

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное агентство по образованию  
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова

**Н.Н. Мехтиханова**

# **Психология зависимого поведения**

*Учебное пособие*

*Рекомендовано  
Научно-методическим советом университета  
для студентов специальности Психология*

Ярославль 2005

УДК 159.9(075.6)  
ББК Ю 95я73  
М 55

*Рекомендовано  
Редакционно-издательским советом университета  
в качестве учебного издания. План 2005 года*

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой общей и социальной психологии ЯГПУ им. К.Д. Ушинского В.А. Мазилев;  
кафедра педагогики и психологии Ярославской государственной медицинской академии, зав. кафедрой – канд. психол. наук, доцент Н.А. Русина

М 55     **Мехтиханова, Н.Н.** Психология зависимого поведения : учебное пособие / Н.Н. Мехтиханова; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль : ЯрГУ, 2005. – 122 с.  
ISBN 5-8397- 0384-2

Учебное пособие посвящено основным теоретическим и практическим проблемам зависимого поведения. Рассматриваются основные подходы к пониманию феномена зависимости, предлагаются классификации зависимого поведения. Подробно описываются наиболее распространенные виды зависимостей и их последствия. Особое внимание уделяется факторам, способствующим возникновению зависимого поведения, а также его профилактике и коррекции.

Предназначено для студентов факультета психологии, обучающихся по специальности 020400 Психология (дисциплина «Психологические проблемы зависимости», блок ДС), очной формы обучения. Работа представляет интерес для специалистов-психологов, педагогов, работников социальных и кадровых служб.

УДК 159.9(075.6)  
ББК Ю 95я73

**ISBN 5-8397-0384-2**

© Ярославский  
государственный  
университет, 2005  
© Н.Н. Мехтиханова, 2005

# **1. Понятие зависимого поведения.**

## **Признаки зависимого поведения**

Понятие «зависимое поведение» в последнее время получило распространение не только в научных кругах, но и в обыденной жизни. Зависимостью обозначают привязанность к чему- или кому-либо. У каждого человека существует множество привязанностей, но зависимостью в психологии обозначается только привязанность, имеющая определенную выраженность, либо недопустимую с точки зрения общественных норм, либо угрожающую здоровью, либо причиняющую психологические страдания самой личности.

Проблема психологической зависимости является одной из самых сложных в научном плане, но чрезвычайно актуальной в практическом. В житейском смысле зависимость – это, по сути, особая форма рабства, в которое человек попадает по собственному желанию, страдает от него, но в то же время только сам может освободиться от него. Зависимости ограничивают развитие человека, приводят к личностным катастрофам, всевозможным соматическим и психическим заболеваниям. Зависимости наносят непоправимый ущерб человеческому обществу: согласно медицинской статистике, по причинам, связанным с зависимостями, погибает намного больше людей, чем в результате войн и преступлений, вместе взятых. Проблема касается практически каждого человека: большинство из нас имеет или личный опыт зависимого поведения, или сталкивался с зависимым поведением близких и друзей. При этом в круг зависимых попадают люди самого различного профессионального статуса, образования, этнической принадлежности, уровня благосостояния.

Зависимость можно рассматривать как своеобразную форму адаптации к сложной жизненной реальности. Она проявляется в форме бегства от проблем в некий иллюзорный мир, что не меняет реальность, а меняет человека, со временем усугубляет его переживания, порождает новые проблемы. Более того, человек перестает контролировать свое поведение, мысли, эмоции. Его существо-

вание определяет объект зависимости, что в конечном итоге и во все разрушает жизнь.

В последнее время вследствие научно-технического прогресса значительно расширился спектр зависимостей, а распространение употребления алкоголя и наркотиков, особенно в молодежной среде, приобретает характер национального бедствия. Поэтому к проблеме зависимости привлечено внимание самых разнообразных специалистов: психологов, наркологов, психиатров, социологов, юристов.

Понятие «зависимое поведение» является междисциплинарным. В современной литературе часто используют термин «аддиктивное поведение» как синоним зависимого поведения. Аддикция в переводе с английского означает склонность, пагубную привычку. Поэтому понятие «аддиктивное поведение» имеет негативную окраску, как правило, используется в социально неодобряемом контексте. Но, по нашему мнению, зависимое поведение может выполнять и позитивные функции. Например, оно придает жизни определенную стабильность, а в экстремальных условиях зависимое поведение ситуационно обусловлено и служит компенсацией, защитой от реальности, даёт возможность пережить нечеловеческие обстоятельства. В данной работе мы будем придерживаться общепризнанного определения аддиктивного поведения, предложенного *Ц.П. Короленко*, и использовать термины «аддиктивное поведение» и «зависимое поведение» как синонимы.

Аддиктивное поведение – одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, что достигается различными способами – фармакологическими (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологическими (сосредоточение на определенных предметах и активностях), что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний [25]. Аддиктивное поведение рассматривается нами как одна из форм деструктивного поведения, т. е. причиняющего вред человеку и обществу.

Зависимое поведение может иметь различную степень выраженности: от практически нормального до тяжелой формы. Это определяется динамикой зависимости в каждом конкретном случае, но в большей мере – определённой глубинной личностной

предрасположенностью, которую мы обозначаем как склонность к зависимости. Показателями склонности к зависимости можно считать объект и определённую силу влечения. Почему у некоторых субъектов формируется сильная, а часто и непреодолимая связь с объектом влечения, чем объясняется ненасыщаемость и импульсивность влечения? Ответы на эти теоретические вопросы имеют огромную практическую значимость для всего общества и для каждого человека в отдельности.

Понятие «аддиктивное поведение» охватывает различные типы поведения: сюда входят наркотическая зависимость, алкоголизм, курение, пристрастие к азартным играм и обильной еде, гиперсексуальность, компьютерная и игровая зависимость, шопинг и др. Но у всех этих разнообразных видов зависимости существуют общие признаки.

Впервые зависимость как феномен стала рассматриваться в медицине в связи со злоупотреблениями наркотическими веществами. В психиатрии и наркологии выделяются следующие признаки химической зависимости, из которых должны встречаться хотя бы три симптома, один из них должен длиться не менее одного месяца и повторяться в течение более продолжительного периода:

- потребление субстанции, увеличение количества вещества;
- безуспешность попыток прекратить употребление или уменьшить его;
- для приобретения вещества требуется все больше денег, сил, времени;
- симптомы интоксикации часты. Под угрозой соматическое здоровье;
- имеющая значение профессиональная деятельность или социальная активность замещаются поиском вещества, а потом редуцируются или прекращаются;
- потребление усиливает социальные, психологические, соматические проблемы;
- изменяется толерантность. Об этом можно говорить, когда желаемого эффекта можно достигнуть при увеличении дозы на 50%;
- синдром отмены;
- вещество применяется для снятия синдрома отмены [38].

Более широким в понимании зависимости является подход, развиваемый Американской ассоциацией психиатров. Зависимость определяется как постоянное, хроническое и интенсивное использование конкретного паттерна поведения, выходящего (или уже вышедшего) из-под контроля индивида. Независимо от того, с какой зависимостью мы имеем дело – от наркотиков или какой-либо деятельности, – существует набор очевидных симптомов, общих для всех видов зависимостей:

- постоянные, систематически возникающие в течение дня мысли об этом виде деятельности;
- значительная взаимосвязь с неспособностью получать удовольствие от других сторон жизни;
- неспособность контролировать, останавливать или прекращать конкретное поведение, даже осознавая его разрушительность;
- беспокойство и раздражительность при попытках со стороны пресечь это поведение;
- чувство тревоги и волнения при прекращении этого поведения на время;
- использование зависимости с целью избежать ответственности;
- ложь и преувеличения при рассказе о проявлениях этого поведения, уменьшение значимости проблемы для себя и для других;
- поведение характеризуется высокой степенью риска и угрожает физическому и психическому здоровью;
- интенсивные перепады настроения, связанные с данной деятельностью, – в диапазоне от эйфории до стыда, вины и депрессии.

## **2. Виды зависимости**

Если первоначально понятие зависимости применялось для обозначения алкоголизма и наркомании, то в последнее время круг моделей поведения, обозначаемых как зависимое, значительно расширился. Многообразие объектов зависимости порождает проблему классификации видов зависимого поведения и, соответственно, поисков общих и специфических признаков этих видов. В современной научной литературе используются различные основания для *классификации зависимостей*. Самой распространенной

является *классификация по предмету зависимости*: алкогольная, пищевая, наркотическая, курительная и др.

По отношению социального окружения к зависимости выделяют социально одобряемые зависимости (например, трудоголизм) и социально неодобряемые (наркомания, токсикомания).

В дополнение к описанным видам зависимости можно добавить ещё одну классификацию. Зависимости, по нашему мнению, можно разделить на осознаваемые и неосознаваемые. Часто человек не отдаёт себе отчета в том, что у него существует зависимость. Если в случае химической зависимости это проявляется главным образом на начальных этапах, то в отношении психологической зависимости (например, увлечение оздоровительными системами) неосознанность характерна для личности на всех этапах. Человек в этом случае может чувствовать себя вполне комфортно, так как препятствий в реализации своей привязанности у него практически нет, она социально одобряема и не имеет таких тяжелых последствий, как, например, алкоголизм и наркомания. Предпосылкой осознания является невозможность её удовлетворения, далее – порицание со стороны окружающих и, наконец, сильный вред здоровью, работе, благополучию в семье.

В популярной литературе все вещества, вызывающие привыкание, часто делят на легальные и нелегальные наркотики. Наиболее употребляемыми наркотиками (и, вероятно, ими же больше всего злоупотребляют) являются легальные. Например, в кофе, сигаретах, шоколаде и напитках, содержащих колу, находится достаточный объем амфетаминов, чтобы вызвать полноценную зависимость.

*По объекту и характеру проявлений* зависимости делят на химические и эмоциональные. Химические зависимости могут быть вызваны такими веществами как: алкоголь, чай, кофе, сладкое, соленое, шоколад, сигареты, наркотики, антидепрессанты, транквилизаторы, снотворное, анальгетики и др. Практически каждый человек в мире имеет какую-либо оральную зависимость, и в мире множество разных средств её удовлетворения.

Кроме химической выделяют эмоциональную зависимость: голодание, постоянное желание есть, неразборчивость в еде, трудоголизм, увлечение оздоровительными системами, чрезмерное увлечение спортом, просмотр порнографии, стремление к сверхоп-

рятности, одержимость чистотой в доме, накопительство, игры, спешка, просмотр телевизионных передач, участие в сектах, финансовых пирамидах, группах фанатов, и т.д. Часто эмоциональная зависимость сочетается с химической, это так называемые перекрывающиеся зависимости.

В медицинской практике традиционно выделяют физическую и психическую зависимость [45]. Физическая зависимость «в чистом виде» есть адаптация организма, вернее, последствия этой адаптации к повторяющемуся воздействию какого-либо химического агента. Люди, физически зависимые от присутствия в их организме нужного для поддержания их здоровья препарата, в любое время могут остановить его прием или снизить дозу, если их физическое состояние будет оставаться оптимальным и без приема вещества. В то же время для многих больных людей пропуск очередной дозы, например инъекции инсулина при диабете, чреват серьезными последствиями, которые в данном контексте могут быть приравнены к «синдрому отмены». Это есть случай физической зависимости в широком значении данного термина.

Под психической зависимостью понимается имеющееся у субъекта стремление вновь пережить приятное самочувствие, которое ранее уже вызывалось у него действием данного вещества. На стадии психической зависимости отказ от наркотика или невозможность его потребления приводит к изменениям настроения, развитию депрессивных, дисфорических состояний, желание ввести повторную дозу начинает приобретать навязчивый характер. При психической зависимости перерыв в употреблении вызывает чувство тревоги и напряжения, но тяжелый физический дискомфорт отсутствует. Внешним проявлением психической зависимости служат особенности поведения – соответствующий круг общения со злоупотребляющими, начало употребления токсического вещества в одиночку и поиск заменителей при его отсутствии.

Субъективным проявлением индивидуальной психической зависимости является постоянное стремление к повторному употреблению. Этим желанием человек совсем не тяготится и не старается от него избавиться; больным себя не считает, и желание лечиться, как правило, отсутствует.

Многочисленные данные о наблюдении больных алкоголизмом и наркоманиями (и токсикоманиями) в процессе детоксика-



ции, т.е. выведения из состояния физической зависимости, показывают, что устранение абстинентных явлений и физиологическое «отвыкание» от вещества, которым пациенты злоупотребляли, даже в течение многих месяцев и лет далеко не во всех случаях устраняет потребность в опьяняющем эффекте этих веществ. Имеется в виду факт сохранения психологической потребности в опьяняющем действии различных субстанций при длительном периоде воздержания от их приема. Усиливающаяся по разным причинам, в том числе и условно-рефлекторным путем, указанная потребность ведет к рецидиву злоупотребления алкоголем или наркотическим веществом

Потребность в психических эффектах действия наркотиков объясняет, почему у больных с алкоголизмом и наркоманов возможен и нередко наблюдается переход от одного препарата к другому, их комбинирование. С точки зрения только физической зависимости, т. е. адаптации к какому-то одному веществу, этого не объяснить. Не объяснить также и случаи пристрастия к веществам, которые никак нельзя отнести к категории наркотиков (например, какие-либо виды пищевых продуктов) [17].

В качестве *рабочей классификации* можно принять деление зависимостей на химические (алкогольную, наркотическую, никотиновую) и процессуальные виды (игровая, трудовоголизм).

### **3. Факторы, детерминирующие зависимое поведение**

Факторы, способствующие возникновению и развитию зависимости, можно разделить на три большие группы:

- 1) биологические,
- 2) социальные,
- 3) личностные (психологические).

#### ***Биологические факторы***

В современной науке накоплены сведения по *биологическим детерминантам* в основном только химических зависимостей, алкоголизма, наркомании, пищевой. К биологическим особенностям человека, влияющим на возникновение и развитие химических зависимостей, относят:

- степень изначальной толерантности (например, к веществу, которым злоупотребляют);
- родовые травмы;
- частые инфекционные заболевания и черепно-мозговые повреждения в детском возрасте;
- мозговые дисфункции и органические поражения мозга;
- наследственная отягощенность по алкоголизму и наркомании, особенно первой степени родства;
- задержки в психическом и физическом развитии.

Изучение передачи склонности к химическим зависимостям от родителей потомству с помощью клинико-генеалогического, лонгитюдного, близнецового методов проводится с конца XIX века. В настоящее время многочисленные статистически достоверные данные доказывают, что склонность к алкогольной зависимости передается по наследству. Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков, по разным данным, от 7 до 15 раз выше, чем в общей популяции [29].

Генетические аспекты наркоманий изучены не так глубоко. По некоторым данным, больные наркоманиями имеют наследственную отягощенность алкоголизмом и наркоманиями, особенно по мужской линии. Известно также, что употребление беременной женщиной наркотиков может стать причиной сформированной наркотической зависимости у ребенка.

### ***Социальные факторы***

К *социальным факторам*, определяющим зависимое поведение, можно отнести макросоциальные факторы (социально-экономическая стабильность общества, наличие нравственных ориентиров, ценностей в обществе и др.) и микросоциальные факторы (влияние семьи, группы сверстников и всего близкого социального окружения человека).

