Me, N=14) 1. Норма	(Me, N=12) 2. Первичный этап	(Me, N=10) 3. В процессе реаб.	(Me, N=10) 4. После реаб.	H	p
Рефлексивность	49,25	50,50	52,25	49,00	3,1	0,374

Таблица 6

Результат измерения СЖО

Шкала СЖО	(Me, N=14) 1. Норма	(Me, N=12) 2. Первичный этап	(Me, N=10) 3. В процессе реаб.	(Me, N=10) 4. После реаб.	H	p
СЖО Общий	47,60	37,30	31,30	39,65	11,3	0,01
Цель	45,95	37,50	29,05	42,55	12,6	0,006
Процесс	41,90	37,40	32,90	43,00	3,8	0,289
Результат	45,45	37,30	35,00	43,15	14,7	0,002
Локус контроля Я	49,70	38,00	32,80	40,60	7,3	0,064
Локус контроля Жизнь	48,90	36,00	37,70	39,40	11,9	0,008

Колебания значений в диапазоне 3 Т-баллов не значимы ($H = 3,1; p = 0,374$). Из этого следует, что, во-первых, аддиктивные молодые люди и обычные не различаются по уровню рефлексивности и, во-вторых, процесс реабилитации не оказывает влияния на рефлексивность в том понимании, в каком она отражена в методике Карпова, т.е. по сути склонность обдумывать свои действия и обдуманно планировать будущие действия находится у молодых людей на среднем уровне независимо от наличия аддикции и от процесса реабилитации (табл. 5).

Результаты всех шкал СЖО также были переведены в Т-баллы на основе среднего арифметического и стандартного отклонения, предоставленных авторами теста (табл. 6).

Смысложизненные ориентации значительно варьируют в зависимости от этапа реабилитации. В первую очередь следует отметить, что медианы значений на первичном этапе и в процессе реабилитации находятся ниже нормы. У обычных молодых людей и у молодых людей после реабилитации и редукции патологического влечения к наркотику большинство шкал либо в пределах нормы, либо на нижней границе средних баллов. Кроме того, важно отметить, что ни одна шкала не выходит за пределы 50 Т-баллов, что говорит о тенденции к низким значениям по данной методике, так как средним считается диапазон от 40 до 60 Т-баллов.

Общий результат по тесту СЖО наиболее высок в выборке обычных молодых людей и находится на среднем уровне (47,6 Т-балла). В группах реабилитации и постреабилитационной группе общий уровень смысложизненных ориентаций понижен, ниже всего он в группе, находящейся в процессе реабилитации (31,3 Т-балла) ($H = 11,3; p = 0,01$). Полученные различия позволяют

в первую очередь сделать вывод о значительно более высокой осмысленности жизни у обычных молодых людей по сравнению с аддиктивными, особенно находящимися в состоянии патологического влечения. Другая важная закономерность – значительное снижение осмысленности жизни непосредственно в процессе реабилитации по программе «12 шагов» и повышение этого показателя после реабилитации. Отметим, что и после реабилитации среднее значение общего показателя осмысленности жизни не вошло в пределы нормы и осталось на низком уровне. В связи с этим мы приходим к выводу о низкой эффективности программы «12 шагов» для формирования общей осмысленности жизни. Далее мы проанализируем показатели этого теста более детально, чтобы выяснить, какие конкретно характеристики смысловых ориентаций больше всего ухудшаются в процессе реабилитации молодых людей.

Наличие целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, в значительной мере зависит от выборки и этапа реабилитации. Так, в группе обычных молодых людей и молодых людей после реабилитации этот показатель находится в пределах средних T -баллов, низкий показатель у молодых людей на первичном этапе. Наихудшие показатели, значительно ниже средних, у молодых людей в процессе реабилитации ($H = 12,6$; $p = 0,006$). По сравнению с другими показателями, наличие жизненных целей сильнее всего падает в процессе реабилитации по программе «12 шагов», однако важно отметить, что после реабилитации этот показатель возрастает и оказывается на нижней границе средних баллов, так же он оказывается выше, чем у молодых людей на первичном этапе. Судя по всему, программа «12 шагов» работает с небольшим эффектом запаздывания, сам процесс способствует снижению осознания своих жизненных целей, однако в результате этого процесса мы наблюдаем нормализацию данного показателя, что следует признать положительным результатом.

Интерес к жизни и эмоциональная насыщенность жизни статистически не различаются в зависимости от выборки, однако вариативность средних баллов показывает, что у обычных молодых людей и у молодых людей после реабилитации этот показатель находится в пределах нормы, а на первичном этапе и в процессе работы – ниже среднего.

Оценка результативности жизни выше всего в выборке обычных молодых людей, ниже нормы на первичном этапе и в процессе реабилитации и в пределах нормы после реабилитации ($H = 14,7$; $p = 0,002$). Закономерность изменения данного показателя аналогична осмысленности целей: молодые люди на первичном этапе реабилитации негативно оценивают прожитую жизнь, однако непосредственно в процессе реабилитации их пессимизм в отношении своего прошлого только усиливается. Это, вероятно, является признаком процесса переоценки своей жизни, понимания ее смысла, так как после реабилитации показатель значительно возрастает и оказывается в пределах нормы, практически на том же уровне, на котором находится у обычных молодых людей. Таким образом, программа реабилитации позволяет молодым людям задуматься над своей жизнью, не исключено, что задает новую систему ценностей, через призму которых прожитая жизнь выглядит еще хуже, чем до программы реабилитации. При этом программа дает и возможность положительной переоценки собственной жизни, что выражается в возрастании показателя оценки прожитого.

Убежденность в собственных возможностях построить свою жизнь, свободе собственного выбора находится на среднем уровне у обычных молодых людей (49,7 *T*-баллов), у молодых людей на первичном этапе этот показатель значительно ниже (38), в процессе реабилитации locus контроля Я снижается до 32 баллов и возвращается в нижний предел нормы после реабилитации (40) ($H = 7,3; p = 0,064$). Различия между обычными молодыми людьми и молодыми людьми после реабилитации достаточно наглядны и составляют 9,1 *T*-балла, что практически достигает значений 1σ . Судя по всему, программа оказалась малоэффективной в формировании данной характеристики. При этом мы можем наблюдать ранее описанную закономерность: непосредственно в самом процессе реабилитации locus контроля Я имеет самую низкую оценку, а затем она (эта оценка) несколько увеличивается. Судя по всему, воздействие программы «12 шагов» основано на достаточно серьезной переоценке собственных способностей и возможностей в плане контроля своей жизни, что отражается в пессимистических взглядах молодых людей на эту способность. После прохождения программы молодые люди в целом с большим оптимизмом смотрят на свои возможности принимать важные решения в собственной жизни.

Убежденность в управляемости собственной жизни также значительно выше у молодых людей из группы нормы (48,9 *T*-балла), чем у их сверстников после реабилитации (39,4 *T*-Балла), поэтому мы не можем констатировать значительный успех программы реабилитации в развитии этого показателя. Однако, в отличие от предыдущих показателей, убежденность в управляемости собственной жизни равномерно возрастает от первичного до послереабилитационного этапа ($H = 11,9; p = 0,008$). Судя по всему, одной из достигнутых целей программы реабилитации можно считать некоторое снижение фатализма и убежденности в невозможности контролировать свою жизнь.

Рассмотрим результаты по тесту эмоционального интеллекта Н. Холла (табл. 7).

Нормы по тесту эмоционального интеллекта были выведены авторами теста на взрослой выборке, поэтому большинство молодых людей попали в диапазон ниже нормы (40–60 *T*-баллов). Тем не менее мы можем выяснить, влияет ли фактор выборки и процесс на баллы данного теста. Все без исключения шкалы данного теста значительно различаются в зависимости от

Таблица 7

Результат тестирования эмоционального интеллекта

Текст Н. Холла	(<i>Me</i> , <i>N</i> =14) 1. Норма	(<i>Me</i> , <i>N</i> =12) 2. Первичный этап	(<i>Me</i> , <i>N</i> =10) 3. В процессе реаб.	(<i>Me</i> , <i>N</i> =10) 4. После реаб.	<i>H</i>	<i>p</i>
Эмоциональный интеллект	38,15	36,15	35,85	38,70	14,3	0,002
Управление эмоциями	55,80	51,70	39,85	47,50	9,9	0,019
Самотивация	53,00	41,70	34,15	36,95	16,8	0,001
Эмпатия	49,05	40,70	34,25	41,65	10,1	0,018
Распознавание эмоций	50,00	38,85	37,05	33,35	8,3	0,04

выборки. Общий показатель эмоционального интеллекта выше всего в выборке обычных молодых людей и у их сверстников после реабилитации, на первичном этапе и в процессе реабилитации эмоциональный интеллект снижен ($H = 14,3$; $p = 0,002$). Причем ниже всего этот общий показатель у молодых людей в процессе реабилитации (35,85 T -балла).

Управление эмоциями находится в пределах средних баллов у молодых людей из выборки без наркомании и на первичном этапе. На послереабилитационном этапе управление эмоциями ниже, чем у обычных молодых людей, однако также в пределах нормы. У молодых людей в процессе реабилитации данный показатель снизится до 39,85 T -балла ($W = 9,9$; $p = 0,19$). Мы не склонны расценивать эту закономерность как реальное снижение умения управлять своими эмоциями. Здесь происходит снижение оценки, но не реального показателя. Судя по всему, процесс реабилитации позволяет молодому человеку посмотреть на свою способность к самоконтролю с другой стороны, более объективно, в связи с чем оценка оказывается несколько занижена. При этом после процесса реабилитации способность управлять своими эмоциями оценивается молодыми людьми на среднем уровне.

В выборке обычных молодых людей самомотивация находится в пределах нормы, у их сверстников на первичном этапе самомотивация также в пределах нормы, однако на ее (нормы) нижней границе. У молодых людей в процессе реабилитации, и после нее самомотивация ниже нормы ($H = 16,8$; $p = 0,001$). Эмпатия фиксируется на среднем уровне у обычных молодых людей, а у их сверстников на первичном этапе и после реабилитации на нижней границе нормы. В процессе реабилитации у молодых людей наблюдается пониженный уровень эмпатии ($H = 10,1$; $p = 0,018$). Оба этих показателя (самомотивация и эмпатия) повторяют закономерность, описанную для характеристики управления эмоциями. Они снижаются непосредственно в процессе реабилитации и восстанавливаются до среднего уровня после нее.

Умение распознавать эмоции других людей и воздействовать на них у обычных молодых людей находится на среднем уровне (50 T -баллов), на первичном этапе реабилитации больных этот показатель ниже нормы и составляет 38,86 T -балла, в процессе реабилитации данная способность падает до 37,05 T -балла в процессе и 33,35 балла после реабилитации. Снижение этого показателя говорит о возросшей в процессе реабилитации эмоциональной зависимости молодых людей, они больше не отмечают у себя способности видеть настоящие эмоции или влиять на выбор других людей. Возможно, это связано с их переубежденностью в способности понимать и контролировать эмоции при актуализации патологического влечения на стадии аддикции. В процессе реабилитации им открылась другая сторона этой способности, без негатива и вне отношений, связанных с аддикцией, что значительно снизило оценку данной характеристики молодыми людьми.

Результаты исследования

Для выявления взаимосвязи между особенностями смыслообразования и особенностями эмоциональной сферы у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией был проведен корреляционный анализ Спирмена. Выявлено, что у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первич-

ный этап лечения и психологической реабилитации, наблюдаются обратно пропорциональные связи между уровнем рефлексивности и гедонистическими смыслами ($r = -0,82$ при $p < 0,05$) и смыслами самореализации ($r = -0,67$ при $p < 0,05$). Остальные корреляционные связи были положительными и обнаружены между 1) семейными смыслами и управлением своими эмоциями ($r = 0,73$ при $p < 0,05$); 2) интересом и эмоциональной насыщенностью жизни и самомотивацией ($r = 0,73$ при $p < 0,05$); 3) распознаванием эмоций других людей ($r = 0,74$ при $p < 0,05$) и интергративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,83$ при $p < 0,05$); 4) локусом контроля-Я, самореализацией ($r = 0,66$ при $p < 0,05$) и интегративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,68$ при $p < 0,05$), 5) локусом контроля-Жизнь, распознаванием эмоций других людей ($r = 0,70$ при $p < 0,05$) и интегративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,71$ при $p < 0,05$); осмысленностью жизни и самомотивацией ($r = 0,71$ при $p < 0,05$); 7) распознаванием эмоций других людей ($r = 0,72$ при $p < 0,05$) и интегративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,79$ при $p < 0,05$).

Таким образом, чем хуже представлены в жизни больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, гедонистические смыслы и смыслы самореализации, тем ниже у них уровень рефлексивности; чем хуже представлены семейные смыслы, тем хуже они смогут управлять своими эмоциями; снижение эмоционального интеллекта в целом может повлечь за собой снижение управляемостью жизнью, ее эмоциональной насыщенности, неверие в свои способности контролировать события собственной жизни; при снижении произвольного управления своими эмоциями наблюдается низкая эмоциональная насыщенность жизни, неверие в свои способности контролировать собственную жизнь и ее низкая осмысленность; снижение способности распознавать эмоции влечет за собой снижение эмоциональной насыщенности и осмысленности жизни, во многом потерю управляемости ее (жизни).

У больных алкоголизмом, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», наблюдаются только положительные взаимосвязи между 1) осмысленностью жизни и уровнем рефлексивности ($r = 0,71$ при $p < 0,05$); 2) смыслами самореализации и эмоциональной осведомленностью ($r = 0,68$ при $p < 0,05$); 3) локусом контроля-Я и самомотивацией ($r = 0,67$ при $p < 0,05$), 4) семейными смыслами распознаванием своих эмоций ($r = 0,73$ при $p < 0,05$), и интегративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,78$ при $p < 0,05$).

Таким образом, при снижении осмысленности жизни наблюдается снижение рефлексивности, снижение доминирования смыслов самореализации повлечет за собой повышение эмоциональной осведомленности, при усилении неверия в свои силы контролировать события собственной жизни нарушаться произвольное управление своими эмоциями, а также чем меньше в жизни больных алкоголизмом остается места для семейных смыслов, тем труднее им распознавать свои эмоции и тогда наблюдается снижение эмоционального интеллекта в целом.

У больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, наблюдаются отрицательные взаимосвязи между 1) гедонистическими смыслами и уров-

нем рефлексивности ($r = -0,69$ при $p < 0,05$), 2) коммуникативными смыслами и уровнем рефлексивности ($r = -0,74$ при $p < 0,05$), 3) локусом контроля-Я и управлением своими эмоциями ($r = 0,74$ при $p < 0,05$).

Таким образом, при снижении уровня рефлексивности наблюдается снижение доминирования гедонистических и коммуникативных смыслов, а при усилении неверия в свои силы контролировать события собственной жизни – эмоциональная ригидность.

У относительно здоровых респондентов (контрольная группа для больных алкоголизмом) наблюдаются отрицательные взаимосвязи между альтруистическими смыслами и уровнем рефлексивности ($r = -0,52$ при $p < 0,05$), гедонистическими смыслами и управлением эмоциями ($r = -0,62$ при $p < 0,05$), самомотивацией ($r = -0,64$ при $p < 0,05$), статусными смыслами и управлением эмоциями ($r = -0,57$ при $p < 0,05$); положительные взаимосвязи выявлены между самомотивацией и эмоциональной насыщенностью жизни ($r = 0,56$ при $p < 0,05$), эмпатией и удовлетворенностью самомотивацией ($r = 0,65$ при $p < 0,05$), локусом контроля-Я ($r = 0,61$ при $p < 0,05$) и локусом контроля-Жизнь ($r = 0,56$ при $p < 0,05$).

Таким образом, чем чаще присутствуют в жизни относительно здоровых респондентов альтруистические, гедонистические и статусные смыслы, и чем чаще эти люди воспринимают процесс своей жизни как эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, тем они более способны к рефлексивности, эмоциональной отходчивости и произвольному управлению своими эмоциями; чем выше удовлетворенность самореализацией, восприятием себя как сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора и убежденностью в праве контролировать свою жизнь, свободно принимать решения, тем выше уровень эмпатии у таких респондентов.

У больных героиновой наркоманией, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, наблюдаются только положительные взаимосвязи между 1) управлением своими эмоциями и альтруистическими смыслами ($r = 0,68$ при $p < 0,05$); 2) экзистенциальными смыслами, эмпатией ($r = 0,69$ при $p < 0,05$) и интегративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,61$ при $p < 0,05$); 3) самомотивацией и смыслами самореализации ($r = 0,88$ при $p < 0,05$), 4) статусными ($r = 0,76$ при $p < 0,05$), и семейными ($r = 0,69$ при $p < 0,05$), смыслами; 5) между когнитивными смыслами, распознаванием своих эмоций ($r = 0,67$ при $p < 0,05$) и самомотивацией ($r = 0,63$ при $p < 0,05$).

Таким образом, чем хуже представлены в жизни больных героиновой наркоманией, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, такие жизненные смыслы, как самореализации, статусные, семейные, когнитивные, тем лучше развита у них самомотивация; чем меньше у них в жизни альтруистических смыслов, тем лучше управляемость эмоциями; чем меньше экзистенциальных смыслов, тем лучше развита эмпатия и эмоциональный интеллект в целом; чем меньше когнитивных смыслов, тем лучше распознавание эмоций. Иными словами, у больных героиновой наркоманией наблюдается односторонний процесс: либо их жизнь наполнена смыслами, но при этом страдает эмоциональная сфера, либо эмоциональная сфера развита, но при этом в их жизни наблюдается отсутствие смыслов.

У больных героиновой наркоманией, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», наблюдаются только отрицательные взаимосвязи между гедонистическими смыслами и эмоциональной осведомленностью ($r = -0,8$ при $p < 0,05$), когнитивными смыслами и эмпатией ($r = -0,77$ при $p < 0,05$).

Таким образом, при снижении гедонистических смыслов наблюдается снижение уровня эмоциональной осведомленности, а снижение значения в их жизни когнитивных смыслов сопровождается снижением эмпатии.

У больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, наблюдаются отрицательная взаимосвязь между осмысленностью жизни и самомотивацией ($r = -0,68$ при $p < 0,05$). Таким образом, при снижении общей осмысленности жизни наблюдается снижение произвольного управления своими эмоциями.

У относительно здоровых респондентов (контрольная группа для больных героиновой наркоманией) наблюдаются отрицательные взаимосвязи между альтруистическими смыслами и уровнем эмоциональной осведомленности ($r = -0,53$ при $p < 0,05$), а также положительные взаимосвязи между эмоциональной насыщенностью жизни и управлением своими эмоциями ($r = 0,53$ при $p < 0,05$), самомотивацией ($r = 0,6$ при $p < 0,05$) и интегративным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,58$ при $p < 0,05$).

Таким образом, чем чаще присутствуют в жизни относительно здоровых респондентов альтруистические смыслы и чем чаще они воспринимают процесс своей жизни как эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, тем лучше, полнее их эмоциональная осведомленность, эмоциональная отходчивость, произвольное управление своими эмоциями, а также более развит эмоциональный интеллект в целом.

Судя по полученным данным, у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией на этапах психологической реабилитации наблюдаются разные процессы. Так, на этапе поступления в реабилитационный центр больные алкоголизмом выглядят более целостно, нежели больные героиновой наркоманией, что подтверждается дескриптивной статистикой и статистикой различий. На этапе проведения психологической реабилитации по программе «12 шагов» у больных алкоголизмом наблюдается частичное рассогласование эмоциональной и смысловой сфер, а у больных героиновой наркоманией уже просматривается небольшая положительная динамика координации эмоциональной и смысловой сфер.

Для выявления особенностей смыслообразования, определяющих различия между больными алкоголизмом и героиновой наркоманией, прошедшими реабилитацию по программе «12 шагов» и находящимися на постлечебном сопровождении, и здоровыми людьми был проведен дискриминантный анализ.

Вначале рассмотрим классификацию больных алкоголизмом и здоровых респондентов.

В ходе статистической обработки была выявлена высокая точность предсказания, равная 87,5%, причем для относительно здоровых респондентов точность предсказания составляет 100%, а для больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, 70%. Иначе говоря, только 30% больных алко-

лизмом после психологической реабилитации были классифицированы как «здоровые», у остальных 70% после прохождения курса реабилитации особенности смыслообразования не претерпели достаточных изменений, чтобы подняться на уровень здоровых респондентов.

Наибольшей дискриминативной способностью обладает показатель управления своими эмоциями. Однако наряду с данным фактором результативность жизни также имеет достаточно высокое значение λ .

Полученные дискриминанты были сформированы в каноническую дискриминативную функцию, что позволило выявить полное разделение респондентов, больных алкоголизмом, прошедших психологическую реабилитацию, и относительно здоровых респондентов.

Исходя из полученных данных лучшей канонической функцией обладает дискриминанта «Управление своими эмоциями». Также были получены координаты центроидов для группы респондентов, больных алкоголизмом, после реабилитации (-1,622) и группы относительно здоровых респондентов (1,159). Данные показатели центроидов свидетельствуют, что чем выше значение канонической функции, тем выше вероятность того, что у этих респондентов нет алкогольной зависимости.

Исходя из полученных результатов можно сделать вывод: вероятность, что у респондента нет алкогольной зависимости, выше, когда наблюдается эмоциональная неригидность и удовлетворенность самореализацией на прожитом отрезке жизни, что подтверждается структурными коэффициентами канонических функций.

Таким образом, в ходе дискриминантного анализа, были выявлены особенности смыслообразования больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, и относительно здоровых респондентов. Также показано, что после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» в период постлечебного сопровождения только у 30% больных алкоголизмом управление своими эмоциями и ощущение продуктивности и осмысленности прожитой частью жизни находятся на том же уровне, что и у относительно здоровых респондентов.

Рассмотрим классификацию больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, и здоровых респондентов.

В ходе статистической обработки была выявлена высокая точность предсказания для относительно здоровых респондентов и для больных героиновой наркоманией после прохождения психологической реабилитации, равная 100%. Таким образом, не было выявлено ни одного больного героиновой наркоманией, который бы после психологической реабилитации был классифицирован как «здоровый».

Полученная дискриминативная модель различения респондентов в зависимости от наличия или отсутствия героиновой зависимости включает в себя такие дискриминанты, как самомотивация ($F = 15,98$, $p = 0,001$), общая осмысленность жизни ($F = 23,73$, $p < 0,00001$), когнитивные смыслы ($F = 21,67$, $p < 0,00001$), смыслы самореализации ($F = 23,65$, $p < 0,00001$), управление своими эмоциями ($F = 28,96$, $p < 0,00001$) и локус контроля-Я ($F = 50,13$, $p < 0,00001$).

Наибольшей дискриминативной способностью обладает показатель самомотивации, чуть меньшей осмысленность жизни и когнитивные смыслы. Самое малое значение λ наблюдается у дискриминативной переменной «локус контроля-Я», однако проведенное попарное групповое сравнение не выявило статистически незначимых различий, поэтому данную дискриминативную переменную было решено оставить в анализе.

Полученные дискриминативные переменные были сформированы в каноническую дискриминативную функцию, что позволило выявить полное разделение респондентов, больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, и относительно здоровых респондентов.

Исходя из полученных результатов лучшей канонической функцией обладает дискриминанта «самотивация». Также были получены координаты центроидов для больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении (-4,724), и группы относительно здоровых респондентов (3,634). Значения центроидов означают, что чем выше значение канонической функции, тем выше вероятность, что у этих респондентов нет героиновой зависимости.

Таким образом, можно сделать вывод: высокая вероятность, что у респондента нет героиновой зависимости, существует тогда, когда наблюдается произвольное управление своими эмоциями, достаточно высокая осмысленность собственной жизни, доминирование в жизни когнитивных смыслов и смыслов самореализации, эмоциональная неригидность, вера в себя как в сильную личность, обладающую достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, что подтверждается структурными коэффициентами канонических функций.

Таким образом, в ходе дискриминантного анализа были выявлены особенности смыслообразования больных героиновой наркоманией и относительно здоровых респондентов, по которым эти две группы различаются. Обнаружено, что после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» в периоде постлечебного сопровождения не было выявлено ни одного случая классификации больных героиновой наркоманией как относительно здоровых респондентов.

Исходя из результатов дискриминантного анализа можно сделать вывод: после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» и в период постлечебного сопровождения существует большая вероятность, что некоторые параметры смысловой и эмоциональной сфер больных алкоголизмом, по сравнению с больными героиновой наркоманией, поднимутся на тот же уровень, что и у относительно здоровых респондентов.

Подводя итоги экспериментального исследования особенностей смыслообразования на разных этапах психологической реабилитации больных алкоголизмом и героиновой наркоманией, можно констатировать: у тех, и у других больных по-разному протекают процессы психологической реабилитации по программе «12 шагов».

Так, у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, наблюдается снижение экзистенциальных и семейных жизненных смыслов. У больных

алкоголизмом, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», наблюдается снижение значимости смыслов самореализации и статусных смыслов. У больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, наблюдается снижение значимости экзистенциальных и когнитивных жизненных смыслов.

Выраженность жизненных смыслов у больных героиновой наркоманией, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, снижен по коммуникативным и когнитивным смыслам. У больных героиновой наркоманией, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», выявлено снижение значимости экзистенциальных и коммуникативных жизненных смыслов. У больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, обнаружено снижение значимости в их жизни экзистенциальных и когнитивных жизненных смыслов.

Следовательно, у больных алкоголизмом на разных этапах психологической коррекции чаще всего наблюдается низкий уровень экзистенциальных жизненных смыслов, а у больных героиновой наркоманией на разных этапах психологической коррекции наблюдается низкий уровень значимости экзистенциальных, коммуникативных и когнитивных смыслов.

При оценке рефлексивности обнаружено, что у больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов», и находящихся на постлечебном сопровождении, средний уровень рефлексивности встречается чаще, чем у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов» и у относительно здоровых респондентов. Низкий уровень рефлексивности значительно чаще встречается у алкоголиков, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», по сравнению с больными алкоголизмом, прошедшими реабилитацию по программе «12 шагов» и находящимися на постлечебном сопровождении, и у относительно здоровых респондентов. К тому же у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, низкий уровень рефлексивности встречается чаще, чем у больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении.

По сравнению с больными алкоголизмом, у всех больных героиновой наркоманией выявлен средний уровень рефлексивности, однако у них наблюдались и случаи высокого уровня рефлексивности. Также до прохождения психологической реабилитации по программе «12 шагов» и в процессе ее у таких больных наблюдалось больше случаев среднего и даже ниже низкого уровня рефлексивности, по сравнению с больными алкоголизмом, что указывает на их повышенную рефлексивность.

При анализе особенностей смысложизненных ориентаций выявлено, что больные алкоголизмом, поступившие в клинику и проходящие первичный этап лечения и психологической реабилитации, мало верят в существование возможности контролировать события собственной жизни и к тому же проявляют меньшую осмысленность о реальной жизни.

У больных алкоголизмом, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», отмечается низкая осмысленность собственной жизни, к тому же они меньше удовлетворены своей жизнью в настоящем, уже прожитой частью жизни, реже считают себя способными контролировать события собственной жизни, а также чаще убеждены, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю.

У больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, наблюдается низкая осмысленность собственной жизни, они чаще живут сегодняшним или вчерашним днем, меньше удовлетворены своей жизнью в настоящем и уже прожитой частью жизни.

Что касается больных героиновой наркоманией, то у тех, кто поступил в клинику и проходил первичный этап лечения и психологической реабилитации, наблюдается низкая осмысленность своей жизни, такие люди чаще живут сегодняшним или вчерашним днем, реже планируют, ставят цели на будущее, чаще испытывают неудовлетворенность прожитой частью жизни, неверие в свои силы, способность контролировать события собственной жизни и убежденность, что жизнь неподвластна сознательному контролю, а свобода выбора иллюзорна и что-либо загадывать на будущее бессмысленно.

У больных наркоманией, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», наблюдается сниженная осмысленность жизни, стремление жить сегодняшним или вчерашним днем, неудовлетворенность прожитой частью жизни, неверие в свои силы, способность контролировать события собственной жизни и убежденность в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю.

У больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, основные показатели смысложизненных ориентаций (наличие целей на будущее, восприятие своей жизни как процесса интересного и наполненного смыслом, восприятие прошедшего отрезка времени как продуктивного и осмысленного и представление о себе как о личности, которая может построить свою жизнь в соответствии со своими целями) приближаются к значениям здоровых респондентов. Несмотря на то, что больные героиновой наркоманией, прошедшие реабилитацию по программе «12 шагов» и находящиеся на постлечебном сопровождении, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, не вполне уверены, что они способны свободно контролировать свою жизнь, принимать решения и претворять их в жизнь, им всё же присущ некий фатализм.

Судя по результатам исследования, особенности изменений осмысленности жизни на разных этапах реабилитации у этих двух групп протекают по-разному. У больных алкоголизмом при поступлении в стационар наблюдается средневывраженная осмысленность жизни, а в процессе прохождения реабилитации показатели смысложизненных ориентаций снижаются. В то же время у больных героиновой наркоманией, наоборот, при поступлении в стационар основные показатели осмысленности жизни достаточно низки, а при прохождении реабилитации они увеличиваются.

Особенности эмоционального интеллекта повлияли также на различные изменения в эмоциональной сфере у больных алкоголизмом и героиновой

наркоманией. Так, у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, снижена способность к управлению своими эмоциями. Больные алкоголизмом, находящиеся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», по сравнению с относительно здоровыми респондентами, хуже могут управлять своими эмоциями, у них слабее проявляется самомотивация, интегративный показатель эмоционального интеллекта имеет более низкие значения. Больные алкоголизмом, прошедшие реабилитацию по программе «12 шагов» и находящиеся на постлечебном сопровождении, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, хуже управляют своими эмоциями, у них самомотивация и интегративный показатель эмоционального интеллекта имеют более низкие значения.

В отличие от них, у больных героиновой наркоманией, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, наблюдается низкий уровень эмоциональной осведомленности, произвольного управления своими эмоциями, сопереживания текущему эмоциональному состоянию другого человека, способности распознавать и выражать эмоции. У больных наркоманией, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», по сравнению с относительно здоровыми респондентами, наблюдается снижение эмоциональной осведомленности и отходчивости, произвольного управления своими эмоциями, сопереживания текущему эмоциональному состоянию другого человека, умения воздействовать на эмоциональное состояние других людей, а также снижение общей способности распознавать и выражать эмоции. У больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, снижены способность к произвольному управлению своими эмоциями, способность сопереживания текущему эмоциональному состоянию другого человека, умение воздействовать на эмоциональное состояние других людей, способности распознавать и выражать эмоции в целом.

Таким образом, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, у больных алкоголизмом наблюдается эмоциональная ригидность, снижение эмоционального самоконтроля и, несмотря на проведенную психологическую реабилитацию, у больных алкоголизмом способности к эмоциональной отходчивости, произвольному управлению своими эмоциями и способности распознавать и выражать эмоции в целом не достигают уровня здоровых респондентов. У больных героиновой зависимостью наблюдаются стойкие изменения эмоциональной сферы: в большей степени страдают произвольное управление своими эмоциями, отсутствие эмпатии и умение распознавать эмоций других людей. Даже после проведенной психологической реабилитации нарушение данных эмоциональных сфер не восстановилось.

Проведенный корреляционный анализ подтвердил наличие разных процессов изменения особенностей смыслообразования у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией на этапах психологической реабилитации. Так, на этапе поступления в реабилитационный центр больные алкоголизмом выглядят более целостно, нежели больные героиновой наркоманией, что под-

тверждается дескриптивной статистикой и статистикой различий. На этапе проведения психологической реабилитации по программе «12 шагов» у больных алкоголизмом наблюдается частичное рассогласование эмоциональной и смысловой сфер, а у больных героиновой наркоманией наблюдается уже небольшая положительная динамика координации эмоциональной и смысловой сфер.

К тому же выявлено существование дискриминативных переменных для разделения больных алкоголизмом и героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, и относительно здоровых респондентов. Так, больные алкоголизмом отличаются от здоровых респондентов уровнем управления своими эмоциями и удовлетворенности самореализацией. Больные героиновой наркоманией отличаются от здоровых респондентов уровнем самомотивации, общей осмысленности жизни, доминированием когнитивных смыслов, смыслов самореализации, способности управления своими эмоциями и локус контроля-Я.

Таким образом, можно сделать вывод: после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» и в период постлечебного сопровождения существует большая вероятность, что некоторые параметры смысловой и эмоциональной сфер больных алкоголизмом, по сравнению с параметрами больных героиновой наркоманией, приобретут тот же уровень, как у относительно здоровых респондентов. При этом у больных героиновой наркоманией эмоциональная сфера не восстанавливается даже по истечении 6 месяцев ремиссии.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы**.