В современном российском обществе существуют факторы, стимулирующие развитие аддиктивного поведения:

- традиции, обычаи, законы, касающиеся потребления алкоголя и других наркотических веществ; нестабильность общественного развития; неопределенность социальных норм, терпимость к аморальным и антиобщественным формам поведения; позитивное отношение к табаку, алкоголю в разных слоях общества;

– наличие в обществе (в том числе и в молодежной среде) «мифов» об алкоголе и наркотиках, отсутствие объективной информации;

– доступность алкоголя и наркотиков, высокая оплачиваемость неквалифицированного труда, не стимулирующая подростков к образованию [14, 15]. Кроме этого, определенные стереотипы мышления, система популярных социальных имиджей (мода), господствующие идеологические установки «работают» на рост количества аддиктов в стране.

Нарушенная система ценностей и негативные модели поведения в отдельных молодежных группах оказывает значительное влияние и давление на здоровую популяцию сверстников.

Семья считается одним из наиболее значимых факторов риска и предотвращения зависимости. При этом главная роль принадлежит не уровню материального благосостояния, социальному статусу и т.п. семьи, а психологическим аспектам – внутрисемейным отношениям. Основные семейные факторы, определяющие возникновение зависимого поведения, следующие:

– нарушение взаимоотношений в семье (родительско-детские, супружеские);

– непоследовательный стиль воспитания;

– конфликтные отношения;

– эмоционально-холодные отношения (равнодушие, безразличие, отгороженность);

– негативное воздействие на детей со стороны родителей (физическая агрессия, психологическое давление, оскорбления, сексуальные домогательства);

– отсутствие духовного (культурного) общения;

– нарушенная система семейных ценностей;

– положительное отношение в семье к алкоголю, табаку;

– традиции и нормы семьи, допускающие употребление легальных наркотиков родителями и другими членами семьи;

– социальное неблагополучие родителей (безработица, чрезмерная занятость, материальные затруднения, социальная изолированность);

– частые переезды; и др.

*И.С. Курек* выделяет два типа семей, способствующих возникновению аддиктивного поведения: 1) семьи с грубыми нарушения-

ми общения (особенно эмоционального) родителей и детей; 2) семьи, где один из родителей – алкоголик или наркоман [28].

*В.Д. Москаленко* и др. исследовали клинику алкогольной и наркотической зависимостей от психоактивных веществ в парах отец – сын. Была установлена четкая тенденция утяжеления клиники зависимости у сыновей по сравнению с отцами: дети начинали систематически употреблять психически активные вещества в более раннем возрасте, формирование зависимости у них происходило быстрее, абстинентный синдром отличался большей тяжестью, ремиссии менее длительны, соматоневрологические последствия тяжелее [33, 34].

В нашей работе был выявлен ещё один тип семей, способствующий развитию склонности к зависимости: семьи с доминантной матерью. Чрезмерный контроль со стороны матери провоцирует развитие у ребёнка таких качеств, как несамостоятельность, слабоволие, эмоциональную и личностную неустойчивость. Мы рассматриваем в этом случае склонность к зависимости как средство, позволяющее человеку найти способ поддержания эмоционального равновесия [5].

Огромную роль матери в формировании зависимого поведения отводится в психоаналитических концепциях. Так, согласно *В. Буриану*, решающим фактором формирования зависимости в подростковом возрасте является алекситимия – трудности с вербализацией чувств [28]. Автор считает, что этот дефект возникает в раннем детстве в общении с матерью. В этот период соматическое выражение аффекта – единственная коммуникация матери и ребенка. Большинство матерей воспринимают его как требование поддержки. При этом они способствуют формированию у ребенка навыков самонаблюдения и вербального отчета о своих эмоциях. В результате аффект у детей вербализуется и дифференцируется. Ребенок становится более терпеливым к своим переживаниям. Если же интеракция ребенка и матери нарушена, то аффект вербализуется неадекватно, остается недифференцированным и воспринимается как угрожающий, усиливает опасность инфантильных мечтаний.

Особую опасность подобный аффект представляет в подростковом возрасте, когда инфантильная связь с родителями должна прекратиться и заместиться зрелыми связями с другими людьми. Разрыв близости с родителями вызывает у подростка, как правило,

депрессивные переживания, а невербализованность и недифференцированность делают эту депрессию труднопереносимой. Он может начать бороться с ней с помощью алкоголя и наркотиков. В. Буриан подчеркивает, что психоактивные вещества, заменив подростку мать как объект привязанности, носят, как и мать, амбивалентный характер: с одной стороны – оказывают поддержку, с другой – представляют опасность.

*Э. Берн*, создатель транзактного анализа, полагает, что существует семейная игра – «алкоголик», сценарий которой формируется в раннем детстве с помощью поощрений – порицаний со стороны родителей в форме высказываний «Он у нас дурачок», «Она у нас грязнуля», и т.п. И в зрелом возрасте ребенок, выросший в такой семье, следует сценарному предписанию родителей – «Убей себя», заложенному ими ещё в детские годы, используя для этой цели алкоголь и наркотики [28].

*Л. Вюрсмер* полагает, что патологию семейного общения, влияющую на формирование зависимости, нельзя свести к какому-либо одному фактору и выделяет четыре основных нарушения эмоционального общения, способствующих возникновению аддиктивного поведения, и, соответственно четыре разновидности семьи, где имеют место нарушения общения родителей и детей.

– Семьи с «травматизацией» детей. Люди, испытавшие насилие в детском возрасте, могут затем идентифицировать себя либо с агрессором, либо с жертвой. Но и в том, и в другом случае, чувства боли, стыда, ужаса, беспомощности после насилия, особенно со стороны родителей, могут стать причинами злоупотребления алкоголем и наркотиками в подростковом и взрослом возрасте.

– «Навязчивая семья». В ней родители навязывают себя ребенку, они навязчиво контролируют его поведение, что вызывает у него стыд и злобу. У родителей в такой семье часто встречаются грандиозные, нереалистические ожидания применительно к детям. В таких условиях могут возникнуть маска фальшивой идентичности, лицемерные роли, которые дети используют для защиты. Фальшивые идентификации, несоответствие своему истинному «Я», могут компенсаторно привести к употреблению алкоголя и наркотиков.

– «Лживая семья». В результате постоянной лжи, культивируемой в ней, доминирующей эмоцией у ребенка становится стыд,

происходит деперсонализация, утрачивается чувство реальности. Нарастающее отчуждение, фальшивость отношений в семье могут стать одним из факторов приобщения и потребления психоактивных веществ.

– «Непоследовательная, ненадёжная семья». В ней то, что сегодня одобряется, завтра порицается, что хвалит отец, ругает мать. В результате нарушается стабильность «сверх-Я». Это может стать одной из причин нарушения социализации ребенка [28].

*И.П. Короленко и Г.А. Донских* описали четыре типа воспитания в семье, которые создают высокий риск возникновения зависимого поведения:

1) гиперопека; 2) гипоопека; 3) предъявление непомерных требований; 4) непрогнозируемые эмоциональные реакции родителей. Каждый из этих типов воспитания по-своему нарушает процесс развития и становления личности. Так, в семьях с непомерными требованиями к ребенку возникновение зависимого поведения обусловлено, с одной стороны, отсутствием достаточных навыков общения, основанного на взаимопонимании, с другой стороны – постоянным страхом неудач, поражения, страхом оказаться «не на высоте». Отсутствие навыков эмоционального общения толкает человека на замену естественных форм общения общением с предметами или явлениями; постоянное напряжение, страх оказаться несостоятельным вызывает стремление избавиться от этих субъективно неприятных состояний с помощью различных видов аддиктивного поведения [27].

В группу социальных факторов также входят: склонность референтной группы к тому или иному виду зависимого поведения, недостаточный уровень воспитательной работы в школе, неудовлетворительный климат в классе, непосредственно предшествующие злоупотреблению трагические события в семье, вынужденная разлука с лицом, к которому была сильная эмоциональная привязанность, «семейный крах», резко изменившийся социальный психологический статус подростка.

### ***Личностные факторы***

Изучение *личностных особенностей* людей, склонных к зависимым формам поведения затруднено, поскольку выявить, какие психологические особенности личности явились причиной, а какие – следствием зависимости, в полной мере может лишь исполь-

зование крайне трудоемкого лонгитюдинального метода. Часто авторы различных публикаций по проблемам зависимости не разделяют преморбидные и актуальные особенности личности.

К предрасполагающим психическим факторам развития зависимости следует отнести: легкие формы хронически протекающих психозов, психопатии и акцентуации личности, маскированные депрессии, повышенную ранимость, сензитивность, неуверенность в себе, возбудимость, взрывчатость, агрессивность. С физической стороны предрасполагающим фактором является острая или хроническая боль.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (*B. Segal*):

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

2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявленным превосходством;

3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;

4) стремление говорить неправду;

5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны;

6) стремление уходить от ответственности в принятии решений;

7) стереотипность, повторяемость поведения;

8) зависимость;

9) тревожность.

Основными особенностями индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения являются рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психологически здоровые люди легко («автоматически») приспособляются к требованиям обыденной жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избежать кризисов и волнующих нетрадиционных событий. Аддиктивной личности претит традиционная жизнь с ее условиями, размеренностью и прогнозируемостью. Предсказуемость, заданность собственной судьбы является раздражающим моментом аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами является для них той почвой, на которой они

обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими.

Вместе с тем, объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки в неадекватности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей скрытый «комплекс неполноценности». Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что неспособны «жить как люди». Однако такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навешиваемой окружающими, индивиды переходят сразу к зависимости, минуя адекватную самооценку. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях – условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие и «настоящей свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека.

Учитывая тот факт, что давление на таких людей со стороны социума оказывается достаточно интенсивным, аддиктивным личностям приходится подстраиваться под нормы общества, играть роль «своего среди чужих». Вследствие этого, он научается формально исполнять те социальные роли, которые ему навязываются обществом (примерного сына, учтивого собеседника, добропорядочного коллеги).

Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных ошибках и проблемах вытекают из структуры аддиктивной личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный комплекс неполноценности, обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.

Таким образом, основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязанностями и регламентациями «скучной жизнью», склонность к поиску запредельных эмоциональных переживаний даже ценой серьезного риска и неспособность быть ответственным за что-либо.



У индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, налаженной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер – в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональных стагнаций (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

*Jellinek* считает, что многое зависит от степени совершенства личности, ее возможностей адаптации к требованиям общества. Хорошо интегрированная личность справляется с внешними и внутренними стрессорами и пользуется при этом социально приемлемыми путями. Плохо организованная – нуждается в искусственном облегчении и, если общество не осуждает прием какого-либо вещества, начинает употреблять его. Зависимый тип личности – личность невротическая, требующая постоянной сторонней помощи [18].

*Основным мотивом* личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удастся обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной, в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы.

Гедонистическая мотивация – стремление любыми способами максимизировать удовольствие и минимизировать неудовольствие, как самоцель основной нити существования – может способствовать развитию зависимости.

Однако нельзя свести всю мотивацию потребления психоактивных веществ к гедонистической. И другие чувства (внутреннее переживание эмоций) могут мотивировать аддиктивное поведение. Чувству удивления соответствует мотив любопытства, который является одной из главных причин приобщения к психоактивным веществам. Чувство любви, дружбы является основой мотива об-

щения со сверстниками, который также способствует приобщению и систематическому потреблению психоактивных веществ. Однако они могут отступить на задний план, а стремление к удовлетворению превратится в основной мотив потребления психоактивных веществ [4].

Во многих исследованиях основная роль отводится особенностям *эмоциональной сферы* зависимых личностей. К ним относят внутренний конфликт, несовершенство эмоциональной саморегуляции, чувства вины и стыда [19]. Описываются нарушения эмоционального развития:

- трудность в определении (идентификации) и описании своих чувств;
- трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения;
- фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

В наших исследованиях эмпирически подтверждено существование указанных в литературе особенностей эмоционально-волевой сферы зависимых личностей: повышенная эмоциональная возбудимость, нестабильность и неустойчивость эмоциональных реакций, низкий самоконтроль в эмоциональной сфере, деятельности и поведении, эмоциональная незрелость, быстрые смены настроения, неустойчивость психических процессов, болезненная впечатлительность, чувствительность и неустойчивость перед фрустрациями. К различным видам зависимости склонны дети и подростки, обладающие эмоциональной некомпетентностью. Как правило, они видят все в черно-белых красках, им свойственна категоричность эмоций, отсутствие диапазона эмоций; они не чувствуют полутонов [10].

Зависимым людям свойственна слабость волевых проявлений. У них ослаблена, а при сильной зависимости отсутствует сознательная регуляция собственной деятельности, часто они действуют по сиюминутному впечатлению, а результаты и текущие проблемы оценивают субъективно. У таких субъектов, и особенно у детей, наблюдаются упрямство, негативизм (немотивированное волевое противодействие всему, что исходит от других), внушаемость (ре-

шение человека определяется другим лицом, независимо от объективности обоснования). Здесь может быть два полюса: с одной стороны – конформизм, ведомость, нерешительность, неумение принимать самостоятельные решения, ненастойчивость; с другой – рискованность как гиперкомпенсация, утрата осторожности, упорство, но неустойчивость следования одной цели [10].

Неадаптивность копинг-стратегий (поведения, направленного на преодоление жизненных трудностей) является одним из факторов, способствующих формированию аддиктивного поведения. *И. В. Воеводин* провел исследование студентов вузов с целью установления взаимосвязи особенностей копинг-поведения и показателей аддиктивного поведения [12]. В качестве показателей аддиктивного поведения рассматривались вовлеченность в употребление ПАВ (алкоголя и наркотиков) и мотивировки их употребления (указания студентов на причины употребления ими ПАВ). При изучении взаимосвязи копинг-поведения (по *Э. Хайму*) и мотивации употребления алкоголя были получены интересные данные. Склонность к развитию алкоголизма обнаружили лица, предпочитающие использование копинг-стратегий «Обращение» и «Сотрудничество» (данные стратегии традиционно считаются адаптивными); отсутствие склонности к алкоголизации, напротив, было обнаружено у лиц, предпочитающих различные неаддиктивные варианты отвлечения (отвлечение считается относительно адаптивным копингом). В связи с этим исследователь считает необходимым пересмотреть установленную ранее адаптивность – неадаптивность копинговых механизмов применительно к аддиктивному поведению. Аналогичные данные для наркотической выборки были получены в исследовании *А.В. Колесниковой* [23].

Злоупотреблению алкоголем также способствует предпочтение копинговых стратегий «Покорность» и «Компенсация», т. е. склонность впасть в состояние безнадежности при возникновении трудностей и уходить от них с помощью алкоголя. В ходе исследования были выявлены основные мотивировки потребления алкоголя – атактическая, гедонистическая и мотивировка гиперактивации поведения. Предпочтение компенсации в иерархии поведенческих стратегий копинг-поведения связано со всеми тремя мотивировками. Алкоголизации с целью гиперактивации способствует также предпочтение стратегий «Агрессивность» и «Растрян-

ность». Автор исследования считает целесообразным уделять основное внимание в профилактике алкоголизации дезактуализации алкогольных мотивировок с помощью переориентации на неаддиктивные формы отвлечения (погружение в любимое дело, осуществление давней, постоянно откладываемой мечты). Несмотря на традиционную трактовку отвлечения как относительно адаптивного копинга, исследователь считает такую переориентацию необходимой в случае расстройств зависимости.

Взаимосвязи копинг-поведения и употребления наркотиков оказались менее специфичными и более труднообъяснимы. Исходя из полученных результатов, автор предполагает, что к вовлечению в наркотизацию менее склонны лица с такими «иррациональными» особенностями личности, как склонность к бурному эмоциональному реагированию при столкновении с трудностями, религиозность и рассуждательство. Остальные результаты оказались сходными с результатами исследования взаимосвязи копинг-поведения и мотивации употребления алкоголя. Основными мотивировками потребления наркотиков являются гедонистическая и мотивировка гиперактивации поведения. Отсутствие склонности к употреблению наркотиков было обнаружено у лиц, предпочитающих неаддиктивные варианты отвлечения. По мнению автора исследования, полученные данные позволяют говорить о перспективности копинг-профилактики аддиктивного поведения [12].

Большое внимание уделяется изучению регулятивных механизмов личности. Так, описываются особенности механизмов *психологических защит* [17].

Для лиц, склонных к зависимости, характерны такие типы психологических защит, как регрессия и замещение. В меньшей степени им свойственна рационализация. Регрессия – это возвращение человека на предыдущие стадии развития или к способам действия, реагирования, более простым, характерным для детей. К регрессии прибегают и зрелые личности. Отличие их от зависимых личностей в том, что у последних это наиболее характерный способ защиты. В то же время, это наиболее неэффективный способ защиты, так как он не только не позволяет решать проблему, но и развиваться как личности. Человек уходит от решения проблемы, возвращаясь на предыдущие стадии развития с использованием более примитивных форм поведения.

Склонным к зависимости свойственен также такой вид защиты, как замещение. При замещении осуществляется перенос действия, направленного на недоступный объект, на объект доступный, создавая тем самым разрядку напряжения, созданного неудовлетворенной потребностью. Доступным объектом является предмет зависимости, а недоступным – какой-либо другой. Зависимый человек замещает недоступный объект, потребность в котором фрустрирована, на доступный предмет зависимости.

Еще одной особенностью системы психологических защит зависимых людей является низкий уровень рационализации. Рационализация – это психологическая защита, связанная с осознанием и использованием в мышлении только той части информации, благодаря которой собственное поведение выглядит как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам. Этот тип защит требует от человека активности для уничтожения тревоги, но человек, склонный к зависимости, пассивен в своих способах защиты. Главный критерий выбора способа реагирования и объекта новой потребности – это доступность. В целом, для лиц, склонных к зависимости, характерен более широкий спектр защит.

В разнообразных исследованиях отмечается, что зависимым субъектам свойственна ложная система ценностей, заниженная самооценка. Они не уверены в себе, испытывают чувство неполноценности, которое часто прикрито «напускной бравадой». У них довольно выражено стремление самоутвердиться, часто любой ценой. Зависимые, особенно от наркотиков, стремятся к максимализации условий своей жизни и успехов, предъявляют завышенные требования и жаждут их немедленного удовлетворения. При этом амбиции и желания часто расходятся с реальными возможностями, а неудачи и поражения, неудовлетворенность переживаются очень болезненно. Они не умеют удовлетворять свои потребности, стремятся избегать трудностей, имеют низкий уровень мотивации. Часто они осознают свою слабость и пытаются всячески ее маскировать.

Особо отмечается *роль возраста* как фактора риска зависимого поведения. Известно, что аддиктивное поведение наиболее интенсивно и разнообразно проявляется у подростков.

*Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский* выделили следующие особенности подросткового возраста как фактора риска формирования аддиктивного поведения:

- повышенный эгоцентризм;
- тяга к сопротивлению, упрямству, протесту, борьбе против воспитательных авторитетов;
- амбивалентность и парадоксальность характера;
- стремление к неизвестному, рискованному;
- обостренная страсть к взрослению;
- стремление к независимости и отрыву от семьи;
- незрелость нравственных убеждений;
- болезненное реагирование на возрастные изменения и события;
- неспособность принять свою формирующуюся сексуальность;
- склонность преувеличивать степень сложности проблем;
- кризис идентичности;
- деперсонализация и дереализация в восприятии себя и окружающего мира;
- негативная или несформированная «Я-концепция»;
- гипертрофированные поведенческие реакции: эмансипации, группирования, увлечения, сексуальные, детские (отказ от контактов, игр, пищи, имитация, компенсация и гиперкомпенсация);
- низкая переносимость трудностей [51].

Известно, что в подростковом возрасте существует диспропорция между физическим и психическим развитием. При ускоренном физическом развитии нередко запаздывает формирование психологических и психических основ личности, включая ценностные ориентации, волевой контроль, морально-нравственные установки. Чрезмерная критичность в отношении окружающих лиц (и себя тоже), излишняя самоуверенность в оценках, непризнание, отвержение авторитетов в совокупности с недостаточностью знаний и жизненного опыта обуславливают недостаточную зрелость личности. В то же время, именно незрелость личности выделяется как одна из главных особенностей, способствующих развитию склонности к зависимости [18].

Высокий уровень напряженности потребностных состояний при затрудненности удовлетворения значимых социальных по-

требностей (потребности в автономии, в уважении со стороны взрослых и сверстников, в самоопределении, в поддержке и самоопределении) способствует поиску способа удовлетворения другой потребности (например, в алкоголе), позволяющей уменьшить напряженность, изменив своё психологическое состояние.

Названные выше особенности могут проявляться в различных формах зависимого поведения. Развитию зависимого поведения способствуют реакции группирования со сверстниками. Подростков привлекает возможность делать в кругу сверстников то, что не понимается, отвергается или запрещается взрослыми.

*А.Е. Личко и В.С. Битенский* отмечают, что формированию аддиктивного поведения подростков способствуют информативно-коммуникативные хобби. Такие подростки всё время отдают бездумному общению со сверстниками, поглощению и обмену мало значимой и не требующей никакой интеллектуальной переработки информации. Возможно, отсюда следует непрерывное тяготение к асоциальным компаниям сверстников. Главным побудительным мотивом и фактором, способствующим зависимому поведению, является не сама жажда новой информации, а влияние асоциальных компаний, где ею обмениваются. В этих компаниях происходит приобщение к алкоголю и другим дурманящим средствам.

Вообще, подростковый и юношеский периоды считаются наиболее опасными для возникновения различных заболеваний, в том числе формирования зависимости от психоактивных веществ. Причины злоупотребления психоактивными веществами: разрыв между притязаниями и возможностями личности, склонность к депрессии, стремление к мужественности, протест против эстеблшмента [30].

В подростковом, юношеском возрасте важнейшим мотивом поведения является предвосхищение, предвкушение радости. Не менее значимо получение удовольствия от процесса потребления психоактивных веществ, ритуалов, коммуникации.

В группу личностных (психологических) факторов риска для подросткового возраста можно отнести акцентуации характера (по неустойчивому, истероидному и эпилептоидному типам) [30].

Каждому типу акцентуаций присущи определенные характеристики аддиктивного поведения.

*Гипертимные подростки.* Выражен «первичный поисковый полинаркотизм» – желание перепробовать на себе действие различных веществ. В младшем подростковом возрасте могут злоупотреблять ингалянтами (пятновыводители, некоторые сорта клея). Гашиш привлекателен как средство коммуникации («сигарета по кругу»), алкоголь – эйфория, стимуляторы – безудержная активность. Эти подростки отличаются слабой устойчивостью к негативному воздействию среды в случаях экспериментирования с наркотиками. Но их главной отличительной чертой является возможность длительного употребления без развития зависимости (высокий биологический тонус, постоянное стремление к высокому социальному статусу, как правило, высокая самооценка препятствует быстрому развитию индивидуальной психической зависимости).

*Лабильные.* Вовлечение в употребление химических веществ связано с влиянием референтной группы, в которой подросток пытается найти эмоциональную поддержку. В младшем и среднем подростковом возрасте чаще всего средством употребления могут оказаться летучие вещества бытовой химии, которые привлекают их эйфоризирующим эффектом и возможностью визуализировать свои сексуальные представления.

*Астеноневротики.* Не предрасположены к аддиктивному поведению, но в условиях Крайнего Севера (световой голод) возможно употребление транквилизаторов.

*Сенситивные и психастеники.* Аддиктивное и делинквентное поведение в подростковом возрасте, как правило, им не присуще.

*Шизоидные.* В младшем подростковом возрасте для стимуляции склонности к фантазированию и визуализации представлений могут использовать летучие вещества бытовой химии (пятновыводители, определенные сорта клея). В старшем подростковом возрасте возможно обращение к гашишу как средству, стимулирующего, с их точки зрения, творческие способности (увлечение восточной философией, парапсихологией, оккультизмом, поэтическим творчеством и т.д.). Могут обнаружить склонность к препаратам опия. Опиное опьянение с его ленивым покоем, уединением, грезоподобными мечтами созвучно особенностям личности шизоидного типа. Алкоголь выступает для них в роли коммуникативного допинга.

*Эпилептоидные.* Может встречаться гиперсоциальность: подчеркнуто негативное отношение к наркотическим средствам из-за



опасения повредить здоровью. Такое отношение может не распространяться на алкоголь (если в семье не было твердых трезвеннических установок и правил), в младшем подростковом возрасте – на бензин («не наркотик – зависимым не станешь»). Эпилептоидов привлекает то, что «сильно бьет по мозгам»: крепкие алкогольные напитки, бензин. При непоследовательном и асоциальном воспитании на эпилептоидные особенности могут наслоиться черты неустойчивости. В этом случае подростки легко приобщаются к психоактивным веществам: алкоголю, опиатам, гашишу, галлюциногенам. Влечение к веществам отличается силой и, возможно, быстрым формированием психической и физической зависимости.

*Истероидные.* Склонны к употреблению стимуляторов, которые помогают им «казаться больше, чем они есть на самом деле» (повышают активность, вселяют уверенность в себе, своих потребностях, пробуждают самоуверенность и облегчают лидерство). Привлекательны алкоголь, опиаты, гашиш, транквилизаторы. Но склонны преувеличивать свой наркотический и алкогольный опыт: преувеличивают дозу, рассказывают о веществах, которые никогда не пробовали.

*Неустойчивые.* Отличаются самым высоким риском аддиктивного поведения. Еще в младшем подростковом возрасте легко приобщаются к уличным компаниям – любимому месту времяпровождения. Легко приобщаются к тем веществам, которые легче раздобыть. В связи с частой сменой компаний и веществ продолжительное время прослеживается групповая психическая зависимость, прежде чем сформируется индивидуальная психическая. Социальная дезадаптация, как правило, предшествует аддиктивному поведению.

*Органические психопатии,* т. е. патологические изменения личности, обусловленные черепно-мозговыми травмами, мозговыми инфекциями, нейроинтоксикациями, особенно перенесенными до 2-х лет жизни, создают повышенный риск аддиктивного поведения и формирования болезни. Становлению зависимости способствует неустойчивые, эпилептоидные, истероидные черты. В этих случаях ярко выступает роль органического поражения мозга как фактора, ускоряющего развитие зависимости при возникновении аддиктивного поведения.

Общие черты акцентуантов:

- эгоцентрическая направленность личности;
- нестабильная заниженная самооценка;
- блокировка позитивных эмоций, слабое умение конструктивно проявлять негативные эмоции, быстрая смена настроений;
- незрелое, ригидное поведение (незрелость, жестокость, иррациональность убеждений, игривое отношение к жизни, уход от ответственности, инфантилизм);
- стереотипные роли (обиженного любимца – ребенка, жертвы, супермена, слуги двух господ и др.).

Зависимые, особенно подростки, занимают бунтарскую позицию, не приемлют авторитетов. Социальной жизнью интересуются мало, негибки в общении, не умеют завязывать приемлемые социальные связи, конфликтны. Вообще для зависимых свойственна социальная дезадаптация, и с усилением зависимости она растет. Особенно это присуще подросткам.

Можно добавить, что зависимые часто испытывают чувство вины из-за своих привязанностей, бывают очень ранимы, замкнуты.

Эти особенности свойственны и зависимым взрослым и подросткам. Однако последние в силу специфики возраста обладают рядом особенностей. Им свойственны: низкий интеллектуальный уровень, склонность к вандализму, скудость нравственных представлений, нечестность, мнительность, психологический инфантилизм. Они проявляют стремление вырваться из-под опеки, контроля, руководства (реакция эмансипации). Реакция эмансипации особенно выраженной бывает у гипертимных, истероидных и шизоидных подростков и весьма слабо проявляется у сензитивных и психастенических [30]. Зависимым подросткам свойственны ранимость, склонность к рефлексии, обостренное чувство справедливости, усиленные критические отношения к взрослым, противоречивость чувств и поступков [32]. Для «аддиктивных» юношей характерен, в целом, низкий уровень развития компонентов самосознания (рефлексии, самоотношения, саморегуляции) [10].

Таким образом, можно заметить, что психологические особенности зависимых это особенности самопознания, самооценки, самовосприятия, самоотношения, контроля своего поведения, отношений с окружающими, а также специфика переживаний и эмоций, наличие глубокого внутриличностного конфликта.

## 4. Динамика и последствия зависимого поведения

*И.Н. Пятницкая* выделяет звенья формирования зависимости от наркотических веществ [45]:

- эйфория – первое звено в цепи, представляющей наркоманию;
- формирование предпочтения определенного наркотика – второе звено в развитии наркомании;
- регулярность приема – третье звено;
- угасание первоначального эффекта, повышение дозы с целью получения прежнего эффекта, т. е. развитие толерантности.

Остановимся на основных этапах развития аддиктивного поведения. К ним относятся: «точка кристаллизации», становление аддиктивного ритма, формирование аддикции как интегральной части личности, полное доминирование аддиктивного поведения.

«Точка кристаллизации» появляется в связи с переживанием интенсивной положительной эмоции (или устранением отрицательной) при определенном действии. Возникает понимание, что существует способ, вид активности, с помощью которого можно сравнительно легко изменить свое психическое состояние.

Аддиктивный ритм выражается в установлении определенной последовательности прибегания к средствам аддикции. Этот ритм коррелирует вначале с жизненными затруднениями и определяется порогом их переносимости. Имеет место внутренняя борьба, осцилляция между естественным и аддиктивным стилями жизни.

Постепенно аддиктивный стиль вытесняет естественный и становится интегральной частью личности, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни. В этом периоде в ситуациях повышенного контроля, особой ответственности какая-то форма аддиктивного поведения может временно не проявляться. Однако этот блок остается в психике и всегда возможно легкое возвращение на рельсы аддиктивного ритма. Следует учитывать и вероятность перехода на новую форму аддикции. В литературе часто пользуются термином «сухой алкоголик» по отношению к алкогольным аддиктам, прекратившим употребление алкоголя, но сохранившим аддиктивную структуру личности, что выражается прежде всего в характере межличностных отношений, отсутствии

эмоционального контакта, сопереживания, тенденции к демагогическим резонерским рассуждениям, нравоучениям лозунгового содержания. Увлечение отдельными формами деятельности может носить объективно полезный характер, однако всегда выступает отсутствие тонких дифференцировок, страх перед обычными человеческими отношениями.