1. Выявлены различия выраженности жизненных смыслов у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией при прохождении этапов психологической реабилитации по программе «12 шагов». Обнаружено, что у больных алкоголизмом на разных этапах психологической коррекции, как правило, наблюдается низкий уровень экзистенциальных жизненных смыслов, а у больных героиновой наркоманией на разных этапах психологической коррекции – низкий уровень сочетания жизненных смыслов (экзистенциальные, коммуникативные и когнитивные).

2. Обнаружены различия в уровне осмысленности жизни у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией при прохождении этапов психологической реабилитации по программе «12 шагов». Так, у больных алкоголизмом при поступлении в стационар наблюдается средневыраженная осмысленность жизни, а в процессе прохождения реабилитации показатели смысловых жизненных ориентаций снижаются. У больных героиновой наркоманией, наоборот, при поступлении в стационар основные показатели осмысленности жизни достаточно низки, а при прохождении реабилитации эти показатели увеличиваются. Вероятно, это связано с возрастными особенностями начала формирования психической зависимости от алкоголя или героина, сроками формирования физической зависимости.

3. Найдены различия в уровне рефлексивности у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией. У больных героиновой наркоманией наблюдались случаи высокого уровня рефлексивности, к тому же до и в процессе реабилитации у больных героиновой наркоманией была выявлена более высокая по сравнению с больными алкоголизмом рефлексивность.

4. Обнаружены особенности нарушения способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией. Так, у больных алкоголизмом наблюдается в структуре эмоционального интеллекта эмоциональная ригидность, снижение эмоционального самоконтроля и, несмотря на проведенную психологическую реабилитацию, у больных алкоголизмом в целом не достигают уровня здоровых респондентов способности к эмоциональной отходчивости, распознаванию и умению выражать эмоции, произвольному управлению своими эмоциями. У больных героиновой зависимостью наблюдаются стойкие изменения в эмоциональной сфере. В большей степени страдают произвольное управление своими эмоциями, способность к эмпатии, особенно к своим родным, умение распознавать эмоции других людей, и даже после проведенной психологической реабилитации нарушения эмоциональной сферы не восстановились.

5. Корреляционный анализ выявил различия в формировании взаимосвязей между смысловой и эмоциональной сферами больных алкоголизмом и героиновой наркоманией. Как оказалось, у больных алкоголизмом, по сравнению с больными героиновой наркоманией, на этапах прохождения психологической реабилитации и после нее, на стадии ремиссии, наблюдается большее количество взаимосвязей смысловой и эмоциональной сфер. Так, на этапе поступления в реабилитационный центр больные алкоголизмом выглядят более целостно, нежели больные героиновой наркоманией, что подтверждается дескриптивной статистикой и статистикой различий. На этапе проведения психологической реабилитации по программе «12 шагов» у больных алкоголизмом наблюдается частичное рассогласование эмоциональной и смысловой сфер, а у больных героиновой наркоманией – уже небольшая положительная динамика координации эмоциональной и смысловой сфер. Однако после прохождения психологической реабилитации у больных героиновой наркоманией наблюдается менее выраженная связь смысловой и эмоциональной сфер, нежели у больных алкоголизмом. Полученные данные могут свидетельствовать, что у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией процессы выздоровления различны.

6. Выявлены дискриминативные особенности смысловой и эмоциональной сфер, по которым различаются больные алкоголизмом и героиновой наркоманией после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» и в период постлечебного сопровождения, и относительно здоровые респонденты. Обнаружено, что больные алкоголизмом, отличаются от здоровых респондентов уровнем управления своими эмоциями и удовлетворенностью самореализацией. В отличие от них, больные героиновой наркоманией отличаются от здоровых респондентов снижением произвольного управления своими эмоциями и значимости в жизни когнитивных смыслов и смыслов самореализации, низкой осмысленностью своей жизни, эмоциональной ригидностью, отсутствием веры в себя как в сильную личность, обладающую достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Однако после прохождения реабилитации не было выявлено ни одного случая классификации больных героиновой наркоманией как относительно здоровых респондентов.

7. С помощью дискриминантного анализа были выявлены различия в способности к восстановлению смысловой и эмоциональной сфер у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией. Обнаружено, что только у 30% больных алкоголизмом после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» и в период постлечебного сопровождения особенности смысловой и эмоциональной сфер приближаются к уровню относительно здоровых респондентов. В отличие от них, у больных героиновой наркоманией после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» и в период постлечебного сопровождения не выявлено ни одного случая классификации их как относительно здоровых респондентов. Таким образом, выявлена более высокая вероятность, что у больных алкоголизмом, по сравнению с больными героиновой наркоманией особенности смысловой и эмоциональной сфер восстановятся до уровня относительно здоровых респондентов.

Глава 9

ВИЧ. МОЗГ. НАРКОТИКИ

Проблема распространения ВИЧ-инфекции носит глобальный характер и остается одной из наиболее острых из числа стоящих перед человечеством в целом. По данным ООН и Всемирной организации здравоохранения в настоящее время около 40 млн человек страдают от этой инфекции, 24 млн – уже умерли от СПИДа. Ежедневно в мире происходит заражение 14 тыс. человек [115; 107].

В Российской Федерации эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции оценивается как тяжелая. При этом особую медико-социальную значимость приобретает сочетание ВИЧ-инфекции с приемом инъекционных наркотиков [44]. Из всех ВИЧ-инфицированных в нашей стране 80% – наркоманы, развившиеся при введении наркотиков. Однако эти больные распространяют инфекцию не только среди представителей наркотической субкультуры, но и среди относительно здорового населения: нехватка денег на приобретение наркотика толкает ВИЧ-инфицированных на занятие проституцией или вступление в сексуальные отношения с наркологически здоровыми (а следовательно, финансово более обеспеченными) гражданами. Есть и другие пути передачи ВИЧ-инфекции от больных наркоманией: в ходе медицинских манипуляций, от матери к плоду и т.д.

ВИЧ-инфекция (синдром приобретенного иммунодефицита – СПИД) – это медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становится высоковосприимчивым к оппортунистическим инфекциям и опухолям, что в итоге приводит к гибели больного [115].

Одна из основных причин необходимости изучения ВИЧ-инфекции с точки зрения психологии является разрушительное воздействие вируса на психику человека. *Во-первых*, личность зараженных людей изменяется в силу отвержения обществом, страха неминуемой смерти и постепенно нарастающего снижения физических возможностей. Это – неспецифическая реакция на инвалидизирующее заболевание, свойственная и больным других нозологических групп.

Во-вторых, медицинские данные позволяют утверждать, что по частоте поражения различных органов и систем при ВИЧ/СПИД нервная система занимает второе место после иммунной, что связано с множеством патогенетических механизмов поражения как центральной, так и периферической

нервной системы [115]. Поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции встречаются часто и на различных стадиях болезни. Клинические наблюдения показали, что у 70–90% больных, погибших от СПИДа, при патоморфологическом исследовании отмечаются изменения нервной ткани, у 40 – с верифицированным СПИДом присутствуют неврологические нарушения, а у 10% – неврологические симптомы были первым проявлением СПИДа [132].

Если на ранних стадиях болезни существенным нарушением функций нервной системы является реакция личности на заражение и заболевание (т. е. психосоматическая реакция) [90], то позднее развивается так называемая ВИЧ-энцефалопатия.

Так, в работе В. С. Васильева и соавторами [40], говорится о поражении центральной нервной системы (многоочаговая лейкоэнцефалопатия, энцефалит, сосудистые поражения головного мозга и др.), а также о постепенном прогрессирующем снижении интеллекта, памяти, слабоумии, аффективных расстройствах, нарушениях концентрации внимания и памяти, апатии и заторможенности у части больных.

Прогрессирующие нарушения когнитивных функций (памяти, мышления, внимания), распад эмоциональной сферы и личности в целом в научных кругах называют СПИД-деменция: это симптомокомплекс, который развивается вследствие органического поражения головного мозга при взаимодействии ВИЧ и структур центральной нервной системы [44]. Синдром наблюдается у 60–90% больных СПИДом и имеет высокопрогредиентный характер течения. Для него типична полиморфная симптоматика с выраженным интеллектуально-мнестическим дефектом, а также значительное снижение волевой активности. Исследователи отмечают, что тяжелые когнитивные расстройства «накладываются» на социальную стигматизацию, приводя к тотальной инвалидизации больного.

Ряд авторов, наряду со СПИД-деменцией, выделяют диффузные энцефалопатии, или поражения головного мозга метаболического происхождения, возникающие при системных заболеваниях у больных СПИДом. ВИЧ-энцефалопатия представляет собой подкорковую деменцию, которая стремительно развивается – в течение нескольких недель или месяцев. Несмотря на то что ВИЧ-энцефалопатия развивается преимущественно на поздней стадии ВИЧ/СПИДа, в ряде случаев это может быть первичной манифестацией ВИЧ-инфекции [44].

Подводя итог краткого литературного обзора, можно сказать, что изучение познавательных психических процессов у больных ВИЧ, продолжающих прием инъекционных наркотиков (в частности, героина, также обладающего патологическим действием на ткань мозга) – крайне *актуальная проблема* как для исследования, так и для выработки рекомендаций по реабилитации этой категории пациентов.

С целью сопоставления нарушений познавательных процессов у ВИЧ-инфицированных с героиновой зависимостью и больных героиновой наркоманией, не зараженных ВИЧ, были исследованы познавательные психические процессы, к которым относятся память, внимание, мышление и речь.

Гипотеза: у ВИЧ-инфицированных больных с героиновой зависимостью наблюдаются нарушения познавательных процессов, более выраженные, чем у больных героиновой наркоманией, не зараженных ВИЧ.



Рис. 1. Стаж приема больными наркотических средств

Характеристика испытуемых. Исследование проводилось на базе Московского научно-практического центра наркологии (4 и 14 наркологические отделения). Выборку составили две группы по 30 испытуемых-мужчин: 1) ВИЧ-инфицированных с героиновой зависимостью; 2) больных героиновой наркоманией, не зараженных ВИЧ. Возраст обследованных в выборке составил 32 ± 8 лет. Процедура обследования испытуемых проводилась в индивидуальном порядке и занимала в среднем 45–60 минут.

Результаты исследования. Экспериментальную группу составили ВИЧ-инфицированные больные с героиновой зависимостью. Пациенты из экспериментальной группы легко шли на контакт, на вопросы отвечали в плане заданного. У большинства голос был тихим, медленного темпа, фон настроения снижен, эмоциональные проявления неустойчивые, предложенные задания выполнялись. Критика заболевания снижена или полностью отсутствует. Большая часть испытуемых инструкцию усваивали с первого раза. Помощь психолога принималась и использовалась.

Контрольную группу составили испытуемые с героиновой наркоманией, не зараженные ВИЧ. Все испытуемые контрольной группы шли на контакт. Эмоциональные проявления были неустойчивыми, критика заболевания снижена, голос тихий, слабоинтонированный. На вопросы отвечали в плане заданного, фон настроения снижен. Эмоциональные проявления неустойчивые, предъявление жалоб на снижение памяти. Все предложенные задания выполняли. Инструкцию большинство больных усваивали с первого раза. Помощь психолога принимали и при необходимости использовали.

Следовательно, по поведенческим особенностям в ходе обследования больные двух групп практически не различались, за исключением показателя критического отношения к своему заболеванию.

При проведении сравнения стажа приема наркотических веществ ВИЧ-инфицированных больных с героиновой зависимостью и больных героиновой наркоманией, не зараженных ВИЧ (см. диаграмму на рис. 1), показано, что для экспериментальной группы более характерным представляется длительный стаж (11–15 лет и более).

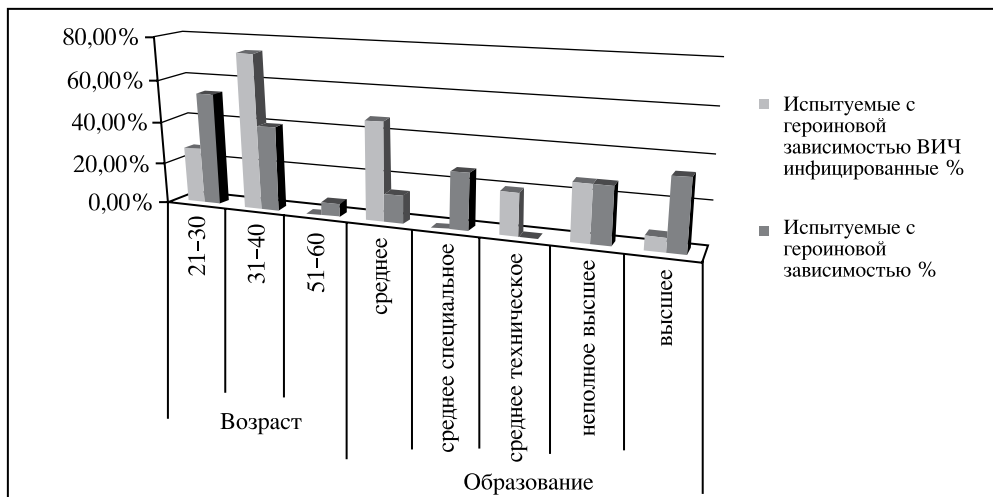


Рис. 2. Социодемографические характеристики больных

При анализе социодемографических характеристик (возраст и образование больных) выявлено, что среди испытуемых экспериментальной группы доминируют люди 31–40 лет со средним техническим и неоконченным высшим образованием (см. диаграмму на рис. 2).

Таким образом, можно заключить, что сочетание героиновой наркомании и ВИЧ-инфекции в большей степени характерно для лиц с большим стажем приема наркотиков и большей степенью нарушения социального функционирования (более низким образовательным уровнем).

При анализе данных, представленных на диаграмме (рис. 3), видно, что трудности регуляции психической деятельности, активного внимания, переключения (фактор динамики психических процессов) и истощаемость характерна для испытуемых обеих групп. Однако у представителей контрольной группы выраженность этих нарушений существенно ниже: так, нарушения регуляции психической деятельности отмечаются лишь у 73,33% испытуемых контрольной группы; лабильность (неустойчивость) активного внимания у экспериментальной группы; на 20% выше аналогично у этой группы на 20% выше трудность переключения. По параметру истощаемости нарушения у 93,33% пациентов из экспериментальной, и у 73,33% – из контрольной группы.

Время выполнения теста «таблица Шульце» в экспериментальной группе выше на 21 сек. (при возрастной норме 45–60 сек. это значимое отличие (см. диаграмму на рис. 4). Более того, если проанализировать индивидуальные результаты, окажется, что большинство испытуемых контрольной группы попадают в рамки условной нормы (30–40%), а в экспериментальной группе доминируют результаты от 60 сек. и выше.

Сравнение результатов исследования памяти показало, что зрительно-предметная память выражено нарушена почти у всех испытуемых экспериментальной группы (80% пациентов), в контрольной группе нарушения такого уровня наблюдаются лишь у 1/3 испытуемых, у остальных эта модаль-

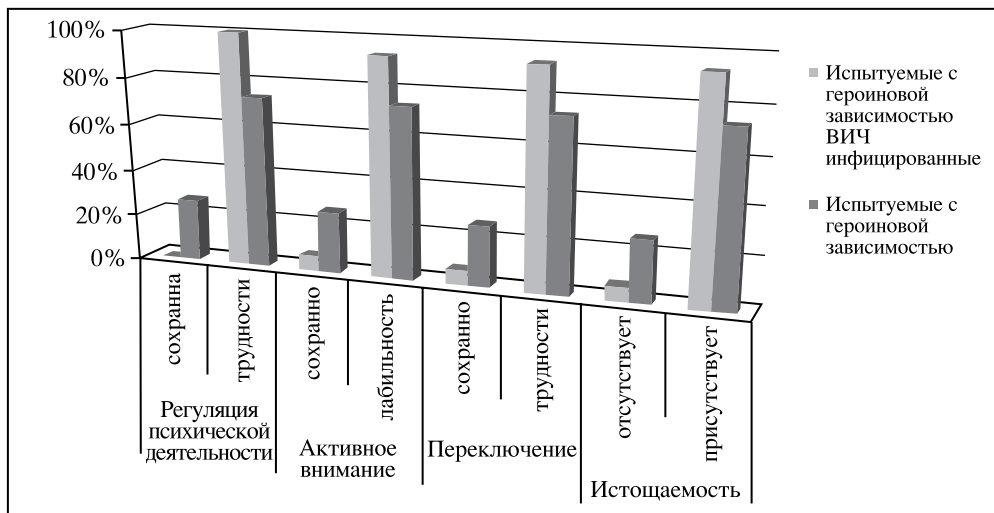


Рис. 3. Нарушение регуляции психической деятельности, активного внимания и переключения, истощаемость

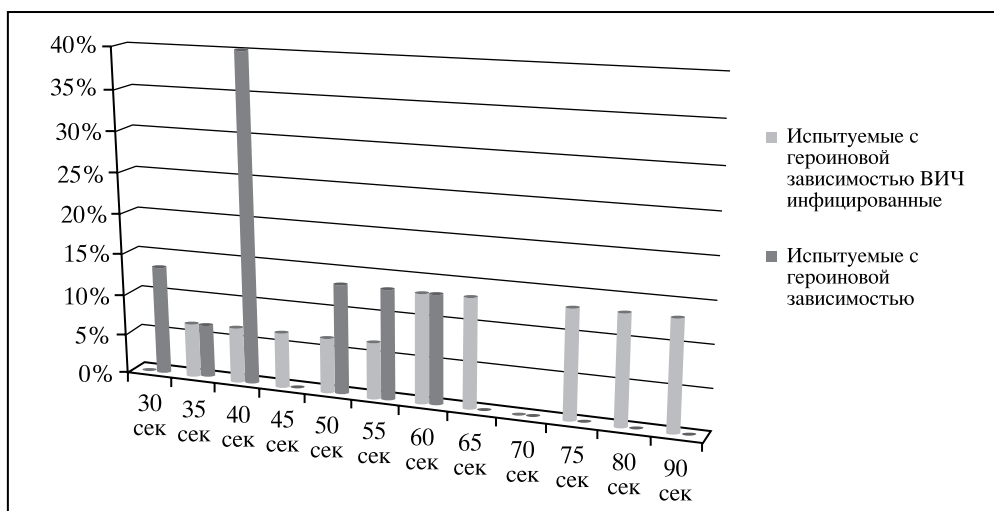


Рис. 4. Выполнение теста «таблица Шульте»

ность памяти сохранна или снижена незначительно (см. диаграмму на рис. 5). При этом в группу с полностью сохранной зрительно-предметной памятью попадает 1/3 испытуемых контрольной и лишь 6,67% – экспериментальной группы. При исследовании слухо-речевой памяти выявлено, что у пациентов из контрольной группы эта модальность памяти полностью сохранна в 20% случаев (в экспериментальной группе – 0%), незначительно снижена у 13,33% испытуемых экспериментальной группы и 33,33% контрольной группы. Значительные нарушения слухо-речевой памяти наблюдаются у 46,67% пациентов из экспериментальной группы и у 26,67% – контрольной группы.

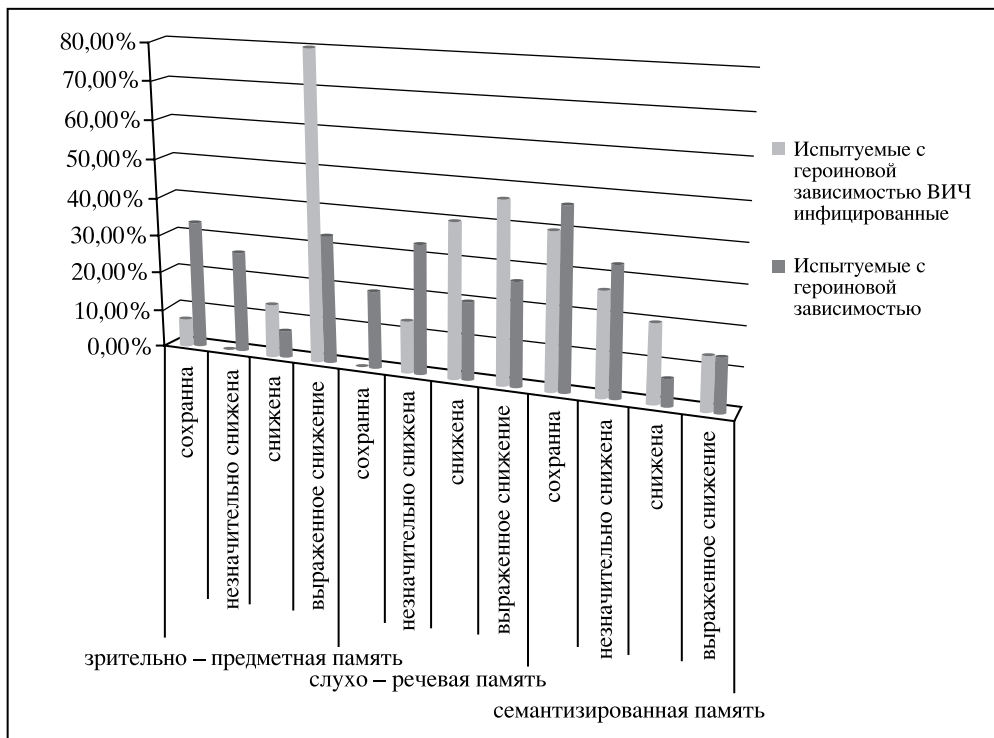


Рис. 5. Результаты исследования памяти

Исследование памяти на семантизированные стимулы (запоминание короткого рассказа) показало, что только у 13,33% испытуемых обеих групп отмечаются выраженные нарушения, а полная сохранность смысловой памяти наблюдается у 40% испытуемых экспериментальной группы и у 46,67% в контрольной группе.

При анализе нарушений мышления (см. диаграмму на рис. 6) обнаруживается, что среди пациентов из экспериментальной группы нет ни одного с полностью сохранным наглядно-образным или вербально-логическим мышлением, а нарушения тяжелой степени отмечаются в 73,33% в первом случае (в контрольной группе – 46,67%), во втором случае – у 73,33% в экспериментальной группе против 60% в контрольной. В контрольной группе отмечены пациенты с полностью сохранным мышлением: наглядно-образным у 6,66% больных и вербально-логическим в 20% случаев.

Анализ речевой деятельности пациентов (см. диаграмму на рис. 7) показывает, что это наиболее сохранная ВПФ и в контрольной, и в экспериментальной группе. Так, номинативная функция речи соответствует норме у испытуемых обеих групп в 100% случаев. Динамическая функция речи (речевая активность и переключаемость) в контрольной группе сохранна у 60% пациентов, а в экспериментальной – снижена в 2/3 случаев. Для обеих групп характерно достаточное владение диалогической функцией речи (сохранна у 60% испытуемых). Аналогично обстоят дела с пониманием логико-грамматических конструкций,

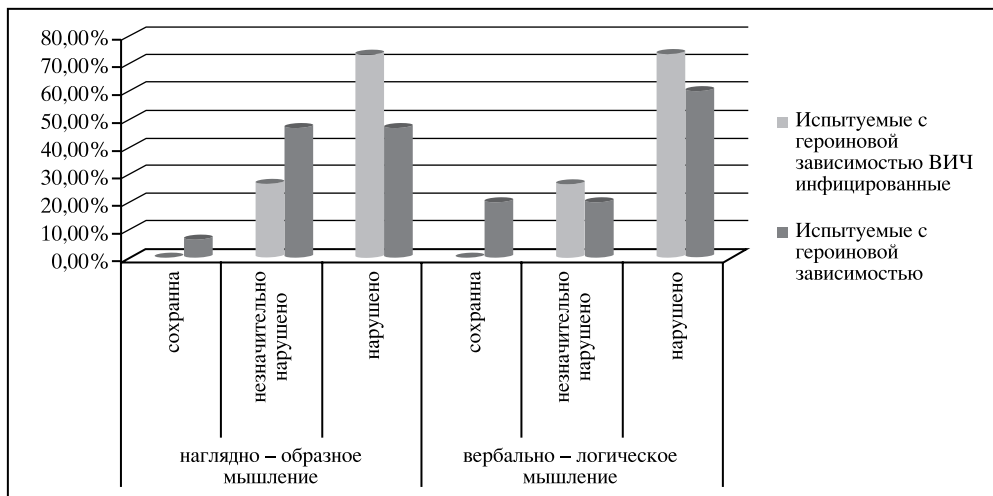


Рис. 6. Нарушение мышления

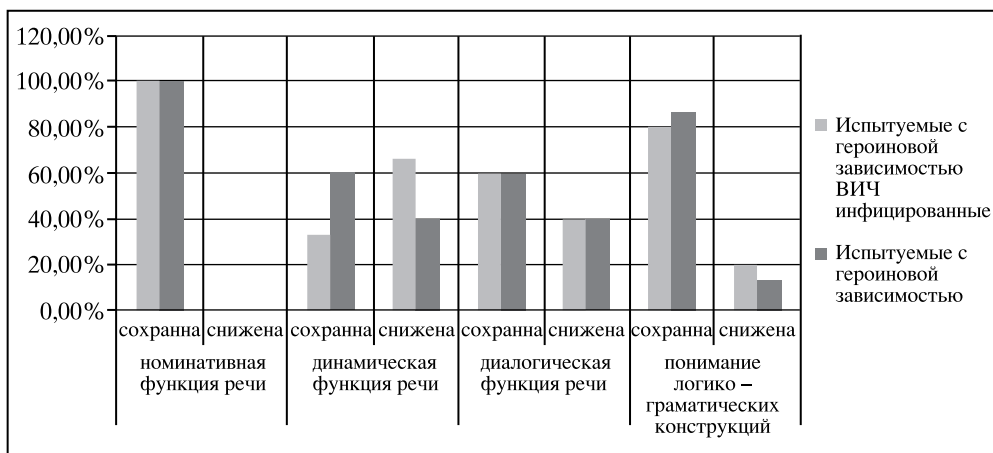


Рис. 7. Речевая деятельность

которое доступно 80,00% больных из экспериментальной и 86,67% – из контрольной группы.

Подводя *итоги исследования*, можно утверждать: для больных героиновой наркоманией, зараженных ВИЧ-инфекцией, характерны выраженные нарушения по всем исследованным познавательным процессам (речь, внимание, саморегуляция деятельности, память, мышление), при этом наименьшие различия с контрольной группой (больные героиновой наркоманией, не зараженные ВИЧ) отмечаются в речи (в обеих группах эта функция относительно сохранна) и наибольшие – по параметрам «механической» памяти, мышления и динамике психических процессов (по показателю времени, затрачиваемого на выполнение заданий). Кроме того, для больных героиновой наркоманией, зараженных ВИЧ, свойственно анозогнозическое отношение к своей

болезни, фразы типа «Все равно умру, так хоть поживу в свое удовольствие!», что резко снижает их реабилитационный потенциал как наркологических пациентов.

В целом можно сказать, что гипотеза о более выраженном дефекте у ВИЧ-инфицированных больных героиновой наркоманией в сравнении с больными героиновой наркоманией, не зараженных ВИЧ, подтвердилась.

Если же говорить *с позиций нейропсихологии*, то когнитивный дефицит при сочетании ВИЧ-инфекции и героиновой зависимости может быть трактован как нарушение функций лобных долей (больше справа) и подкорковых образований, при относительной сохранности функций левой ассоциативной зоны ТРО.

Глава 10

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ: ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Азартная игра – распространенное, социально приемлемое и легальное занятие в большинстве культур мира. Обычно это игра со ставкой на что-нибудь ценное (как правило, деньги) или на возможность появления или результата события который непредсказуем и обуславливается случайностью. Внутренняя суть азартной игры – психическое напряжение (и следующая за ним разрядка) от осознания риска потери некой ценности в сочетании с надеждой выиграть нечто более ценное при угаданном исходе развития событий.

Азартные игры отличаются от неазартных наличием, присутствием здесь везения, случая. Любая азартная игра построена на принципе неопределенности.

Человеку присуще реальное горячее желание испытать сильные ощущения и эмоциональный всплеск – это то, что делает казино успешным в любой культурной среде. Казино как раз и есть то место, где предоставляется легитимная возможность выйти за рамки социального сценария обыденной жизни и испытать спонтанный выплеск сдерживаемых желаний. В связи с этим игра в казино может рассматриваться и как тип постоянно действующего «карнавала».

Зависимость от азартных игр широко распространена в мире и, в частности, в России. В азартные игры вовлекаются люди различного возраста (от подростков до пожилых), достатка, социального статуса, этнической принадлежности и т.д. Это объясняется большим разнообразием азартных игр, рассчитанных на разные категории населения с различным уровнем дохода и интересами. Кроме того, в азартную игру способен играть каждый, поскольку в большинстве азартных игр не требуется особых умений.

С развитием современных коммуникаций, Интернета данная проблема зависимости от азартных игр стала особенно актуальной: казино теперь доступно в каждом доме, где есть компьютер; чтобы играть в азартные игры, не нужно даже вставать с дивана. Такие интернет-казино привлекательны еще и тем, что в них отсутствуют ограничения по возрасту и гарантируется полная анонимность игроков. Вместе с тем широко распространилось участие в некоторых телевизионных лотереях целых семей, когда создаются условия для развития тяги к игре у младшего поколения.

Невозможность усилием воли отказаться от участия в азартных играх, несмотря на очевидные вредные последствия, и потому постепенно всё чаще эта проблема становится причиной обращения за медицинской и психологической помощью.

Патологический азартный игрок – это человек, охваченный страстью, которая постепенно приводит его к личной, социальной и профессиональной дезадаптации.

Несмотря на давнюю историю и широкую распространенность проблемы азартных игр, многое в появлении и развитии такой аддикции у человека остается неизученным и недостаточно освещенным.

У патологических игроков жизнь сосредоточена вокруг игры, их интересы, время и силы связаны с ожиданием, планированием, участием и попытками минимизации потерь, связанных с азартной игрой. Зачастую они уверены, что никакой зависимости у них нет. Среди этого контингента пациентов нередко встречаются больные с алкогольной и наркотической зависимостью или лица с наследственной отягощенностью наркологическими и психическими заболеваниями.

Существуют категории игроков, классифицированные по следующим особенностям:

– по патологическому влечению к определенному виду азартной игры – игроки в рулетку и карты, игроки игровых автоматов, игроки на скачках (ипподром);

– по возрасту вовлечения в азартные игры;

– по полу;

– с сочетанной зависимостью – азартная игра + алкогольная зависимость, азартная игра + наркомания, азартная игра + зависимость от другого вида деятельности (работоголизм, сексомания и др.);

– со специфическими расстройствами личности;

– с наследственной отягощенностью алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями;

– по фактам девиантного, делинквентного поведения;

– по уровню образования;

– по семейному статусу;

– по уровню реабилитационного потенциала [1].

У всех игроков отмечаются в различной степени выраженности нарушения психики, сконцентрированные как в личностной, так и в познавательной сфере. В большинстве случаев болезнь протекает на фоне частичной социальной дезадаптации.

Выделяют три последовательно сменяющиеся стадии развития патологического гемблинга:

- выигрышей;
- проигрышей;
- отчаяния.

Стадия выигрыша характеризуется эпизодической игрой, частыми выигрышами, фантазиями о новой игре, затем – частой игрой и более крупными выигрышами, тенденцией повышать ставки, усилением фантазий об игре на фоне необоснованного оптимизма.

Стадия проигрышей характеризуется интенсивной игрой, чаще в одиночестве, хвастовством выигрышами, фиксацией на игре, крупными проигрышами с желанием отыгратися и невозможностью остановиться, начав играть. Лавинообразно нарастают ложь, скрытность, избегание близких, всё меньше и меньше внимания уделяется семье, работе, друзьям, всё чаще появляются

крупные долги, депрессия, вспышки ярости, импульсивность, безрезультатные попытки бросить играть.

Стадия отчаяния характеризуется потерей профессиональной и личной мотивации, окончательной потерей контроля над игрой, деньгами и временем, игра происходит по максимальным ставкам, игрок совершает криминальные действия для финансирования игры. Наступает окончательная изоляция от семьи и друзей, развод, арест, раскаяние, преследующие чувство вины и стыда. Нарастает ощущение безнадежности, отчаяние, суицидальные мысли, алкоголизация [38].

Международная классификация болезней МКБ–10 [47] описывает игроманию следующим образом: «Это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей».

В соответствии с критериями, приведенными в МКБ–10, диагноз «Патологическая склонность к азартным играм» (код по МКБ–10 – F 63.0) может быть поставлен на основании следующих признаков.

А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период.

Б. Эпизоды участия в игре не приносят выгоды индивидууму, но продолжают, несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум описывает трудноконтролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли.

Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами, с ней связанными [47].

Анализируя общие особенности аддиктивной личности, В.Д. Менделевич [98] раскрывает ее сущность. По его мнению, у человека существует шесть видов голода: голод по сенсорной стимуляции; голод по признанию; голод по контакту и физическому поглаживанию; сексуальный голод; структурный голод, или голод по структурированию времени; голод по инициативе.

У аддиктивной личности каждый вид голода обостряется. Такая личность не находит удовлетворения чувству голода в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Соответственно, основное в поведении аддиктивной личности это стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску эмоциональных запредельных переживаний даже ценой серьезного риска для жизни и, наконец, неспособность быть ответственным за свои поступки.

В работе Ц.П. Короленко и Т.А. Донских [78] выделен ряд признаков, характерных именно для азартных игр как вида аддиктивного поведения:

- 1) постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в игре;
- 2) изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями;

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

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

5) характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление к всё более высокому риску;

6) периодически возникает состояние напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», всё преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре;

7) быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Известно, что лица, решившие раз и навсегда покончить с играми, при малейшей провокации (встреча со старыми партнерами по игре, разговор на эту тему, участие в обычной, неазартной игре и др.), как правило, возобновляют участие в азартных играх.

При формировании игровой зависимости очень быстро (в течение 6–12 месяцев) проявляются признаки негативных личностных, поведенческих, эмоциональных и интеллектуально-мнестических нарушений на фоне различной степени выраженности синдрома игровой зависимости.

Для игроков также достаточно типичны нарушения межличностных отношений, в том числе семейные конфликты, разводы, нарушение трудовой и производственной дисциплины, частая смена работы, совершение прямых нарушений закона.

По данным литературы (О.Ж. Бузик [34]), лица с игровой зависимостью присущи следующие личностные особенности:

– высокая социальная смелость – склонность к риску, расторможенность, аномальный стиль поведения;

– подверженность чувствам – склонность к непостоянству, к влиянию случая и обстоятельств, лишь частичное соблюдение общепринятых норм и запретов в поведении и межличностных контактах;

– экспрессивность – эмоциональная дезориентация мышления, спонтанная вера в удачу;

– напряженность – активная неудовлетворенность стремлений;

– неустойчивость самоконтроля – конфликтность представлений о себе; неадекватность самооценки (независимо от возрастной группы).

Устойчивые ремиссии в основном отмечались у лиц с высоким реабилитационным потенциалом, благополучным преморбидом, зависимостью только от игры (без сопутствующей психической и наркологической патологии), состоящих в браке, имеющих постоянную работу, участвующих в продолжительных лечебно-реабилитационных программах.

Было проведено исследование с целью изучения личностных особенностей патологических игроков.

Методы исследования: тест Томаса А. Такера на выявление игровой зависимости; тест количественного уровня самооценки (по С.А. Будасси); методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана

(в модификации В.В. Бойко); Торонтский тест алекситимии; шкала депрессии А. Бека.

В ходе исследования респонденты были разделены на две группы:

1) экспериментальная группа – зависимые от азартных игр по данным теста Такера: 15 человек, мужчины 25–40 лет, проходившие реабилитацию по программе «Вне игры» в филиале № 7 МНПЦ наркологии;

2) контрольная группа – 15 человек того же возраста и пола без признаков игровой зависимости.

Результаты исследования

По тесту количественного уровня самооценки Будасси у контрольной группы отмечается: заниженная самооценка с наличием значимой отрицательной связи между Я-идеальным и Я-реальным – 1 респондент (7%); заниженная самооценка – 8 (53%); адекватная самооценка – 4 (27%); завышенная самооценка по невротическому типу – 2 респондента (13%).

У экспериментальной группы: заниженная самооценка – 10 респондентов (67%); адекватная самооценка – 4 респондента (27%); завышенная самооценка по невротическому типу – 1 респондент (7%).

Таким образом, значимых различий в показателях самооценки зафиксировано не было.

По тесту социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко) получены следующие результаты. У контрольной группы: умеренный уровень – 1 респондент (7%); неопределенный – 5 (33%); пониженный – 6 (40%); очень низкий – 3 респондента (20%).

У экспериментальной группы: умеренный уровень – 3 респондента (20%); неопределенный – 3 (20%); пониженный – 6 (40%); очень низкий – 3 респондента (20%).

Проведенное исследование выявило несколько большее количество лиц с умеренным уровнем социальной фрустрации среди патологических игроков, однако уровня статистической значимости эти результаты не достигают.

По Торонтской шкале алекситимии у контрольной группы было обнаружено: наличие алекситимии – 3 респондента (20%); группа риска – 7 (47%); отсутствие алекситимии – 5 респондентов (33%).

У экспериментальной группы: наличие алекситимии – 4 респондента (27%); группа риска – 8 (53%); отсутствие алекситимии – 3 респондента (20%).

Соответственно, в группу риска по формированию психосоматических заболеваний и нарушений коммуникации на основе алекситимии с разной степенью выраженности признаков входят 67% испытуемых контрольной группы и 80% – экспериментальной.

Тестирование по шкале депрессии А. Бека показало у контрольной группы: депрессию средней тяжести – 3 респондента (20%); умеренную депрессию – 3 (20%); легкую депрессию – 3 (20%); отсутствие депрессии – 6 респондентов (40%).

У экспериментальной группы шкала А. Бека позволила выявить: тяжелую депрессию – 3 респондента (20%); депрессию средней тяжести – 2 (13%); умеренную депрессию – 3 (20%); легкую депрессию – 5 (34%); отсутствие депрессии – 2 респондента (13%).

Иными словами, уровень депрессии среди лиц с патологическим влечением к азартной игре существенно выше (87% испытуемых с депрессией разной степени выраженности в сравнении с 60% у контрольной группы).

Подведем **итоги** исследования личности у лиц с патологическим влечением к азартной игре.

- Проведенное исследование не выявило принципиальных различий в характеристике личности больного игроманией и здорового человека, живущего в мегаполисе. Различия обнаружены в показателях депрессии и алекситимии.

- Для больного игроманией характерен средний и низкий уровень социальной фрустрированности, заниженный уровень самооценки, депрессия разной степени выраженности и высокий риск формирования психосоматических расстройств и нарушений общения на основе алекситимии.

Учитывая близкие показатели по всем тестам контрольной и экспериментальной групп, можно предположить, что игромания является расстройством смыслового уровня личности.

Нами проведено и исследование познавательных процессов у больных с патологическим влечением к азартной игре, находящихся на стационарном лечении в Московском НПЦ наркологии. Приведем пример такого исследования (диагностика познавательных процессов по процедуре и материалу соответствовала описанному выше).

Больной П., 20 лет, образование – неоконченное высшее. В процессе *беседы* пациент в качестве причины госпитализации указывает: «2 месяца уже не играю, закрепить это дело, если снова откроют [игровой салон], то снова потянет. Что остановило? Проблемы в семье, с друзьями, депрессия. Мама направила, показала путь, а пришел я сам».

При экспериментальном психологическом обследовании отмечается следующая картина психической деятельности пациента и высших психических функций (ВПФ).

Внимание: пробу «таблица Шульте» выполняет со сформированной стратегией поэтапного поиска; быстро (37 сек., возрастная норма). Серийный счет (проба «100-7») – на задание улыбается, «это легко», начинает считать верно, но уже на звене 79–72 сбивается: «73. А, семь отнимать? Тогда 72» – снова продолжает верно, затем сбивается на звене «44–37» («38, нет, не 38; 37»), заканчивает без ошибок. Как видно, ошибки больного носят чисто регуляторный характер, причем они связаны не с нарушениями внимания (внимание сохранно), а с нарушением структуры деятельности.

Психомоторная сфера: проба на динамический праксис (графическая проба «забор») выполняется больным внимательно, замедленно, с отрывами. Копирование куба: выполняет замедленно, сообразуясь с образцом.

Память: зрительно-предметная память (припоминание картинок, отработанных в ходе обследования) – 3 картинки из 5 (выраженное снижение зрительно-предметной памяти). Слухо-речевая память: в пробе «две группы по три слова» (произвольное запоминание с интерференцией) непосредственное воспроизведение в норме, после интерференции групп припоминает два слова из первой группы и одно – из второй (сильно выраженное снижение слухоречевой памяти). Воспроизведение короткого рассказа («Умная ворона»): пересказ опирается в большей степени на смысл, есть упущение некоторых формальных деталей.

Интеллектуальная деятельность: проба на обобщение предметных картинок (называние 4 картинок одним словом) выполнена пациентом быстро, в целом правильно (продукты, техника передвижения, звери, постройки). Можно отметить применение больным нечастотных слов-обозначений.

Проба «4-й лишней» с особенностями – в первой же таблице (пуговица, пряжка, катушка ниток, крючок) пациент сначала спрашивает: «Что это такое?». – «Пуговица». – «А, тогда бляха (пряжка) не ассоциируется с этими вещами, они предметы для одного дела... шить». Вторая таблица (очки, часы, весы, градусник): «Очки – временные понятия, показывают что-либо, уточняют». Третья таблица (кровать, комод, шкаф, этажерка) – больной при первом предъявлении таблицы не узнал шкаф: «Подставка для обуви (этажерка) – это прибор для мебели, а это другая мебель». Четвертая (письмо, радио, балалайка, телефон) – «Смотря с какой стороны смотреть, со стороны звуков лишнее письмо, со стороны действия лишняя балалайка – доносят информацию». Видно, что больной испытывает не только трудности вербализации (во многих случаях), но и периодически затрудняется выделить существенный признак.

Проба на составление рассказа по серии сюжетных картинок («Умная рыбка»): «Рыбак хочет поймать рыбку, но мама поступила по-хитрому, сняла аккуратненько червячка с крючочка, и накормила своих детей, и рыбак остался ни с чем». Рассказ соответствует картинкам по содержанию и речевому оформлению.

Вербально-логическое мышление (выделение смысла короткого рассказа – «Умная ворона»): после прочтения вслух смысл рассказа не понял: «В следующий раз буду запоминать тогда» (перечитывает про себя). «Не знаю, чему может научить! Хотела попить и добилась своей цели». Возникает впечатление, что больной отстранен от задания, у него нарушено не столько операциональное звено мышления, сколько мотивационный компонент.

Речь: номинативная функция речи (по пробе с недорисованными предметами) – отмечаются парагнозии и симптомы агнозии (весы – измеритель веса, нож – лопатка с детьми играть, лейка – непонятно, ключ – непонятно); диалогическая функция речи (способность к развернутым ответам на поставленные вопросы) в целом в норме, хотя больной склонен к речевой пассивности; чтение замедленное, антиципирующее. Понимание логико-грамматических конструкций: при подстановке слов в предложения допускает ряд ошибок – не сразу понимает, куда подставлять слово, подставляет не вполне адекватные слова, следующие из поля восприятия («За столом сидит... психолог... и пишет... на листке» – нечастотный ответ, встреченный нами первый раз за практику). Квази-пространственные операции с предлогами «над», «под», «за», «перед» – единичные ошибки с самокоррекцией.

Таким образом, в общей картине психической деятельности данного пациента, в целом характерной для пациентов-гемблеров, можно выделить следующие группы симптомов:

- нарушение регуляции собственной деятельности – при сохранном внимании, у больного грубо нарушено понимание сложных инструкций, организация деятельности;
- снижение зрительно-предметной и слухо-речевой памяти;
- нарушение как операционального, так и регулятивного компонентов (и наглядно-образной, и вербально-логической форм) мышления.

В качестве **общего вывода** можно выдвинуть ряд положений.

1. У пациентов с игровой зависимостью в большей мере страдает познавательный компонент психической деятельности – сочетанно нарушаются регуляция мышления (критичность и мотивация, «привязанные» к префронтальным отделам коры мозга) и интеллектуальные операции (в частности, выделение существенного признака).

2. В личности пациента, зависимого от игры, доминируют депрессивный фон и алекситимические черты – непонимание собственных эмоций и желаний при общем сниженном фоне настроения. Это позволяет говорить о сложном дефекте, включающем дисфункции постцентральных (зона ТРО и базальные ганглии височной доли) отделов левого полушария мозга и передних отделов правого. Следовательно, психокоррекционная работа с этими больными должна в первую очередь строиться на реконструкции мотивации, воссоздании критики к своим действиям и лишь потом – на реабилитации познавательных процессов.

Глава 11

ЗАВИСИМЫЕ ОТ ИНТЕРНЕТА: ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Менее чем за полтора десятилетия Интернет стал революционным средством общения и обмена информацией. Скорость изменения и появления новых способов использования Интернета за это время столь возросла, что исследователям до сих пор сложно объяснить различные положительные и отрицательные стороны его использования, которые привлекают внимание в последнее десятилетие, как научной общественности, так и общества в целом. Одна из таких негативных сторон – интернет-зависимость. В данной работе акцент сделан на Интернете как явлении, а не на конкретном содержании, которое становится доступным благодаря Сети. Изучение возможности людей быть зависимыми от общего использования Интернета проводилось в ряде исследований, например работах Каплана [164], Дэйвиса [167], Янг [205] и др.

Было проведено исследование с целью изучения особенностей личности лиц, зависимых от Интернета.

Зависимость в медицинском смысле определяется как навязчивая потребность в использовании привычных стимулов, сопровождающаяся ростом толерантности и выраженными физиологическими и психологическими симптомами [161]. В психиатрии принято разделять зависимость от психоактивного вещества и патологическое влечение к некоторой деятельности (например, азартной игре) главным образом по принципу обнаружения какого-либо органического субстрата. В случае химических зависимостей дело обстоит достаточно просто: в ЦНС были обнаружены специфические рецепторы к подавляющему большинству распространенных психоактивных веществ, что позволяет говорить об органической природе данной патологии. Однако от внимания составителей классификаций по тем или иным причинам ускользает тот факт, что психологическая зависимость к препарату практически всегда формируется намного раньше, нежели зависимость физическая (органическая). Ярким примером такого рода может послужить кокаиновая зависимость, приводящая к встраиванию наркотика в метаболизм на сравнительно позднем этапе развития психического расстройства, начинающегося с психологической зависимости.

Ряд исследователей говорят, что зависимость не обязательно должна подразумевать химические или иные опьяняющие вещества. Например, термин «зависимость» часто применялся к целому ряду типов эксцессивного поведения, таких как, например, игромания, компьютерные игры, расстройства

пищевого поведения, физические упражнения. Разумеется, такое поведение зачастую не включает в себя химические интоксиканты или вещества, но некоторые исследователи указали, что отдельные базовые индикаторы поведенческой зависимости очень схожи с зависимостью от химических веществ – такие как потеря контроля, толерантность, абстиненция и негативные жизненные последствия. Также было выдвинуто предположение, что люди проявляют аддиктивное поведение по схожим причинам, таким как уход от тревоги, скуки или депрессии [184].

На сегодня предполагается, что 5–10% пользователей Интернета страдают от той или иной формы интернет-зависимости в ущерб работе, учебе и личной жизни [206]. Среди всех возможных причин появления зависимости Интернет выделяется из-за его возрастающей значимости и растущей доступности. В общих чертах зависимость можно определить как «компульсивное неконтролируемое пристрастие к субстанции, привычке или деятельности до такой степени, что прекращение вызывает серьезные эмоциональные, психические или физиологические реакции» [177]. В рамках данного исследования можно принять определение Интернет-зависимости, которое было предложено Бердом: «Человек может считаться зависимым, когда его психологическое состояние, включающее и умственное и эмоциональное состояние, а также его взаимодействия на учебе, работе или в личной жизни ухудшаются из-за чрезмерного использования Интернета» [161].

Кимберли Янг приводит 5 симптомов интернет-зависимости:

- навязчивое желание проверить электронную почту;
- постоянное ожидание следующего выхода в Интернет;
- пристрастие к работе (играм, программированию или другим видам деятельности) и непреодолимая тяга к поиску информации в сети;
- жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернете;
- жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет [205].

Другие ученые [162] дополнили этот список: 1) сокращение времени на прием пищи на работе и дома, еда перед монитором; 2) вход в Интернет в процессе не связанной с ним работы; 3) потеря ощущения времени в сети; 4) коммуникация с людьми через Интернет более частая, чем при личной встрече; 5) постоянное предвкушение очередной интернет-сессии или воспоминания о предыдущей сессии; 6) игнорирование семейных и рабочих обязанностей, общественной жизни, научной деятельности или состояния своего здоровья в связи с углубленностью в Интернет; 7) невозможность сократить время пребывания в Интернете; 8) пропуск еды, учебных занятий, встреч или ограничение в сне ради возможности быть в Интернете; 9) вход в Интернет с целью уйти от проблем или заглушить чувства беспомощности, вины, тревоги или подавленности; 10) появление усталости, раздражительности, снижение настроения при прекращении пребывания в сети и непреодолимое желание вернуться за компьютер; 11) «тайное» вхождение в Интернет в момент отсутствия супруга или других членов семьи, сопровождающееся чувством облегчения или вины; 12) отрицание наличия зависимости [173].

Эмпирическое исследование по проблеме проводилось на базе компании, которая занимается разработкой и издательством интернет-игр в социальных

сетях и на мобильных платформах, а также независимых браузерных продуктов. Сотрудники компании проводят большую часть своей профессиональной и досуговой деятельности в Интернете, поэтому именно они были выбраны в качестве испытуемых. Исследование проводилось 6 недель в период с 9 февраля по 19 апреля 2011 г. В течение этого времени было обследовано 30 испытуемых от 20 до 30 лет (15 мужчин и 15 женщин). Средний возраст испытуемых составил 25 ± 5 лет. Выборка производилась среди пользователей Интернета, которые находятся в сети в среднем от 6 часов в день. Все испытуемые имеют практически круглосуточный доступ в Интернет и проводят в нем значительное число времени, по рабочим и/или личным причинам.

При проведении эмпирического исследования были использованы следующие **методики**: опросник «Восприятие Интернета» Е.А. Щепиловой, включающий шкалы, сгруппированные по «факторам зависимости», «особенностям восприятия Интернета» и «последствиям зависимости»; опросник «Решение трудных ситуаций» (РТС), нацеленный на выделение 11 копинг-стратегий; Торонтская шкала алекситимии; методика Г. Айзенка «Типовое психическое состояние», позволяющий выделить уровень фрустрации, агрессии, тревожности и ригидности испытуемого.

Результаты исследования

При создании опросника Е.А. Щепиловой предполагалось, что у интернет-зависимых должны быть высокие показатели по всем трем группам шкал: факторы зависимости, особенности восприятия Интернета и последствия зависимости. Исследования, проведенные с помощью этой методики, а также опросника РТС, методики Айзенка «Типовое психическое состояние» и Торонтской шкалы алекситимии, показали корреляцию между некоторыми шкалами этих опросников. В результате проведения анализа параметров всех шкал методом корреляции Пирсона, подтверждается сильная взаимосвязь между шкалами интернет-зависимости и шкалами других опросников.

Самый высокий коэффициент корреляции среди подшкал «факторы зависимости» был обнаружен между шкалой потребности в сенсорной стимуляции из опросника «Восприятие интернета» и показателем «уход» в РТС ($r = 0,859$, при $p = 0,0005$), что согласуется с результатами других исследований. Схожие высокие показатели корреляции со шкалой «уход» обнаружили и другие подшкалы «факторы зависимости»: «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,793$ при $p = 0,0005$) и «нецеленаправленность поведения» ($r = 0,807$ при $p = 0,0005$).

Шкалы фактора «особенности восприятия интернета» также показали высокую корреляцию со шкалой «уход» – от максимального значения коэффициента корреляции «изменения состояния сознания» ($r = 0,867$ при $p = 0,0005$), до «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = 0,851$ при $p = 0,0005$) и шкалы «общение в Интернете» ($r = 0,816$ при $p = 0,0005$). Наименьший показатель корреляции в факторе особенностей восприятия интернета – «мотивация использования Интернета», который равен $r = 0,608$ при $p = 0,001$.

Что касается шкал «последствия интернет-зависимости», высокие показатели корреляции со шкалой «уход» показали подшкалы «стремление перенести

нормы виртуального мира в реальный» ($r = 0,823$ при $p = 0,0005$), другие показатели – «одушевленности Интернета» ($r = 0,688$ при $p = 0,0005$) и «восприятия Интернета как проективной реальности» ($r = 0,698$ при $p = 0,0005$) значительно ниже, но все-таки могут считаться достаточно тесно связанными с уходом от решения трудной ситуации.

Эти показатели подтверждаются данными многих исследований [184], которые говорят о склонности уходить от решения трудной ситуации в Интернет, прекращать какую-либо деятельность в этом направлении, терять интерес к решению проблем. Как и при обычном уходе от трудных ситуаций, Интернет здесь служит способом ухода, отключения от реального мира и, соответственно, полного удаления проблемы на второй план.

Другой показатель из методики РТС, который обнаружил достаточно высокую, но уже обратную корреляцию с субшкалами «интернет-зависимость», это показатель «возрастание усилий к достижению целей», трактуемый часто как аналог защитного механизма «реактивные образования», свойственного маниакальным личностям. Нужно отметить, что корреляция обратная, т.е. высокие баллы по этой шкале указывают на реальное возрастание усилий при достижении цели. Как показывают исследования, этот показатель падает при более высоких показателях интернет-зависимости у испытуемых.

В шкале «факторы зависимости» наибольшую корреляцию с показателем «возрастание усилий к достижению целей» составляет подшкала «потребность в сенсорной стимуляции» ($r = -0,718$ при $p = 0,0005$). Другие подшкалы показывают чуть меньший, но всё же заметный результат, – как «принадлежность к субкультуре» ($r = -0,698$ при $p = 0,0005$), так и «нецеленаправленность поведения» ($r = -0,698$ при $p = 0,0005$).

Шкала «особенности восприятия Интернета» также показывает значение обратной корреляция к показателям «возрастание усилий к достижению целей» выше среднего. Так, показатель субшкалы «мотивация использования Интернета» ($r = -0,635$ при $p = 0,0005$) оказался наименьшим показателем среди этих корреляций, в то время как другие – «изменение состояния сознания в результате использования Интернета» ($r = -0,747$ при $p = 0,0005$), «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = -0,790$ при $p = 0,0005$) и показатель подшкалы «общение» ($r = -0,730$ при $p = 0,0005$)

Практически все субшкалы шкалы «последствия зависимости» также показывают результаты выше среднего, кроме школы «пространство в Интернете». Субшкала «восприятие Интернета как проективной реальности» ($r = -0,783$ при $p = 0,0005$) показывает один из наиболее высоких результатов среди всех субшкал зависимости, в то время как шкала «одушевленность Интернета» ($r = -0,625$ при $p = 0,0005$) и «стремление перенести нормы виртуального мира в реальный» ($r = -0,692$ при $p = 0,0005$) показывают относительно средние результаты.

Возрастание усилий к достижению цели – склонность при возникновении проблемы затрачивать большие усилия, настойчивость и терпение, чтобы всё же добиться своей цели; стремление довести дело до конца, не обращая внимания на препятствия или прежние неудачи. Поэтому логично предположить, что наряду с такой реакцией на сложные ситуации, как «уход», ослабление

усилий, когда дело не поддается сразу, а то и вовсе забрасывание этого дела весьма характерно для интернет-зависимого человека.

Еще один показатель из методики РТС, который обнаружил достаточно высокую обратную корреляцию с субшкалами интернет-зависимости, это «аутоагрессия». Высокий показатель аутоагрессии, или агрессии к себе, также отмечался в медицинской литературе как коррелирующий с интернет-зависимостью, что и подтвердили результаты наши исследований.

Показатели шкалы «факторы зависимости», все показатели коэффициентов корреляции со шкалой «аутоагрессия» свидетельствуют тесной взаимосвязи между этими шкалами. Наибольший коэффициент наблюдается по субшкале «потребность в сенсорной стимуляции» ($r = 0,793$ при $p = 0,0005$). Также высокие показатели имеют субшкала «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,650$ при $p = 0,0005$) и субшкала «нецеленаправленность поведения» ($r = 0,741$ при $p = 0,0005$).

Субшкала «мотивация использования Интернета» шкалы «особенности восприятия Интернета» отличается низким показателем ($r = 0,569$ при $p = 0,0005$), и несмотря на то что эту корреляцию можно включить в исследование как валидную, другие показатели шкалы «особенности восприятия Интернета» намного выше. Субшкала «изменение состояния сознания в результате использования Интернета» ($r = 0,756$ при $p = 0,0005$) имеет здесь наивысший показатель корреляции, в то время как субшкала «общение» ($r = 0,686$ при $p = 0,0005$) – значительно ниже, как, впрочем, и субшкала «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = 0,746$ при $p = 0,0005$).

В показателях шкалы «последствия интернет-зависимости» коэффициенты корреляции со шкалой «аутоагрессия» схожи с предыдущими: субшкала «восприятие Интернета как проективной реальности» ($r = 0,765$ при $p = 0,0005$) и субшкала «одушевленность Интернета» ($r = 0,790$ при $p = 0,0005$) имеют наибольший показатель, а субшкала «стремление перенести нормы виртуального мира в реальный» ($r = 0,648$ при $p = 0,0005$) – наименьший, хотя и достаточно высокий.

Аутоагрессия, или агрессия к себе, – склонность обращать свой гнев и отчаяние против самого себя, причинять себе боль, заставлять себя делать что-нибудь особенно неприятное в наказание за неудачи. Это особенность служит является одним из признаков депрессивной личности, и интернет-зависимость часто коррелирует с такими людьми.

Показатель с высокой корреляцией из реакции на трудные ситуации (РТС) – «интрапунитивное восприятие ситуации» схож с показателями аутоагрессии и имеет общие точки корреляции со шкалами интернет-зависимости. Сама шкала «интрапунитивного восприятия ситуации» также сильно коррелирует со шкалой «аутоагрессия», что подтверждает полученные данные.

Шкала «факторы зависимости», как и шкала «аутоагрессия», имеет достаточно высокие коэффициенты корреляции со шкалой «интрапунитивное восприятие ситуации». Субшкала «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,611$ при $p = 0,0005$) и субшкала «нецеленаправленность поведения» ($r = 0,622$ при $p = 0,0005$) показали не самые высокие коэффициенты корреляции, зато у субшкалы «потребность в сенсорной стимуляции» ($r = 0,758$ при $p = 0,0005$) – наиболее сильная взаимосвязь с «интрапунитивным восприятием ситуации»

из всех других шкал, касающихся методики на выявление интернет-зависимости.

Субшкала «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = 0,725$ при $p = 0,0005$) шкалы «особенности восприятия Интернета» наивысший коэффициент корреляции со шкалой «интрапунитивное восприятие ситуации». Следом за ней идет субшкала «изменение состояния сознания в результате использования Интернета» ($r = 0,751$ при $p = 0,0005$). Субшкала «общение» ($r = 0,698$ при $p = 0,0005$) имеет коэффициент корреляции немногим ниже. Наименьший показатель у субшкалы «мотивация использования Интернета» ($r = 0,689$ при $p = 0,0005$), который, впрочем, не сильно отличается как от других субшкал этой шкалы, так и от соответствующего показателя «аутоагрессия».

«Последствия зависимости» продемонстрировали самые слабые показатели корреляции: субшкала «восприятие Интернета как проективной реальности» ($r = 0,662$ при $p = 0,0005$), субшкала «одушевленность Интернета» ($r = 0,649$ при $p = 0,0005$) и субшкала «стремление перенести нормы виртуального мира в реальный» ($r = 0,654$ при $p = 0,0005$) схожи по показателям между собой и все, кроме последнего, ниже, чем показатели корреляции «аутоагрессия» с соответствующими субшкалами.

Интрапунитивное восприятие ситуации – это склонность обвинять самого себя в случившихся неудачах или неприятностях, объяснять проблемы своими недостатками (неумением, незнанием, ленью и т. д.). Как и в случае аутоагрессии, человек с таким способом восприятия склонен к депрессивному состоянию, что не может положительно сказываться на его подверженности интернет-зависимости.

Методика Айзенка «Типовое психическое состояние» показала высокую корреляцию между шкалами «тревожность», «фрустрация» и «ригидность» и шкалами, относящимися к интернет-зависимости по методике Щепиловой. Шкала «агрессия» показала крайне низкие значения корреляции, самым большим из них оказалась корреляция с субшкалой «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,404$ при $p = 0,0005$), что нельзя признать статистически значимым показателем.

Шкала «тревожность» имеет особо сильную корреляцию как со шкалами «факторы зависимости», так и со шкалами «особенности восприятия интернета». В случае со шкалами «факторы зависимости» шкала «тревожность» продемонстрировала чрезвычайно высокие показатели. По субшкале «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,828$ при $p = 0,0005$) испытуемые набрали наивысший коэффициент корреляции. В субшкалах «нецеленаправленность поведения» ($r = 0,758$ при $p = 0,0005$) и «потребность в сенсорной стимуляции» ($r = 0,759$ при $p = 0,0005$) были найдены почти такие же высокие показатели корреляции.

Корреляция между шкалой «тревожность» и субшкалами «особенности восприятия Интернета» почти столь же высока: субшкала «изменение состояния сознания в результате использования Интернета» ($r = 0,809$ при $p = 0,0005$) имеет очень высокий коэффициент корреляции, как и субшкала «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = 0,786$ при $p = 0,0005$). Очень высокий показатель был найден и у субшкалы «общение» ($r = 0,805$ при $p = 0,0005$).

В шкалах «последствия зависимости» испытуемые показали меньшую степень корреляции, чем в других. Тем не менее значения корреляции со шкалой «тревожность», найденные в этих шкалах, «восприятие Интернета как проективной реальности» ($r = 0,671$ при $p = 0,0005$), субшкала «одушевленность Интернета» ($r = 0,659$ при $p = 0,0005$) и субшкала «стремление перенести нормы виртуального мира в реальный» ($r = 0,735$ при $p = 0,0005$) оказались статистически значимыми результатами для данного исследования.

Эти результаты подтверждаются многими исследованиями, в частности К. Янг [8; 9], которая писала: «Интернет-зависимые часто страдают от эмоциональных проблем, таких как депрессия или нарушения, связанные с тревожностью, и часто используют фантастический мир Интернета, чтобы психологически уйти от неприятных ощущений или стрессовых ситуаций». Данные выводы подтверждаются не только данными по шкале «тревожность», но и данными по шкале «уход» из методики «Решение трудных ситуаций».

Шкала «фрустрация» продемонстрировала более слабую корреляцию со шкалами интернет-зависимости, но тем не менее испытуемые обнаружили достаточно высокие показатели, дабы считать их статистически значимыми. На шкалах «факторы зависимости», которые включают в себя субшкалу «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,692$ при $p = 0,0005$), субшкалу «нецеленаправленность поведения» ($r = 0,698$ при $p = 0,0005$) и субшкалу «потребность в сенсорной стимуляции» ($r = 0,764$, при $p = 0,0005$), испытуемые показали результаты с достаточно высоким коэффициентом корреляции.

Шкала «особенности восприятия Интернета» в корреляции со шкалой «фрустрации» включает в себя субшкалу «мотивация использования Интернета» ($r = 0,619$ при $p = 0,0005$), субшкалу «изменение состояния сознания в результате использования Интернета» ($r = 0,751$ при $p = 0,0005$), субшкалу «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = 0,739$ при $p = 0,0005$), «общение» ($r = 0,766$ при $p = 0,0005$).

В шкалах «последствия зависимости» была выявлена корреляция со шкалой «фрустрации», но полученные данные оказались были невысокими. Субшкала «восприятие Интернета как проективной реальности» ($r = 0,601$ при $p = 0,0005$) и «стремление перенести нормы виртуального мира в реальный» ($r = 0,702$ при $p = 0,0005$) вошли как значимые для данного исследования, но субшкала «одушевленность Интернета» ($r = 0,590$ при $p = 0,0005$) показала уже почти незаметную корреляцию.

Последний показатель с высокой корреляцией со шкалами интернет-зависимости – это шкала «ригидность», что также достаточно ожидаемо. Ригидность как неготовность к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями хорошо подходит под описание интернет-зависимого человека.

По шкалам «факторы зависимости» высокий коэффициент корреляции со шкалой «ригидность» у испытуемых получился в субшкале «принадлежность к субкультуре» ($r = 0,751$ при $p = 0,0005$). Несколько меньший результат – в субшкалах «нецеленаправленность поведения» ($r = 0,632$ при $p = 0,0005$) и «потребность в сенсорной стимуляции» ($r = 0,639$ при $p = 0,0005$).

Такой же уровень корреляции со шкалой «ригидность» и в шкалах «особенности восприятия Интернета». Корреляция с субшкалой «мотива-

ция использования Интернета» несколько ниже ожидаемого ($r = 0,522$ при $p = 0,0005$), но субшкалы «изменение состояния сознания в результате использования Интернета» ($r = 0,706$ при $p = 0,0005$), «восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью» ($r = 0,669$ при $p = 0,0005$) и «общение» ($r = 0,665$ при $p = 0,0005$) показывают достаточно высокий уровень корреляции.