На этапе полного доминирования аддиктивного поведения последнее полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими. Оно функционирует как самообеспечивающая система, человек погружается в аддикцию, отчуждается от общества. Сами аддиктивные реализации не приносят прежнего удовлетворения, контакты с людьми крайне затруднены не только на глубинно-психологическом, но и на социальном уровне, одиночество становится центральной проблемой. Преобладает подавленность, снижение настроения, апатия.

Приведенная динамика имеет свою специфику при разных формах аддиктивного поведения.

Зависимое поведение имеет многочисленные, как правило, *негативные последствия*, как для самой зависимой личности, так и для её окружения. В литературе акцент ставится, прежде всего, на медицинских и социальных последствиях зависимости для аддикта. Но не менее важно изучить, особенно для практической коррекции аддиктивного поведения, нарушения в системе социальных отношений зависимого человека: на работе, в семье. Отметим некоторые из аспектов этой проблемы.

Например, в системе работы с персоналом все больше внимания уделяется психологическим характеристикам сотрудников. Наличие зависимых людей в организации создает значительный риск для кадровой безопасности предприятия. Его суть заключается в следующем:

1. Возможность управления работником, входящим в группу риска, извне, что может быть направлено на дестабилизацию организации (получение секретов, увод клиентов, и т.д.).

2. Постоянные попытки зависимого распространить влияние своих пагубных пристрастий, привычек на окружающих, поиск или формирование им круга единомышленников, т. е. увеличение количества представителей группы риска в организации.

3. Удовлетворение своих зависимостей за счет временных и материальных ресурсов работодателя.

4. Разрушение стабильного работоспособного коллектива (команды).

5. Склонность к преступным действиям и нарушениям ради, либо вследствие удовлетворения своих зависимостей.

В практике работы с семьями алкогольно и наркотически зависимых необходимо учитывать такие последствия аддиктивного поведения, как созависимость.

*В.Д. Москаленко* предложила следующее определение созависимости: «Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей» [33, 34].

Созависимыми являются:

1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;

2) лица, имеющие одного или обоих родителей, страдающих химической зависимостью;

3) лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

Как показали исследования, созависимые чаще всего происходят из так называемых дисфункциональных семей, где имели место либо зависимость, либо жестокое обращение. Воспитание в таких семьях подчинено жестким правилам: взрослые определяют, что правильно, что нет; что делать ребенку, а что нет; воля ребенка должна быть сломлена; сами родители не имеют близких эмоциональных отношений. Такое воспитание формирует психологические особенности, которые впоследствии составят почву для возникновения созависимости.

Внешне выглядит парадоксальным, что дочери алкоголиков часто выбирают себе пьющих мужей, риск возникновения алкоголизма у которых намного выше, чем в общей популяции. Второй брак у созависимых часто оказывается не лучше первого. Очевидно, что такой выбор делается ими неосознанно. Вероятно, в этом случае имеется бессознательный перенос отношений, сложившихся в дисфункциональной семье, в которой вырос человек, на новую.

Признаки дисфункциональной семьи:

- отрицание проблемы и поддержание иллюзий,
- вакуум интимности,
- незыблемость правил и ролей,
- конфликтность во взаимоотношениях,
- недифференцированность «я» каждого члена («если мама сердится, то сердятся все»),
- границы личности либо смешаны либо наглухо разделены невидимой стеной,
- все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия,
- склонность к полярности чувств и суждений,
- закрытость системы,
- абсолютизирование воли, контроля.

Основные характеристики созависимости отличаются разнообразием и касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, его системы ценностей, а также физического здоровья. К ним относятся:

1) низкая самооценка. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими. При этом имеет место своеобразная амбивалентность: они не перестают критиковать себя, но не переносят критику других. Compliments и похвала могут усилить чувство вины, но, с другой стороны, у них может портиться настроение при отсутствии «словесного поглаживания» (по Э. Берну) – мощной подпитки их самооценки. Они не верят, что могут быть любимыми и нужными, но своими действиями пытаются заработать любовь и внимание, чтобы стать незаменимыми. Низкая самооценка доминируют императивы: «я должна», «ты должен», и т.д.;

2) непреодолимое желание контролировать всё и вся. Они верят, что все можно проконтролировать. Чем хуже ситуация дома – тем больше усилий прилагается по ее контролю. Только они «знают, как надо» и не разрешают другим быть самим собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля используются угрозы, принуждения, уговоры, советы; при этом подчеркивается беспомощность других. Невозможность все проконтролировать приводит либо к депрессии, либо к фрустрации, раздражению;

3) желание заботиться, спасти других. С этим нередко связан и выбор специальности – врача, медсестры, психолога, педагога. Созависимые берут на себя ответственность за других и при этом остаются абсолютно безразличны в отношении собственного благополучия. Попытки спасти не удаются, и тогда созависимые злятся на зависимого. Но они вновь пытаются «спасать», так как им это легче, чем переносить неразрешенные проблемы. Поскольку созависимые не распознают моменты, когда им действительно надо быть спасателями, то будут постоянно позволять другим ставить себя в положение жертвы. Иными словами, Созависимый попеременно находится в одной из ролей: спасателя, преследователя, жертвы. При переходе из одной роли в другую будут возникать бурные эмоциональные реакции;

4) нарушения в эмоциональной сфере. Многие поступки созависимого мотивированы страхом, который является основой возникновения любой зависимости. Страх сковывает свободу выбора. Кроме страха, доминируют такие эмоции, как тревога, стыд, чувство вины, депрессия, негодование и ярость. При этом на фоне постоянного стресса повышается переносимость отрицательных эмоций. Но этом фоне могут развиваться деперсонализационные переживания в виде «снижения и утраты чувств». В этом плане, созависимость – это отказ от себя;

5) отрицание – наиболее частая форма психической защиты созависимых (хотя встречаются и другие: рационализация, минимизация, вытеснение, забывание). Они склоны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего не происходит, обманывать себя. Отрицание помогает жить в мире иллюзий, поскольку правда слишком болезненна. Естественно, что отрицаются и сами признаки созависимости;

6) психосоматические заболевания – язвенная болезнь, бронхиальная астма, нейроциркуляторная дистония, нейродермит, кардиалгии с нарушениями сердечного ритма – развиваются в результате постоянного стресса, в условиях которого живут созависимые. Их появление свидетельствует о прогрессировании созависимости. Более того, риск возникновения алкоголизма или токсикомании у них самих оказывается существенно выше [34]. Часть исследователей полагает, что созависимость является таким же заболеванием, как и зависимость.

## 5. Конкретные виды зависимости

### 5.1. Химическая зависимость

*И.Н.Пятницкая* выделила три основных синдрома, наличие которых отличает зависимого от здорового человека: 1) синдром психической зависимости; 2) синдром физической зависимости; 3) синдром измененной реактивности организма к действию наркотика [45].

Синдром психической зависимости включает патологическое влечение к наркотику и способность достигать состояния психического комфорта в интоксикации. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков и других психоактивных веществ, иногда и после однократного их приема. Можно сказать, что психическая зависимость является самым ранним и главным синдромом наркомании и в то же время самым длительным и тяжелым, который проявляется и в ремиссии.

Психопатологическая структура психической зависимости представлена, во-первых, навязчивыми (навязчивыми) состояниями, характеризующимися борьбой мотивов и частичной критической самооценкой больным своего состояния; во-вторых, компульсивными и импульсивными состояниями с тотальной охваченностью, стремлением получить наркотик любой ценой, часто с элементами суженного сознания, без критической самооценки и учета ситуации; в-третьих, доминантными структурами сверхценного типа без борьбы мотивов, когда возможность реализации обычно обусловлена внешними ситуационными факторами.

Клинически психическая зависимость проявляется в постоянных мыслях о наркотике, повышении настроения в предвкушении его приема, подавленности – при отсутствии наркотика. Течение влечения волнообразно. Иногда оно имеет циклический характер. Психический комфорт становится возможен только в интоксикации – наркотик становится необходимым для нормального функционирования.

Патологическое влечение к наркотикам может возникнуть и на фоне латентно протекающих психических расстройств, чаще всего депрессивных, тревожных, ипохондрических в рамках пограничных и эндогенных заболеваний. Кроме того, прием наркотиков



может способствовать облегчению контактов с окружающими, преодолению замкнутости и отгороженности у больных с шизоидными чертами.

Синдром физической зависимости включает компульсивное (непреодолимое) влечение к наркотику, способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром.

Степень компульсивного влечения сопоставима с чувством голода и жажды. От obsесивного влечения отличается ещё и тем, что способно подчинять все состояние сознания, определяет поступки и мотивацию действий. Улучшение физического состояния возникает только после приема наркотика.

Следует учитывать, что физическая зависимость и абстинентный синдром развиваются в процессе злоупотребления не каждым наркотическим или психоактивным веществом. Например, кокаиновая и ЛСД наркомания ограничивается только появлением компульсивного влечения.

Абстинентный синдром формируется постепенно, в разные сроки при различных формах наркоманий. Он наиболее сильно выражен при опиатной наркомании («ломка»). Возникает через несколько часов (до суток) после последнего приема наркотика. Состоит из нескольких фаз, сменяющих друг друга во времени. Симптомы психические и соматоневрологические определяются формой наркотика.

Абстинентный синдром – это всегда показатель сформировавшейся физической зависимости. Это состояние характеризуется необходимостью в постоянном присутствии наркотика для относительно нормального функционирования организма. Приспособившийся к постоянной интоксикации организм дает сигнал об отсутствии препарата в виде компульсивного влечения. Если наркотик не поступает, организм пытается собственными ресурсами воспроизвести состояние, вызываемое приемом наркотика. Структуры и функции, на которые направлено действие наркотика, приводятся в состояние, близкое к состоянию наркотической интоксикации и абстиненции. Однако отсутствие интоксикации ведет к патологической, избыточной компенсации: вместо тонизации сосудистой системы – гипертензия, вместо активации психики – тревога, депрессия. Таким образом, абстинентный синдром представляет собой

дефектную саморегуляцию, попытку организма собственными силами восстановить нарушенный гомеостаз.

Синдром изменённой реактивности организма к действию наркотика включает: 1) изменение формы потребления; 2) изменение толерантности; 3) исчезновение защитных реакций при передозировке; 4) изменение формы опьянения. Синдром измененной реактивности проходит определенную динамику в течение болезни: так, на начальных этапах появляется изменение формы потребления, снижаются защитные реакции, и растет толерантность, а на исходной стадии меняется форма опьянения на фоне снизившейся толерантности.

Регулярность приема свидетельствует об изменении формы потребления. Подъем толерантности достигает на высоте болезни максимума и превышает начальную дозу в 5 – 10 раз у барбитуратов, в 8 – 10 раз у седативных препаратов, в 100 – 200 раз у опиатов. Организм начинает переносить многократно смертельные для здорового человека дозы. Возрастание толерантности, её стабилизация («плато» толерантности) и снижение относят к осевым синдромам химической зависимости. Кроме того, отмечается и так называемый симптом перекрёстной толерантности. Он наблюдается при сочетанном употреблении нескольких видов наркотически или психоактивных веществ. Симптом заключается в быстром росте толерантности к новым веществам, которые начал употреблять больной на фоне сформировавшейся зависимости.

Защитные реакции организма – это свидетельство передозировки. Например, рвота при приеме алкоголя; зуд, тошнота, резь в глазах, слюнотечение при приёме опиатов. Исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, поскольку высокие дозы токсического эффекта не вызывают и не требуют защиты.

Извращение эффекта действия наркотика наступает, когда сформировались предыдущие симптомы. Снотворные и транквилизаторы не дают седации, кодеин не подавляет кашля, и т.д. Снижается интенсивность эйфории. Впоследствии эйфорический эффект действия наркотика меняется на тонизирующий. Это, как правило, совпадает со снижением толерантности.

В процессе развития химической зависимости присутствуют и другие важные синдромы.

Синдром наркотического опьянения представляет собой состояние, возникающее после приема наркотических веществ, включающее определенные психические и физические симптомы.

Из психических симптомов – это прежде всего эйфория. Эйфория складывается из эмоциональных переживаний, психических и соматических ощущений. Каждому наркотическому веществу свойственна своя структура эйфории (например, опиаты вызывают соматическое наслаждение и ощущение полного блаженства; стимуляторы – интеллектуальное просветление и подъём; ЛСД и гашиш – расстройства восприятия в сочетании с особым состоянием сознания мистического, фантастического содержания; летучие ароматические соединения – удовольствие от красочного восприятия, и т.д.).

Расстройства восприятия проявляются в трёх формах: 1) обострение (стимуляторы); 2) избирательность (опиаты); 3) снижение (седативные препараты). Кроме того, возникают качественные нарушения восприятия: психосенсорные и иллюзорно-галлюцинаторные расстройства. Нарушение сенсорного синтеза проявляется дереализацией. Происходит нарушение интерорецепции – возникает чувство тепла, легкости или тяжести, восприятие схемы тела.

Расстройства мышления встречаются как количественные (замедление или ускорение), так и качественные. Общая черта – катимность, смещение пропорции интеллектуального и эмоционального. Страдает концентрация и качество мышления. Может происходить выход мышления за рамки реальности, возникают сверхценные и бредовые идеи.

Каждый наркотик вызывает нарушения сознания разного типа и глубины от сужения до различной степени помрачения.

Соматоневрологически отмечается в основном вегетативная симптоматика. Картина зависит от наркотика и дозы. Чаше отмечается расширение зрачка, хотя при приёме опиатов и некоторых галлюциногенов – сужение. Большинство наркотиков вызывает гипертермию и гиперемию, тахикардию, подъём АД, учащение дыхания. Все наркотики на первых порах снижают аппетит и повышают либидо. После выхода из опьянения отмечается жажда и голод (особенно после приема препаратов конопли). Моторика, как

правило, снижается (исключение составляют психостимуляторы) [17].

Выход из опьянения обычно сопровождается сном, при пробуждении от которого часто возникает чувство разбитости, депрессия, тревога.

Синдром последствий хронической наркотизации.

Различные формы химической зависимости вызывают различные и достаточно специфические проявления этого синдрома. В течение любой формы наркомании присутствует прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасание влечений, потребность, как в биологическом, так и социальном смысле, снижение сопротивляемости к внешним воздействиям, прогрессирующее истощение.

Психические нарушения личности многообразны и зависят от наркотика. Развитие психического опустошения идет поэтапно: этап снижения личности, этап психопатизации, этап деменции. Степень выраженности органической психосимптоматики зависит от свойств и длительности приёма наркотика. Психическая инвалидизация начинается с этапа снижения личности. Падает психическая активность, ограничиваются интересы и мотивации, упрощаются побуждения, уплощается эмоциональная сфера. Образно говоря, личность наркомана – это человек, лишенный внутреннего стержня, от которого осталась только внешняя оболочка.

Наркомания всегда сопровождается аффективными изменениями. По мере прогрессирования заболевания депрессия и тревога сменяются дисфорией. Различным формам наркомании свойственны психозы или на высоте опьянения, или в период абстиненции.