Наиболее низкий результат по показателям корреляции со шкалой «ригидность» – у шкал «последствия интернет-зависимости». Субшкала «восприятие Интернета как проективной реальности» ($r = 0,585$ при $p = 0,0005$) и субшкала «одушевленность Интернета» ($r = 0,559$ при $p = 0,0005$) имеют низкий показатель корреляции, хотя могут считаться статистически значимыми для исследования. Коэффициент «стремление перенести нормы виртуального мира в реальный» ($r = 0,618$ при $p = 0,0005$) достаточно высок, чтобы указывать на корреляцию этой шкалы с шкалой «ригидность» из методики Айзенка.

Корреляции шкал зависимостей со шкалой алекситимии не обнаружено.

В заключение можно сделать следующие **выводы**.

- Выявлено, что самые тесные взаимосвязи наблюдаются между факторами зависимости от Интернет и типом реагирования на трудную ситуацию «уход» (положительная корреляция на уровне $0,6-0,86$) и стилем реагирования «возрастание усилий к достижению цели» (отрицательная корреляция на уровне $-0,7$).

- Установлено, что аутоагрессия и интрапунитивное восприятие ситуации как стили неадекватного, саморазрушающего реагирования на критическую ситуацию, тесно связаны как с факторами зависимости, так и с изменениями восприятия и сознания в ходе интернет-коммуникации (положительные корреляции на уровне $0,6-0,8$).

- Установлено, что интернет-зависимость связана с высоким уровне тревожности и фрустрации, что в сочетании с низкой готовностью зависимых личностей к смене ситуации активности приводит к субдепрессивному фону настроения и фиксации зависимости.

- Не выявлено корреляций между факторами зависимости и алекситимией; таким образом, нельзя однозначно говорить о трудностях в реальной эмоционально-насыщенной коммуникации как факторе риска интернет-зависимости.

АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА

В последние годы потребление нелегальных наркотиков обычно начинается раньше, чем это было в 1980-х гг., наиболее часто у подростков – в промежутке между 13 и 17 годами. Многочисленные исследования показали, что лишь небольшое число людей пробуют наркотики после достижения 20 лет [123]. В 1992 г. в Великобритании пробовали какие-либо наркотики 21% опрошенных 15 лет. При этом количество подростков, пробующих наркотики, остается стабильным уже на протяжении более 20 лет. В обзоре, опубликованном голландским Институтом проблем алкоголизма и наркомании в 1993 г., отмечалось, что потребление наркотиков среди голландских школьников от 12 до 18 лет возросло с 1984 по 1992 г. почти на 200%. Остро стоит вопрос с распространением наркотиков в скандинавских странах, особенно в Норвегии.

С конца 50-х – начала 60-х гг. XX в. в большинстве развитых стран мира особую актуальность приобрела проблема девиантного поведения подростков. В этот же период возрастает употребление несовершеннолетними алкогольных напитков. Повышенный риск развития алкоголизма у лиц подросткового возраста, а также тяжёлые медицинские и социальные последствия вызвали необходимость глубокого изучения этой проблемы [85]. Алкоголизацию подростковой популяции большинство исследователей рассматривает как существенный индикатор психического здоровья нации.

К ранней алкоголизации относят знакомство с опьяняющими дозами алкоголя подростков до 16 лет. Появление первых признаков болезни до 18 лет свидетельствует о формировании подросткового алкоголизма.

О высоком уровне злоупотребления алкоголем среди несовершеннолетних в России свидетельствует целый ряд научных работ. В результате исследований было выявлено, что только 15,2% подростков от 14 до 18 лет ни разу в жизни не пробовали спиртные напитки; 45,9% – употребляли алкоголь 1–3 раза в месяц, а 15% всех учащихся – несколько раз в неделю [49].

Многие подростки рассматривают вино как обязательный атрибут культуры развлечений. Важность проблемы подросткового алкоголизма трудно переоценить, поскольку алкоголь вызывает быструю утрату психического и физического здоровья, десоциализацию личности.

Алкоголь в обществе выполняет ряд функций: ритуальную, коммуникативную, рекреативную, адаптивно-конформную, демонстративную, компенсаторную, вытесняющую, релаксирующую, эйфорическую.

Фактически алкоголь вошел в нашу жизнь, став элементом социальных ритуалов, обязательным условием официальных церемоний, праздников, некоторых способов времяпрепровождения, решения личных проблем. Вместе с тем снижение культуры и отход от ритуальных форм потребления алкоголя, увеличение доз и снижение возраста начала потребления алкоголя приводят к различного рода нарушениям физического, психического и социального функционирования личности.

Среди нарушений, вызванных злоупотреблением алкоголя, принято разделять пьянство как преимущественно нарушение социального функционирования и алкоголизм как клиническую форму нарушений.

Приобщение детей и молодежи к употреблению алкоголя обусловлено многообразием жизненных обстоятельств, внешних и внутренних по отношению к личности факторов, что существенно затрудняет определение содержания работы по профилактике употребления алкогольных напитков среди несовершеннолетней молодежи.

В общефилософском аспекте профилактика – это предупреждение возникновения процесса, явления или действия.

Профилактика употребления (психоактивных веществ), в том числе алкоголя, – это предупреждение распространения различных видов зависимостей и формирования мотивации к употреблению ПАВ в детской и молодежной среде.

В работах специалистов в области зависимостей профилактика понимается обычно как комплекс государственных, социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предупреждение злоупотребления ПАВ, формирования самодостаточности, самоактуализации и твердости в сопротивлении негативному давлению окружающих.

В зарубежной и отечественной науке известно большое многообразие профилактических программ, в содержательном смысле принципиально отличающихся друг от друга. Профилактические мероприятия можно разделить на две большие группы: *общегосударственные*, представленные в основном системой запретов и ограничений рекламы алкоголя, а также *непосредственную работу с населением*.

Работа по профилактике приема ПАВ может быть разделена на три основных вида: первичную профилактику лиц группы риска, не принимавшими ПАВ; вторичную с лицами, принимавшими ПАВ несистематически; третичную с лицами, систематически принимавшими ПАВ. Цели у всех типов профилактики достаточно схожи – не допустить приема психоактивных веществ после проведения профилактических мероприятий.

В.М. Ялтонский и Н.А. Сирота обобщая мировой опыт профилактики наркотизации, выделяют шесть основных подходов [124; 125]: информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий (обучение противостоянию давлению), формирование жизненных навыков, обучение альтернативной наркотикам деятельности, укрепление здоровья.

1. Первый подход основан на информировании детей и молодежи о вреде употребления психоактивных веществ.

Суть подхода к определению содержания профилактики употребления психоактивных веществ заключается в том, что увеличение объема знаний и информированности детей и молодежи об употреблении ПАВ и его послед-

ствиях будет эффективным фактором регулирования их поведения. Иначе говоря, влияние этого подхода распространяется прежде всего на когнитивную сферу, сферу принятия решений, обуславливающих то или иное поведение представителей детской и молодежной среды.

Профилактические программы, основанные на данном подходе, обладают эффектом повышения уровня знаний обучающихся, но могут дать лишь толчок к уменьшению потребления психоактивных веществ. Среди них большинство не включает в себя задач, направленных на реальное изменение поведения, они недостаточно интенсивны и весьма краткосрочны.

2. Второй подход основан на аффективном (эмоциональном) обучении.

Суть этого подхода заключается в том, что профилактика употребления алкоголя и других психоактивных веществ должна быть направлена прежде всего на формирование навыков распознавания своих ощущений и переживаний и управление ими.

Данный подход, как и некоторые перечисленные далее, не может быть признан основополагающим для определения содержания профилактических программ, реализуемых в условиях образовательных учреждений, поскольку он узкоориентирован лишь на личностный уровень профилактики, игнорирует и не учитывает социальные факторы риска приобщения к психоактивным веществам.

3. Третий подход основан на формировании навыков противостояния социальному давлению.

Подход этот исходит из того, что содержание профилактики употребления психоактивных веществ детьми и молодежью должно быть направлено на формирование у них определенных умений и навыков в ситуациях приобщения.

Данный подход, как уже указывалось выше, не может выступать в качестве единственного основания для определения содержания профилактических мероприятий в силу своей узкой направленности.

4. Четвертый подход основан на развитии личностных и социальных навыков детей и молодежи.

Данный подход очень близок по своей сути предыдущему, однако более широко трактует содержание профилактики, так как преследует цель формирования не только навыков противостояния социальному давлению, но и других личностных и социальных навыков, определяющих успешность человека и предотвращающих или «отодвигающих» начало употребления тех или иных психоактивных веществ.

5. Пятый подход – предоставление альтернатив.

Основная идея пятого подхода заключается в том, что специально организованная значимая деятельность, альтернативная образу жизнедеятельности детей и молодежи, употребляющих алкоголь, в определенной мере препятствует распространению случаев развития алкогольной зависимости. Сформировав позитивную зависимость от среды, люди воспринимают и реализуют определенный тип целесообразной активности.

6. Шестой подход основан на пропаганде здорового образа жизни и укреплении здоровья детей и молодежи.

Подход этот он заключается в развитии здоровой личности, придерживающейся здорового жизненного стиля, когда поведение человека рассматрива-

ется не изолированно, а вместе с его социальными контактами. Содержание профилактики употребления ПАВ, основанное на рассматриваемом подходе, ориентируется на изменение среды, поскольку важность социокультурной ситуации для ее (профилактики) реализации очевидна.

Помимо непосредственно профилактических мероприятий, работа проводится с микросредой: семьей – общностью, где живет ребенок.

На основе рассмотренных подходов в отечественной и зарубежной педагогической практике сложились собственные модели профилактики употребления ПАВ, разработаны многочисленные профилактические программы.

В международной практике можно выделить следующие основные модели профилактики, соединяющие в себе разные подходы к определению ее содержания:

– медицинская модель ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия наркомании и предусматривает в основном информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств для физического и психического здоровья;

– образовательная модель направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обязательной свободе выбора при максимальной информированности;

– психосоциальная модель своей главной целью утверждает необходимость развития у человека определенных психологических навыков для противостояния групповому давлению при разрешении конфликта, в умении сделать правильный выбор в ситуации, когда ему (человеку) предлагают наркотики.

Следует отметить, что первичная профилактика в мировой практике не ограничивается одним подходом, а включает в себя все перечисленные способы и методы. Первичная профилактика ведется поголовно не всегда только среди детей. В первую очередь первичная профилактика должна быть направлена на группы риска – группы лиц, наиболее подверженных формированию зависимости от алкоголя или наркотических веществ.

Факторы распространения наркомании и алкоголизма – это те биологические, социальные, семейные, индивидуальные психические и соматические предпосылки, которые повышают вероятность формирования зависимости у данного человека. Необходимо выделять биологические факторы, факторы патологической почвы, макро- и микросоциальные, психологические факторы, предрасполагающие к употреблению ПАВ, а в дальнейшем – и к формированию зависимости от них [46].

Биологические факторы: 1) наследственная отягощенность психическими и наркологическими расстройствами родителей и ближайших родственников; 2) хронические соматические заболевания; 3) ранняя сексуальная активность, подростковая беременность у девушек; 4) исходно низкая толерантность по отношению к употребляемому психоактивному веществу; 5) особенности употребляемого вещества с индивидуально различным по отношению к конкретному человеку потенциалом формирования зависимости.

Факторы патологической почвы: 1) резидуально-органические поражения головного мозга (менингоэнцефалиты, черепно-мозговые травмы) с органическими психическими расстройствами непсихотического характера без выраженного когнитивного дефицита; 2) различные проявления ретардиро-

ванного (задержанного) и дизонтогенетического развития, включая поздний пубертатный криз и психический инфантилизм; 3) различные проявления диссоциированного и дисгармоничного развития, в том числе формирующиеся аномально-личностные свойства, причем наиболее значимые из них – эмоционально-неустойчивые, диссоциальные, истерические черты.

Макросоциальные факторы: 1) социально-экономическая ситуация в стране с высоким риском дистрессовых состояний у населения; 2) кризис базовой системы ценностей и культурных норм; 3) формирование устойчивой наркотической субкультуры с закреплением установок на употребление ПАВ как «престижное» поведение; 4) доступность психоактивных веществ.

Микросоциальные факторы связаны с опытом ребенка в ведущих сферах его жизнедеятельности: в семье, в школе, в общении со сверстниками.

Семейный микросоциальный фактор включает: 1) злоупотребление ПАВ членами семьи, воспитание в семье, состоящей из больных алкоголизмом, наркоманией; 2) дисфункциональные, аномальные стили воспитания с высоким уровнем семейного стресса, низким уровнем семейного дохода, семейной нестабильностью; 3) отсутствие чувства принадлежности к семье; 4) несоблюдение членами семьи социальных норм и правил.

Школьный микросоциальный фактор включает: 1) асоциальные формы поведения в образовательном учреждении; 2) школьную неуспеваемость, особенно начавшуюся в младшем школьном возрасте; 3) частые переходы из одной школы в другую; 4) конфликтные отношения с педагогами и соучениками; 5) отстраненное или «скрывающее» отношение педагогического коллектива к употреблению ПАВ учениками.

Коммуникативный микросоциальный фактор включает: 1) наличие в ближайшем окружении ребенка сверстников с девиантным поведением или лиц, употребляющих ПАВ; 2) конфликтные взаимоотношения со сверстниками; 3) одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка.

Психологический (личностный) фактор подразумевает: 1) акцентуации характера; 2) личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей); 3) неэффективные копинг-стратегии, включая избегание, ориентацию на снятие напряжения, обусловленного стрессором, а не на изменение внешних условий; 4) низкую эффективность личностных ресурсов; 5) быструю фиксацию ригидной модели употребления ПАВ: успокаивающей, коммуникативной, конформной, гедонистической, манипулятивной, активирующей, компенсаторной; 6) отсутствие необходимых социальных навыков, социальную пассивность; 7) отсутствие жизненной перспективы.

К «факторам риска» наркомании обычно относят:

– биологические (или медицинские): патология беременности и осложненные роды, тяжелые и хронические заболевания, сотрясения головного мозга, алкоголизм или наркомания у родителей, психические заболевания у кого-либо из близких родственников;

– социально-психологические: семейное неблагополучие, низкий материальный достаток, плохие условия проживания, неполная семья, отсутствие братьев и сестер, алкоголизм и наркомания близких родственников, психические расстройства или частые нарушения членами семьи и близкими родственниками правил общественного поведения, сильная и постоянная

занятость (работа, общественная или личная жизнь) или развод родителей; неблагоприятные семейные отношения (гипер- или гипоопека, нарушенные семейные отношения, легкий неконтролируемый доступ к деньгам и т.д.).

Имеется ряд сведений о том, что если мать была наркоманкой, то и дети могут иметь биологическую предрасположенность к наркомании. Известно, что если мать во время беременности принимала наркотики, то у родившегося ребенка в первые двое-трое суток появляются симптомы «отмены наркотиков».

Биологические факторы напрямую влияют на функциональные возможности головного мозга, подрывая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки, причем не только и не столько в интеллектуальной, сколько в эмоциональной сфере. Например, если человек с благополучным анамнезом после более или менее тяжелого удара судьбы сможет легко собраться, мобилизоваться, вернуться к нормальному ритму жизни, то перенесшему родовую травму или сотрясение мозга сделать это намного труднее. И ему тяжелее сохранять уравновешенность и хладнокровие в эмоционально-напряженной ситуации. Как правило, самим субъектом это осознается не полностью, так как ему не с чем сравнить свое состояние – в распоряжении имеется лишь собственный опыт. Иногда люди отмечают, что до травмы они были «спокойнее», «уравновешеннее» и «энергичнее», но так случается редко. Обычно наступившие изменения замечают не больные, а сторонние наблюдатели – не очень близкие, которые встречаются с ними лишь периодически.

Социологи, юристы, врачи, педагоги и психологи приводят широкий перечень социальных и психологических причин, или факторов, наркомании среди подростков. Выделяют несколько таких причин, тесно связанных с социально-экономическим кризисом в нашей стране:

- разрушение института семьи;
- отсутствие жизненных перспектив;
- плохая организация досуга;
- целенаправленное «подсаживание на иглу» взрослыми наркоманами.

Психологические факторы наркомании определяют индивидуальный процесс приобщения подростка к наркотикам. Этот процесс включает последовательность поступков и выборов, которые молодой человек совершает наедине с собой или в общении с другими людьми, что в итоге приводит к психической и физической зависимости от наркотика. Психологических причин также несколько, среди них можно назвать:

- неправильное воспитание в семье,
- вовлеченность в группу сверстников, употребляющих наркотики,
- антисоциальное поведение,
- дезадаптированность к учебному процессу,
- личностные характеристики.

Нами было проведено исследование, направленное на выявление роли различных факторов риска формирования зависимого поведения и их соотношения. В исследовании приняли участие 116 человек в возрасте от 16 до 21 года, учащиеся старших классов общеобразовательных школ, колледжей и младших курсов вузов. Девушки и юноши были равно представлены в выборке.

Использованные методы: тест юмористических фраз; тест «защитные механизмы личности» (адаптация Lifestyleindex Плутчика); тест на выявление ранних признаков алкоголизации Менделевича–Яхина; опросник на выявление зависимости от Интернета А.Е. Щепиловой; Торонтская шкала алекситимии; опросник «Решение трудных ситуаций» (РТС) Ю. А. Клейберга.

Результаты исследования

Основные показатели исследования:

- шкала ранних признаков алкоголизма Менделевича – Яхина;
- шкала наркотизации теста «Решение трудных ситуаций»;
- мотивация пьянства и пагубных пристрастий по тесту юмористических фраз;
- шкалы теста интернет-зависимости.

Чтобы оценить факторы риска, был проведён корреляционный анализ, который позволил выявить психологические факторы, связанные с перечисленными основными показателями.

На исследованной выборке не было обнаружено значимых корреляций между ранними признаками алкоголизма и наркотизацией как способов разрешения трудных ситуаций. Наркотизация положительно коррелирует с изменениями состояния сознания при чрезмерном использовании Интернета ($r = 0,4; p < 0,05$) и при восприятии его как проективной реальности ($r = 0,41; p < 0,05$). Обе указанные связи мы поясняем мотивацией внешнего изменения сферы психического при негативных психических состояниях. Наркотизация отражает желание химически регулировать психические состояния, Интернет оказывает внешнее психологическое воздействие за счёт информационного потока или (в случае игры) создания альтернативной реальности. Наркотизация также отрицательно связана с алекситимией ($r = -0,46; p < 0,001$). Мы предполагаем, что для того чтобы пожелать изменить чувства в проблемной ситуации путём приёма ПАВ (в том числе лекарств), необходимо эти чувства всё же осознать. Алекситимия может сопутствовать таким способам, как уход ($r = 0,27; p < 0,05$), вербальная агрессия ($r = 0,46; p < 0,001$), компенсация ($r = 0,55; p < 0,001$). Положительные корреляции алекситимии с интрапунитивным отношением к ситуации ($r = 0,44; p < 0,001$), возрастанием усилий к достижению цели ($r = 0,45; p < 0,001$). Из этого следует, что не всегда умение понимать и интерпретировать свои эмоции оказывается полезным для разрешения ситуаций.

Фиксирование на внешних обстоятельствах и пренебрежение эмоциональными реакциями, как показали корреляции, может способствовать достижению цели и осознанию своей роли в ситуации на сознательном логическом уровне. В то же время накопившиеся невысказанные эмоции могут разрядиться в вербальную агрессию или даже уход от проблемы. Корреляции показывают, что алекситимия положительно связана с фрустрацией ($r = 0,42; p < 0,05$) и ригидностью ($r = 0,37; p < 0,05$). Исходя из этого от людей с некоторой склонностью к алекситимии следует ожидать состояния напряженности и неспособности подстроиться под ситуацию. С точки зрения формирования зависимости от ПАВ это может быть расценено как положительный момент, так как напряженность в ситуации риска начала потребления задаёт необ-

ходимую осторожность, а ригидность не способствует быстрой подстройке под общество людей, потребляющих ПАВ. Отметим, что ни фрустрация, ни ригидность не связаны с наркотизацией как способом решения трудных ситуаций, что только подтверждает нашу точку зрения.

Совершенно другие закономерности мы наблюдаем для интернет-зависимости. Уход как способ «решения» проблемы положительно коррелирует со всеми показателями компьютерной зависимости (r от 0,35 до 0,86; $p < 0,01$), наиболее сильно коррелируют уход и потребность в сенсорной стимуляции ($r = 0,86$; $p < 0,001$), изменение состояния сознания ($r = 0,85$; $p < 0,001$). Эти очень сильные корреляции показывают, что интернет-зависимость может возникать одновременно как навязчивое состояние (сенсорная стимуляция) и конкретный способ ухода от проблемы (изменение состояния сознания).

Вербальная агрессия имеет сильные положительные корреляции с интернет-зависимостью (r от 0,39 до 0,61; $p < 0,01$), кроме шкал мотивации использования Интернета и стремления перенести нормы виртуального мира в реальный. Наиболее сильны связи вербальной агрессии с принадлежностью к компьютерной субкультуре ($r = 0,64$; $p < 0,001$) и «одушевлённостью» Интернета ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Данные корреляции видимо, возникли вследствие особенностей коммуникации в субкультуре, связанной с пренебрежением реальными отношениями вследствие придания большего значения самому факту общения в Интернете, а не субъекту общения. Данную закономерность можно описать субкультурным термином «общение в Интернете», который не включает субъекта общения.

Склонность к агрессии по отношению к предметам в ситуации фрустрации также имеет многочисленные положительные корреляции с показателями интернет-зависимости (r от 0,4 до 0,59; $p < 0,01$), кроме шкалы пространства в Интернете. Наиболее сильны связи со шкалой изменения состояния сознания ($r = 0,59$; $p < 0,001$), уходом в интернет-среду ($r = 0,58$; $p < 0,001$) и одушевленностью Интернета. Здесь также прослеживается недостаточная способность интернет-зависимых личностей решать проблемы и управлять своей жизнью, вследствие чего вероятны вспышки агрессии к неживым предметам. Положительно связаны с агрессией к людям принадлежность к субкультуре ($r = 0,39$; $p < 0,05$), восприятие Интернета как проективной реальности ($r = 0,39$; $p < 0,05$), самая тесная корреляция со временем, проводимым в Интернете ($r = 0,6$; $p < 0,001$). Последняя сильная положительная корреляция может быть вызвана ситуативными факторами, когда зависимый от Интернета человек начинает проявлять агрессию к тем, кто пытается его отвлечь от использования Всемирной Сети.

Как видим, интернет-зависимость отражает наиболее неэффективные способы разрешения трудных ситуаций. На индивидуально-личностном уровне склонность к аутоагрессии коррелирует со всеми показателями интернет-зависимости (r от 0,45 до 0,79; $p < 0,01$), в особенности с одушевленностью Интернета ($r = 0,79$; $p < 0,001$) и потребностью в сенсорной стимуляции ($r = 0,79$; $p < 0,001$). Данные связи отражают склонность к мифологизации Интернета и навязчивым действиям при возрастании чувства вины. Интрапунитивное отношение к ситуации предполагает также не только принятие ответственности на себя, но и чувство вины за ситуацию. Данный вид реакций также положительно коррелирует со всеми показателями интернет-зави-

симости (r от 0,37 до 0,76; $p < 0,01$), в особенности сильно с потребностью в сенсорной стимуляции.

Положительный способ разрешения трудных ситуаций – возрастание усилий к достижению цели имеет отрицательные корреляции практически со всеми показателями интернет-зависимости (r от $-0,8$ до $-0,33$; $p < 0,01$). Наиболее сильна отрицательная связь ухода в виртуальное общение и возрастания усилий к достижению целей ($r = -0,8$; $p < 0,001$) и восприятия Интернета как проективной реальности ($r = -0,78$; $p < 0,001$). Это свидетельствует о негативной роли в конструктивном разрешении реальных проблем ухода в онлайн-общение и проекции своего внутреннего мира в онлайн-ресурсы.

Некоторым признакам интернет-зависимости может сопутствовать повышение алекситимии. В частности, это касается принадлежности к субкультуре ($r = 0,5$; $p < 0,01$), изменения состояния сознания при сеансах использования Интернета ($r = 0,45$; $p < 0,05$), ухода в виртуальную реальность ($r = 0,47$; $p < 0,01$), стремления к общению в Интернете ($r = 0,53$; $p < 0,01$), стремления перенести нормы виртуального мира в реальный ($r = 0,58$; $p < 0,001$). Перечисленные корреляты служат признаками алекситимии в случае компьютерной зависимости.

Описанные выше негативные способы решения реальных проблем подкрепляются положительными связями интернет-зависимости с психологическими состояниями тревожности (r от 0,44 до 0,8; $p < 0,01$), фрустрированности (r от 0,33 до 0,76; $p < 0,01$), ригидности (r от 0,43 до 0,83; $p < 0,01$). Особенно сильны связи тревожности и изменения состояния сознания при сеансах использования Интернета ($r = 0,8$; $p < 0,001$), тревожности и принадлежности к субкультуре ($r = 0,79$; $p < 0,001$). Причина данных связей кроется в ритуализации использования Интернета как способа совладания с тревогой и особым характером субкультуры компьютерщиков, что подтверждается также сильной корреляцией степени принадлежности к субкультуре с фрустрацией ($r = 0,83$; $p < 0,001$). Фрустрация сильнее всего коррелирует с потребностью в сенсорной стимуляции ($r = 0,76$; $p < 0,001$) и интенсивностью общения в Интернете ($r = 0,75$; $p < 0,001$). Первая корреляция отражает способ снять эмоциональное напряжение в компьютерной игре, вторая отражает вероятную причину фрустрации – общение в Интернете.

Отметим, что связи агрессивности с интернет-зависимостью немногочисленны и относительно слабы. Состояние агрессии вероятнее всего возникнет, если человек принадлежит соответствующей субкультуре ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и проводит много времени в Интернете ($r = 0,41$; $p < 0,05$).

Связи интернет-зависимости с показателями когнитивной сферы очень незначительны. Нецеленаправленность поведения в Интернете положительно коррелирует с предметностью мышления ($r = 0,55$; $p < 0,01$), что связано с общей слабостью когнитивного процесса постановки целей при повышении предметности мышления. Символическое мышление имеет отрицательную корреляцию со степенью принадлежности к субкультуре ($r = -0,42$; $p < 0,05$). Вероятнее всего, субкультура компьютерщиков как минимум не способствует развитию символического мышления.

Далее рассмотрим связь способов преодоления проблемных ситуаций (РТС) с механизмами психологической защиты (LSI Плутчика). Учитывая, что способы отражают реальные действия, а механизмы защиты это конст-

рукты более высокого уровня, мы можем интерпретировать данные корреляции как причинно-следственные связи: механизмы психологической защиты лежат в основе определенных способов преодоления трудностей.

Было установлено, что отрицание как механизм психологической защиты частично служит основой компенсаторных действий при преодолении проблемы ($r = 0,58$; $p < 0,001$). Регрессия имеет часть общей дисперсии с агрессией к предметам, но зависимость этих явлений обратная ($r = -0,39$; $p < 0,05$), что говорит о вероятном снижении возможности агрессивных действий по отношению предметам быта при защитных реакциях психики по типу регрессии. Проекция как механизм защиты закономерно проявляется при сравнении своих проблем с проблемами других ($r = 0,39$; $p < 0,05$), сверхкомпенсация может обнаружиться в интрапунитивной реакции на проблему ($r = 0,39$; $p < 0,05$), вероятно, порождает поиск причины проблемы в себе, что приводит к излишней невротизации.

Связь показателей мотивации (по ТЮФ) со способами разрешения трудных ситуаций (PTC) также может быть интерпретирована направленно, так как мотивация, согласно парадигме психологизма, лежит в основе действий и поведения.

Корреляции показывают, что мотивация самозащиты частично лежит в основе агрессии к предметам ($r = 0,39$; $p < 0,05$) и компенсации проблемы ($r = 0,44$; $p < 0,05$). Данные корреляции отражают две тактики самозащиты: агрессивную и компенсаторную.

Чем выше актуализирован мотив семейных неурядиц, тем более вероятной становится агрессия к предметам ($r = 0,39$; $p < 0,05$), что может отражать ситуационные особенности поведения: швыряние и повреждение предметов быта и интерьера в случае семейных ссор. Лишь два мотива из перечня ТЮФ препятствуют возрастанию усилий к достижению целей: это мотив семейных неурядиц ($r = -0,42$; $p < 0,05$) и человеческая глупость ($r = -0,4$; $p < 0,05$).

За многими неконструктивными способами решения проблем стоят негативные психологические состояния. Уходу от проблемы, вербальной агрессии, аутоагрессии и интрапунитивному отношению к ситуации сопутствуют тревожность, фрустрация и ригидность (r от 0,52 до 0,84; $p < 0,01$). Эти же состояния сопутствуют уменьшению усилий к достижению целей (r от -0,68 до -0,51; $p < 0,01$). Вербальной агрессии не сопутствует лишь фрустрация. Тревожность, агрессия и ригидность положительно коррелируют с вербальной агрессией (r от 0,45 до 0,54; $p < 0,01$). Это позволяет предположить, что вербальная агрессия может частично разрешить ситуацию и снизить фрустрированность. Агрессия к предметам имеет положительную корреляцию с ригидностью ($r = 0,49$; $p < 0,01$), что показывает нам один из способов ригидных личностей контролировать ситуацию любым путём.

Корреляции алекситимии с психическими состояниями показывают, что чем ниже способность осознавать и понимать свои эмоции, тем более выражены такие процессы, как фрустрация ($r = 0,42$; $p < 0,05$) и ригидность ($r = 0,37$; $p < 0,05$). Алекситимия, фрустрация и ригидность образуют замкнутый круг: ригидность психики не позволяет человеку разрешить фрустрирующую ситуацию, фрустрация нарушает адекватное восприятие эмоций, заставляя концентрироваться лишь на проблеме, концентрация на проблеме без её разрешения лишь повышает ригидность.

Рекомендации по проведению профилактик и употребления ПАВ

Эффективность профилактики во многом зависит от согласованной работы различных специалистов – педагогов, психологов, медиков, представителей правоохранительных органов. Деятельность психолога по профилактике наркомании и алкоголизма имеет свою специфику.

При планировании и организации профилактической работы психолог руководствуется следующими нормативными материалами:

Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде (приказ Министерства образования Российской Федерации (МО РФ) от 28 февраля 2000 № 619);

Положение о службе практической психологии (Приказ МО РФ от 22.10.1999 № 636).

В выделении группы риска наркомании важным представляется понимание специфики именно психологического подхода к этой проблеме. В *табл. 1* представлены признаки риска употребления ПАВ в зависимости от различных подходов.

Таблица 1

Признаки риска употребления ПАВ

Подход	Основные признаки риска
Наркологический	Злоупотребление табаком, алкоголем, наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями
Педагогический	Вредные привычки (грызение ногтей, курение), педагогическая запущенность, социально неблагополучная семья
Правоохранительный	Азартные игры, уход из семьи, уклонение от учебы, участие в асоциальных группировках
Психиатрический	Психические нарушения: невроз, психопатия, депрессия, органическая мозговая патология
Психологический	Повышенная тревожность, неадекватная самооценка, низкий самоконтроль, деформированная система ценностей, нарушенные внутрисемейные отношения, коммуникативные проблемы

Указанные выше психологические признаки риска носят достаточно общий характер и подходят практически ко всем типам девиантного поведения. Поэтому, проводя диагностику группы риска дезадаптации или отклоняющегося поведения, психолог не может однозначно выделить группу риска именно наркомании только на основании собственно психологических данных. Психолог может говорить только о повышенной вероятности эмоциональных и поведенческих нарушений у определенных детей и подростков.

Наиболее эффективная форма профилактики в среде подростков – это групповая коррекционно-развивающая работа (тренинг), которая позволяет подросткам делиться своими мыслями и чувствами, выслушивать мнения других, проигрывать ситуации, проводить самостоятельные исследования

Для проведения занятия группа, как правило, рассаживается по кругу. Учащиеся – члены группы – имеют возможность активно участвовать в

общей работе. Каждый подросток может высказывать собственное мнение, не подвергаясь критике, участвовать в активном обсуждении поднимаемых на занятии вопросов, в упражнениях, «мозговом штурме», групповых дискуссиях. Причем участие вполне добровольное. Ведущий не укоряет ученика при его отказе отвечать на вопросы или выполнять упражнения, но всячески поощряет его участие.

Для выполнения работы необходимы доска, мел. Желательно иметь большие листы бумаги и фломастеры, чтобы записывать какие-то выводы и правила. Такие листы могут затем сохраняться и вывешиваться в классе перед каждым занятием (перечень правил работы в группе, принципы хорошего умения слушать например).

Так как сидение не за партами, а по кругу непривычно для учеников, они на первых занятиях будут стараться сесть рядом с друзьями, по группам, существующим в классе. Это может привести к серьезным трудностям в проведении занятий (учащиеся будут общаться между собой только в маленьких группах, может возникать конфронтация разных групп и т. д.). Поэтому ведущему, особенно на первых занятиях, возможно, придется самому рассаживать группу. Для этого могут использоваться специальные приемы. Например, можно рассадить группу по именам, по алфавиту, по дням рождения (начиная с января и до декабря). Можно предложить сесть рядом с теми, у кого есть одинаковые домашние животные или одинаковое число братьев и сестер, либо рассесться по цвету одежды, сесть рядом тем, кто предпочитает одинаковую музыку и т. д. Ведущий может перед началом занятия раздать карточки с числами или с буквами и предложить ученикам сесть по порядку номеров или по алфавиту (при использовании карточек с буквами на том же занятии можно провести упражнение-активатор «пишущая машинка»). При этом, как правило, ведущий только дает инструкцию, как именно следует садиться, а ученики сами выполняют задание. Каждое занятие обычно длится на следующие части:

- выяснение знаний и представлений учащихся по новой теме;
- сообщение новой информации и обобщение имевшейся;
- отработка навыков.

Кроме того, желательно включать в занятие такие элементы, как

- обсуждение выполненного учениками домашнего задания,
- провоцирование в начале занятия интереса к новой теме с помощью упражнений, вопросов, демонстрации каких-то материалов, примеров;
- предложение, по возможности, нового домашнего задания.

При подготовке занятия надо заранее определить, сколько времени отводится на ту или иную часть занятия. При этом надо учитывать время на вопросы и обсуждение, организационные паузы и задержки, особенно в первые минуты занятия, а также при переходе от одного вида работы к другому. В начале каждого занятия надо выделить несколько минут на информацию о плане работы на уроке, о теме нового занятия, на ответы на вопросы учащихся по предыдущей теме, обсуждение предыдущего домашнего задания (если оно не связано с новой темой).

При проведении занятия используются самые разные формы работы: групповая дискуссия, «мозговой штурм», мини-лекции, ролевая игра, упражнения-активаторы, работа в малых группах – в парах и тройках и т.д.

Желательно чередовать разные формы работы для повышения интереса учащихся.

«Мозговой штурм» – методика, используемая для выдвижения как можно большего количества разнообразных идей, развивающая творчество. В ходе мозгового штурма участники высказывают свои предложения, которые ведущий или 1–2 члена группы записывают на доске. Во время мозгового штурма не допускаются критика, оценки или обсуждение выдвигаемых идей и предложений. Цель мозгового штурма – генерирование идей. Фаза обсуждения идей и их оценки следует после окончания самого процесса мозгового штурма. В ходе занятий метод мозгового штурма может использоваться очень часто, поэтому желательно, чтобы ведущий сам в достаточной степени овладел им.

Упражнения-активаторы включаются в каждое занятие. Они служат для усиления интереса учащихся, повышения работоспособности, снятия напряжения, отдыха, улучшения взаимоотношений в группе. В некоторых случаях эти упражнения могут быть непосредственно связаны с темой занятия и служить для провоцирования интереса к новой теме или использоваться в качестве рабочих упражнений. В других случаях они не связаны с темой занятия, но, как правило, касаются каких-то специально не обсуждаемых аспектов взаимоотношений или психических особенностей человека. Нередко они используются для тренировки внимания, отработки навыков работы в малых группах, в парах. В таких случаях ведущему полезно после упражнения сделать и озвучить короткий вывод. Описания некоторых упражнений-активаторов приведены в конце программы.

В ходе работы ведущему полезно помнить несколько правил:

- ведущий – не бог и не всезнайка. Он может чего-то не знать, ошибаться. Смелее признавайте свои ошибки, предлагайте подумать вместе, спрашивайте совета группы, обещайте уточнить какой-то вопрос к следующему занятию и т. д.;

- стремитесь к постоянному получению обратной связи от учащихся. Спрашивайте, что было интересно, что нет, что непонятно, что они хотели бы обсудить подробнее. Можно завести «почтовый ящик» – коробку, куда ученики могли бы опускать записки с вопросами и замечаниями ведущему;

- больше двигайтесь, не стойте на одном месте. Активнее прибегайте к жестам, чаще улыбайтесь, используйте прикосновения;

- чаще хвалите учеников;

- выполняйте все групповые нормы, правила активного слушания, умения критиковать конкретно и по существу и т. д. Пользуйтесь всем тем, чему учитесь других [74].

Формирование культуры самостоятельного противодействия попыткам приобщения к наркотикам включает в себя следующее.

1. Формирование навыков самоорганизации, включающих в себя, во-первых, умение планировать предстоящую деятельность, предвидя конечный результат. Это позволяет рационально осмысливать последствия употребления любых наркотических веществ, ставить цели достижения крепкого здоровья, продолжительной жизни, достигать радости без каких-либо искусственных стимулов.

Во-вторых, выбирать оптимальные средства достижения поставленных целей, исключая возможность самоутвердиться с помощью наркотиков в какой-либо группе.

В-третьих, постоянно развивать волю и терпение при столкновении с любыми жизненными трудностями. Тогда временные неудачи не станут фактором, побуждающим к использованию наркотиков для снятия негативных переживаний.

В-четвертых, постоянный самоконтроль для того чтобы, находясь в любой компании, не подчиняться тому, кто станет побуждать попробовать любой наркотик.

Выработка навыков самоорганизации должна начинаться с 3 лет и продолжаться в течение всего периода взросления человека.

2. Формирование навыков самоопределения в учебной, трудовой, семейно-бытовой, досуговой деятельности. Самоопределение включает в себя выработку жизненных целей, постоянное выявление и развитие индивидуальных задатков и способностей, поиск вариантов их реализации исходя из имеющихся условий. Владующий навыками самоопределения человек умеет рационально осмыслить вред каких-либо наркотиков, понять неприемлемость самоутверждения с помощью вредных для здоровья веществ, найти эффективные способы получения радости, наслаждения без употребления каких-либо разрушающих организм продуктов.

Выработка навыков самоопределения должна начинаться с 5–6 лет и продолжаться в течение всей жизни.

Следовательно, методика профилактики наркозависимости включает как общее развитие навыков самостоятельного конструирования детьми, подростками, молодежью своего жизненного пути на основе принятия норм и правил современной культуры, так и формирование умения активно, на основе знания механизмов появления наркозависимости противостоять любым попыткам приобщения к их употреблению.

В «Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» указаны основные направления работы, формы и средства антинаркотической помощи семье, что означает необходимость проведения профилактики не только с группой риска, но и с микросоциальным окружением ее членов. Как было описано выше, эта особенность профилактической работы не должна игнорироваться при проведении профилактических занятий.

Одно из главных преимуществ тренинговой работы в группе – это групповой опыт, противодействующий отчуждению, которое может возникнуть при индивидуальной работе с психологом. Пациент, взаимодействуя только с психотерапевтом, часто не может избавиться от ощущения, что его проблема – единственная в своем роде. Оказавшись в тренинговой группе, человек обнаруживает, что его проблемы не уникальны, что и другие переживают сходные трудности. Для многих подобное открытие само по себе служит мощным психотерапевтическим фактором. Группа способна отразить общество в миниатюре. В группе моделируется система взаимоотношений и взаимосвязей, характерных для реальной жизни, а это дает участникам возможность увидеть и проанализировать в безопасных условиях психологические закономерности общения и поведения. Группа дает возможность воссоздать

конкретные жизненные ситуации, например разыграть сцену привычного семейного конфликта и представить различные варианты его разрешения, проиграть различные стратегии поведения.

В группе участники тренинга имеют возможность получения обратной связи и поддержки от людей со сходными проблемами. Работая в группе, каждый участник овладевает новыми поведенческими навыками, получает возможность экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнеров. Если в реальной жизни подобное экспериментирование всегда связано с риском непонимания, неприятия и даже наказания, то тренинговые группы выступают в качестве своеобразного «психологического полигона», где можно попробовать вести себя иначе, чем обычно, «примерить» новые модели поведения, научиться по-новому относиться к себе и к людям – и всё это в атмосфере благожелательности, принятия и поддержки. Группа дает возможность «репетиции поведения» в тех или иных ситуациях, с тем чтобы в дальнейшем перенести лучшие из найденных вариантов в свою реальную жизнь.

В группе участники могут идентифицировать себя с другими, «сыграть» роль другого для лучшего понимания его и себя и для знакомства с новыми эффективными способами поведения. В результате идентификации, т.е. отождествления себя с другим человеком, сознательного уподобления себя ему, возникают эмоциональная связь, сопереживание, эмпатия. Не вызывает сомнения важность этих переживаний в плане содействия личностному росту и развитию самосознания. Группа помогает процессам самораскрытия, самоисследования и самопознания. Для того чтобы человек оказался способен раскрыть себя другим, сначала он должен открыть себя себе – таким, каким он является в своей экзистенциальной сущности. Взаимодействие с другими позволяет прояснить образ своего Я [4].

При проведении профилактики важно также учитывать возможность привлечения не только семейной микросреды, но и других значимых людей с целью повысить эффективность профилактической работы.

Возрастные особенности профилактической работы

Подростковые проблемы, типично начинающиеся в 11–12 лет, иногда характерны уже для 10-летних детей. Такие дети необузданны и драчливы, игры более старших подростков им еще непонятны, а для детских игр они считают себя слишком большими. Проникнуться личным самолюбием и высокими идеалами они еще не могут, и в то же время у них нет детского подчинения авторитету. Эта фаза служит прелюдией к периоду психической пубертатности. Виды поведения, которые могут проявиться в этот период, многообразны.

1. Подражание внешним признакам взрослости: попытки курить, употребление специфической лексики, смена одежды и внешнего вида, способы отдыха и развлечений. Познавательные интересы ослабевают, складывается специфическая установка весело провести время. Старшие подростки начинают приобщать 10-летних к компаниям, где могут увлекаться токсикоманией, употреблением алкоголя.

2. Равнение на старших подростков, проявление «смелости, воли, силы».

3. Ребята пытаются занять место помощника взрослого. Предпубертативный возраст очень благоприятен для этого как в положительном, так и в отрицательном смысле.

4. Глубокая заинтересованность и познавательные интересы в сфере какой-либо человеческой деятельности.

Предпубертативки попадают в ту группу, которая вызывает некоторые опасения относительно начала употребления химических веществ, вызывающих зависимость. Искажения «группы риска» характеризуются следующими общими чертами.

1. В поведенческой сфере при общении: избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, склонность к обвинениям других, эгоцентризм, агрессивное или неуверенное поведение, ориентация на слишком жесткие нормы и требования, нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие личности обрести устойчивость.

2. В аффективной сфере: эмоциональная лабильность, быстрое возникновение тревоги, сниженная или нестабильная самооценка, преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, неприятию обратных связей и способствует закрытости личности.

3. Искажения мотивационно-потребностной сферы: блокировка потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности к референтной группе.

4. Наличие когнитивных искажений, аффективная логика, сверхожидание от других, эмоциональные блоки («мальчики не плачут»), избегание проблем, построение заключения, основанного на деталях, вырванных из контекста, построение глобального вывода, основанного на изолированном факте, проживание опыта в двух противоположных категориях (всё или ничего), формирование вывода при отсутствии аргументов в его поддержку.

При обследовании таких детей отчетливо обнаруживаются признаки социально-педагогической запущенности в виде ограниченности словарного запаса, бедности знаний и сведений об окружающем мире, недостаточной усвояемости многих навыков (счёт, чтение, письмо, рисование и др.) Что касается личностных особенностей детей 9–12 лет, то для них характерны завышение уровня притязаний и самооценки, отсутствие переживаний при неудачах. Отставание в общем психическом развитии, с одной стороны, и высокие требования в школе – с другой, приводят к возникновению конфликтных ситуаций, основной способ выхода из которых в младшем школьном возрасте – уход: прогулы занятий, побеги из дома и т.п. Психический инфантилизм, для которого характерна незрелость эмоционально-волевой сферы, является одним из проявлений задержки психического развития. У этих детей отсутствует чувство долга, они не отвечают за свое поведение, не хотят учиться. Такие дети отличаются несобранностью при выполнении заданий, недостаточной регуляцией своего поведения. Часто они имеют завышенную самооценку, отличаются недостаточной критичностью. В предпубертативном возрасте личностная незрелость может быть сильно выраженной. Следует отметить, что психический инфантилизм играет большую роль в возникнове-

нии различных психопатий, т.е. патологических вариантов развития личности (дисгармония, социальная дезадаптация). Психический инфантилизм обнаруживается в бедности духовного мира, преобладании впечатлительности над рассудительностью, в отсутствии волевых поступков. Естественно, что все эти особенности личности определяют риск возникновения токсико- и наркоманий.

Осложненный инфантилизм – сочетание личностной незрелости с неврастенией. В этих случаях для детей характерна повышенная возбудимость, двигательная расторможенность, крайне низкая умственная работоспособность. Проявления пассивного протеста в виде уходов особенно часто наблюдаются у мальчиков подросткового и предподросткового возраста. В их основе лежит чрезмерно переживаемое чувство обиды, желание отомстить. Неправильная реакция взрослых на уходы ребенка с применением наказания способствует закреплению этих форм поведения, и уходы становятся привычными и возникают по малейшему поводу. В дальнейшем подобные уходы могут быть связаны с асоциальным поведением детей.

Одной из форм нарушений поведения у детей «группы риска» является имитационное поведение. Дети чаще подражают поведению родителей и воспитателей, подростки – поведению более старших ребят, отличающихся лидерскими качествами. Реакциям подражания принадлежит важная роль в развитии характера и личности предподростка. У детей из проблемных семей в силу их общей невротизации, повышенной внушаемости, эмоционально-волевой неустойчивости имеется повышенная склонность к возникновению социально-отрицательных форм имитационного поведения. Они легко подражают таким формам асоциального поведения, как сквернословие, мелкое воровство, а также курение, токсикомания. Характерной особенностью таких детей является двигательная расторможенность, или гипердинамический синдром. Эти отклонения поведения сочетаются с раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к колебаниям настроения, иногда с агрессивностью и негативизмом. Обращает на себя внимание однообразие их поведения, неумение довести до конца начатое дело. Поэтому игры этих детей неорганизованны и импульсивны. Дети общительны, стремятся быть в кругу сверстников, но в целом всё их поведение хаотично и непредсказуемо. В классе они двигательно беспокойны, неусидчивы, не соблюдают дисциплины. На замечания учителя либо не реагируют вовсе, либо дают бурные аффективные вспышки. Нарушения поведения нарастают при утомлении и всегда сочетаются с выраженной недостаточностью функции активного внимания.

При отсутствии медико-психологической коррекции нарастает педагогическая запущенность, усиливаются нарушения поведения, и дети всё больше и больше теряют интерес к обучению в школе. Выраженность поведенческих нарушений тесно коррелирует с особенностями их ближайшего окружения. На этом возрастном этапе отчетливо проявляются признаки общей психической незрелости, часто формируется неадекватная, обычно завышенная самооценка, обнаруживается нетерпимость к любым замечаниям. При неадекватных условиях воспитания дети стремятся делать назло, проявляют грубость, агрессию; у них могут формироваться такие черты характера, как мстительность, жестокость. Всё это определяет по-

вышенную конфликтность детей, особенно при ограничении их желаний и неудовлетворении потребностей, при предъявлении к ним дисциплинарных требований.

В предподростковом возрасте наблюдается усиление и расторможение влечений, особенно может проявиться интерес к курению, токсикомании, алкоголю. Нарушения социального поведения проявляются в направленности на лицо, вызвавшее у ребенка конфликтное переживание, которое выливается в грубость, стремление досадить. Компенсаторные и гиперкомпенсаторные формы поведения направлены на попытки скрыть от окружающих некоторые слабые стороны своей личности. Кроме того, они могут служить средством «психологической защиты» личности от переживаний собственной неполноценности.

В случае выраженности внутренних конфликтных переживаний компенсаторные формы поведения могут проявляться в виде показной бравады, нарушений школьной дисциплины. Эти реакции проявляются, когда возрастает стремление к завоеванию недостающего авторитета. Личность этих детей формируется дисгармонично, у них нет цельности переживаний, внутренняя неуверенность в себе часто сочетается с повышенной самооценкой, внешнее безразличие к окружающим – с чрезмерной ранимостью. Лица с указанными формами нарушения поведения составляют «группу риска» в отношении алкоголизации и токсикомании. Чтобы «переопределить» те потребности, которые находили свое удовлетворение в асоциальной деятельности, и тем самым положить начало построению новой цепи деятельности, призванной заменить, вытеснить прежнюю, асоциальную, необходимо учитывать специфику не какой-либо одной, а всех взаимосвязей. Желаемые мотивы, как правило, могут появиться лишь в результате длительного сложного воспитательного процесса, в то время как возможность выбирать впервые, играет нередко роль крючка, приманки, для того чтобы вовлечь ребенка в новый коллектив, в сферу воспитательного воздействия. Непонимание этого момента сплошь и рядом приводит к тому, что от трудного ребёнка сразу требуют примерного поведения и похвальных мотивов. Это чаще всего кончается лишь тем, что такой ребёнок не принимает этих требований и, не чувствуя их внутренней необходимости, так или иначе уходит из поля зрения и влияния воспитателя, причём уходит чаще всего в группу сверстников или старших ребят, которая оказывается в данной ситуации куда более педагогически мудрой, ибо отвечает определённым возрастным потребностям (например, потребности в неформальном, дружеском общении) и поначалу предъявляет новичку понятные и посильные для него требования.

Следует помнить, что если не создать ребёнку адекватные формы реализации его возрастных потребностей, то сами эти потребности не исчезнут, а будут искать иные предметы и формы реализации, не исключая отклоняющихся и асоциальных. Предподросток, склонный к правонарушениям, вырастает в климате эмоционального безразличия, отвержения, сочетающихся с агрессивностью и отсутствием ответственности в семье. Предподростки во всех отношениях обуреваемы жадой «нормы», чтобы у них было все как у других. Но для этого возраста характерна как раз диспропорция, т.е. отсутствие «норм». Разница в темпах развития оказывает заметное влияние на психику и самосознание.

Становление самооценки младшего школьника зависит не только от его успеваемости и особенностей общения учителя с классом. Большое значение имеет стиль семейного воспитания, принятые в семье ценности. Дети с завышенной самооценкой воспитываются по принципу кумира семьи, в обстановке не критичности и рано осознают свою исключительность. В семьях, где растут дети с высокой, но не завышенной самооценкой, внимание к личности ребенка (его интересам, вкусам, отношениям с друзьями) сочетается с достаточной требовательностью. Здесь не прибегают к унижительным наказаниям и охотно хвалят, когда ребенок того заслуживает. Дети с пониженной (не обязательно очень низкой) самооценкой пользуются дома большей свободой, но эта свобода по сути – бесконтрольность, следствие равнодушия родителей к детям и друг к другу. Родители таких детей включаются в их жизнь тогда, когда возникают конкретные проблемы, в частности с успеваемостью, а обычно мало интересуются их занятиями и переживаниями. Родители задают и исходный уровень притязаний ребенка – то, на что он претендует в учебной деятельности и отношениях. Дети с завышенным уровнем притязаний, завышенной самооценкой и престижной мотивацией рассчитывают только на успех и вместе с мамой или бабушкой переживают «четверку» как трагедию. Их представления о будущем столь же оптимистичны: их ожидают эффектная внешность, незаурядная профессия, материальное благополучие и популярность. Дети с низким уровнем притязаний и низкой самооценкой не претендуют на многое ни в настоящем, ни в будущем. Они не ставят перед собой высоких целей и постоянно сомневаются в своих возможностях, быстро смиряются с тем уровнем успеваемости, который складывается в начале обучения. Планы их будущей взрослой жизни просты и туманны.

К концу младшего школьного возраста появляется рефлексия и тем самым создаются новые возможности для формирования самооценки достижений и личностных качеств. Самооценка становится в целом более адекватной и дифференцированной, суждения о себе – более обоснованными. Позиция отвержения способствует формированию у ребенка таких черт, как агрессивность, непослушание, сварливость, лживость, склонность к воровству и асоциальному поведению. Эта родительская позиция тормозит эмоциональное развитие детей. В ряде случаев она вызывает у них пугливость, беспомощность, затрудняет из-за замедленного развития их общение с детьми и взрослыми. Могут даже появиться физические отклонения, такие как тучность и невроз. Если родители уклоняются от общения со своим ребенком (и это их принципиальная позиция), то он может вырасти человеком, неспособным к установлению прочных эмоциональных связей, следовательно, эмоционально неустойчивым. Подобные люди легче поддаются асоциальному влиянию. Они непостоянны в своих планах, неспособны к объективным оценкам, склонны к хвастовству и бахвальству. Они могут чувствовать себя преследуемыми, проникаясь жалостью к себе. Позиция одобрения, как правило, приводит к тому, что ребенок становится доверчивым, обращается к родителям за советом и помощью. Он в основном доволен результатом своих усилий. У него формируются стойкие взаимоотношения и способности к пониманию других людей, он учится брать на себя обязанности, выполнять их, при этом заботится о членах своей семьи. Родительская позиция чрезмерной требовательности очень часто лишает ребенка веры в собственные силы, воспитывает у

него неуверенность, робость, чрезмерную впечатлительность и покорность, мешает сосредоточенности. У него могут появиться трудности в учебе и в отношениях с другими людьми. При родительской позиции признания прав ребенка он постепенно вырабатывает дружеское лояльное отношение ко всем членам семьи, дети таких родителей больше полагаются на себя и стараются быть по возможности независимыми. Эти дети более инициативны, что благоприятствует возникновению у них творческого начала.

Коррекция сложившейся системы отношений между ребенком и близкими взрослыми предполагает ломку неадекватных воспитательных установок и стереотипов, формирование новой системы отношений, построенных на эмоциональном принятии ребенка, уважении его личности и предоставлении возможности реализации самостоятельного активного поведения при сохранении руководящей роли взрослого. Основные вопросы коррекции включают: родительский тренинг, преследующий цель повышения родительской компетентности в вопросах воспитания; организацию тренинга ребенка с психологом, направленного на формирование нового типа отношений равноправия и партнерства; организацию совместного тренинга родителей и ребенка.

К концу 3-го класса выявляется значительное число детей с пониженной самооценкой, у которых усиливается недооценка своих и так весьма ограниченных успехов. Уровень притязаний складывается под влиянием успехов и неудач в предыдущей деятельности. Тот, кто часто терпит неудачу, ожидает и дальше неудач, и наоборот, успех в предшествующей деятельности предрасполагает к ожиданию успеха в дальнейшем. Культивированию низкой самооценки способствуют еще более низкие, чем оценки учителя, самооценки учеников по классу, которые переносят неудачи детей, отстающих в учении на все другие сферы их деятельности и личности. Ребенок, находящийся на этом уровне нравственного развития (10–13 лет), придерживается условной роли, ориентируясь при этом на принципы других людей. На этой стадии суждение основывается на том, получит ли поступок одобрение других людей или нет.

Согласно Э. Эриксону, возраст 10 лет попадает на период развития, названный им «латентным» и характеризующийся определенной дремотой инфантильной сексуальности и отсрочкой генитальной зрелости, необходимой для того, чтобы будущий взрослый человек научился техническим и социальным основам трудовой деятельности. Э. Эриксон называет этот период «четвертый кризис» и его особенность – противопоставление достижения и чувства неполноценности. «Четвертый кризис» происходит в младшем школьном возрасте, на предпубертальной стадии, когда ребенок учится действовать, готовясь к выполнению будущих задач. В зависимости от царящей в школе атмосферы и принятых методов воспитания у ребят складывается вкус к работе или же, напротив, чувство неполноценности в плане как использования средств и возможностей, так и собственного статуса в среде товарищей. Опасность, подстерегающая ребенка на этой стадии, состоит в чувствах неадекватности и неполноценности. В неблагоприятном случае ребенок переживает отчаяние от своей неумелости и видит себя обреченным на посредственность или неадекватность. Если в благоприятных случаях фигуры отца и матери, их значимость для ребенка отходят на второй план, то

при появлении чувства несоответствия требованиям школы семья вновь становится убежищем для ребенка.

Первостепенное значение в этом возрасте приобретает общение со сверстниками. Общаясь с друзьями, подростки (или младшие подростки) активно осваивают нормы, цели, средства социального поведения, вырабатывают критерии оценки себя и других, опираясь на заповеди «кодекса товарищества». Внешние проявления коммуникативного поведения младшего подростка весьма противоречивы: с одной стороны, стремление во что бы то ни стало быть таким же, как все, с другой – желание выделиться, отличаться любой ценой; с одной стороны, стремление заслужить уважение и авторитет товарищей, с другой – бравоирование собственными недостатками. Страстное желание иметь верного близкого друга сосуществует у младших подростков с лихорадочной сменой приятелей, способностью моментально очаровываться и столь же быстро разочаровываться в бывших «друзьях на всю жизнь».

Дети, которые обнаруживают деструктивное поведение, это люди, которыми движут чувства гнева, отверженности, незащищённости, тревоги, обиды и часто неспособность к чёткому восприятию своей личности. У них часто отмечается низкая самооценка. Такой ребёнок не способен или не хочет, или не может утратить силу, лежащую в основе агрессивного поведения. Он чувствует, что должен сохранить ту же линию поведения, что это путь, способствующий выживанию. Для того чтобы ребенок мог адекватно ситуации выразить свои чувства, важно предложить ему приемлемые пути. Для выражения гнева, например, важно предоставить методы выражения подавленного гнева, помочь подойти к реальному восприятию чувства гнева (которое дети могут сдерживать), побудить их к тому, чтобы эмоционально отреагировать этот гнев прямо в данном месте, дать возможность прямого вербального контакта с чувством гнева, обсудить проблему гнева (что заставляет гневаться, как ребёнок это обнаруживает и как ведёт себя в это время).

Нужно помнить, что все наши чувства связаны с физиологическими изменениями, которые выражаются в мышечных телесных функциях. Если мы не выражаем своего гнева прямо, то он выражает себя каким-то другим путём, который чаще всего оказывается вредным для нас. Гнев можно выразить через какие-либо приемлемые действия: рисование, лепку, игру и т.п. Подобные процедуры можно проделывать и со страхами. Чувство вины в широком смысле этого слова представляет собой отражённый гнев (или негодование), оборачивающийся в большей степени против гневающегося, чем направленный на объект гнева. Обида сопутствует любому чувству вины. Если ребёнок не может выразить гнев и испытывает чувство вины, он обижается на взрослого (или, возможно, на другого ребёнка), который связан с этим неприятным чувством. Ребёнок не рождается с отрицательными представлениями о себе.

Пониженная самооценка приобретается часто в предподростковом возрасте. Некоторые из рекомендаций, которые стимулируют у ребёнка чувство собственного Я:

- слушать, признавать и принимать чувства ребёнка;
- относиться к нему с уважением;
- быть честным с ребёнком;
- делать только конкретные замечания, не использовать выражения типа:

«Ты всегда...»;

- предоставить ребёнку возможность брать на себя ответственность, быть независимым и иметь свободу выбора;
- следует привлекать ребёнка к решению проблем и принятию решений, касающихся его собственной жизни, уважать его чувства, потребности, желания, предложения, разумные решения;
- предоставлять ребёнку возможность экспериментировать, удовлетворять свои интересы, проявлять или не проявлять свои творческие способности;
- быть для ребёнка хорошим примером: быть о себе достаточно высокого мнения, действовать исходя из своих интересов;
- избегать назидательности;
- принимать ребёнка всерьёз, считаться с его суждениями.

Родители иногда упорно не признают того факта, что их дети вырастают. Любящие родители боятся выпускать своих детей в мир, хотя и должны это сделать. Многие дети начиная с предпубертативного периода стремятся стать взрослыми как можно быстрее. Но зачастую получается так, что ребенок хочет что-либо делать по-своему, подразумевая при этом, что за последствия поступков будут отвечать, как и раньше, родители.

Таким образом, суммируя всё перечисленное выше, можно сделать несколько общих выводов по первичной профилактической работе. Профилактика наркозависимости должна начинаться с определения тех принципов, которые обеспечивают достижение желаемых для социума целей и задач воспитательной работы с детьми, подростками, молодежью. При организации профилактической работы с детьми, подростками и молодежью необходимо соблюдать следующие принципы.

Во-первых, учитывать возрастные особенности при восприятии детьми, подростками, молодежью информации обо всех наркотических и психотропных веществах, механизмах возникновения зависимости от них. Известно, что существует психологическая и социокультурная готовность к восприятию, пониманию и использованию той или иной информации. При неправильном использовании она либо вообще не дает какого-либо эффекта, либо увеличивает вероятность появления ориентации на практическое ознакомление с разнообразными наркотическими веществами.

Во-вторых, изучать механизмы возникновения физической, психической и социокультурной зависимости от наркотических веществ. Нужна не только информация о вреде тех или иных видов наркотиков, а знание и понимание тех процессов, которые определяют появление у организма непреодолимой потребности в их постоянном применении. Кто знает последовательность этапов возникновения наркотической зависимости, тот получает возможность управлять своим поведением таким образом, чтобы не создавать саму возможность ее появления.

В-третьих, прививать навыки активного сопротивления каким-либо предложениям о применении наркотиков в типичных жизненных ситуациях. Дети, подростки, молодые люди должны не только получать необходимые знания о вреде наркотиков, механизмах их воздействия на организм человека, его поведение в обществе, но и на практике использовать методы неприятия в каком-либо виде любых наркотических веществ.

В-четвертых, профилактическая работа должна проводиться постоянно, на основе достижений современной науки о человеке, его развитии и само-

развитии, методик формирования навыков самоопределения и самоорганизации в процессе социализации личности в семье, школе, в трудовых и учебных коллективах, в учреждениях культуры, средствами массовой информации.

В-пятых, профилактическая работа должна проводиться с учетом индивидуальных склонностей тех или иных детей, подростков к появлению зависимости от табака, алкоголя, наркотиков, с организацией мониторинга содержания их ориентаций и установок, определяющих уровень готовности к активному сопротивлению попыткам приобщения к психоактивным веществам.

Исходя из этих принципов осуществляется практическая работа родителей, учителей, врачей, специалистов правоохранительных органов, СМИ, учреждений культуры с различными группами детей, подростков, учащейся и рабочей молодежи.

Профилактика наркомании должна строиться, прежде всего, на основе анализа механизмов, которые определяют вероятность возникновения соответствующей зависимости.

Начинать профилактическую работу надо с объяснения того, что представляет собой наркотическая зависимость. Это – соединение физиологического, психического и социокультурного подчинения личности определенным веществам природного и искусственного происхождения.

Раскрытие процесса возникновения наркозависимости требует анализа взаимосвязи преобразований, происходящих под влиянием наркотических веществ как на уровне организма, чувственно-эмоциональных реакций, сознания, так и на уровне реализации человеком требований культуры поведения на производстве, в быту, во время досуга.

Такой комплексный подход ориентирует на особое отношение к людям, попавшим в наркотическую зависимость. Их нельзя воспринимать только как больных в физиологическом плане. Они имеют отличающиеся от обычных индивидов психические реакции и иные установки на соблюдение норм и правил общественной жизни. Поэтому и сам отказ от наркотиков не может быть обеспечен только медицинскими средствами.

Изменение отношения личности к наркотическим веществам происходит только тогда, когда одновременно меняются реакции организма на них, происходит психологический отказ от их использования и преобразуются ценностные ориентации, установки, определяющие культуру поведения личности.

Занятия по профилактике следует проводить в раннем возрасте, когда прием ПАВ еще не начался, чтобы первичная профилактика не оказалась запоздалой. Занятия в этом возрасте в основном должны быть направлены не на информирование, а на коррекцию детско-родительских отношений, которые впоследствии будут закладывать основу для восприятия детьми употребления ПАВ и отношения к взролению в целом.

Приведенная ниже примерная тренинговая программа направлена на коррекцию детско-родительских отношений с целью профилактики, предотвращения в дальнейшем приема ПАВ детьми. Количественный состав группы 5–6 пар родителей (10–12 человек). В ряде занятий присоединяются дети. Продолжительность каждой встречи 2 часа. Занятия проводятся один-два раза в неделю. Программа предназначена для использования в качестве основы создания собственной рабочей программы тренинговой первичной профилактики приема ПАВ.

Примерная тренинговая программа коррекции детско-родительских отношений

Занятие 1. «Знакомство»

Ведущий знакомит участников с целями и задачами тренинга.

Прежде чем вводить основные правила и принципы групповой работы, необходимо соответствующим образом «подготовить» участников. Это можно сделать с помощью следующей фразы:

«Этот круг, в котором мы сидим, является пространством нашей группы. В этом пространстве нет ничего и никого кроме нас самих, кроме того, что мы принесли сюда в себе. Это и есть самое главное. Что-то делать с собой мы можем здесь только с помощью друг друга, только друг через друга. Наше общение, то, что мы внесем в групповое пространство, только это и будет помогать нам пониманию себя. Мы будем узнавать себя через те чувства, которые мы вызываем друг у друга, через те отношения, которые будут здесь складываться. Чтобы наше общение было эффективным, чтобы оно помогло каждому решить те задачи, которые он перед собой поставил, есть несколько принципов групповой работы».