### ***Алкогольная зависимость***

В среднем около 95 % людей употребляют алкоголь на протяжении своей жизни. Эпидемиологические исследования, проведенные в нашей стране, показали, что алкогольные напитки употребляли или употребляют практически все мужчины (99,94%) и абсолютное большинство женщин (97,9%).

Хроническому алкоголизму всегда предшествует этап бытового пьянства, который может быть достаточно протяженным во

времени. По МКБ-10 бытовое пьянство диагностируется как «употребление алкоголя с вредными последствиями».

В зарубежной практике распространена классификация Джеллинека, в которой существенное внимание уделяется виду употребляемого спиртного напитка. Выделяется пять форм алкоголизма:

1) альфа-алкоголизм – алкоголь употребляется как средство смягчения отрицательных психологических явлений и соматических ощущений. Типичен для винных регионов (страны Средиземноморья);

2) бета-алкоголизм – употребление алкоголя в соответствии с обычаями социальной среды (русская или грузинская свадьба). По Джеллинеку заболеванием не является;

3) гамма-алкоголизм – употребление крепких спиртных напитков с развитием синдрома похмелья. Наблюдается запойный тип пьянства. Сопровождается тяжелыми социальными последствиями. Характерен для стран, где предпочитают крепкие алкогольные напитки (Север Европы, Россия и т.д.);

4) дельта-алкоголизм – проявляется в постоянной форме употребления алкоголя с выраженными соматическими последствиями при нерезких социальных. Типичен для винных регионов;

5) эпсилон-алкоголизм проявляется в истинных запоях, которые начинаются без видимой причины. Между запоями никакой тяги к спиртному нет. По мнению большинства исследователей, это есть вторичное проявление психического заболевания.

*Э.Е. Бехтель* предложил классификацию бытового пьянства:

1) абстиненты – лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2-3 раза в год), что этим можно пренебречь;

2) случайно пьющие – лица, употребляющие в среднем 50 – 150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц;

3) умеренно пьющие – лица, употребляющие по 100 – 150 мл водки (максимально до 400 мл) 1 – 4 раза в месяц;

4) систематически пьющие – лица, употребляющие 200 – 300 мл водки (до 500 мл) 1-2 раза в неделю;

5) привычно пьющие – лица, употребляющие 500 мл водки и более 2-3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений.

Абстиненты – это лица, которые воздерживаются от приема алкоголя либо по причине непереносимости (выраженные аллергические реакции), либо вследствие формирования определенных установок (определенные религиозные или философские взгляды, реакции протеста против алкоголизма и др.).

Случайно пьющие лица, как правило, не испытывают приятных ощущений в связи с опьянением и поэтому не стремятся увеличивать дозы и частоту его приема. Прием алкоголя у этой группы осуществляется под давлением окружающих.

Среди эпизодически употребляющих алкоголь лиц встречаются умеренно пьющие. Они испытывают удовольствие от опьянения, хотя эйфоризирующее действие алкоголя у них выражено умеренно. Они редко самостоятельно берутся за организацию выпивки, и ещё реже у них возникает спонтанное желание выпить. Алкоголизация обычно происходит в рамках постоянной неформальной группы (друзья, родственники и т.д.). Вне состояния опьянения какие-либо поведенческие отклонения не обнаруживаются.

Для систематического пьянства, кроме учащения выпивок и увеличения разовой дозы алкоголя, характерны изменения ценностных установок, появление в связи с пьянством социально-негативных поведенческих акций. В связи с этим можно говорить о формировании определенного стиля, образа жизни. Знакомство с алкоголем у этих лиц происходит в раннем подростковом возрасте, а систематическое употребление начинается после 16 лет. Алкогольная потребность достаточно быстро начинает приобретать равное значение наряду с другими личностными потребностями. Эти лица выступают инициаторами выпивок, алкоголь постепенно начинает приобретать значение ведущего ценностного ориентира, становясь основным источником получения удовольствия в жизни. Соответственно этому происходит некоторое личностное снижение в социальной, семейной и профессиональной сфере.

Привычное пьянство является крайней и самой тяжелой формой эпизодического употребления и иногда представляет определенные трудности для дифференциальной диагностики с хроническим алкоголизмом. Динамика этой формы бытового пьянства зачастую приводит к развитию алкоголизма.

**Хронический алкоголизм.** Впервые три стадии алкоголизма описал *И.В. Стрельчук* (1949). В первой стадии происходит изме-

нение реакции организма на алкоголь (пропадает рвотный рефлекс, растет толерантность, и т.д.). Вторая стадия начинается с формирования синдрома похмелья. В третьей стадии происходит деградация. До неё доживает относительно небольшая группа больных.

В широко распространенной классификации алкоголизма *А.А.Портнова и И.Н. Пятницкой* также выделяются три стадии: начальная (неврастеническая), средняя (наркотическая), исходная (энцефалопатическая) [39].

В МКБ-10 (1994) отсутствует деление хронического алкоголизма на стадии. В России до сих пор традиционно используются классификации, связанные с делением заболевания на три стадии. Общими признаками, объединяющими все стадии алкоголизма, являются следующие:

- психическая зависимость или первичное влечение, включает два симптома – психическое влечение к алкоголю и возникновение эйфории в стадии опьянения;

- физическая зависимость, или вторичное влечение, проявляется в невозможности переносить абстинентное состояние, выражающееся в стремлении к новому приему алкоголя для избавления от неприятных симптомов;

- изменённая реактивность к алкоголю;

- изменения личности больного.

*Первая стадия алкоголизма* характеризуется следующими признаками:

- 1) первичное патологическое влечение к алкоголю. Тяга к алкоголю проявляется в определенных ситуациях. Подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями. Прием первой дозы ускоряет употребление последующих до состояния более выраженного опьянения. Внешний признак этого – так называемый симптом опережающего тоста, употребление спиртного «до дна». Важнейшим признаком психической зависимости является и снижение количественного и ситуационного контроля, когда больные начинают регулярно пить до состояния выраженного алкогольного опьянения и делают это там, где нельзя (например, в присутствии непосредственного начальства);

- 2) рост толерантности к алкоголю определяется тем, что первоначально употребляемая доза не вызывает приятного чувства

опьянения и требуется приём большего количества спиртного или переход на более крепкие напитки;

3) амнезии опьянения проявляются чаще в форме палимпсестов. Палимпсесты опьянения проявляются в том, что из памяти выпадают фрагменты определённых событий, имевших место в состоянии опьянения.

Первую стадию алкоголизма диагностируют, как правило, у лиц 16 – 35 лет. Её продолжительность чаще всего составляет 1 – 6 лет.

*Вторая стадия алкоголизма* характеризуется утяжелением всех симптомов первой стадии. Кроме того, отмечается: 1) появление абстинентного (похмельного) синдрома; 2) формирование запоев или систематического (постоянного) злоупотребления алкоголем; 3) заострение преморбидных черт личности.

Патологическое влечение к алкоголю возникает не только в определенных ситуациях, но и спонтанно. Описывают два варианта первичного патологического влечения. Первый сопровождается борьбой мотивов («пить или не пить»), поскольку злоупотребление алкоголем противоречит социально этическим нормам больного, его окружения. Встречается чаще на ранних этапах заболевания, когда больной пытается самостоятельно бороться со своим пристрастием: обходит стороной магазины, уезжает в выходной за город, не встречается с друзьями. Но через какое-то время происходит срыв. Второй вариант предполагает отсутствие борьбы мотивов. Больной сам придумывает поводы для употребления спиртного. В этом случае предотвратить алкоголизацию значительно труднее. Во второй стадии отмечается полная утрата количественного контроля – больной напивается всегда и везде. Определенная доза спиртного («критическая») вызывает непреодолимое (компульсивное) желание пить «до отключки».

Устанавливается максимальная толерантность к алкоголю, которая не меняется долгое время (плато толерантности). Происходит изменение картины опьянения: уменьшается период эйфории, опьянение чаще протекает по дисфорическому типу. Алкогольные амнезии становятся систематическими.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) – это комплекс вегетативных, сомато-неврологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекраще-



нием или резким сокращением алкоголизации. В литературе можно встретить такие его названия, как синдром отмены, состояние отмены (вМКБ-10), синдром похмелья, синдром второго дня, и т.д. Впервые описан отечественным психиатром *С.Г. Жислиным* (1935), который определил его основной признак как «расстройства, обусловленные предшествующим алкогольным эксцессом, которые смягчаются или исчезают совсем лишь после повторного употребления известных доз алкоголя» [11].

Различают следующие варианты ААС:

1) с преобладанием вегетативных компонентов (1-я степень тяжести). Характерны потливость, тахикардия, сухость во рту, снижение аппетита. Желание опохмелиться не всегда реализуется немедленно. Сдерживающим обстоятельством являются социально-этические причины (например, необходимость утром сесть за руль). Поэтому опохмеление отодвигается на вечерние часы. Продолжительность ААС до суток;

2) ААС с преобладанием вегето-соматических и неврологических расстройств (2-я степень). Наблюдается обычно после многодневного злоупотребления. Клинически отмечаются гипермия и одутловатость лица, тахикардия, боли в сердце, тремор рук, нарушения походки, сна и др. Опохмеляются обычно утром, так как социально-этические факторы отходят на второй план;

3) ААС с преобладанием психического компонента (3-я степень) характеризуется тревожно-параноидной установкой, пониженно-тревожным настроением. Часто встречаются суточные колебания аффекта с относительным улучшением в первую половину дня. Могут быть суицидные мысли. Чувство собственной виновности сочетается с негативным отношением к окружающим, их неприятием, что может ещё более усугублять депрессию. Сон поверхностный, беспокойный, с кошмарными сновидениями. Опохмеляются постоянно. Продолжительность 2 – 5 суток. На фоне ААС 3-й степени тяжести возникают алкогольные психозы.

Следует отличать ААС от постинтоксикационного синдрома, который может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после массивной алкоголизации. Сомато-вегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием будет отсутствие влечения к алкоголю у неалкоголиков.

Более того, вид, запах и даже упоминание об алкоголе будут вызывать у них отвращение вплоть до тошноты и рвоты.

Во второй стадии формируются следующие типы злоупотребления алкоголем:

1) постоянный тип характеризуется ежедневным или почти ежедневным употреблением спиртного;

2) периодический тип, или псевдозапой, которые характеризуются чередованием периодов ежедневного пьянства с интервалами, когда больной не употребляет спиртного. Псевдозапой отличаются от истинных запоев тем, что они провоцируются социальными поводами (встреча с друзьями, конец недели, зарплата, праздник, неприятности и т.д.) и обрываются также под влиянием ситуации (кончились деньги, надо идти на работу, угрожают семейные репрессии, и т.д.);

3) перемежающийся (смешанный) тип – на фоне постоянного пьянства отмечаются периоды его усиления с употреблением спиртного в максимальных дозах.

Начиная со второй стадии возможно появление алкогольных психозов как на фоне похмельного синдрома, так и на высоте опьянения во время запоя.

Во второй стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности больного, чаще в форме заострения преморбидных черт. К этому присоединяются расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, огрубления, возбудимости.

Вторая стадия болезни обычно формируется в возрасте 25 – 35 лет после злоупотребления алкоголем в течение 10 – 15 лет.

*Третья стадия* характеризуется утяжелением всех проявлений, которые отмечаются во второй, плюс появлением истинных запоев и деградации личности.

Патологическое влечение по силе сопоставимо с голодом и жаждой (компульсивный характер влечения). Утрата количественного контроля сопровождается полной утратой ситуационного контроля: приём незначительной дозы алкоголя влечет за собой возникновение неодолимого влечения со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и противозаконно. Прием алкоголя может осуществляться в самых неподходящих местах. Часто употребляются суррогаты алкоголя (технический спирт, одеколоны, лосьоны и т.п.).

Одним из важнейших симптомов третьей стадии является снижение толерантности к алкоголю.

Отмечается выраженное изменение картины опьянения с преобладанием дисфорического аффекта. Характерна тотальная алкогольная амнезия, которая проявляется при приеме сравнительно небольших доз алкоголя. Абстинентный синдром 3-й степени тяжести.

Для третьей стадии характерны истинные запои (прерываются из-за невозможности самого больного продолжать употребление алкоголя). Им предшествует ничем не спровоцированное непреодолимое (компульсивное) влечение. В первый день запоя выпивается максимальное количество спиртного. В последующие дни из-за снижения толерантности доза падает. В конце запоя развивается интолерантность, приводящая к прекращению алкоголизации.

Формируются стойкие изменения личности:

1) психопатоподобная деградация характеризуется изменением поведения, проявляющееся грубым цинизмом, агрессией, назойливой откровенностью, стремлением очернить окружающих;

2) алкогольная деградация с преобладанием эйфории отличается благодушным беспечным настроением с резким снижением критики к своему положению и окружению.

В связи с этим, рассмотрим изменения личности при алкоголизме. Отметим, что эта проблема связана с вопросом о преморбидной личности, поскольку трудно определить, что стало результатом болезни, а что было ее причиной.

Изменение личности при алкоголизме имеет под собой несколько причин. Как минимум, это: результат воздействия алкоголя на мозговые структуры и нервную систему в целом; изменения социальных взаимодействий больного; сам факт зависимости, и другие.

В результате злоупотребления алкоголем у больного меняется мотивационно-потребностная сфера. Ведущим мотивом деятельности становится выпивка. Причем происходит сдвиг мотива на цель [7, 8], т.е., если сначала употребление было средством поддержания компании, редукации напряжения и т.п., то потом оно становится самостоятельной деятельностью. Следствием этого становится трансформация всей системы отношений личности, преобразование ее иерархии, сужение круга интересов и ценностных ориента-

ций. Оттесняются прежде всего социальные и морально-этические ценности. Затем имеют место снижение ценности собственной личности, утрата ценности человека и человеческих отношений. Больной становится нечутким, эмоционально тупым, интеллектуально неподвижным. При относительно невысоком чувстве собственного достоинства и самолюбия непомерно развиты тщеславие и честолюбие, а справедливость проявляется только на словах. Злоупотребление алкоголем показало, что одни из них слабовольны, легкоранимы и отличаются неумением приспособляться к жизненным трудностям. Другие, напротив, излишне самоуверенны, жаждут признания. У тех и у других плохо развиты механизмы адаптации, и они легко выходят из равновесия.

Алкоголик – человек неуравновешенный, находясь во власти аффективных вспышек, совершает неразумные действия. На начальных этапах алкоголизма наблюдается чувство вины за свое поведение, но по мере развития болезни все большую роль начинают играть психологические защиты по типу отрицания реальности, искажения образа-Я. Они скрывают свое истинное лицо с целью замаскировать собственные слабости. Слабо развиты самоконтроль, саморегуляция, внутренняя самодисциплина. Они очень ранимы и чувствительны ко всему, что, так или иначе, затрагивает их самооценку. Алкоголики часто замкнуты, скрытны, недоверчивы, несправедливы по отношению к окружающим. Это сочетается с отсутствием скромности, проявлением развязности, зазнайства. Алкоголик часто циничен и бесцеремонен, легко возбудим по мелочам, импульсивен и проявляет подчас болтливость и хвастливость [8, 11, 13 и др.].