- *Правило «здесь и теперь»*: главное – это то, что происходит сейчас, то, какие чувства каждый из участников испытывает в данный момент, так как только через актуальные переживания, через групповой опыт человек может познать себя. На занятиях можно пользоваться только той информацией, которую участник предоставляет о себе сам за время групповой работы. Прошлый опыт общения не обсуждается и не может предьявляться на занятиях в качестве аргумента. Ничего записывать, ничего зачитывать во время занятий нельзя. Кроме того, во время занятий выйти за дверь нельзя, что бы ни случилось.

- *Принцип эмоциональной открытости*: если участник что-то думает или чувствует «здесь и сейчас», то ему надо сказать об этом, выразить свои чувства, чтобы они стали достоянием группового опыта.

- *Правило «СТОП»* – каждый имеет право сказать: «У меня есть чувство, но я не хочу о нем говорить, мне больно». Это переживание также становится частью группового опыта, что вызывает новые чувства и открывает новые перспективы групповой работы.

- *Правило искренности*: говорить следует только о реальных чувствах, а не о тех, которые бы успокоили, оправдали или, наоборот, обидели собеседника. Если давать партнеру по общению искаженную обратную связь, то это может повлечь за собой формирование ошибочного мнения, как о себе, так и о других.

- *Правило не давать советов*: совет, пусть даже необходимый и правильный, трудновыполним, но не потому, что он плохой или нереальный, а потому, что совет – это, во-первых, индивидуальный способ действия, не подходящий для другого человека, а во-вторых, совет – это ограничение свободы личности, что может вызвать неосознаваемую агрессию по отношению к советчику.

- *Правило «Я-высказывания»*: в группе важно, чтобы каждый участник говорил любую фразу только от своего имени, поскольку только от своего имени можно говорить искренно о своих мыслях и чувствах.

• *Правило запрета на оценку*: оценка поступка есть ограничение личной свободы, порождающее тревогу по поводу возможной оценки, которую данный участник может получить от других членов группы. Таким образом, это может привести к «закрытости» участников или стремлению поступать исходя из принципов социального стандарта.

• *Принцип личной ответственности*: всё, что происходит или произойдет с данным человеком в процессе групповой работы, это следствие его личной активности, поэтому за все свои слова, действия и поступки он несет полную ответственность. Говорить на занятиях можно всё, но за свои слова нужно отвечать лично. Что бы ни сделал участник группы, это его выбор, за который он несет ответственность.

• *Принцип личного вклада*: чем чаще участник проявляет собственную активность, чем больше он участвует в групповой работе, тем больше обратных связей он получит, следовательно, тем больше у него будет возможностей для личностного роста. Все действия, происходящие во время групповой работы, предполагают участие в них каждого члена группы на равных условиях со всеми.

• *Правило конфиденциальности*: рассказывать вне группы о том, что было на тренинге, как вел себя тот или иной участник, какие проблемы решал, неприемлемо с точки зрения этики. Кроме того, групповые процессы должны обсуждаться в группе, а не за ее пределами, так как разговоры о групповых процессах вне работы ведут к снятию напряжения, необходимого при групповой работе.

• *«Презумпция здоровья»*: участники берут на себя ответственность признать себя здоровыми людьми.

• *Принцип «круга»*: во время работы каждый участник должен видеть каждого. Говорить на занятии можно только так, чтобы говорящего видел каждый член группы. Кроме того, каждый участник должен находиться в относительно равном положении с каждым членом группы.

• *Принцип инициативы участников*: на занятиях любая тема обсуждается исходя из внутреннего запроса присутствующих. Первоочередной должна стать наиболее актуальная тема. Актуальность тем, обсуждаемых на занятиях, соответствует неосознанной личностной иерархии ценностей участников.

• *Принцип включенности*: на занятиях нет супервизоров, наблюдателей, «оценщиков».

• *Принцип постоянства*: занятия пропускать нельзя.

Обговариваются условия и режим, вводятся правила групповой работы. Ведущий рассказывает, в какой форме проводятся занятия, каким темам они будут посвящены; раскрывает философию, на которой строятся отношения и взаимодействие с детьми: признание и уважение личности ребенка и стремление к сотрудничеству.

Ниже приведем приблизительный набор упражнений, которые могут меняться. Главное – достижение цели, ради которой эти упражнения проводятся.

1. «Знакомство»

Цель – сближение участников группы.

Дети и родители садятся в круг. Каждый родитель представляет своего ребенка и рассказывает, что он любит, что не любит, какой у него характер. Дети подтверждают или опровергают слова родителей. То же самое делают дети, представляя своих родителей.

2. «Таблички с именами»

Цель – знакомство, получение первичной информации друг о друге.

Каждый участник группы пишет на табличке свое имя и рисует свой символ, эмблему. По окончании работы каждый называет свое имя и «расшифровывает» свою эмблему.

3. «Молекулы»

Цель – повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Инструкция: «Представим себе, что все мы – атомы. Атомы выглядят так: согнуть руки в локтях и прижать кисти к плечам. Атомы постоянно двигаются и время от времени объединяются в молекулы. Число атомов в молекуле может быть разнообразным, оно будет определяться тем числом, которое я назову. Мы все сейчас начнем быстро двигаться по этой комнате, и время от времени я буду называть какое-нибудь число, например три. И тогда атомы должны объединяться в молекулы – по три атома в каждой. Молекулы выглядят так: лицом друг к другу, касаясь друг друга предплечьями».

4. «Три мушкетера»

Цель – знакомство, получение первичной информации друг о друге, формирование коммуникативных навыков.

Группа делится на подгруппы по 3 человека в каждой. На каждую группу раздается анкета: вот три вещи, которые мы все любим; вот три вещи, которые мы все не любим; я (имя) отличаюсь от других тем, что я (вставить).

5. «Гордиев узел»

Цель – снятие напряженности.

Инструкция: «Встаньте, закройте глаза. Руки вытянуты вперед на уровне груди, идите вперед и попытайтесь взять в каждую руку руки других участников».

6. «Газета»

Цель – повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Инструкция: «Дети делятся на команды по 4 человека. Ваша задача – встать командой на газету. Газету по ходу выполнения упражнения можно складывать. Детям задаются вопросы об их переживаниях».

7. «Какая рука у соседа»

Цель – установление контакта между участниками группы, развитие тактильных ощущений.

Дети и родители берутся за руки. Правая рука сверху, левая снизу. В полной тишине почувствовать, какая рука (мягкая, теплая, влажная, холодная, приятная, неприятная и т.д.). Каждый проговаривает, что он чувствует и ощущает.

8. «Игра без правил»

Цель – создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Родитель и ребенок садятся рядом и разговаривают, постоянно проговаривая начало предложенной фразы: «Мне нравится, что ты...» – и добавляя к ней свое содержание. Тем самым возникает позитивный диалог, родитель с ребенком, а ребенок с родителем налаживают «обратную связь».

9. «Я – Ты»

Цель – формирование чувства близости между родителями и детьми.

Родители и дети садятся на ковер спиной друг к другу (попарно). Звучит спокойная музыка. Они должны почувствовать друг друга. Затем родитель говорит «я», ребенок говорит «ты». Родитель говорит «ты», ребенок говорит «я». И так по очереди. Упражнение заканчивается только по желанию самих участников.

10. Рефлексия

Участники по кругу: характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось – не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

Домашнее задание

Выбрать любимый и нелюбимый цвет, обосновать выбор. Вспомнить самую любимую и самую нелюбимую сказку, обосновать выбор. Выбрать самые любимые и нелюбимые черты человеческого характера. О чем я бы попросил доброго и злого волшебников? Если бы я мог стать на час кем угодно, то кем бы я стал и что бы я сделал?

«Колокол»

Цель – сплочение группы, эмоциональное и мышечное расслабление, создание атмосферы единства.

Дети и взрослые становятся в круг, поднимают поочередно правую и левую руки вверх, соединяя руки в центре круга в виде «колокола». Произносят: «Бом!» – и синхронно, с силой бросают руки вниз. На вдохе поднимают руки, на выдохе произносят: «Бом!» – и бросают руки. Ведущий задает ритм. Повторить несколько раз. Может быть вариант двух «колоколов»: большого (из родителей) и маленького (из детей). Маленький располагается внутри большого.

Занятие 2. «Социальная самоидентификация»

1. «Приветствие»

Все участники группы берутся за руки и здороваются друг с другом, называя по имени.

2. «Кулак, палец, ладонь»

Цель – сплочение группы, эмоциональное и мышечное расслабление, создание атмосферы единства.

Не договариваясь, на счет «три» «выкинуть» кулак, ладонь или большой палец вверх всей группе одновременно. Выкинуть определенное количество пальцев на одной руке (от 1 до 5).

3. «Счет»

Цель – сплочение группы, эмоциональное и мышечное расслабление, создание атмосферы единства.

Ведущий называет числа. Сразу после того как число будет названо, должно встать столько человек, какое число прозвучало.

4. «Переключатели»

Цель – создание позитивного настроения на работу, создание атмосферы единства.

На счет «три» нужно повернуться на 90 градусов, не договариваясь, в какую сторону.

5. «Я и мой мир вокруг меня»

Цель – самовыражение, самоосознание. Создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Рисунок. Рисовать, оставляя середину листа пустой. Нарисовать все, что вас окружает в жизни, с кем и с чем вам приходится общаться, взаимодействовать. Теперь в центре нарисуйте себя. Рассказать о своем рисунке. Нравится ли тебе рисунок? Что из нарисованного наиболее важно, а что наименее? Отметить знаком плюс то, что нравится, с чем приятно взаимодействовать, а знаком минус – то, с чем взаимодействовать неприятно.

6. «Маски»

Цель – самовыражение, самоосознание. Работа с различными чувствами и состояниями. Развитие навыков, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

На заранее заготовленных трафаретах масок нарисовать те лица, какими вы бываете, и те лица, какими хотели бы быть. Рассказать историю от лица каждой маски. По окончании работы устроить выставку масок. Найти похожие друг на друга маски.

7. «Генеалогическое древо»

Цель – усиление сплоченности между родителями и детьми; развитие взаимопонимания; установление связи между поколениями, расширение представлений детей о жизни их предков и семьи.

На одном большом листе бумаги нарисовать свое генеалогическое древо. Дети и родители работают совместно. Задача родителей – в процессе рисования познакомить детей с жизнью их бабушек, дедушек, прабабушек и т.д. Рассказать о традициях, присущих семье. По окончании работы устраивается выставка, и каждый ребенок рассказывает о своем генеалогическом древе и о традициях, существующих в его семье.

8. «Старые фотографии»

Цель – усиление сплоченности между родителями и детьми; развитие взаимопонимания; установление связи между поколениями.

Родители и дети дома подбирают фотографии, на которых запечатлены счастливые события из жизни их семьи. Дети по очереди рассказывают о людях, изображенных на фотографиях, об их судьбах, чертах характера, о случаях из жизни этих людей.

9. «Что такое мальчик? Что такое девочка?»

Цель – расширение представлений о людях, их социальном поведении.

Группа делится на подгруппы: взрослые и дети. Каждой группе дается задание – сделать совместный коллаж на тему «Что такое мальчик? Что такое девочка?». По окончании работы проводится совместное обсуждение. По окончании обсуждения обе группы объединяются и создают единый коллаж на ту же тему. Особое внимание уделяется тому, чтобы мнение каждой группы учитывалось при создании единой работы.

10. «Наши вопросы»

Цель – снятие напряженности, создание групповой сплоченности.

На листочке каждый участник группы пишет вопрос, который его очень интересует, но задать его вслух он не решается. Все листочки собираются в коробку в центре комнаты. Ведущий по очереди вытаскивает и зачитывает вопросы, а кто-то из группы дает ответ.

11. *«Ищу друга»*

Цель – сплочение группы, создание атмосферы единства, снятие напряженности.

Каждый участник группы составляет объявление о том, что он ищет друзей, и дает небольшую информацию о себе и о своих пожеланиях, касающихся личных качеств людей, с которыми он хотел бы познакомиться. Все объявления вывешиваются на стенде с названием «Знакомства». Если кого-то привлекло чье-то объявление, то на нем ставится галочка. В результате какие-то объявления окажутся лидерами, а какие-то никем не будут выбраны. По окончании работы проводится групповое обсуждение.

12. *Рефлексия*

Участники по кругу характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось – не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

Занятие 3. «Мир детский и мир взрослый»

1. *«Приветствие»*

Все участники группы берутся за руки и здороваются друг с другом, называя по имени.

2. *«Подари улыбку»*

Цель – создание атмосферы единства, повышение позитивного настроения, развитие умения выражать свое эмоциональное состояние.

Участники становятся в круг, берутся за руки. Каждый по очереди дарит улыбку своим соседям слева и справа, важно при этом смотреть друг другу в глаза. Рефлексия: Что чувствовали? Какое сейчас настроение?

3. *«Зеркало»*

Цель – эмоциональное осознание своего поведения, снижение напряжения, формирование умения подчиняться требованиям другого, произвольный контроль, преодоление неуверенности.

Участники группы становятся в две шеренги лицом друг к другу, разбиваясь на пары. Один человек в паре – водящий, другой – «зеркало». Водящий смотрится в «зеркало», а оно отражает все его движения. По сигналу ведущего участники меняются ролями, затем напарниками.

4. *«Клеевой дождик»*

Цель – развитие сплоченности группы, снятие напряжения.

Дети встают друг за другом и держатся за плечи впереди стоящего. В таком положении они преодолевают препятствия: перешагивают через стул, проходят под столом, обходят вокруг ковра, пробираются сквозь «дремучий лес», прячутся от «хищных зверей».

5. *«Ты любишь...»*

Цель – создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Дети и родители говорят друг другу о том, что они любят: «Я думаю, что ты любишь...» Важно, чтобы желания относились не только к сфере еды или одежды. Ребенку необходимо показать, что можно любить запахи, звуки...

6. Упражнение на принятие себя «да – нет»

Цель – формирование чувства близости между родителями и детьми, принятие друг друга, развитие навыков общения.

Родители и дети сидят на ковре, опираясь на спину друг друга. При этом доверительно произносятся: «да – нет», «нет – да».

После упражнения – обсуждение: «Что проще говорить – «да» или «нет»?»

7. «Великий мастер»

Цель – снятие внутреннего напряжения; поиск своих ресурсов.

Каждый по очереди заканчивает предложение: «Я великий мастер...»

8. «Мир детский и мир взрослый»

Цель – самовыражение, самоосознание; создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Рисунок. Нарисовать мир детский и мир взрослый. Рассказать о своем рисунке. Нравится ли тебе рисунок? Что из нарисованного наиболее важно, а что наименее? Чем похожи и чем отличаются друг от друга два мира? В каком мире хотелось бы оказаться сейчас?

Домашнее задание

Заполнить анкету «Что меня радует и что огорчает в моем ребенке».

Рефлексия

Участники по кругу характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось – не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

Занятие 4. «Прошлое – настоящее – будущее»

1. «Приветствие» – проходит по стандартной схеме.

2. «Распределение времени»

Цель – развитие представления о времени, развитие способности структурировать свое время.

Чтобы определить, на что вы ежедневно тратите свое время, распределите свои занятия по следующим группам:

- занятия, которые вы не любите, но обязаны делать;
- дела, которыми вы занимаетесь, потому что они вам нравятся;
- праздное времяпрепровождение;
- ежедневные ритуалы;
- встречи;
- другое.

Нарисуйте окружность, разделите ее на сегменты, отражающие долю каждой группы ваших занятий в ваш обычный день. Нарисуйте, как бы вам хотелось распределять свое время (ваш идеальный день).

3. «Прошлое – настоящее – будущее»

Цель – осознание своей жизни, работа над актуальными на данный момент проблемами и трудностями.

Нарисовать отрезок и разделить его на 3 части, которые соответствуют прошлому, настоящему и будущему. Поставить значок в том месте рисунка, где вы находитесь сейчас. Обсуждение: что было в прошлом, что происходит и волнует сегодня, о чем мечтаете в будущем?

4. «Твоя жизнь»

Цель – осознание своей жизни, работа над актуальными на данный момент проблемами и трудностями.

Нарисовать что-то, что символизировало бы вас маленького и вас взрослого. Похожи ли эти два символа? Что себе сегодняшнему можешь дать ты маленький и ты взрослый?

5. «Кино»

Цель – самовыражение, самосознание; создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Упражнение выполняют дети, взрослые только слушают и могут задавать вопросы. «Представь, что о тебе, когда тебе 30 лет, сняли фильм и сейчас ты его смотришь. Расскажи, как ты – главный герой фильма – выглядишь, чем занимаешься и т.п. Нарисуй кадры из фильма. Доволен ли ты этим фильмом? Что понравилось больше всего? Каков жанр этого фильма? Если ты не совсем доволен, что бы тебе хотелось изменить в этом фильме? Что тебе нужно для этого сделать?»

6. «Закончи предложения»

Цель – самовыражение, самоосознание.

Каждый участник группы на листе бумаги заканчивает следующие предложения.

1. Я очень хочу, чтобы в моей жизни было...
2. Я пойму, что счастлив, когда...
3. Чтобы быть счастливым сегодня, я делаю...

7. «Волшебный стул»

Цель – снятие внутреннего напряжения; поиск своих ресурсов.

Каждый по очереди может сесть на стул и рассказать о своем самом заветном желании.

8. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 5. «Умение слушать»

1. «Приветствие» – проходит по стандартной схеме.

2. «Испорченный телефон»

Участвуют 5 человек. Четырех человек просят выйти из комнаты. Их просят по одному заходить в комнату. Задача – передать максимально точно полученную информацию. Зачитывается текст. Каждый участник передает его следующему. Результат последнего участника сравнивается с оригиналом. Все участники группы обсуждают, что мешало точно передавать информацию, что искажает информацию, обсуждаются стратегии наиболее точной передачи информации.

3. «Разные ответы»

Цель – упражнение помогает членам группы научиться лучше отличать уверенные ответы от неуверенных и агрессивных.

Перед выполнением упражнения с участниками обсуждается, как они понимают отличие уверенных ответов от неуверенных и агрессивных. Приводятся примеры. Группе предлагаются разные ситуации (мама не пускает гулять, поставили низкую оценку и т.д.), выбираются добровольцы и

разыгрывается сценка. После показа сценки группа обсуждает, какие ответы получились у участников. Обращается внимание не только на вербальное выражение эмоций, но и на невербальное.

4. *«Ты мне нравишься, потому что...»*

Цель – создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Все участники тренинга по очереди садятся на стул, находящийся в центре круга («горячий стул»). Остальные члены группы говорят ему: «Ты мне нравишься, потому что ты...» (веселый, добрый, отзывчивый и т.д.).

5. *«Акустики»*

Цель – развитие концентрации внимания.

Закрыв глаза, все участники слушают шум за окном и говорят о том, что услышали. Затем слушают шум в комнате и говорят, что услышали.

6. *«Никто не знает»*

Цель – создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Мяч перебрасывают по кругу, участник, в руках которого оказывается мяч, говорит: «Никто не знает, что я... (умею вязать, петь и т.д.).»

7. *«Шурум-бурум»*

Цель – развитие концентрации внимания, умения передавать различные настроения, понимать эмоциональное состояние другого человека.

Ведущий загадывает настроение и произносит слово «шурум-бурум» так, чтобы другие по интонации догадались о задуманном чувстве. Кто отгадает – становится ведущим.

8. *«Вижу разницу»*

Цель – развитие концентрации внимания.

Доброволец выходит за дверь. Группа делится на две подгруппы по какому-либо признаку (кто в джинсах, блондины и т.д.). Доброволец должен угадать, по какому признаку разделилась группа.

9. *«Картина двух художников»*

Цель – умение работать в парах, развитие навыка совместной деятельности, развитие эмпатии.

Проведение: парами, не договариваясь, держась вдвоем за один карандаш нарисовать любую картину: кошку, домик, елку и т.д.

10. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 6. «Усиление сплоченности»

1. *«Приветствие»* – проходит по стандартной схеме.

2. *«Браво»*

Цель – усиление сплоченности; снятие внутренней тревоги.

«Кто из вас бывал в театре или цирке и видел, как публика восторженно рукоплещет артистам в конце представления? Кто из вас когда-нибудь мечтал об этом? Каждый из нас время от времени заслуживает таких аплодисментов. Теперь каждый, по очереди, будет вставать на стул, а другие будут громко аплодировать ему».

Обсуждение, как себя чувствовали. Понравилось или нет?

3. «Фанты»

Цель – повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

На бумажках пишутся задания. Участники тренинга по очереди вытягивают бумажки и выполняют то задание, которое там написано. Задания могут быть как шуточными, так и серьезными.

4. «Пересядьте все те, кто...»

Цель – повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Из круга убирается один стул. Ведущий говорит: «Пересядьте все те, кто в красном (в джинсах, любит собак и проч.). Кто замешкался и ему не хватило стула, становится водящим.

5. «Найди себя»

Цель – самораскрытие, работа с образом Я.

Вариант 1. Предлагается набор разнообразных предметов: ракушка, игрушка, кубик и т.д. Предлагается посмотреть на них и выбрать один предмет, который чем-то похож на меня, чем-то мне близок, который нравится. Придумать и рассказать историю, сказку, притчу об этом предмете как персонаже.

Вариант 2. В матерчатый мешок положить разнообразные предметы. Нащупать предмет, затем от имени предмета придумать и рассказать историю: «Я – игрушечный котенок. Я мягкий, немного потрепанный...»

6. «Какой он»

Цель – развитие сензитивности, эмпатии, взаимопонимания.

Водящий выходит за дверь, а остальные загадывают кого-то из группы. Водящий, задавая вопрос «Какой он?», должен отгадать, кого загадали.

7. «Хорошо или плохо»

Цель – посмотреть на одно и то же явление с разных точек зрения. Развитие умения слушать другого.

Выбирается какое-либо качество (например, доброта). По кругу один человек говорит: «Хорошо быть добрым, потому что...», а следующий за ним говорит: «Плохо быть добрым, потому что...» Делятся на команды. Нужно записать как можно больше «+» и «-» одного и того же качества.

8. «Комплименты»

Цель – усиление сплоченности; развитие умения сказать другому что-то приятное, доставить радость.

Две группы образуют внешний и внутренний круг. Человек из внешнего круга говорит: «Мне нравится, что ты добрый», а из внутреннего повторяет: «Да, я добрый, а еще я умный» и т.д.

9. «Только вместе»

Цель – развитие сензитивности, эмпатии, взаимопонимания.

Группа делится на пары – ребенок и родитель. Задача – сесть спиной к спине и попробовать встать, не отрывая спин друг от друга. По окончании задания поделиться ощущениями: тяжело далось упражнение или легко, много ли времени понадобилось на его выполнение.

10. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 7. «Работа с «Я-образом»

1. *«Приветствие»* – проходит по стандартной схеме.

2. *«Узкий мост»*

Цель – повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

На полу мелом чертится тонкая линия. Необходимо вдвоем пройти по этому мосту.

3. *«Рисование себя»*

Цель – самораскрытие, работа с образом Я.

Нарисовать себя схематично в виде растения, животного. Работы не подписываются. По окончании выполнения задания все работы вывешиваются на стенд, и участники пытаются угадать, какая работа кому принадлежит. Делятся своими ощущениями и впечатлениями о работах.

4. *«20 Я»*

Цель – самораскрытие, работа с образом Я.

20 раз ответить на вопрос «Кто я? Какой я?» Листы, на которых выполнялись задания, не подписываются. Ведущий собирает листы, перемешивает их и зачитывает. Участники группы пытаются догадаться и назвать автора.

5. *«Пообщаться руками»*

Цель – повышение сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Закрывать глаза, протянуть руки вперед и найти на ощупь кого-то. Попробовать пообщаться руками (поздороваться, потолкаться). Какими были руки на ощупь, с кем было комфортно?

6. *«Волшебная рука»*

Цель – самораскрытие, получение обратной связи; повышение сплоченности группы.

Обвести ладонь и на каждом пальце написать свое качество. Листы передаются по кругу. Каждый может дописать качество, которое присуще обладателю ладони.

7. *«Качества»*

Цель – самораскрытие, получение обратной связи; повышение сплоченности группы.

По кругу для каждого участника тренинга на отдельном листочке пишутся 2 качества, которые вы цените в этом человеке, и 2 качества, которые вы хотели бы видеть более развитыми. Листочки, пройдя полный круг, возвращаются к автору. Проводится обсуждение.

8. *«Место, где я себя прекрасно чувствую»*

Цель – работа с «внутренним ресурсом»; самораскрытие; повышение ценности внутреннего мира каждого человека.

Нарисовать картину, изображающую то место, где вы себя хорошо чувствуете. Это может быть своя комната, сад и проч. Каждый комментирует свой рисунок: что это за место, где оно находится, что там интересного, почему это место так нравится и т.д.

9. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Домашнее задание

Взрослым. Перечислите десять поступков ребенка, которые удивили вас или были для вас неожиданными. Попробуйте теперь найти в каждом по-

ступке такие стороны поведения ребенка, которые вызывают у вас радость, удовольствие, воодушевление. Определите, что в каждом случае кажется вам в поведении ребенка наивным, что напоминает Ваши собственные поступки в прошлом или же насколько тот или иной поступок характерен только для вашего ребенка, выявляет его индивидуальность. Найдите такие стороны каждого поступка, которые позволили бы вам сказать: «Я понимаю, почему он так сделал!»

Детям. То же самое – о родителях.

Занятие 8. «Принимаем решение»

1. *«Приветствие»* – проходит по стандартной схеме.

2. *«Передай мячик»*

Цель – повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Сидя или стоя стараться как можно быстрее передать друг другу мячик, не уронив его. Можно в максимально быстром темпе бросать мяч друг другу.

3. *«Воздушный шар»*

Цель – формирование навыка принятия решений как коллективных, так и персональных. Формирование представлений о конфликтах, умения распознавать и прогнозировать конфликтную ситуацию, развитие способности идти на компромисс.

Предлагается ситуация: после проведения успешной научной экспедиции ее участники летят домой на воздушном шаре. Лететь еще далеко, но в шаре образовалось отверстие, и он начинает медленно падать. Падение замедлилось после освобождения от балласта, однако возникает необходимость еще облегчить шар, выбросив другие предметы. Среди этих предметов: аптечка – 5 кг, компас – 2, консервы – 25, подозрительная труба – 1, ружье и патроны – 25, конфеты – 20, спальные мешки – 30, ракетница и сигнальные ракеты – 10, палатка – 20, баллон с кислородом – 50, географические карты – 5, баллон с питьевой водой – 20, надувная лодка – 25, видеокассеты – 3, видеокамера – 5, магнитофон – 3 кг. Участникам нужно решить, что и в какой последовательности выбросить.

Сначала каждый думает самостоятельно, затем происходит совместное обсуждение и принимается единое решение. Оно записывается. Время падения шара неизвестно, но скорость падения возрастает. Условия выполнения задания: высказаться должен каждый, решение принимается при единогласном голосовании. При одном воздержавшемся предложение отменяется. Решение должно быть принято по каждому предмету из перечня.

После завершения игры нужно обсудить с участниками, что им понравилось, какие у них возникали ощущения, какое решение принимать легче – персональное или коллективное. Каждому предлагается вспомнить ситуацию, когда ему удалось принять оптимальное решение. Обсудить с родителями и детьми, как принимаются важные решения в семье, что при этом учитывается в первую очередь; какие решения целесообразно принимать совместно с детьми.

4. *«Необитаемый остров»*

Цель – формирование навыка принятия решений как коллективных, так и персональных. Формирование представлений о конфликтах, умения рас-

познавать и прогнозировать конфликтную ситуацию, развитие способности идти на компромисс.

Участникам предлагается ситуация: в результате кораблекрушения вы оказались на необитаемом острове с богатой растительностью и животным миром. Есть на острове и ядовитые растения, и хищные животные. Помощи ждать не приходится. Игра начинается с распределения ролей: кто и что будет делать, за что отвечать, как будут приниматься решения, кто будет руководить жителями острова? Обращается внимание на распределение пищи: поровну или по трудовому вкладу? Отдавать ли большую часть пищи сильным, чтобы лучше работали, или слабым, чтобы выжили? Что делать с человеком, который решил жить сам по себе и вдруг тяжело заболел? Будут ли праздники, выходные? Разрабатывается нравственный кодекс из десяти правил: четких, обеспечивающих выживание, сотрудничество и предотвращение конфликтов. Предусматриваются санкции за нарушение правил.

После игры проводится ее обсуждение, подчеркиваются положительные стороны общения, удачные способы принятия коллективного решения, умение учитывать мнение остальных и отвечать за себя, проходит обсуждение, что было самым трудным.

Домашнее задание. Проанализировать любую конфликтную ситуацию и подумать, можно ли было ее избежать при помощи компромисса.

5. «Тень»

Цель – развитие наблюдательности, памяти, внутренней свободы и раскованности, умения подстраиваться под другого.

Все участники разбиваются на пары (родитель с ребенком). Звучит фонограмма спокойной музыки. Один человек (родитель) – «путник», другой (ребенок) – его «тень». «Путник» идет через поле, а за ним, на два-три шага сзади, идет его «тень». «Тень» старается точь-в-точь скопировать движения «путника». Через некоторое время участники меняются ролями. Желательно стимулировать «путников» к выполнению разных движений: «сорвать цветок», «присесть», «проскакать на одной ноге», «остановиться и посмотреть из-под руки» и т.д. После игры – обсуждение.

6. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 9. «Почувствуй себя любимым»

1. *«Приветствие»* – проходит по стандартной схеме.

2. *«Щепки плывут по реке»*

Цель – налаживание физического контакта между родителями и детьми, развитие тактильных ощущений.

Участники встают в две шеренги на расстоянии вытянутой руки друг от друга – они берега. Один участник группы – щепка. Он медленно «проплывает» между «берегами». «Берега» мягкими прикосновениями помогают «щепке». Говорят ей ласковые слова, называют по имени. «Щепка» сама выбирает, с какой скоростью ей двигаться. Упражнение можно проводить с открытыми или закрытыми глазами.

3. *«Ласковое имя»*

Цель – создание позитивного настроения, развитие чувства доверия участников друг к другу, формирование в группе атмосферы взаимной поддержки.

Каждый из участников по очереди становится в круг и протягивает руки ладонями вверх тому, с кого бы он хотел начать движение по кругу. Все по одному называют варианты ласкательного имени участника, стоящего в центре круга, и как бы «дарят» его. Важно при этом прикоснуться к ладоням и посмотреть в глаза, поблагодарить за «подарок».

4. *«Мои достижения»*

Цель – поиск внутреннего ресурса, повышение самооценки.

Каждый участник тренинга, по очереди, выходит в центр круга и рассказывает, чего он достиг в этом году. Например: «Я научилась играть в волейбол», «Я бросил курить» и т.д.

5. *«Ресурсы»*

Цель – поиск внутреннего ресурса, повышение самооценки.

Поразмышлять над вопросом: «Что тебе может помочь достичь твоих целей? Чем ты уже обладаешь, чтобы достичь этих целей: черты характера, друзья, поддержка родных и т.д.?» На листе бумаги написать 4 своих сильных качества. Изобразить их в виде символа. Обсуждение.

6. *«Аплодисменты по кругу»*

Цель – переживание чувства радости, волнения, ожидания, сплочение группы, создание атмосферы принятия.

Все становятся в круг. Ведущий подходит к кому-то из участников, смотрит ему в глаза и дарит свои аплодисменты, изо всех сил хлопая в ладоши. Затем они оба выбирают следующего участника, который также получает свою порцию аплодисментов – они оба подходят к нему, встают перед ним и аплодируют. Затем уже вся тройка выбирает следующего партнера. Каждый раз тот, кому аплодировали, имеет право выбирать следующего. Таким образом, игра продолжается, а овации становятся все громче и громче. Важно услышать овации не только ушами, но и почувствовать их всей душой.

7. *«Паровозик»*

Цель – развитие произвольности, умения принимать на себя ответственность, заботу о других.

Звучит веселая музыка. Участники встают, строятся «в затылок» и крепко держатся друг за друга. Первый человек – «паровозик», все остальные – «вагоны». У «вагонов» глаза при движении закрыты. «Паровоз» отвечает за движение состава, чтобы он ни во что не врезался и чтобы вагончикам было комфортно путешествовать. Каждому участнику важно побывать и в роли «паровоза», и в роли «вагона». После игры обязательно обсуждение по вопросам: «Какая роль понравилась больше и почему? Какой «паровоз» был более заботливым и осторожным?»

8. *«Мы тебя любим»*

Цель – эмоциональная поддержка, установление доверительных отношений.