В одной из зарубежных классификаций выделены четыре предрасположенных к алкоголизму типа личности, которые являются продуктом семейного воспитания [5]:

1) лица, считающие себя безупречными, стоящими выше критики, осуждения и замечаний;

2) возбудимые, агрессивные, жестокие, с легко возникающим чувством ненависти, предрасположенные к асоциальным поступкам;

3) неприспособленные, непродуктивные, беспомощные, склонные к невротическим реакциям, жертвы сверхзаботливых родителей;

4) лица со странностями, чертами депрессивности и навязчивыми идеями.

Советские психиатры *А.А. Портнов* и *И.Н. Пятницкая* лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем, подразделяют также на четыре группы, но их классификация носит иной характер:

– примитивные, незрелые, с низким уровнем психического развития;

– без заметных особенностей в преморбиде, которые начинают пьянствовать в силу внешних условий: «от скуки», «от нечего делать», «из-за легкой доступности спиртных напитков»;

– люди с затрудненной адаптацией или оказавшиеся в сложной ситуации;

– лица, страдающие психическими расстройствами [39].

В работах чаще всего описываются такие личностные особенности, предшествующие алкоголизму, как пассивно-зависимые черты характера, созерцательность и неприспособленность, неуверенность в себе, чувство неполноценности, половая незрелость, нарушение половой идентификации, «негативный опыт детства» и последующая неудачливость во взрослой жизни, импульсивность и авторитарный конфликт, конформность, повышенная антиципация к наказанию, «невротический сверхконтроль эмоций», нарушение чувства будущего, низкая самооценка, крайняя несамостоятельность, неумение отказать из-за страха быть отвергнутым другими людьми, ранимость критикой, нежелание брать на себя ответственность, и т.д.

Отмечают также, что к алкоголизму склонны лица с интрапсихическим конфликтом [45]. Этот конфликт может иметь различное содержание. Например:

– сексуальный конфликт (нереализованность женской или мужской роли); лесбиянство, гомосексуализм (однако последний более важен при наркомании);

– несовпадение уровня притязаний с реальными достижениями;

– несовпадение мировоззренческой концепции индивида со взглядами среды;

– нарушение адаптации к среде.

В наших исследованиях в большой выборке значимость внутреннего конфликта максимальна, т. е. он имеет патологическую природу, хотя его наличие и не лишено объективных оснований (неустроенность в большинстве жизненных сфер) [4]. Здесь основание внутренних конфликтов составляет нереализованность смыслообразующих мотивов на фоне убежденности в своей неполноценности, на фоне алкогольной симптоматики, и, вероятно, уже является следствием своеобразной психологической защиты.

В ремиссионной выборке значимость данного фактора минимальна, и мы склонны объяснять это ситуативными причинами. Иными словами, склонностью на данном этапе жизни этих испытуемых позитивно оценивать себя и свою жизнь, а следовательно, в большинстве своем они склонны считать, что смыслообразующие мотивы в различных сферах вполне реализованы.

Подробно описаны особенности эмоциональной сферы преморбидной личности алкоголика. Так, *С.С. Корсаков* писал, что к злоупотреблению алкоголем прибегают плохо уравновешенные люди, эмоционально неустойчивые, склонные более других искать вне себя возбудителей для нервной системы. Самый известный вариант преморбидной личности – «синтонный алкоголик», описанный *Э. Кречмером* в рамках циклотимической конституции. Некоторые авторы характеризуют преморбидную личность алкоголиков как депрессивную или даже маниакально-депрессивную [18]. Во многих исследованиях показано, что, чем больше различных отклонений в структуре личности и характера, тем больше вероятность формирования алкоголизма и тем в более сжатые сроки он формируется.

Также среди особенностей, способствующих развитию алкоголизма, называют конформность, слабоволие, слабую переносимость стрессов, фрустраций и др.

Обобщая результаты многочисленных исследований личности алкоголика, *Барнес* сгруппировал 18 личностных факторов, которые, в свою очередь, объединяются в факторы второго порядка [18]:

*1. Слабость «Я»:*

- 1) нарушение сексуальной идентификации,
- 2) негативная самоконцепция,
- 3) психопатические черты,

- 4) враждебность,
- 5) незрелость в целом,
- 6) импульсивность,
- 7) низкая толерантность к фрустрациям,
- 8) преимущественная ориентация на настоящее время («здесь и сейчас»).

*II. Преувеличение интенсивности стимуляции:*

- 9) повышенная чувствительность,
- 10) ипохондричность (сенсорная),
- 11) страх смерти.

*III. Поле-зависимость:*

- 12) пассивность,
- 13) зависимость,
- 14) недифференцированность (ощущений).

*IV. Невротизм:*

- 15) тревожность,
- 16) склонность к депрессиям,
- 17) истеричность,
- 18) ипохондричность идиаторная.

Ясно, что все вышеперечисленные характеристики могут относиться и к неалкоголикам. Кроме того, как уже указывалось, неясно, что из личностных особенностей является причиной, а что следствием алкоголизма. Таким образом, можно даже задать вопрос, можно ли вообще говорить об особенностях личности при алкоголизме. Мы полагаем, что, безусловно, можно, и особенность эта заключается скорее в наличии какой-либо выраженной внутренней проблемы в структуре личности. Причем, чем дальше заходит развитие болезни, тем более выражены эти проблемы.

Низкий уровень эмоционально-волевого, интеллектуального развития проявляется в ограничении и отсутствии социально направленных интересов; бедности эмоциональных и нравственных чувств; отсутствии значительных и ясных целей в жизни; пессимистическом и неадекватном отношении к своим жизненным перспективам; некритическом отношении к своему поведению и поведению окружающих; низкой культуре досуга, недостаточной сформированности волевых качеств; направленности личности на потребление и развлечение (гедонистическая установка). Недоста-

ток социального опыта выражается в склонности неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумении найти выход из психотравмирующей ситуации и преодолевать коммуникативные барьеры. Для алкогольно-зависимых личностей характерно преобладание пассивных копинг-стратегий в преодолении стрессовых ситуаций.

На основе полученных в нашем исследовании данных можно говорить о различиях саморегуляции между «здоровыми», «освободившимися» и «алкогольно-зависимыми» людьми. Различие наблюдается как в общем уровне саморегуляции, а также в регуляторных процессах, входящих в этот общий уровень саморегуляции, так и в копинг-поведении.

По результатам исследования можно составить некий обобщенный психологический портрет каждой из групп с характерным поведением.

«Алкогольно-зависимые» в трудных, стрессовых ситуациях склонны ориентироваться на разрешение проблемы, ее анализ и очень частое эмоциональное реагирование на эту проблему. Такие, нередко замечая эту проблему, склонны избегать ее, прибегая при этом как к отвлечению, так и к социальному отвлечению от проблемы. Дезадаптированные личности с диагностированным алкоголизмом обладают специфическим набором характеристик эмоционально-волевой сферы: нестабильность и неустойчивость эмоциональных реакций, повышенная эмоциональная возбудимость, низкий самоконтроль в эмоциональной сфере, деятельности и поведении.

Для каждой выборки были выявлены ведущие факторы:

- фактор эмоциональной стабильности и контроля для здоровой выборки;
- факторы самоуважения и некритической оценки своей личности, своего поведения для ремиссионной выборки;
- факторы эгоцентризма и отсутствия контроля и эмоциональной нестабильности для больной выборки.

Личность алкоголика в стадии ремиссии не может быть рассмотрена как здоровая адаптированная личность. Она обладает специфическим набором характеристик, отличающим ее от испытуемых здоровой и больной выборок. Кроме того, при изучении особенностей саморегуляции алкогольно-зависимых личностей



нами было установлено, что общий уровень саморегуляции у них имеет более низкий показатель, чем у «здоровых» и «освободившихся» людей. Общий уровень саморегуляции и входящие в него регуляторные процессы у «алкогольно-зависимых» людей по сравнению с другими группами характеризуется тем, что лучше развито планирование своей деятельности, но хуже – представление о системе внешних и внутренних значимых условий, а также оценка себя и результатов своей деятельности, способность перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий. Таким образом, эти особенности снижают саморегуляцию у «алкогольно-зависимых» людей.

Безусловно, какие бы причины ни играли большую роль в развитии алкоголизма, большое значение имеет мотивация употребления. Она сказывается на всех этапах развития болезни, а также на изменениях личности. Исследования показывают, что каждому типу мотивации обращения к алкоголю соответствует определенная структура личностно-психологических особенностей больных (мотивационной и эмоциональной сфер) и определенные клинические параметры, характеризующие соответствующий тип течения алкоголизма.

Мотивов употребления алкоголя большое множество, и разные исследователи классифицируют их по-разному. Приведем классификацию *Т.А. Немчина и С.В. Цыцарева* [37], которую они строят на основе выделения ведущих мотивов и способов удовлетворения потребностей, которые определяют содержательную сторону влечения к алкоголю. С этих позиций алкоголь может являться средством:

- 1) редукации напряжения;
- 2) изменения эмоционального состояния;
- 3) получения удовольствия;
- 4) повышения самооценки самоуважения, достижения самоутверждения;
- 5) компенсации (подразумевается использование алкоголя для замещения каких-либо недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей и коррекции дисгармоничной структуры характера и личности в целом);
- 6) общения и коммуникации;

7) поддержания принятого ритуала, который является результатом научения и подражания;

8) межличностной защиты – манипуляции.

Влечение к алкоголю почти никогда не проявляется в виде изолированного симптома. Оно включается в широкий круг потребностей субъекта. Алкоголизм, как правило, связан с группой мотивов, а не с одним изолированным, так как по мере его развития количество потребностей, опредмечивание которых происходит с участием алкоголя, постоянно увеличивается. В связи с этим роль алкоголя как регулятора поведения усиливается, в то время как нормальные способы удовлетворения потребностей становятся объективно, а чаще субъективно невозможными.

Классификация мотивов потребления алкоголя *В.Ю. Завьялова*, лежащая в основе методики «Мотивация употребления алкоголя» [18]. Выделяются три группы мотивов.

*Первая* – «социально-психологические мотивы» приёма алкоголя:

1) традиционные, социально-обусловленные, культурно-распространенные мотивы;

2) субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя;

3) псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной микросреды, в которой он функционирует.

*Вторая* группа образует группу личностных, персональных мотивов потребления алкоголя:

4) гедонистические мотивы, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя, а также опыт переживания алкогольной эйфории;

5) атарктические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания – напряжение, тревогу, страх – с помощью алкоголя;

6) мотивы гиперактивации поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщение сенсориума с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической «пустоты», незанятости, душевного бездействия либо желая усилить эффективность своего поведения.

*Третья* группа образует собственно патологическую мотивацию – употребление алкоголя, фактор болезненного влечения алкоголя:

7) «похмельная мотивации» – стремление с помощью алкоголя снять абстинентные явления, дискомфорт, связанный с отсутствием алкоголя, улучшить самочувствие (алкоголь как лекарство);

8) аддиктивные мотивы, отражающие фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю, «жажду» алкоголя;

9) мотивы самоповреждения – стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, из-за потери, якобы, перспективы в будущем для себя, утраты смысла трезвой жизни.

Чем больше выражено мотивов потребления алкоголя, тем сильнее общее влечение к нему. В то же время и один какой-то мотив может достигать такой силы, что способствует развитию алкоголизма.

*Б.С. Братусь* считает, что не сами противоречия, закладывающиеся в личности, служат причиной развития пристрастия к алкоголю, а «дефективный способ решения неизбежно возникающих противоречий между желаемым и возможным» [7 – 9]. Психическое состояние, вызываемое воздействием алкоголя, представляет собой диффузное и неспецифичное состояние, вследствие чего на этот «необычный психофизический фон» мощно проецируется на психические ожидания и потребности личности, которые при этом иллюзорно удовлетворяются. Постепенно удовлетворенные в опьянении потребности «опредмечиваются» в алкоголе. Человек начинает видеть главный источник привлекающего его состояния только в алкоголе; происходит «сдвиг мотива на цель»: то, что раньше было вспомогательным действием, становится самостоятельным мотивом, заступающим на свое место в иерархии мотивов.

Мы полагаем, что фактор личностных особенностей имеет важное значение в формировании зависимости, возможно даже большее, чем биологический и социальный. Однако абсолютизировать его нельзя, необходимо рассматривать все факторы во взаимодействии.

Таким образом, зависимость от алкоголя имеет свои особенности появления и развития, свои предпосылки и последствия. Она связана с потребностно-мотивационной сферой субъекта, прежде всего, как в появлении, так и в развитии и последствиях. Часто она

может носить компенсаторный характер, способствуя иллюзорному удовлетворению потребности, или развиваться вследствие неустойчивости к жизненным трудностям (из-за использования алкоголя как антидепрессанта)

### ***Наркотическая зависимость***

Психоактивные вещества это вещества, оказывающие воздействие на различные стороны психических процессов:

- 1) уровень сознания (сон – бодрствование);
- 2) психическую и физическую активность;
- 3) восприятие (от обострения восприятия до его искажения вплоть до галлюцинаций);
- 4) эмоциональную сферу человека – настроение (улучшающие настроение), чувство боли (снимающие боль), чувство удовольствия (вызывающие комфорт, эйфорию).

Из всех психоактивных веществ особо выделяют психотропные. Это вещества, которые обладают выраженным психоактивным действием и в силу этого нередко способствуют развитию зависимости при неправильном использовании. К психотропным веществам относятся многие обезболивающие, транквилизаторы (успокаивающие), снотворные, психостимулирующие препараты, которые включены в данную группу решением специальной комиссии.

Наркотики – психотропные вещества, обладающие столь сильной способностью быстро вызывать зависимость, что их использование либо запрещено, либо предельно ограничено. К первым относятся строго конкретизированные вещества, запрещенные к изготовлению, хранению и использованию. Ко вторым относятся медицинские препараты, находящиеся на особо строгом учете.

При решении специальными органами об отнесении психоактивного вещества к психотропным или наркотическим учитываются два основных параметра:

- 1) способность достаточно быстро приводить к изменению личности, лишая человека возможности реализовывать себя естественным путем;
- 2) способность быстро формировать зависимость на психическом и физическом уровнях.

Например, кофеин и никотин обладают психической активностью: один – стимулирующий, другой – расслабляющий, но ни тот, ни другой не вызывает выраженных изменений личности. Зависимость носит скорее психический, чем физический характер (хотя в отношении никотина это не всегда так). Кокаин, первоначально открытый как мощное обезболивающее лекарство, обладает столь сильным психоактивным действием, что вызывает быстро наступающие изменения личности и формирует стойкую психическую зависимость. Поэтому кокаин, бесспорно, был отнесен к наркотикам.

Существует несколько вариантов классификаций наркотиков по тому или иному признаку.

*По способу получения* – наркотики делятся на природные и синтетические. К первым можно отнести опий, гашиш, марихуану, кокаин, мескалин и др. Ко вторым относятся ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), перветин, финциклидин, метадон. Промежуточное положение занимают полусинтетические наркотики, которые производятся из природного сырья путем химической переработки, например героин.

*По механизму действия* наркотики подразделяются на стимулирующие, релаксирующе-седативные, галлюциногенные. Следует заметить, действие наркотика во многом зависит от дозы. Так, малые дозы марихуаны могут иметь стимулирующий эффект, а большие – галлюцинаторный. Малые дозы галлюциногенов обладают стимулирующим эффектом, а большие – угнетающим. Даже транквилизаторы, успокаивающие лекарственные средства, в больших дозах могут оказать прямо противоположное – возбуждающее действие и иногда вызывают галлюцинации. К стимулирующим наркотикам относятся кокаин, фенамин, перветин. К релаксирующе-седативным можно отнести опиум и его производные – морфин, героин и др. К галлюциногенам относятся ЛСД, мескалин, псилобицин, тетрагидроканабиол (действующее начало марихуаны, гашиша и других наркотиков, получаемых из конопли).

Подразделяют наркотики и по *силе действия*: на «большие» и «малые», исходя из их способности формировать физическую зависимость. Так, типичными представителями «малых» наркотиков является марихуана, а «больших» – героин.

Наибольшее распространение получила смешанная классификация, включающая как механизм действия, так и происхождение наркотика.

Производные опия – опиаты, получаемые главным образом из мака (опиоиды). Данный термин используется для обозначения синтетических препаратов этой группы. К ним относятся медицинские наркотики (морфий, промедол, омнопон) и немедицинские (героин, опий, ханка).

Производные канабиса, получаемые из индийской конопли, – гашиш, марихуана, «план», «дурь», «травка».

Амфетамины и метамфетамины – психостимуляторы синтетического происхождения: перветин («винт»), фенамин.

Кокаин – вещество, получаемое из листьев куста коки. Обладает психостимулирующим и эйфоризирующим действием.

Галлюциногены – наркотики, обладающие способностью изменять сознание человека и вызывающие обманы восприятия. К этой группе относятся – ЛСД, мескалин, псилобицин (содержатся в некоторых грибах и в мексиканском кактусе – пейоте), а также финциклидин и др.

Среди классификаций токсических веществ, вызывающих страсти, достаточно распространена классификация Э.А. Бабаяна. Согласно ей, существуют следующие группы токсических веществ: 1) снотворные средства; 2) транквилизаторы; 3) стимуляторы (сиднокарб, сиднофен, алкалоиды кофеина); 4) анальгетики (анальгин, фенацетин); 5) антипаркинсонические средства (циклодол, норакин); 6) антигистаминные средства (димедрол, пипольфен); 7) летучие ароматические соединения (растворители, пятновыводители, клеи, бензин и т.д.).

В настоящее время широкое применение получила классификация наркотических зависимостей в рамках МКБ-10 (Международная классификация болезней, 1994). В ней выделяются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- алкоголя,
- опиоидов,
- каннабиоидов,
- седативных и снотворных веществ,
- кокаина,
- других стимуляторов, включая кофеин,

- галлюциногенов,
- табака,
- летучих растворителей и др.

Рассмотрим психологические характеристики личности, зависимой от наркотиков [23]. Прежде всего, в литературе отмечаются нейропсихологические особенности лиц, склонных к зависимости. Так, указывается на преморбидную недостаточность функций префронтальной коры, которые участвуют в планировании нерутинной деятельности; дефицитарность левополушарных функций и девиации в распространенности латеральных профилей рассматриваются в качестве индивидуальной психофизиологической предпосылки к развитию опиной наркотической зависимости. Для опиных наркозависимых характерны низкий уровень вербального интеллекта и транзиторные мнестические расстройства.

К факторам, предрасполагающим к развитию наркозависимости, относят наличие психопатического склада личности по неустойчивому типу.

Сравнительный анализ опиных наркоманов и здоровых испытуемых по отдельным типам акцентуаций показал, что среди больных наркоманией достоверно чаще встречаются акцентуации эпилептоидного круга, достоверно реже – акцентуации по психастеническому типу. Исследование темпераментальных особенностей выявило: среди опиных наркоманов достоверно больше лиц с холерическим темпераментом, чем среди здоровых, причем подавляющее большинство наркоманов-холериков – это холерики-экстраверты. По признаку подвижности нервных процессов опиные наркозависимые не отличаются от здоровых лиц.

*А.А. Козлов и М.Л. Рохлина* вводят понятие «наркоманической» личности. Исследователи наблюдали больных с разными формами наркомании – героиновой, опиной, первитин-эфедроновой и полинаркоманиями. У всех пациентов независимо от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались, и формировался своеобразный наркоманический дефект. Основными характеристиками такого дефекта являются различные аномалии эмоционально-волевой сферы: повышенная возбудимость, нарастающие аффективные расстройства в виде дисфорических или апатико-абулических де-

прессий, аффективная лабильность, доминирование истеровозбудимых форм реагирования, расстройства сферы влечений, в том числе сексуальная расторможенность [23].

По результатам исследования, проведенного *Н.В. Подхватилиным*, около 68 % современных подростков входят в группу риска по развитию наркозависимости. Основной причиной приобщения к наркотикам автор считает неудовлетворенность личностных потребностей, и прежде всего познавательной. Чем больше у подростка нереализованных личностных потребностей, тем больше вероятность того, что он будет искать нестандартные способы их удовлетворения, т. е. повышается вероятность приобщения к наркотикам.

*Н.В. Подхватилин* выделяет шесть уровней предрасположенности подростков к возникновению и развитию наркомании. Последние три уровня – «Ценности и убеждения» (наркотики рассматриваются как способ решения жизненных проблем), «Идентичность» (наркотики рассматриваются как неотъемлемая часть собственной жизни) и «Духовность» (употреблению наркотиков находится философское объяснение) – особенно сложны для профилактики и терапии наркозависимости.

Для опийных наркозависимых характерна анозогнозия личностного снижения (анозогностическое отношение к своим волевым качествам и интеллектуальным способностям). Самооценка наркозависимой личности неоднородна, но в целом самоотношение наркозависимой личности характеризуется более низким уровнем всех параметров в сравнении с самоотношением личности без зависимости. Опийных наркоманов отличает сниженный уровень самоинтереса, а соответственно, сниженный уровень понимания и принятия собственной личности. Сниженная самооценка опийных наркозависимых находит свое выражение в неуверенности в себе и установках к самообвинению.

*Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский* отмечают у наркозависимых лиц недостаточная осознанность социальных проблем [51]. Употребляющие наркотики испытывают затруднения в преодолении жизненных ситуаций и игнорируют нормы нравственного поведения. Их активность направлена преимущественно на поиск наркотика и общение с наркотизирующейся группой. Эти люди характеризуют себя как малоактивных в семье и в учебном заведении, не



ощущающих социальной идентичности среди сверстников. Их самооценка отражает дезадаптивный уровень реагирования на воздействие требований социальной среды. На фоне неустойчивого, часто сниженного вне наркотизации настроения, эти люди испытывают чувства вины, страха, тревоги, связанные с реакцией окружающих на их образ жизни, с нарушенными семейными, межличностными отношениями. Они, как правило, не уверены в себе и адекватности своего поведения, отмечают повышенную тревожность и страх. Среди страхов доминирует страх быть отвергнутыми значимыми лицами и страх «попасться» с наркотиками. Употребляющие наркотики страдают от острого и постоянного чувства одиночества, порою не осознанного, но губительного, толкающего на все новые и новые употребления психоактивного вещества. Часто чувство одиночества проявляется в ощущении неполноценности, подавленности, отчужденности, изолированности. Растет тревога по поводу своего физического состояния. Она еще больше способствует нарушениям поведения.

Особенно выражены проблемы оценки социальных отношений в Я-концепции лиц, злоупотребляющих наркотиками. Разрываются социальные связи, почти не остается в окружении людей, воспринимаемых как социально и психологически поддерживающих. Злоупотребляющие наркотиками все больше изолируются от окружающих, не хотят и не умеют обратиться к ним за помощью и поддержкой.

В Я-концепции лиц, зависимых от наркотика, явственно проявляется «феномен двойной морали»: склонность к демонстративному соблюдению норм там и тогда, где и когда это может быть выгодно, и их игнорирование с уходом от ответственности всегда, когда для этого есть возможность. Нравственная позиция молодых людей, злоупотребляющих наркотиками, проявляется в их поступках. Они легко лгут окружающим, дают обещания, но не выполняют их, проявляют необязательность. Под влиянием наркотизирующей группы они идут па совершение антисоциальных действий, вступают в моральные конфликты с семьей и окружающими. Низкий уровень морального самосознания отражается на внешнем виде и поведении: ими активно используется атрибутика, насыщенная знаками пренебрежения к моральным нормам. Употребляющие наркотики не предпринимают направленных усилий на повышение

своего образовательного уровня и в большинстве своем не имеют истинного желания профессионально самоопределяться. Ориентация планов на более или менее отдаленное будущее отсутствует.

Нет сомнения в том, что нарушения семейного Я в структуре Я-концепции наркотизирующихся молодых людей влияют на их вовлечение в наркотизацию и формирование наркомании. Большинство наркотизирующихся лиц сообщают о том, что воспринимают отношение семьи к себе как отчужденное, безразличное, недоброжелательное.

Молодые люди с наркотической зависимостью отличаются заниженной, неустойчивой самооценкой и имеют низкий уровень притязаний. Если на этапе начальной наркотизации существенное расхождение между реальным и идеальным «Я» у них отсутствует, то по мере формирования заболевания появляются резкие «ножницы» между очень невысоким мнением о себе и представлением некоего абстрактного идеала. Таким образом, иллюзия благополучия как результат нарушения критичности к себе, поддерживаемая употреблением наркотиков, препятствует развитию активных форм преодоления стресса и жизненных трудностей, приобретению социальных навыков адаптации к среде, снижает активность и демобилизует ресурсы личности, снижает уровень ее притязаний и мотивацию на достижение успеха, переводит личность на более низкий уровень функционирования. В результате возникают все новые нарушения отношений личности со средой, усиливается эмоциональное напряжение, используются пассивные формы совладения со стрессом (употребление наркотика). В конечном итоге, при формировании наркотической зависимости иллюзия благополучия развенчивается, хронизация и острота проблем приводит к ощущению безысходности и невозможности их преодоления.

Хроническая наркотизация влияет на формирование экстернатальной ориентации контроля в отдельных сферах деятельности. Молодые люди с наркотической зависимостью теряют контроль над социальными ситуациями и собственным поведением. Теряя контроль над отношениями с членами семьи и значимыми другими, они образуют единственную социальную сеть, члены которой объединены общей потребностью в наркотиках. Однако и в области межличностных отношений со значимыми другими у зависимых от наркотика лиц отмечается низкая интернальность. Снижается

интернальность в области неудач. Ответственность за собственные неудачи возлагается на других. Причины неудач не рассматриваются как результат социальной некомпетентности, и личность не предпринимает никаких попыток изменить свое поведение. Перенос ответственности на окружение или судьбу помогает избежать чувства вины и признания необходимости изменить собственное поведение. Накапливающийся опыт неудач в разрешении сложных жизненных проблем формирует убежденность в том, что эффективно справиться с жизненными трудностями невозможно. Это усиливает ожидания негативного ответа со стороны среды и увеличивает чувствительность к стрессу. Новые неудачи еще более нарушают отношения со средой, снижают контроль над ней, приводят к новым конфликтам,

Одним из результатов длительной наркотизации опиатами является радикальное изменение всей структуры социальных связей опийного наркозависимого. Он вписывается в особую субкультуру потребителей наркотика. Группа наркозависимых оказывает своим членам своеобразную поддержку: находит аргументы для оправдания ауто- и гетероагрессивного поведения, дает иллюзию понимания и принятия. Поэтому субкультура наркозависимых рассматривается в качестве мощного фактора, способствующего приобщению к употреблению наркотических веществ и закреплению такого употребления.

В исследованиях *А.А. Колесниковой* были получены результаты, характеризующие особенности саморегулятивной сферы наркозависимых: психологических защит, коппинг-механизмов, стилей саморегуляции [23].

**Психологическая защита** личности опийных наркозависимых (актуальных и на стадии ремиссии) отличается от психологической защиты личности субъектов без наркотической зависимости, как по степени выраженности отдельных защитных механизмов, так и по характеру связей между ними.

Опийные наркозависимые, как актуальные, так и на стадии ремиссии, имеют склонность отказываться от травматичных переживаний путем их отрицания или подавления. Выраженная склонность к избеганию тревожащей информации, по-видимому, лежит в основе анозогностического отношения опийных наркозависимых к своему состоянию. Выраженность защитных механизмов отрица-

ния и подавления можно рассматривать в качестве одного из основных факторов, влияющих на развитие опиной наркотической зависимости.

Опийные наркозависимые – актуальные и на стадии ремиссии – обнаруживают склонность прибегать к инфантильным способам уменьшения личностной тревоги (регрессии). В качестве одного из таких способов может рассматриваться употребление психоактивных веществ. Выраженность регрессии можно считать одним из факторов риска возникновения и развития опиной наркотической зависимости, а также одним из основных показателей предрасположенности к смене опиной зависимости другими. Характерная для психологической защиты актуальных опиных наркозависимых связка «Отрицание – Подавление – Регрессия» обнаруживается и у лиц с опиной наркотической зависимостью на стадии ремиссии.

Актуальные опиные наркозависимые обнаруживают снижение способности к компенсации личностной тревоги путем нахождения позитивной информации. Развитая способность к компенсации может рассматриваться как препятствие на пути к развитию опиной наркотической зависимости.

Лица с опиной наркотической зависимостью на стадии ремиссии имеют ярко выраженную тенденцию защищаться от собственных неприемлемых переживаний, подменяя их противоположными. При возникновении у опиных наркозависимых установки на выздоровление неприемлемыми становятся мысли, чувства и устремления, связанные с тягой к употреблению опиатов. Их подмена снижает вероятность возникновения рецидивов заболевания. Выраженная склонность к формированию реакций может рассматриваться в качестве фактора, способствующего преодолению опиной наркотической зависимости.

Психологическая защита личности опиных наркозависимых (актуальных и на стадии ремиссии) отличается от психологической защиты личности субъектов без наркотической зависимости высоким уровнем развития всех защитных механизмов и меньшим количеством связей между ними. Слабая выраженность отношений взаимного дополнения и компенсации между защитными механизмами опиных наркозависимых, по-видимому, лежат в основе ее ригидности и слабой адаптивности.

***Копинг-поведение*** опийных наркозависимых (актуальных и на стадии ремиссии) отличается от копинг-поведения субъектов без наркотической зависимости.

Ведущим копинг-механизмом в структуре совладающего поведения актуальных опийных наркозависимых является отвлечение в его социально направленных вариантах. Поскольку ближайшее социальное окружение опийного наркозависимого составляют представители наркотической субкультуры, поиск социальной поддержки в стрессовой ситуации чаще всего заканчивается употреблением наркотического вещества. Напротив, отказ от употребления опиатов необходимым условием имеет отказ от привычных социальных связей. Традиционно рассматриваемые как адаптивные, коммуникативные копинг-стратегии могут выступать в качестве факторов, препятствующих избавлению от опийной наркотической зависимости.

***Стиль саморегуляции*** произвольной активности опийных наркозависимых (актуальных и на стадии ремиссии) обладает рядом специфических особенностей, обуславливающих его меньшую эффективность в сравнении со стилем саморегуляции субъектов без наркотической зависимости.

Стиль саморегуляции актуальных опийных наркозависимых характеризуется низким уровнем развития основных регуляторных процессов и регуляторно-личностных свойств; компенсаторные отношения между звеньями саморегуляции отсутствуют. Такой стиль саморегуляции может быть назван неэффективным.