Все участники становятся в круг. Каждый ребенок по очереди выходит в центр, его хором называют по имени три раза. Затем хором проговаривают фразу: «Мы тебя любим». Можно назвать ребенка каким-либо ласковым прозвищем (например, «Зайчик», «Солнышко»).

9. *«Налаживание взаимоотношений»*

Цель – возможность выразить свою любовь, поддержку, принять ребенка, ощутить тактильный контакт.

Упражнение выполняется в парах. Звучит спокойная музыка. Все садятся на ковер (ребенок и его родитель сидят спиной друг к другу), закрывают глаза и чувствуют друг друга. Мама (папа) – большая, надежная, теплая, сильная. Ребенок – беззащитный, хрупкий, ранимый. Потом родитель тихо говорит ребенку: «Я тебя люблю!» Ребенок отвечает: «Я тебя люблю!» – и так по очереди, сколько захочется. В конце упражнения дать возможность родителям и детям выразить свои чувства (обнять, поцеловать, погладить).

10. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 10. «Путь доверия»

1. *«Приветствие»* – проходит по стандартной схеме.

2. *«Надписи на футболке»*

Цель – создание позитивного настроения на работу, развитие взаимопонимания, доверия.

Придумать и написать соседу справа надпись на футболке так, чтобы она подходила ему, отражала его внутреннее содержание, передавала его настроение. Обсуждение.

3. *«Передай сигнал»*

Цель – сплочение группы, развитие способности к сосредоточению и чувства ответственности.

Участники становятся в круг, держась за руки. Ведущий просит всех закрыть глаза и передает какой-нибудь сигнал (два раза пожать руку, поднять руку вверх и т.д.). Получивший справа или слева сигнал должен передать его следующему по цепочке. Игра окончена, когда ведущий получает переданный им сигнал. В игре используется принцип «испорченный телефон».

Повторяется несколько раз.

4. *«Слепой и поводырь»*

Цель – формирование чувства близости между родителями и детьми, развитие чувства безопасности, умения сопереживать, понять чувства другого человека (эмпатия).

Упражнение проводится в парах (родитель и ребенок). Один из участников – «слепой», второй – его «поводырь», который должен провести «слепого» через различные препятствия, созданные заранее (мебель, столы, стулья, препятствия могут быть другие люди), познакомить с внешним миром. У «слепого» завязаны глаза. Цель «поводыря» – провести его так, чтобы тот не споткнулся, не упал, не ушибся. После прохождения маршрута участники меняются ролями. Далее желательно обсудить с участниками ход игры, спросить, что они чувствовали, будучи «слепыми» и «поводырями», было ли уютно в этих ролях, что хотелось сделать во время игры, как изменить ситуацию.

5. *«Разведчики»*

Цель – развитие наблюдательности, памяти, коммуникативных и организаторских способностей, формирование чувства доверия и ответственности.

Из группы выбираются «разведчик» и «командир». Остальные – «отряд». В зале стулья расставлены хаотично. «Разведчик» проходит между стульями с разных сторон. «Командир» наблюдает за действиями «разведчика». Затем он проводит «отряд» по тому пути, который был ему показан «разведчиком». Потом уже второй «разведчик» прокладывает новый путь и другой «командир» повторяет его и т.д.

6. «Кошки-мышки»

Цель – снятие эмоционального и мышечного напряжения, преодоление страхов.

Выбираются «кошка» и «мышка». Все остальные образуют круг, взявшись за руки, – это «домик мышки». Задача «кошки» – поймать «мышку». Стоящие в кругу защищают, прячут «мышку» от «кошки».

7. «Ежик»

Цель – эмоциональная поддержка, установление доверительных отношений между родителями и детьми, принятие друг друга, тактильный контакт.

Упражнение проводится в парах (родитель и ребенок). Один из пары «сворачивается» в клубочек и сохраняет положение. Задача второго – развернуть его, найти подход, создать условия, при которых «ежик» захочет сам раскрутиться, установить взаимопонимание. Запрещаются силовые приемы, щекотка, уговаривание словами. После этого участники меняются ролями. Упражнение заканчивается обсуждением.

8. «Колокол» – описание дано выше.

9. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 11. «Агрессия и гнев»

1. «Приветствие» – проходит по стандартной схеме.

2. «Преобразование злости»

Цель – создание позитивного настроения, сплочение группы, развитие наблюдательности, внутренней свободы и раскованности, способности к самовыражению, возможность посмотреть на себя со стороны.

На доске два человека разноцветными мелками в быстром темпе пытаются закрасить все поле доски. Полученное изображение необходимо дорисовать вдвоем до образа.

3. «Кулаки, ладони, руки, скрещенные на груди»

Цель – создание позитивного настроения, сплочение группы

Все по команде, не договариваясь, выбрасывают руки определенным образом: кулаки – ладони – руки, скрещенные на груди. Задача – всей команде выбросить руки определенным образом.

4. «Портрет агрессивного человека»

Цель – сплочение группы, развитие наблюдательности, способности к самовыражению.

Все участники группы обсуждают, как выглядит агрессивный человек: каковы черты его лица, походка, жесты, мимика. Нарисовать всей группой собирательный портрет агрессивного человека.

5. «Хорошо или плохо быть агрессивным»

Цель – развитие наблюдательности, способности посмотреть на явление с разных точек зрения.

Все участники тренинга по очереди говорят, почему быть агрессивным плохо и почему быть агрессивным хорошо. Например: хорошо быть агрессивным потому, что все тебя боятся. Плохо быть агрессивным, потому что никто не хочет с тобой дружить.

6. «Толкалки»

Цель – развитие умения анализировать свою агрессию через игру, соизмерять свои силы, отработка навыков самоконтроля и игры по правилам, снятие напряженности, расширение контакта в группе.

Упражнение выполняется в парах (родитель с родителем, ребенок с ребенком). По знаку ведущего участники попарно упираются друг в друга ладонями, стараясь сдвинуть партнера с места. Ведущий следит за тем, чтобы никто никому не причинил боли, не делал резких толчков. Постепенно можно ввести новые варианты игры. Например, участники, взявшись за руки, тянут напарника на себя.

7. *«Дракон кусает свой хвост»*

Цель – снятие напряженности, страхов.

Звучит веселая музыка. Дети встают друг за другом вместе со взрослыми и крепко держат друг друга за плечи. Первый человек – «голова дракона», последний – «хвост дракона». «Голова дракона» пытается поймать «хвост», а тот уворачивается от нее. Ведущий должен следить за тем, чтобы участники не отпускали друг друга. В роли «головой дракона» и его «хвоста» должны побывать все участники, причем дети обязательно в роли «головой», а их родители – в роли «хвоста».

8. *«Ворвись в круг»*

Цель – снятие эмоционального напряжения, возможность исполнить роль тирана, пережить чувство отверженности, приобрести навыки конструктивного поведения в подобных ситуациях, развитие групповой сплоченности.

Участники встают в один большой круг и крепко держатся за руки. Один из участников должен остаться за кругом и попытаться прорваться в круг. Как только ему это удастся, следующий должен выйти за круг и попытаться ворваться в него и остаться в нем. Ведущий следит за тем, чтобы никому не причинить боли, чтобы всем была предоставлена возможность собственными силами проникнуть в круг. Ребенок, который не в состоянии сделать это, должен оставаться вне круга не более одной минуты, его необходимо пустить в круг. После выполнения упражнения обязательно обсуждение. Что вы чувствовали, когда были частью круга? Что вы чувствовали, когда пытались проникнуть в круг? Что почувствовали, когда получилось проникнуть в круг?

9. *«Только вместе!»*

Цель – физический контакт, возможность почувствовать друг друга, настроиться на сотрудничество и взаимопонимание.

Участникам необходимо разбиться на пары (родитель и ребенок), встать спина к спине и попробовать медленно, не отрывая своей спины от спины партнера, сесть на пол. И точно так же встать. Пары желательно менять: ребенок – ребенок, родитель – родитель. После игры обсуждение. С кем вставать и садиться было легче всего? Что было самым трудным в этом упражнении?

10. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 12. «Просьба и отказ»

1. *«Приветствие»* – проходит по стандартной схеме.

2. *«Просьба»*

Цель – развить умения, необходимые для успешного общения в ситуациях просьбы и отказа.

Каждый по очереди обращается к группе (например, с просьбой дать цветные карандаши или ластик). Говорящий придумывает, как он поступит: будет приказывать, умолять, выпрашивать или вежливо просить. После этого каждый обращается с просьбой к группе, используя соответственно интонацию, мимику, жесты, позу. Группе надо догадаться, какого рода это обращение.

3. «Что помогает общению в ситуации просьбы?»

Цель – научить осознавать мотивы поведения, анализировать различные ситуации, а также свое поведение, чувства, вербальные и невербальные действия участников общения; развить самостоятельность суждений, умение высказывать свое мнение.

Участники высказывают свои варианты ответов на вопрос «Что помогает общению в ситуации просьбы?» Ответы фиксируются на доске.

Может получиться примерно такой список: спокойный, доброжелательный голос; вежливые слова; внимательное отношение к собеседнику; плавные жесты; четкое изложение просьбы. Проиграйте разные ситуации обращения с просьбой (это задание выполняется в парах): попросите пассажира передать деньги на билет; попросите прохожего объяснить, как пройти в зоопарк; попросите у кассира в билетной кассе два билета в кино; спросите у прохожего, который час; вежливо попросите оставить вас в покое. Ваша задача – вежливо обратиться с просьбой, используя знания о том, что помогает общению. Если вы сомневаетесь, захочет ли человек выполнить вашу просьбу, надо объяснить ему, почему для вас это важно.

4. «Просьба с объяснением, почему это так важно»

Цель – научить осознавать мотивы поведения; научить анализировать различные ситуации, а также свое поведение, чувства, вербальные и невербальные действия участников общения.

Это задание выполняется в парах. Обратитесь по очереди друг к другу с просьбой и объясните, почему для вас это важно. Примеры ситуаций: попросите книгу, линейку или, скажем объяснить, как решается задача. Это могут быть любые ситуации, придуманные вами. Постарайтесь обратиться с просьбой так, чтобы она звучала убедительно. Обращаясь с просьбой к другому человеку, важно помнить, что он имеет право на отказ. Постарайтесь понять, почему выполнение вашей просьбы невозможно. Если же просьбу трудно выполнить по каким-то причинам, то, может быть, вы все-таки сумеете договориться, обсудить условия, уступив друг другу в чем-то. Если вы обращались с просьбой к кому-либо, то в конце разговора обязательно поблагодарите своего собеседника. Если вы получили согласие, поблагодарите за то, что вашу просьбу услышали и согласились помочь. Если человек, к которому вы обратились, не может выполнить вашу просьбу, поблагодарите его за то, что он выслушал вас.

5. «Отказ»

Цель – развитие умения сказать «нет». Оказывается, что далеко не всегда легко отказать. Сказать «нет», когда о чем-то просят друзья, родственники или целая компания, бывает сложно по многим причинам.

Продолжите фразу: «Сложно отказать, потому что...» У каждого могут быть свои причины. Если участники затрудняются с ответом, то можно раздать им таблички с указанием причин, по которым трудно отказать: «Про меня могут подумать, что я плохой друг»; «Обо мне могут подумать, что я трус»; «Обо мне могут подумать, что я невоспитанный человек»; «На меня могут рассердиться»; «Отказом я могу обидеть другого человека»; «На меня могут накричать, меня могут ударить» и т.д. Обсудить: «Как вы думаете, бывают ли уважительные причины, по которым вы можете отказать, даже если с просьбой обращаются друзья или родители?»

6. «Нет наркотикам»

Цель – развитие умения сказать «нет».

Представь ситуацию, что тебе предложили наркотики. Как сказать «нет»? Раздаются листы с указанием различных уважительных причин для отказа: «Спасибо, нет. Я хочу отдавать себе отчет в том, что я делаю»; «Спасибо, нет. Я собираюсь покататься на велосипеде»; «Спасибо, нет. Я не хочу конфликтов с родителями, учителями»; «Спасибо, нет. Если выпью (приму наркотик), то потеряю власть над собой»; «Спасибо, нет. Мне не нравится вкус алкоголя (наркотика)»; «Спасибо, нет. Это не в моем стиле»; «Спасибо, нет. Мне еще предстоит делать уроки (мне рано вставать и т.п.)»; «Спасибо, нет. После выпивки я быстро устаю»; «Спасибо, нет. Мне надо на тренировку»; «Спасибо, нет. У тебя нет ничего другого?».

На листах указаны некоторые из возможных уважительных причин для отказа. Отметьте, какие причины уважительны, с вашей точки зрения. Отказывать бывает сложно, но иногда это очень важно сделать, чтобы отстаивать свои интересы и желания.

10. Рефлексия – проходит по стандартной схеме.

Занятие 13. «Настроение»

1. «Приветствие» – проходит по стандартной схеме.

2. «Передай по кругу»

Цель – «оживление» ощущений, эмоций, воспроизведение ситуаций во всех сенсорных модальностях, развитие творческого воображения, способности к самовыражению, созданию позитивного настроения, сплочение группы.

Группа образует круг. Участники по очереди изображают передачу какого-либо «загадочного» предмета по кругу, при этом необходимо каким-то образом повзаимодействовать с ним. После того как предмет побывал у всех, игроки отгадывают, что это было. Передавать можно всё что угодно: мяч, мороженое, ежа, котенка, гирию, печеную картошку.

3. «Слепой танец»

Цель – снятие страхов, развитие навыков самоконтроля, укрепление доверия к другим людям.

Танец парный. Один из партнеров будет «слепым», ему завязывают глаза. Другой остается «зрячим» и сможет водить «слепого». Партнеры берутся за руки и танцуют друг с другом под легкую музыку (2–3 мин.). Затем меняются ролями. После выполнения упражнения обязательно обсуждение: «Чувствовали ли вы себя уверенно со своим партнером, когда у вас были завязаны глаза? Как больше понравилось танцевать – с открытыми глазами или с закрытыми? Почему?»

4. «Пятнашки»

Цель – снятие избытка скованности, страхов, преодоление неуверенности в себе, застенчивости, смещение ролей в семье.

Заранее ограничивается игровая площадка (чаще это ковер), на которой в беспорядке расставлены стулья и кубики так, чтобы между ними остались проходы. Нельзя «пятнать» через стулья: они как бы «деревья». В игре есть водящий (Баба-Яга), задача которого запятнать кого-либо при помощи

«ремня»), хлопнув по ягодицам. Причем нужно не прикасаться, а именно хлопнуть как следует, с чувством, эмоционально; тот, кто получает такой хлопок, громко кричит: «Ой! Ай! А-а-а» – и становится водящим. Игрок, который, увлекшись, выбежит за пределы площадки, становится водящим, т.е. сам начинает «пятнать». Эмоциональный накал игры создает угрозы: «Только попадись!», «Ну, погоди!», «Лови его!», «Поймаю и съем!», «А, попались!» Убегающие в ответ выкрикивают: «Не поймаешь!», «Не догонишь!», дразнят: «Баба-Яга – костяная нога». Угрозы и возражения обеспечивают двусторонний уровень отношений в системе «взрослый – ребенок».

5. «Кораблик»

Цель – снятие страхов, повышение уверенности в себе.

Необходимо небольшое одеяло – это корабль, красивый парусник. Участники – матросы. Один ребенок – капитан. Капитан любит свой корабль и верит в матросов. Задача капитана – быть в центре корабля; в момент сильной качки он должен дать матросам команду: «Бросить якорь!» или «Стоп, машина!», или «Все наверх!», чтобы спасти корабль и матросов. Затем матросы берутся за края одеяла и начинают медленно раскачивать корабль. По команде ведущего: «Буря!» – качка усиливается. Капитану напоминают о его задаче. Как только он громким голосом прокричит команды, корабль спокойно опускается на пол, капитану все жмут руки и хвалят его.

6. «Живые руки»

Цель – развитие эмоционального и физического контакта между родителями и детьми, принятие друг друга, формирование тактильного восприятия.

Упражнение проводится в парах (родитель и ребенок). Участникам завязывают глаза, взаимодействуют только руки. Они «знакомятся», «дерутся», «мирятся» и «прощаются». После игры желательно обсудить с участниками ее ход, спросить, что они чувствовали, что хотелось сделать на различных этапах и т.п.

7. «Доброе животное»

Цель – создание позитивного настроения, сплочение группы, укрепление чувства принадлежности к группе, умения подчиняться единому ритму, действовать сообща.

Все участники становятся друг за другом, они «большое доброе животное». Ведущий просит совместно полетать, походить, попрыгать, подышать и т.д. После выполнения упражнения игроки проговаривают свои чувства.

8. «Зоопарк»

Цель – снятие эмоционального напряжения, развитие выразительного поведения (мимика, пантомимика), внимания.

Ведущий раздает карточки, на которых написаны названия животных (эти названия повторяются на двух карточках). Надпись должен видеть только тот, кто получил данную карточку. Задача каждого – найти свою пару. При этом можно пользоваться любыми выразительными средствами, но нельзя говорить и издавать характерные для этого животного звуки. После того как участники найдут свои пары, необходимо оставаться рядом и не переговариваться. Только когда все пары будут образованы, проверяется, совпали ли «животные».

9. «Сиамские близнецы»

Цель – развитие навыка действовать сообща, умения понимать намерения другого, физический контакт.

Упражнение выполняется в парах (родитель и ребенок). Каждой паре нужна упаковка перевязочного бинта или тонкий платок, бумага, мелки. Участники обматывают бинтом предплечья и локти так, чтобы правая рука игрока, сидящего слева, оказалась забинтованной вместе с левой рукой игрока, сидящего справа. Затем им даются в руки два мелка так, чтобы они держали их связанными руками, и просят что-то нарисовать. Условие: рисовать только привязанной рукой. Участникам разрешается разговаривать между собой, чтобы решить, какую картину рисовать. Усложнить задание можно, завязав одному из игроков глаза. После игры следует обсуждение: «Что было труднее всего? Понравился ли нарисованный вами рисунок? Что необходимо для сотрудничества?»

10. *Рефлексия* – проходит по стандартной схеме.

Занятие 14. «Сделай себя счастливей!»

1. «Приветствие» – проходит по стандартной схеме.

2. «Комплимент»

Цель – создание позитивного настроения, умения замечать положительные качества в людях и говорить им об этом, развитие эмпатии.

Предварительная беседа с помощью вопроса «Что такое комплимент?»

Участники образуют круг, берутся за руки. Каждый участник говорит комплимент по кругу.

3. *Танец «Распускающийся бутон»*

Цель – активизация совместной деятельности, создание позитивного настроения, развитие умения синхронизировать свои действия с действиями других.

Группа садится на пол и берется за руки. Необходимо встать плавно, одновременно, не опуская рук. Затем «цветок» начинает распускаться (отклоняться назад, крепко держа друг друга за руки) и качаться на ветру.

4. «Планирование будущего»

Цель – развитие умения планировать свое будущее, развитие самоконтроля.

Разделить лист на три части. Обсудить и заполнить графы: «Что делать?» (цель); «Когда делать?» (сроки); «Что нужно сделать?» (средства, действия). Например, запланировать летний отдых, будущую работу, учебу.

5. «Театр»

Цель – развитие выразительности движений, коммуникативных возможностей, снятие страхов.

Участники делятся на две группы, которые получают задания при помощи мимики и жестов изобразить ситуацию из жизни («У зубного врача», «Контрольная работа в школе»). «Зрители» (незадействованные члены группы) должны угадать, что пытаются показать их товарищи.

6. «Путаница»

Цель – создание позитивного настроения, развитие организаторских способностей, повышение самооценки.

Выбирается водящий. Остальные участники становятся в круг, протягивают друг другу руки, делая при этом несколько шагов вперед, и захватывают случайно попавшиеся руки. Водящий «распутывает путаницу».

7. *«Цвет-предмет»*

Цель – развитие внимания, ассоциативных связей, активизация мышления; преодоление неуверенности в себе.

Участники становятся в круг. С помощью мяча ход переходит от одного игрока к другому. Ведущий называет цвет и передает ход, бросая мяч; тот, у кого оказывался мяч, называет любой предмет того цвета и передает ход другому, задавая цвет.

8. *«Скульптор и глина»*

Цель – тактильный контакт, взаимопонимание, способность к самовыражению, творчеству.

Упражнение выполняется в парах (родитель и ребенок). Ребенок – «глина», родитель – «скульптор». Задача «скульптора» – сделать из «глины» прекрасную статую, «скульптор» сам решает, как будет выглядеть эта «статуя», как она будет держать голову и в какой позе стоять. После того как работа закончится, все рассматривают «статуи», пытаясь угадать, что слепил «скульптор». После упражнения следует обсуждение: «Что чувствовали? Понравилась ли форма, которую тебе придали?»

9. *«Рисунок-подарок»*

Каждый участник рисует какой-нибудь «подарок», после чего эти «подарки» дарятся друг другу так, чтобы никто не остался с пустыми руками.

10. *«Общий рисунок»*

Вся группа совместно на большом листе бумаги рисует один рисунок. Например: «Несуществующее животное».

11. *Подведение итогов*

Вопросы родителям: «Изменились ли ваши взаимоотношения? Что нового в поведении ребенка вы заметили? Что показалось вам самым важным и полезным в такой работе? Что вы сами приобрели в процессе тренинга?»

Вопросы детям: «Попробуйте выразить несколькими словами впечатления от занятий. Что вам больше всего понравилось на занятиях? Что нового в поведении ваших родителей вы заметили за это время?»

Общий вопрос: «Что бы вы пожелали друг другу и себе?»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Довольно сложно сказать некие обобщающие слова для книги, в которой «есть всё» – от игромании до ВИЧ-инфицированных героиновых наркоманов в аспекте состояния их личности и познавательных процессов.

Тем не менее можно выделить ряд общих факторов, которые внимательный читатель наверняка заметил во всех главах.

Во-первых, судя по нашим данным, дефицит личности и смыслового уровня регуляции всегда ранее всего формируется и позднее всего «уходит». Это согласуется с культурно-исторической теорией развития Л. С. Выготского, в которой было четко показано, что мотивационный компонент развития всегда «опережает» операциональный.

Во-вторых, в познавательных процессах зависимых дефект также движется «сверху вниз», в известной мере против хода развития психики: чем более тяжелый тип дефекта мы наблюдаем, тем вероятнее нарушение простых операций, а вот нарушения произвольной регуляции наблюдаются практически всегда.

В-третьих, реабилитация зависимой личности должна идти при этом именно от смыслов деятельности, от тех установок личности, которые еще остались сохранными – именно это помогает больному преодолеть трудности объективного порядка (утрата социального и профессионального статуса, конфликты в семье и т.д.), которые часто демотивируют его.

В-четвертых, формирование смыслового уровня неразрывно связано с семьей, поэтому профилактическая работа должна идти не изолированно среди детей или их родителей, а только в комплексе.

В целом же надеемся, что вы не разочарованы прочтенной книгой. Все возникшие вопросы всегда можно обсудить с сотрудниками отдела клинической психологии Московского НПЦ наркологии.

ЛИТЕРАТУРА

- Автономов Д.А., Автономов Д.А., Беляева О.В., Герасимов Р.В., Плющева О.А.* Вне игры: сб. материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр. М.: РБФ НАН, 2008.
- Александрова Ю.В.* Нравственное переживание как путь преодоления «раскола» смысла жизни // Психолого-педагогические и философские аспекты проблемы смысла жизни / Под ред. В.Э. Чудновского, А.А. Бодалева, Н.Л. Карповой. М.: Психологический ин-т РАО, 1997. С. 140–145.
- Алемаскин М.А.* Воспитательная работа с подростками / М., 1979.
- Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков. Пути преодоления / Под ред. Э. Вагнера, Х. Уолдрона; науч. ред. рус. текста Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. М.: Академия, 2006. 476 с.
- Альциулер В.Б.* Женский алкоголизм // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. 448 с.
- Альциулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю / М., 1994. 216 с.
- Анохина И.П.* Итоги науки и техники. Токсикология / М., 1984.
- Анохина И.П.* Системные механизмы мотиваций [Текст] / И.П. Анохина. М., 1982.
- Анциферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Вопр. психологии. 1994. № 1. С. 29–34.
- Асмолов А.Г., Цветков А.В.* Методика изучения знаково-символической деятельности у детей разных возрастных групп // Современные гуманитарные исследования. 2005. № 3. С. 184–192.
- Асмолов А.Г.* По ту сторону сознания. М.: Смисл, 2002. 320 с.
- Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х.* Наркология. М.: Медицина, 1990. 336 с.
- Бадмаев С.А.* Психологическая коррекция отклоняющегося поведения младших школьников. М.: Магистр, 1999. 95 с.
- Банициков В.М., Березин Ф.Б.* Оксibuтират натрия как психофармакологическое средство. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <http://berezin-fb.su/oksibutirat-natrija-kak-psihofarmakologicheskoe-sredstvo/> Дата обращения – 10.05.2012.
- Бакулина М.Е.* Нейропсихологический анализ состояния высших психических функций у больных героиновой наркоманией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.
- Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотыгина И.А.* Психология ранней наркомании. Самара, 1997.
- Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитания. М.: Прогресс, 1986. 422 с.
- Бехтель Э.Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. 272 с.
- Бехтерева Н.П.* Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1988. 223 с.

- Билибин Д.П., Дворников В.Е.* Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. М.: Изд-во УДН, 1991.
- Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В.* Наркомании у подростков. М., 1989.
- Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г.* Психологические факторы развития токсикомании у подростков // Психологический журнал. 1991. Т. 12. № 4.
- Благов Л.Н.* Оппиоидная зависимость: клиничко-психопатологический аспект. М.: Гениус, 2005.
- Блохин К.Н.* Нарушения переживания времени у больших оппийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: 2006. 24 с.
- Божович Л.И.* Изучение мотивации поведения детей и подростков. М.: Педагогика, 1972. 246 с.
- Божович Л.И.* Личность и её формирование в детском возрасте. М.: Педагогика, 1968. 312 с.
- Бортникова С.М., Зубахина Т.В.* Нервные и психические болезни. 3-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д: Феникс, 2004. 480 с. (Сер. «Медицина для вас»)
- Борщиков В.М., Короленко И.П., Драгун А.В.* Донозоологический этап формирования зависимости от алкоголя // 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. М., 1980. Т. 2. С. 32–33.
- Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 315 с.
- Братусь Б.С.* О механизмах целеполагания // Вопр. психологии. 1977. № 2. С. 55–69.
- Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н.* Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М.: Изд-во. Моск. ун-та, 1988.
- Брюн Е.А.* Введение в антропологическую наркологию // Вопр. наркологии. 1993. № 1. С. 72–78.
- Брюн Е.А.* Опыт использования антропологического принципа в анализе наркологических проблем // Этнографическое обозрение РАН. 1998. № 1. С. 50–59.
- Бузык О.Ж.* Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 14.00.45. М., 2008.
- Бузина Т.С.* Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии // Вопр. наркологии. 1994. № 2. С. 84–88.
- Бузина Т.С., Должанская Н.А.* Мотивация к поиску острых ощущений как предпосылка к рискованному поведению в отношении наркотизации и ВИЧ-инфекции // Вопр. наркологии. 1997. № 3. С. 51.
- Бузина Т.С., Тхостов А.Ш.* «Рискованное поведение» и психологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ (рукопись статьи).
- Бухановский А.О., Андреев А.С., Дони Е.В.* Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: пособие для врачей. Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2002.
- Быков М.П., Гладенин В.Ф., Дмитриева Н.Ю.* и др. Лечение зависимостей: полный справочник. М.: Эксмо, 2008. 640 с.
- Васильев В.С., Комар, В.И., Цыркунов В.М.* Практика инфекциониста. Минск: Вышэйш. шк., 1994. С. 134.
- Васильева Ю.А.* Особенности смысловой сферы личности при нарушениях социальной регуляции поведения // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2.
- Васильюк Ф.Е.* Психология переживания. М.: Изд-во. МГУ, 1984. 200 с.
- Вассерман Л.И., Щёлкова О.Ю.* Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. М.: Академия, 2007. 736 с.
- ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрин; под ред. В.В. Покровского. М.: Медицина, 2000. С. 96.

- Воронин К.Э.* Первичное патологическое влечение при алкоголизме и наркоманиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1987. 23 с.
- Вострокнутов Н.В., Харитонова Н.К.* и др. Организационно-методические основы психотерапевтической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ: метод. рекоменд. М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004.
- Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис, 1994.
- Габони А.А.* Наркотизм вчера и сегодня. Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1988. 258 с.
- Галагузов А.Н.* Социально-педагогическая профилактика несовершеннолетних: дис. ... канд. пед. наук. Н. Новгород, 2001. 140 с.
- Галактионова Т.Е.* Клинические варианты героиновой наркомании в аспекте дифференцированной терапии: дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 252 с.
- Габрильянц О.А.* Клинико-психопатологические особенности формирования патологического влечения к каннабиноидам у подростков допризывного возраста: дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 190 с.
- Гиндикин В.Я.* Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов. М.: Высш. шк. психологии, 2001. 272 с.
- Гофман А.Г.* Клиническая наркология. М.: Изд-во «МИКЛЮШ», 2003. С. 72–78.
- Грюнталь Н.А.* Нарушение регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 22 с.
- Демьянов Ю.Г.* Диагностика психических нарушений. Практикум. М.: ТЦ Сфера, 2004. 160 с.
- Дереча Г.И.* Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом: клинко системное исследование: автореф. дис. Оренбург, 2005.
- Диагностика «эмоционального интеллекта» (Н. Холл) // Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. С. 57–59.
- Дмитриева Т.Н., Сучков В.А.* Об алкоголизации подростков с патологическими формированиями личности неустойчивого типа // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 3. № 1. С. 49–53.
- Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д.* Наркомании и токсикомании. Л.: Медицина, 1990.
- Елшанский С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1999.
- Елшанский С.П.* Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ: на модели опийной наркомании. М.: Научный мир, 2004. 347 с.
- Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г.* Динамика ремиссий при алкоголизме и противоречивое лечение. СПб., 1996. – 189 с.
- Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф.* Судебная психиатрия. М.: Норма, 2004. 528 с.
- Захаров В.В.* Деменции в неврологической практике // *Consilium Medicum*. 2005. Т. 07. № 12.
- Зейгарник Б.В.* Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971. – 99 с.
- Зейгарник, Б.В. Патопсихология. М.: Эксмо, 2000. 208 с.
- Знаков В.В.* Макиавеллизм: психологическое свойство личности и методика его исследования // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 5. С. 16–22.
- Зобин М.Л.* Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением // Неврологический вестник. 2011. № 3. С. 44–54.
- Зубашвили А.Д., Зубашвили А.Д., Габиянни А.А.* и др. От вредной привычки к тяжелому заболеванию. Тбилиси, 1986.

- Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. 2-е изд., перераб. и расшир. М.: «Нолидж», 2000. 448 с.
- Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. М., 2000.
- Каплан Г., Сэддок Б. Клиническая психиатрия. М., 1999.
- Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М.: Класс, 1998. 368 с.
- Комплексная программа первичной позитивной профилактики всех видов химической зависимости среди детей и подростков / Под ред. Е.А. Брюна. М.: МНПЦ наркологии, 2011.
- Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М., 1984.
- Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде (Приказ Министерства образования Российской Федерации от 28 февраля 2000 № 619).
- Корнилова Т.В. Экспериментальная психология: теория и методы. М.: Аспект Пресс, 2002.
- Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990. 224 с.
- Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 2003.
- Кошелева Т.С. Стойкие психические расстройства вследствие злоупотребления психостимуляторами с амфетаминоподобным действием: дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 183 с.
- Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. 448 с.
- Кржечковский А.Ю. Самосознание подростков с адаптированным, девиантным и делинквентным поведением: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1997.
- Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология: руководство для врачей и биологов. М.: Медицина, 2002. 632 с.
- Ланда А.Н. Некоторые проблемы наркологии и токсикологии. М., 1992.
- Левин Б.М. Социологический анализ потребления алкогольных напитков школьниками Москвы. М., 2006.
- Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
- Леонтьев Д.А. Психология смысла. М.: Смысл, 1999. 486 с.
- Леонтьев Д.А. Тест (СЖО) // Психодиагностическая серия. Вып. 2. М.: Смысл, 1992. 19 с.
- Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. М., 1992.
- Лобзин Ю.В., Жданов К.В. ВИЧ-инфекция // Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина, А.П. Казанцева. М., 1997. С. 389–408.
- Ломов Б.Ф. Методологические проблемы в психологии. М.: Наука, 1984.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции. М., 2000.
- Майский А.И., Ведерникова Н.Н., Чистяков В.В. и др. Биологические аспекты наркомании. М.: Медицина, 1982.
- Марилев В.В. Общая психопатология. М.: «Академия», 2002.
- Медведев А.В., Корсакова Н.К., Щербакова Н.П. и др. К проблеме лобно-височной деменции // Болезнь Альцгеймера и старение: от нейробиологии к терапии: сб. матер. Второй рос. конф. / Под ред. С.И. Гавриловой. М.: НЦПЗ РАМН, 1999.
- Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология. 2010. № 5. С. 94–100.
- Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения: психологические и психопатологические аспекты. М.: МЕДпрессинформ, 2003. 328 с.
- Менделевич В.Д. Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/172.html>

- Михайлов М.А.* Влечение как бред // Вопросы наркологии. 2010. № 4. С. 15–26.
- Михайлов М.А.* Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вест. славянских культур. 2011. № 1. С. 95–104.
- Михайлов М.А.* Психопатология опийной интоксикации. М., 1992.
- Надеждин А.В.* Феноменология расстройств общего чувства при опийном абстинентном синдроме // Вопр. наркологии. 1993. № 2.
- Назарова Н.В.* Изучение возникновения ранней алкоголизации и наркоманизации у подростков в зависимости от типов личности // Клиническая психиатрия Узбекистана: сб. научн. тр. Ташкент, 1989. С. 50–52.
- Найденова Н.Г.* Компulsive влечение в клинике наркомании: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1975. 22 с.
- Нери Д.* Классификация деменций // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100. № 1. С. 61–67.
- Носатовский И.А.* Фенилпропаноламиновая наркомания: вопросы клиники, патогенеза, лечения: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007. 313 с.
- Павлов С.В., Пушкарев А.В.* Контент-анализ диссертационных исследований по проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа в Российской Федерации // Социология медицины. 2008. № 1(12). С. 44–48.
- Петренко В.Ф.* Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. М.: Изд-во МГУ, 1983. 176 с.
- Погосов А.В., Мустафетова П.К.* Опийные наркомании. М., 1998.
- Положение о службе практической психологии (Приказ Министерства образования Российской Федерации от 22 октября 1999 № 636).
- Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. М., 2000.
- Психология и лечение зависимого поведения [Текст] / под ред. С. Даулинга. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
- Психология самосознания: хрестоматия. Самара: БАХРАХ-М, 2003.
- Пятницкая И.Н.* Общая и частная наркология: руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. М.: Медицина, 2008. 640 с.
- Рахманова А.Е.* ВИЧ-инфекция: клиника и лечение. СПб., 2000. С. 156.
- Розенова М.И.* Нарушения личностной целостности в случаях аддиктивно-нарциссической патологии и их проявления в отношениях любви // Мир психологии. 2006. № 4. С. 239–246.
- Рохлина М.Л., Козлов А.А.* Наркомании. Медицинские, социальные последствия, лечение. М., 2001.
- Рохлина М.Л., Врублевский А.Г.* Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // Вопросы наркологии. 1990. № 1. С. 34–38.
- Салливан Г.С.* Интерперсональная теория психиатрии. СПб.: Ювента; М.: КСП+, 1999. 347с.
- Самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия. Самара: БАХРАХ-М, 2003.
- Сашдев П.* Не пора ли отказаться от термина «деменция». [Электронный ресурс.] Режим доступа: <http://morb.mogilev.by/forum/viewtopic.php?f=22&t=38>
- Семенович А.В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2002.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И.* и др. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М.: Генезис, 2001.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Программа формирования здорово-жизненного стиля. М., 2000.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2003.

- Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 215 с.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
- Соломзес Дж., Чебурсон В.* Наркотики и общество. М., 1998.
- Столин В.В.* Самосознание личности. М.: Изд-во МГУ, 1983.
- Сурнов К.Г.* Анализ юмора как метод исследования личностных особенностей больных алкоголизмом // Тр. 2-го ММИ. Сер.: Организация здравоохранения. Вып. 7. М., 1981. С. 57–60.
- Тархан А.У.* Возможности нейропсихологического метода исследования для изучения алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 11.
- Ткаченко Е.В.* Клинические особенности поражения нервной системы при СПИДе // Врачебное дело. 1991. № 4. С. 13–16.
- Толстых Н.Н., Кулаков С.А.* Изучение мотивации подростков, имеющих пагубные привычки // Вопр. психологии. 1989. № 2. С. 42–51.
- Турусова О.В.* Динамика становления субъекта самооценивания: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1991.
- Хомская Е.Д.* Нейропсихологическая диагностика. М., 1994.
- Цветков А.В.* Роль символа в развитии произвольной регуляции поведения личности в школьном возрасте: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
- Цветков А.В., Чернобаева Н.Я., Куц Е.А.* Героиновая наркомания: нарушения самосознания и познавательных процессов. М.: МПСИ, 2008. 96 с.
- Цветков А.В.* Закономерности наглядно-образного обобщения // Прикладная педагогика и психология: монография / Под ред. В.В. Колмакова. Тюмень: Ист Консалтинг, 2010. С. 91–116.
- Цветкова Л.С.* Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. М., 2000.
- Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных: речь и интеллектуальная деятельность. М., 2004.
- Цветкова Л.С.* Методика нейропсихологической диагностики детей. 4-е изд., испр. и доп. М.: Пед. общ-во России, 2002. 96 с.
- Цветкова Л.С.* Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М.: Просвещение, 1995. 304 с.
- Чеснокова И.И.* Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977.
- Что такое лобно-височная деменция. [Электронный ресурс.] Режим доступа: // <http://da-med.ru/diseases/cat-72/d-230/>
- Чудновский В.Э.* Смысл жизни и судьба. М.: МПСИ, 1997. 208 с.
- Шабанов П.Д.* Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб., 2000.
- Юлдашев В.Л.* Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.
- Ялтонский В.М.* Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. 2009. № 6. С. 60–69.
- Adinoff B., Rilling L.M., Williams M.J.* et al. Impulsivity, neural deficits, and the addictions: the «oops» factor in relapse // J Addict Dis. 2007. 26 Suppl 1. P. 25–39.
- Ainslie G.* Breakdown of will. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2001.
- Anton R.F.* What is craving? Models and implications for treatment // Alcohol Res Health. 1999. 23 (3). P. 165–173.
- Baker T., Morse E., Sherman J.* The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges // Nebraska Symp Motiv. 1986. 34. P. 257–323.
- Beard K.W., Wolf E.M.* Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction // Cyberpsychol. Behav. 2001. 4. P. 377–383.

- Block J.J.* Issues for DSM-V: Internet Addiction // *American Journal of Psychiatry*. 2008. March. P. 306–307.
- Breiner M., Stritzke W., Lang A.* Approaching avoidance: a step essential to the understanding of craving // *Alcohol Res Health*. 1999. 23. P. 197–206.
- Caplan S.E.* Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being // *Communication Research*. 2003. N 30(6). P. 625–648.
- Cox W., Klinger E.* A motivational model of alcohol use // *J. Abnorm Psychol*. 1988. 97. P. 168–180.
- Daglish M.R., Weinstein A., Malizia A.L., Wilson S.* et al. Functional connectivity analysis of the neural circuits of opiate craving: «more» rather than «different»? // *Neuroimage*. 2003. Dec.; N 20(4). P. 1964–1970.
- Davis R.A.* A cognitive–behavioral model of pathological Internet use // *Computers in Human Behavior*. 2001. N 17. P. 187–195.
- Dole V.P., Nyswander M.E.* Heroin addiction: A metabolic disease // *Arh. Int. Med*. 1967. Vol. 120. P. 19–24.
- Drummond D., Cooper T., Glautier S.* Conditioned learning in alcohol dependence: implications for cue exposure treatment // *Br. J. Addict*. 1990. 85. P. 725–743.
- Gabel S., Stalling, M.C. Young S.E.* Family Variables in Substance-Misusing Male Adolescents: The Importance of Maternal Disorder // *J. Drug Alcohol Abuse*. 1998. N 24(1). P. 61–84.
- Gawin F.H., Ellinwood E.J.* Cocaine and other stimulants. Actions, abuse and treatment // *N. Engl. J. Med*. 1988. 318. P. 1173–1182.
- George M.S., Anton R.F., Bloomer C., Teneback C.* Activation of prefrontal cortex and anterior thalamus in alcoholic subjects on exposure to alcohol-specific cues // *Archives of General Psychiatry*. 2001. N 58(4). P. 345–352.
- Griffiths M.* Does Internet and Computer „Addiction« Exist? Some Case Study Evidence // *CyberPsychology&Behavior*. 2000. April, 3(2). P. 211–218; doi:10.1089/109493100316067.
- Herrnstein R.J., Prelec D.* A theory of addiction // *Choice over time / Ed. G. Loewenstein, J. Elster*. N.Y.: Russell Sage Foundation, 1992. P. 331–360.
- Hommer D.W.* Functional imaging of craving // *Alcohol Research & Health*. 1999. N 23(3). P. 187–196.
- Kellam S.G., Brown H.* Social Adaptational and Psychological Antecedents of Adolescent Psychopathology 10 Years Later. Maryland: JohnHopkinsUniv. Baltimore, 1982.
- Kim J., Haridakis P.M.* The Role of Internet User Characteristics and Motives in Explaining Three Dimensions of Internet Addiction // *J. of Computer-Mediated Communication*. 2009. 14. P. 988–1015.
- Koob G., Le Moal M.* Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis. Amsterdam, 2001.
- Koob G.F., Le Moal M.* Addiction and the brain antireward system // *Annu Rev Psychol*. 2008. 59. P. 29–53.
- Lang A.* The emotion probe: studies of motivation and attention // *Psychol*. 1995. 50. P. 372–385.
- Ludwig A., Wikler A., Stark L.* The first drink: psychobiological aspects of craving // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1974. N 30. P. 539–547.
- Mardones J.* Craving for alcohol // *Twelve Steps and Twelve Traditions*. N.Y.: All World Service, Inc., 1955.
- Mezzich A.C., Giancola P.R., Tarter R.E.* et al. Violence, Suicidality, and Drug/Alcohol Use in Female Substance Abusers // *Alcohol Clin. Exp. Res*. 1997. N 21(7). P. 1300–1307.
- Mitchell P.* Internet addiction: genuine diagnosis or not? // *Lancet*. 2000. 355. P. 632.
- Naqvi N.H., Bechara A.* The insula and drug addiction: an interoceptive view of pleasure, urges, and decision-making // *Brain Struct Funct*. 2010. Jun; 214(5–6). P. 435–450.

- Neiss R.* The Role of Psychobiological States in Chemical Dependency: Who Becomes Addicted // *Addiction*. 1993. N 88(6). P. 745–756.
- O'Brien C.* Experimental analysis of conditioning factors in human narcotic addiction // *Pharmacol. Rev.* 1976. N 27. P. 533–543.
- Orford J.* Excessive appetites: a psychological view of addictions. 2nd ed. Chichester: John Wiley, 2001.
- Park M.S., Sohn J.H., Suk J.A., Kim S.H.* et al. Brain substrates of craving to alcohol cues in subjects with alcohol use disorder // *Alcohol and Alcoholism*. 2007. Sep.-Oct.; 42(5). P. 417–422.
- Paulus M.P., Tapert S.F., Schulteis G.* The role of interoception and alliesthesia in addiction // *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2009. 94. P. 1–7.
- Powell J., Bradley B., Gray J.* Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions // *Br. J. Addict.* 1992. Aug; 87(8). P. 1133–1144.
- Robinson T.E., Berridge K.C.* The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction // *Brain Res. Rev.* 1993. Sep.-Dec.; 18(3). P. 247–291.
- Siegel S.* Classical conditioning, drug tolerance and drug dependence // *Research Advances in Alcohol and Drug Problems* / Ed. Smart R., Glaser F., Israel Y., Kalant H., Popham R., Schmidt W.E. N.Y.: Plenum Press, 1983.
- Silver B., Sherr L.* Fulminating encephalopathy with perivenular demyelination and vacuolar neuropathy as the initial presentation of human immunodeficiency virus infection // *Archives of Neurology*. 1997. Vol. 54. N 5. P. 647–650.
- Sinha R., Li C.S.* Imaging stress- and cue-induced drug and alcohol craving: association with relapse and clinical implications // *Drug. Alcohol. Rev.* 2007. Jan.; 26(1). P. 25–31.
- Skinner M.D., Aubin H.J.* Craving's place in addiction theory: contributions of the major models // *Neurosci Biobehav. Rev.* 2010. Mar.; 34(4). P. 606–623.
- Solomon R.* An opponent-process theory of acquired motivation: the affective dynamics of addiction // *Psychopathology: experimental models* / Ed. Maser J., Seligman M. San Francisco: WH Freeman, 1977. P. 66–103.
- Stewart J., Wise R.A.* Reinstatement of heroin self-administration habits: morphine prompts and naltrexone discourages renewed responding after extinction // *Psychopharmacology*. 1992. N 108. P. 79–84.
- Tarter R.E., Alteman A.J., Edwards K.L.* // *J. Study Alcohol*. 1985. N 46(4). P. 329–356.
- Vollstädt-Klein S., Kobiella A., Bühler M., Graf C.* et al. Severity of dependence modulates smokers' neuronal cue reactivity and cigarette craving elicited by tobacco advertisement // *Addict. Biol.* 2011. Jan.; 16(1). P. 166–175.
- Vuchinich R., Tucker J.* Choice, behavioral economics and addictive behavior patterns // *Treating addictive behaviors* / Ed. Miller P., Heather N.; 2nd ed. N.Y.: Plenum Press, 1998. P. 93–104.
- Weinstein A., Wilson S., Bailey J.* et al. Imagery of craving in opiate addicts undergoing detoxification // *Drug Alcohol Depend.* 1997. Oct. 25; 48(1). P. 25–31.
- West R.* Theory of addiction. Oxford: Wiley-Blackwell, 2006.
- Woititz J.G.* Adult Children of Alcoholics. Health communications. Florida: Ins. Deerfield Beach, 1990. 135 p.
- Young K.S.* Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery. N.Y., 1998.
- Young K.S.* Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences // *American Behavioral Scientist*. N 48(4). P. 402–415.
- Zack M., Tonetto T.* Implicit activation of alcohol concepts by negative affective cues distinguishes between problem Drinkers with high and low psychiatric distress // *J. of Abnormal Psychology*. 1999. 108. P. 518–531.

Электронные ресурсы

URL: <http://www.narcolikbez.ru/tropik.htm>

URL: <http://www.rian.ru/spravka/20100422/225438645.html> (дата обращения: 07.10.2012).

URL: <http://www.netnarkotik.ru/butirat> (дата обращения: 10.05.2012).

URL: <http://narcotics.su/natriy-o.html> (дата обращения: 10.05.2012).

URL: <http://stopnarcotics.org.ua/ru/descriptionofdrugs/clauses/aboutmarihuana/index.html>

URL: http://www.narkotiki.ru/minzdrav_200.html

URL: <http://sadmokomed.narod.ru/question.html>

URL: www.nns.ru/interv/int5429.html

Методика определения типа личности по Е.А. Брону

Инструкция: Прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте степень своего согласия с ними. Спасибо!

		да	нет	отчасти
1. Когда я смотрю новый фильм, меня больше всего волнуют:	а) драка с кровью			
	б) переживания героев			
	в) интересный сюжет			
2. Если уж умирать, то только <u>не от</u> :	а) голода			
	б) страха			
	в) сумасшествия			
3. Когда я занимаюсь сексом, то ловлю кайф от:	а) прикосновений, поцелуев, жара двух сплетенных тел			
	б) чувства любви, близости к партнеру, желания доставить и получить удовольствие			
	в) красоты происходящего, ведь секс – это очень эстетично			
4. Наутро после вечеринки самое гадкое:	а) больная голова, тошнота, слабость			
	б) чувство вины и раскаяния			
	в) оупение			
5. В свободный день я бы предпочел (ла):	а) поехать на шашлыки			
	б) пойти на свидание			
	в) сходить в интересное место, посмотреть кино, почитать			
6. Если мне изменит любимый (ая), мне будет:	а) противно физически			
	б) невозможно простить предательство			
	в) невозможно даже представить это			
7. Когда я выпиваю, главное это –	а) тепло и расслабленность, разливающиеся по телу			

		да	нет	отчасти
	б) удовольствие от общения, улучшение настроения			
	в) ясность мысли, сообразительность			
8. Я боюсь болезней, которые:	а) приковывают к постели			
	б) лишают привлекательности			
	в) лишают рассудка			
9. Идеальная работа для меня связана с:	а) путешествиями			
	б) возможностью много общаться			
	в) необходимостью вникать в новое, в чем-то разбираться			
10. В детстве я больше всего боялся:	а) ремня			
	б) насекомых, червяков и змей			
	в) монстров из мультиков и кино			
11. Если бы я принял (а) наркотик, я бы тащился от:	а) тепла, идущего по телу, невесомости, приятного мышечного ощущения			
	б) подъема настроения, восторга, чувства всеобщей любви			
	в) более ярких цветов, расширения сознания, понимания всего происходящего			
12. Меня заставляет нервничать:	а) давка в транспорте			
	б) незнакомая компания			
	в) человеческая глупость			
13. Если я пойду на дискотеку, мне больше всего понравится:	а) «колбаситься», ощущать движения тела в танце			
	б) веселье и счастье			
	в) забыть о проблемах, ни о чем не думать			
14. Поссорившись с кем-то, я:	а) дам ему по морде			
	б) обматерю его			
	в) придумаю какую-то гадость			
15. Я испытываю чувство радости, когда:	а) съем что-то вкусненькое, выпью хорошего вина или водочки, хорошо выплюсь			
	б) развлекаюсь			
	в) узнаю что-то новое			
16. Если у меня плохое настроение, то я:	а) хожу из угла в угол			
	б) готов поделиться с первым встречным			
	в) думаю, что с этим делать			

		да	нет	отчасти
17. Если бы я выбирал (а) увлечение, то	а) занялся бы фитнесом			
	б) пошел бы в группу творческого развития			
	в) стал бы изучать иностранный язык			
18. Поскользнуться и упасть на льду это:	а) больно			
	б) некрасиво			
	в) глупо			
19. Если я буду менять гардероб, то моя новая одежда будет:	а) удобной, практичной, приятной для тела			
	б) модной, красивой			
	в) будет выражать мою мысль			
20. В жизни меня больше всего бесит:	а) болезни тела			
	б) предательство друзей			
	в) глупые правила			

Ключ к методике определения типа личности по Брюну Е.А.

Ответы: (а) – телесный; (б) – аффективный; (в) – идеаторный. За ответ «да» ставится 2 балла, «отчасти» – 1 балл, «нет» – 0 баллов. Баллы, набранные по всем пунктам, суммируются и вычисляется тип личности («чистый» или смешанный, в зависимости от степени преобладания того или иного индекса). При смешанном типе выставляются первые две «буквы».

Опросник «Решение трудных ситуаций» Ю.А. Клейберга

Инструкция: Пожалуйста, внимательно прочтите вопрос и выберите подходящий вашему обычному поведению вариант ответа. Спасибо!

Варианты ответа:

1 – никогда;

2 – редко;

3 – иногда;

4 – часто;

5 – почти всегда.

1. Если у меня что-то не получается, я в раздражении бросаю все и ухожу, а позже, когда успокаиваюсь, заканчиваю дело.

2. Когда возникают проблемы, я закуриваю, чтобы успокоиться.

3. В трудных ситуациях я ищу человека, которому можно пожаловаться и встретить сочувствие.

4. Если у меня не получилось какое-то дело, я перестаю о нем думать и быстро забываю.

5. Иногда я в раздражении поступаю так, что потом сам не могу понять, почему я это сделал.

6. Бывали случаи, когда я был настолько зол, что хватал первую попавшуюся вещь и ломал (рвал, разбивал и т.д.) ее.

7. Если кто-то мешает мне добиться успеха, я стараюсь отплатить ему тем же.

8. В случае неудачи, я никогда не обращаю свой гнев и отчаяние против самого себя.

9. Когда я разозлюсь, я прибегаю к «сильным» выражениям.
10. При неудачах я вознаграждаю себя тем, что начинаю делать нечто такое, что мне лучше удастся.
11. Если у меня что-то не получается, я затрачиваю большие усилия и терпение, чтобы всё же добиться своей цели.
12. Проблемы надолго выбивают меня из колеи так, что я не способен ничем заниматься, все валится из рук.
13. Перед важным для меня событием я принимаю какое-нибудь лекарство, чтобы успокоиться.
14. Я никому не рассказываю о своих проблемах, а стараюсь уединиться, чтобы обдумать их в одиночестве.
15. В случае неудачи я думаю, что виновато только стечение обстоятельств, и в другой раз мне повезет больше.
16. При неудачах я виню себя за то, что не сделал все, что мог, для достижения цели.
17. При неудаче я способен сорвать свой гнев на том, кто подвернется под «горячую руку».
18. Если у меня что-то не получается, в гневе я могу сломать уже сделанное.
19. Когда кто-то причиняет мне боль или неприятности, я думаю, что вполне заслужил такое.
20. Если кто-то меня раздражает, я готов сказать ему все, что думаю о нем.
21. При неудаче я мысленно возвращаюсь к проблеме, пытаюсь найти ее правильное решение, хотя исправить уже ничего нельзя.
22. Когда объективные обстоятельства против меня, я не иду напролом, пытаюсь добиться своей цели.
23. При неприятностях я думаю, как отплатить своим обидчикам, но реально ничего не предпринимаю.
24. При неудачах я рассчитываю на помощь и поддержку окружающих меня людей.
25. Выпив немного, я легче воспринимаю свои проблемы.
26. Я не могу отвлечься от своих неприятностей, подолгу переживая случившееся.
27. В моих неудачах или неприятностях моя вина очень незначительна.
28. Чтобы добиться успеха или защитить свои права, я готов применить физическую силу.
29. Я понимаю людей, которые в гневе могут бить посуду, ломать вещи.
30. В наказание за неудачи я заставляю себя делать что-нибудь особенно мне неприятное.
31. В споре или при неприятностях я говорю с окружающими на повышенных тонах.
32. Успех в другой области не может мне возместить горечь пережитой неудачи.
33. При неудаче я ищу, в чем состоит моя ошибка, и начинаю все заново, стараюсь ее не повторять.
34. Когда у меня что-то не получается, я это забрасываю и больше к этому не возвращаюсь.
35. Выпивка помогает мне поднять настроение и забыть о проблемах.
36. При неприятностях я успокаиваю себя тем, что у других дела обстоят еще хуже.
37. Виновник моих проблем чаще всего я сам.
38. В трудные ситуации я попадаю по вине других людей.
39. Я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу или хлопаю дверью.
40. Были случаи, когда я сознательно причинял себе боль в наказание за то, что я такой неудачник.

41. Даже в ходе бурного спора я не прибегаю к личным выпадам или оскорбительным замечаниям.
42. При неприятностях я стараюсь заняться каким-то интересным для меня делом, чтобы отвлечься.
43. Когда все против меня, я еще более настойчиво стремлюсь достичь своей цели и доказать, что я прав.
44. При неприятностях я ищу утешения в каком-то привычном занятии или прогулке.
45. Даже при крупных неудачах я не впадаю в отчаяние, теряя ко всему интерес.
46. Я порой раздражаюсь настолько, что срываю гнев на неодоушевленных предметах.
47. Когда у меня что-то не получается, я обращаюсь за советом к друзьям или более сведущим людям.
48. При неприятностях я успокаиваю себя тем, что это дело временное и завтра все изменится.
49. Мне кажется, что большинство моих неудач произошли от неумения, незнания или лени.
50. Даже при сильном гневе я не способен подражаться или ударить обидчика.
51. Я могу понять людей, которые принимают «веселящие» средства, чтобы забыть свои трудности и тревоги.
52. При крупных неприятностях я думаю, что такой неудачник как я, не имеет права жить.
53. Если у меня что-то не получается и кто-нибудь лезет не в свое дело, я могу наругать ему.
54. Когда у меня что-то не получается, я стараюсь взять более легкое задание, чтобы добиться успеха.
55. Я стремлюсь довести дело до конца, не обращая внимания на препятствия или прежние неудачи.

Ключ к опроснику «Решение трудных ситуаций»:

Подсчитывается сумма баллов по 5-балльной шкале, отдельно по вопросам относящимся к разным субшкалам.

1. Уход: 1, 12, 23, 34, 45
2. Наркотизация: 2, 13, 25, 35, 51.
3. Сравнение своих проблем с другими людьми: 3, 14, 24, 36, 47.
4. Мех-мы снижения психического напряжения: 4, 15, 26, 44, 48.
5. Вербальная агрессия: 9, 20, 31, 41, 53.
6. Агрессия к людям: 7, 17, 28, 38, 50.
7. Агрессия к предметам: 6, 18, 29, 39, 46.
8. Аутоагрессия: 8, 19, 30, 40, 52.
9. Интрапунитивное восприятие ситуации: 5, 16, 27, 37, 49.
10. Компенсация: 10, 21, 32, 42, 54.
11. Возрастание усилий к достижению цели: 11, 22, 33, 43, 55.

Выделяется 2–3 шкалы, по которым «профиль» стабильно превышает остальные минимум на 1,5–2 балла. Соответственно психологический диагноз звучит: «в личности большого доминируют тенденции (черты)».

1. Уход

Реакция ухода из действительности. Если переживание тяжелой неприятности, большой опасности и вообще серьезной угрозы интересам личности вытекает не из кратковременного шока, а из прочной неблагоприятно сложившейся ситуации, то у слабой, мало устойчивой или психопатической личности часто возникает созна-

тельное или бессознательное желание тем или иным путем хотя бы на время уйти из-под нависшего над ней гнета, отделаться от угрожающей или даже просто неприемлемой действительности. *Эта копинг-стратегия аналогична «выученной беспомощности», может приводить к соматизации депрессии.*

2. Наркотизация

Стремление решать свои проблемы путем поиска эйфории, характер которой определяется культурно-социальными факторами, или любопытством (познавательный мотив). *Также «наротизация» служит способом негативной социализации при трудностях общения.*

3. Сравнение своих проблем с проблемами других

Результат активности каждой личности возникает в группе. Оценка группой предполагает некоторые нормативы. Значит, существуют такие личностные качества, которые особенно значимы для данной группы, для данных условий деятельности. Будучи закреплены в оценках, они в определенном смысле как бы «предписываются» членам группы. Выделяются четыре процесса, в которых разворачивается межличностное оценивание: 1) интериоризация (т.е. усвоение личностью оценок других членов группы); 2) социальное сравнение (прежде всего с другими членами группы); 3) самоатрибуция (т.е. приписывание себе качеств, выполняемое на основе двух предшествующих процессов); 4) смысловая интерпретация жизненного переживания. Для наших больных, которым свойственна негативная социализация, данный тип личностного реагирования позволяет говорить «я не хуже других», «у меня как у всех» – т.е. проводить социальное сравнение на неадекватных основаниях (*«рационализация» в терминах психоанализа, свойственная обсессивно-компульсивным личностям*).

4. Механизмы снижения психического напряжения

Если психическая напряженность обусловлена высоким темпом сенсорной или интеллектуальной деятельности, говорят об операциональной напряженности, а если психическое напряжение возникает вследствие фрустрации – об эмоциональной напряженности (*Наенко, Овчинникова, 1970*). И та и другая характеризуются повышенным уровнем активации (возбуждения). Кроме того, зачастую эти виды психического напряжения сопутствуют друг другу, так что разделить их и выделить в чистом виде бывает трудно.

Ухудшение параметров деятельности при психическом напряжении как правило, бывает трех типов: 1) импульсивное выполнение действий; 2) уклонение человека от выполнения своих функций; 3) полная заторможенность действий.

Таким образом, больные с преобладанием данной копинг-стратегии «выходят» из стресса с помощью потери контроля за операциональными характеристиками своей деятельности.

Агрессивность – это любое поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб другим (*Басс А., 1961*). Для определения действия как агрессивного, оно должно включать в себе намерения обиды или оскорбления, а не просто приводить к таким последствиям (*Берковиц Л., 1981*).

5. Вербальная агрессия – это словесное выражение негативных чувств, эмоций, намерений в неприемлемой в данной речевой ситуации форме. В рамках терминологической системы Дж. Остина акт вербальной агрессии в более широком смысле может быть определен как деликт (delictum – от лат. «поведение против закона») – «нарушение поведенческих норм; поведение, которое (по конвенции в данной среде) считается предосудительным».

6. Агрессия к предметам – физическая агрессия по отношению к предметам (её поведенческие признаки: индивид хлопает дверьми, рвет одежду, бросает вниз вещи, пачкает стены, ломает вещи и бьет стекла, разводит огонь, портит ценное имущество).

7. Агрессия к людям – физическая агрессия, направленная на окружающих (её поведенческие признаки: индивид замахивается для удара, хватает противника за одежду, угрожает ему недвусмысленными жестами, бьет, таскает его за волосы; нападает, причиняя легкие повреждения; причиняет серьезные увечья).

8. Аутоагрессия – физическая агрессия по отношению к себе (её поведенческие признаки: царапает, щипает себя, рвет волосы, бьет себя, разбивает кулаки, бросается на пол, наносит себе поверхностные раны и ожоги и даже серьезные повреждения).

9. Интрапунитивное отношение к ситуации

По С. Розенцвейгу, состояние фрустрации по направленности может выражаться в трех формах поведения (реакций) человека: экстрапунитивной, интрапунитивной и импунитивной. Интрапунитивная форма фрустрации характеризуется аутоагрессией: обвинением в неудаче самого себя, появлением чувства вины. У человека возникает подавленное настроение, тревожность, он становится замкнутым, молчаливым. При решении задачи человек возвращается к более примитивным формам, ограничивает виды деятельности и удовлетворение своих интересов.

По данным Н.В. Тарабриной (1973) и К.Д. Шафранской (1976), чаще всего (в 50% случаев) преобладают экстрапунитивные (внешнеобвинительные) реакции, почти вдвое меньше – интрапунитивные (самообвинительные) реакции (27%) и еще реже – импунитивные реакции (23%). У мужчин чаще экстрапунитивные реакции, а у женщин – интрапунитивные. *По сути данный тип копинга может быть приравнен к самообвинению, комплексу вины.*

10. Компенсация – защитный механизм психики, заключающийся в бессознательной попытке преодоления реальных и воображаемых недостатков. Термин введен Зигмундом Фрейдом, а позднее, понятый как жизненная стратегия, стал одним из центральных понятий в индивидуальной психологии Альфреда Адлера. Обычно компенсация проявляется в виде дополнительных усилий, прикладываемых к деятельности, «компенсирующей» недостатки человека. Например, усиленные занятия лыжным спортом для потерявшего ноги человека – компенсация.

Компенсаторное поведение может сильно различаться по форме. Так, оно может быть как социально приемлемым (слепой, становящийся музыкантом), так и нет (компенсация физической слабости путем злоупотребления властными полномочиями); как *прямым* (попытка добиться успеха в той области, где ощущается недостаток), так и *косвенным* (стремление утвердить себя в другой сфере). *Данная черта свойственна депрессивному типу.*

11. Возрастание усилий к достижению цели

Данная копинг-стратегия близка к гипер-компенсации, или реактивным образованиям: личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений, одобряемых форм поведения. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоционального безразличия. *Данная черта свойственна маниакальному типу личностей.*

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	
<i>Глава 1</i>	
Патологическое влечение к психоактивным веществам: интегративная медико-психологическая модель	
<i>Глава 2</i>	
Познавательные процессы нарко- и алкозависимых: методика клинико-психологического обследования	
<i>Глава 3</i>	
Героиновая наркомания: нарушения познавательных процессов и самосознания .	
<i>Глава 4</i>	
Хронические алкоголики: нарушения познавательных процессов и самосознания	
<i>Глава 5</i>	
Хронические алкоголики: нейропсихологическая реабилитация	
<i>Глава 6</i>	
Хронические алкоголики и героиновые наркоманы: особенности личности.....	
<i>Глава 7</i>	
Больные аддикциями: межличностные отношения	
<i>Глава 8</i>	
Зависимость и смысл жизни.....	
<i>Глава 9</i>	
Вич. Мозг. Наркогики	
<i>Глава 10</i>	
Патологические влечения к азартным играм: особенности личности и познавательных процессов.....	
<i>Глава 11</i>	
Зависимые от Интернета: особенности личности.....	
<i>Глава 12</i>	
Алкоголизм и наркомания: профилактика	
Заключение	
Литература.....	
Приложение.....	

Научное издание

Брюн Евгений Алексеевич
Цветков Андрей Владимирович
ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
ЗАВИСИМОСТИ

Редактор *Егорова В.С.*

Художник *В.Ю. Яковлев*

Художественный редактор *Ю.И. Духовская*

Технический редактор *Т.В. Жмелькова*

Корректоры

Иллюстрации воспроизведены в соответствии
с представленными архивными оригиналами

Подписано к печати 00.00.2014. Формат 70 × 100 ¹/₁₆

Гарнитура Таймс. Печать офсетная

Усл.печ.л. 00,0. Усл. кр.-отг. 00,0. Уч.-изд.л. 00,0

Тираж 000 экз. Тип. зак. 0000

Издательство “Наука”

117997, Москва, Профсоюзная ул., 90

E-mail: secret@naukaran.ru

www.naukaran.ru

Первая Академическая типография “Наука”

119034, Санкт-Петербург, 9-я, 12/28