Стиль саморегуляции опийных наркозависимых на стадии ремиссии отличается недостаточно высоким уровнем развития основных регуляторных звеньев; при этом высокая степень развития процессов оценивания результатов частично компенсирует недостаток в развитии процессов планирования. Такой стиль саморегуляции может быть охарактеризован как недостаточно эффективный.

Психическая саморегуляция опийных наркозависимых (актуальных и на стадии ремиссии) отличается от психической саморегуляции лиц без зависимости меньшим количеством и иным характером связей между отдельными компонентами.

Некоторые звенья психической саморегуляции опийных наркозависимых (актуальных и на стадии ремиссии) совсем не связа-

ны с остальными; большинство звеньев связано только с одним из компонентов психической саморегуляции. Слабая выраженность отношений взаимного дополнения и компенсации между отдельными компонентами психической саморегуляции опийных наркозависимых, по-видимому, лежит в основе ее слабой адаптивности.

### **Табачная зависимость**

У исследователей (психологов, наркологов, психиатров, медиков) существуют различные взгляды на проблему курения. Одни ученые считают курение сложной поведенческой реакцией человека. Другие относят курящих к больным токсикоманией или наркоманией, обосновывая своё мнение изучением толерантности и абстиненции у курящих. Однако во всем мире сейчас применяется понятие «табачная зависимость»: по данным исследований, зависимость наблюдается у 93% курящих и лишь у 7% – привычка [52 – 54].

Зависимость, прежде всего психологическая, развивается быстро, примерно 85% лиц продолжают курить после первой же сигареты. К никотину вырабатывается толерантность. Выделяются *три стадии никотиновой наркомании*: стадии бытового (I), привычного (II) и пристрастного курения (III). На первой стадии – несистематического курения (примерно 5 сигарет в день) – наркотическая абстиненция отсутствует, изменения внутренних органов и нервной системы отсутствуют или выражены слабо и полностью обратимы. Вторая стадия – курение постоянное (5 – 15 сигарет в день) – зависимость от курения, отчасти физическая, переносимость курения повышена, умеренная абстиненция, поражение внутренних органов незначительно, в определенной мере обратимо. На третьей стадии переносимость курения высокая, абстиненция тяжелая, зависимость от курения чисто физическая, влечение непреодолимо (человек выкуривает по 1 – 1,5 пачки в день), поражения внутренних органов и нервной системы значительны и иногда необратимы.

Известны три основные формы табачной зависимости: идеаторная, диссоциированная, психосоматическая [46].

*Первую* (встречается в 33,1% случаев) характеризует сочетание идеаторного и вегетативно-сосудистого компонентов в структуре

синдрома патологического влечения к табаку; она развивается у лиц с шизоидными и шизоэпитимными элементами преморбидной личности в возрасте 7 – 13 лет. В этом случае попытки бросить, как правило, удачны.

*Диссоциированную* форму (41,5 %) отличает наличие неосознаваемого на идеаторном уровне желания курения. В этом случае начинают курить в 5 – 15 лет, систематически – в 14 – 18 лет.

*Психосоматическая* форма (25,4%) характеризуется сочетанием вегетативно-сосудистого и психического компонента, относительно поздним возрастом начала курения (13 – 18 лет) с систематическим употреблением с 17 – 21 года. При такой форме зависимости попытки самостоятельно бросить курить неудачны.

Мотивация курения может быть очень разнообразной: социальная (усиление уверенности в себе), гедонистическая («ради удовольствия», для приятной окраски ситуации), успокоение, развившаяся физическая зависимость (курение снимает признаки «нехватки» никотина в организме), автоматизм [46].

По зарубежным данным, ведущие причины курения: уменьшение нервного напряжения, возможность лёгкого установления контактов с людьми, одобрение сверстников, возможность занять руки, потребность во вкусовых ощущениях во время курения, необходимость расслабиться, необходимость концентрировать внимание, желание похудеть (последнее – особенно частый мотив у женщин) [46].

Есть мнение, что мужчины чаще курят для удовольствия, а женщины – для подавления отрицательных эмоций. Кроме того, в современном обществе курение для многих женщин служит атрибутом эмансипации, что и толкает их к сигарете. Курящие отмечают, что курение помогает им снимать стрессы, является средством расслабления, переключения активности, сигарета для них будто бы становится спасением в сложных конфликтных ситуациях. В дальнейшем различные ситуации начинают ассоциироваться с курением, что вызывает соответствующие реакции. Ритуал курения, таким образом, может служить средством отключения от различных негативных ситуаций. В нашем исследовании испытуемые называли практически все указанные мотивы курения [4].

*М.Е. Бурно* описывает следующие типы курильщиков: «Застенчивый человек начинает курить для того, чтобы как-то быть

занятым в компании, чтобы сигаретой заслонить себя от любопытных взглядов. Другому – я бы назвал его человеком позы – важно, как сидит сигарета меж пальцами, как гармонирует она с прической, одеждой, формой ногтей, и т. п. Увлеченному делом человеку – ученому, писателю, инженеру, мастеру – курение как бы помогает отключиться от окружающих предметов, разговоров и сосредоточиться на работе. Он курит в пылу работы, машинально» [9] (Лисицын и др.). Эти типы показывают мотивы курения, с одной стороны, и связь личностных особенностей и никотиновой зависимости, с другой.

У подростков выделяют следующие мотивы курения. Наиболее значимыми являются реакция группирования со сверстниками, улучшение коммуникации с ними, стремление подчеркнуть свою взрослость и самостоятельность (этот мотив, по данным исследований, почти никогда не встречается у девочек, в отличие от мальчиков), желание избавиться от скуки и испытать необычное. Также могут играть роль переживание собственной неполноценности, несостоятельность в учебе, вынужденная разлука с лицом, к которому была сильная эмоциональная привязанность, «семейный крах», резко изменившийся социальное положение семьи, эмоциональное отвержение со стороны матери, и т. п. [11].

В целом выборку курильщиков отличает определенный комплекс личностных особенностей: большая импульсивность поведения, более низкий уровень образования, большая частота разводов, большая экстравертированность, тревожность, недоброжелательность и склонность к алкоголизации. Никотин стимулирует гипоталамический центр удовольствия, что может объяснить появление пристрастия. Эйфорический эффект в известной степени подобен действию кокаина и опиатов. Успокаивающий эффект пропорционален длительности паузы между курением.

Лечебные программы по избавлению от табачной зависимости дают не свыше 20% успешных случаев; в то же время 95% бросивших курить не получали медицинской помощи, и остается неясным, как и почему они бросили курить. Прогностически неблагоприятными факторами являются неудовлетворительная социальная адаптация, женский пол, высокий уровень употребления перед терапией [38].



Таким образом, никотиновая зависимость представляет собой сложное явление. Она включает физиологический, психологический, социальный и поведенческий аспекты.

### ***Пищевая зависимость***

В 70-е годы XX века в индустриально развитых странах отмечается рост количества пациентов с расстройствами приема пищи. Крайние формы пищевой зависимости проявляются в виде анорексии (отказ от еды) и булимии (чрезмерное потребление пищи).

Больные (на 95%) – женщины в возрастном промежутке 10 – 30 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 17 – 18 лет, смертность составляет 15 – 20%, в том числе суицидов – 0,2% в год. Пища становится объектом зависимого поведения, которое приводит к таким же плачевным последствиям, как алкоголизм или наркомания. Так, в Европе в результате анорексии, от истощения, необратимых изменений в организме умирают примерно 30 молодых девушек в год. Но даже в случаях излечения от пищевого расстройства возможны необратимые изменения в организме бывшего пищевого аддикта. Например, после анорексии достаточно велика вероятность бесплодия у женщин. Считается, что булимия не так опасна, как анорексия. По крайней мере, случаи летального исхода у больных булимией маловероятны. Но отсроченные эффекты в виде болезней, провоцируемых булимией, практически не учитываются.

*Анорексия* – это психофизиологическое расстройство, которое напрямую взаимосвязано с патологическим, обостренным желанием быть стройной. Основой расстройства является самоналагаемое больной ограничение принимаемой пищи, в особенности диспропорционально избегаются продукты, содержащие углеводы и жиры. Пищевое поведение отличается определенными особенностями. Они прячут еду в многочисленных тайниках, рассовывают её по карманам (обычно сладости). Во время еды тратится много времени на различные манипуляции с едой – разрезание на мелкие куски, раскладывание по тарелке. Любимым занятием может стать коллекционирование кулинарных рецептов и приготовление изысканных блюд для родных. Страх располнеть всегда отрицательно отражается на мотивации к лечению. Больные часто смотрятся в зеркало и жалуются окружающим на свою чрезмерную полноту.

Девиантность пищевого поведения осознается и по мере возможности скрывается больными. Существует две разновидности анорексии.

При диагностике нервной анорексии учитывают следующие критерии:

1) снижение веса превышает 15% от нормального для данного возраста и величины тела (индекс массы тела ниже 19 единиц);

2) снижение веса инициируется самими больными за счет избегания приема пищевых продуктов, «вызывающих полноту»;

3) больные считают себя «слишком полными», у них постоянно сохраняется страх чрезмерной полноты, желательный для себя вес неопределенен или слишком низок;

4) эндокринные нарушения, ведущие у женщин к аменорее, у мужчин – к снижению сексуальных интересов и потенции.

Существует генетическая предрасположенность к нервной анорексии, но, безусловно, ведущая роль в возникновении заболевания принадлежит социальным факторам. Анорексия чаще всего возникает у девочек и юных девушек, как правило под воздействием рекламы и современных эталонов красоты. Например, куклы Барби, которая уже примерно пять лет назад признана травмирующим душу ребёнка изобретением. Во всех случаях заболевания у больных отмечаются нарушения отношений с родителями, низкий уровень психосексуального развития и адаптации в сексуальной жизни.

Фобическая установка на еду может иметь разное, но одинаково неосознаваемое содержание – компенсация заниженной самооценки стремлением к нереалистическому идеалу, стремление зафиксировать себя в роли маленькой девочки из страха перед нарастающей ответственностью и другими трудностями взрослого (в том числе и сексуального) функционирования. Особую роль может играть непеработанный в раннем детстве инцестуальный конфликт.

Пищевую аддикцию – голодание – можно рассматривать как своеобразный способ самореализации, а именно преодоление себя, победу над своей «слабостью». Это специфический способ доказать себе и другим, на что ты способен. В период такой «борьбы» с самим собой появляется повышенное настроение, ощущение легкости. Ограничения в еде начинают носить абсурдный характер. Периоды голодания сменяются периодами активного переедания.

Отсутствует критика своего поведения. Вместе с этим происходят серьезные нарушения в восприятии реальности.

Анорексия часто противопоставляется другому расстройству – булимии. *Булимия*, или неконтролируемый аппетит – невозможность отделить чувство голода от желания есть без перерыва. Стержневым проявлением выступает потеря контроля пищевого поведения, приступы переедания, за которыми следуют попытки избавиться от их последствий. Принимаемая пища обычно высококалорийная и мягкой консистенции (например, пирожные), больные съедают её тайно, в спешке, чаще вечером, иногда не разжевывая, хотя средняя длительность приступа составляет около часа. Частота приступов варьирует от нескольких в день до одного за 1 – 2 недели, энергетическая ценность пищи, потребленной за один эпизод, составляет 3 500 – 5 000 ккал. Приступ завершается как физическим дискомфортом, так и психическим (депрессивные проявления, чувство вины, неудовлетворенности собой), а также уходом от социальных контактов. При приеме пищи вне приступа часто не возникает чувство насыщения. Больные сохраняют свой обычный вес, иногда он может быть несколько снижен или повышен.

Обычным нарушением поведения являются импульсивные кражи, больные похищают чаще всего еду, предметы одежды, бижутерию. Больные озабочены своей сексуальной привлекательностью.

Булимия характеризуется следующими признаками:

1) частые эпизоды компульсивного переедания (не менее двух в неделю на протяжении трех месяцев), во время которых: или поглощается огромное количество пищи, или возникает ощущение потери контроля над процессом поглощения пищи;

2) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище;

3) больные пытаются предотвратить нарастание веса одним или несколькими из следующих приемов: вызываемая больным рвота, злоупотребление слабительными, периодическое голодание, прием средств, снижающих аппетит, препаратов щитовидной железы, диуретиков, избыточная физическая активность, и т.п.;

4) недовольство собственной полнотой, болезненный страх ожирения: чрезмерное влияние массы или формы тела на самооценку.

Фактором, предрасполагающим к булимии, является повышенное питание в преморбидном периоде, также больных отличает дезадаптация во всех социальных сферах. Отмечена достоверная взаимосвязь со стрессовыми ситуациями (семейные и сексуальные конфликты, вхождение в новый коллектив), которые могут служить пусковыми факторами для возникновения расстройства [38].

О пищевой аддикции речь идет тогда, когда еда используется не как средство утоления голода, когда компонент получения удовольствия от приема пищи начинает преобладать и процесс еды становится способом отвлечения от чего-то. Таким образом, с одной стороны происходит уход от неприятностей, а с другой стороны фиксация на приятных вкусовых ощущениях.

Анализ этого явления позволяет отметить еще один момент: в случае, когда нечем занять свободное время или заполнить душевную пустоту, понизить внутренний дискомфорт, быстро включается химический механизм. При отсутствии еды, даже если нет голода, вырабатываются вещества, стимулирующие аппетит. Таким образом, увеличивается количество съедаемой пищи и возрастает частота приема пищи, что влечет за собой нарастание веса, сосудистые нарушения. Эта проблема особенно актуальна в странах с высоким уровнем жизни, наряду с которым в обществе наблюдается высокий уровень стресса. Реально развитие пищевой аддикции и в ситуации доступности еды в связи с особенностями профессии (бар, ресторан, столовая).

*Е.Т. Соколова, Б.В. Зейгарник* отмечают, что у больных нервной анорексией резко выражено нарушение физического «образа-Я». Изменение самосознания является результатом нарушения рефлексии, которая может привести к изменению мотивов, менять их смыслообразующую функцию, нарушать эмоциональную реактивность. Искаженное отражение сознания собственной личности может привести к специфическим расстройствам, принять характер изменения физического «образа-Я» [20, 55].

Изменение структуры мотивов при нервной анорексии схоже с аналогичным процессом при различных видах зависимого поведения. Схожесть механизмов при различных видах зависимости подтверждает общую природу этих процессов и необходимость выделения зависимости как общего свойства личности.

В популярных изданиях для женщин приводятся поведенческие признаки, которые должны сигнализировать о возможной пищевой аддикции:

- вы не едите, даже когда голодны;
- очень боитесь быть полным или набрать вес;
- излишне озабочены едой и вопросами, связанными с едой;
- втайне от окружающих съедаете большие объемы еды;
- постоянно считаете калории всей съеденной пищи;
- имеете привычку вызывать рвоту и не скрываете этого;
- чувствуете себя виноватым после трапезы;
- чрезмерно озабочены содержанием жиров в пище и организме человека;
- чрезмерно озабочены желанием сбросить вес, это тема ваших постоянных размышлений;
- считаете, что еде должна быть «заработана» упражнениями;
- едите только диетические продукты, постоянно отказываясь от различных видов «неполезной» пищи;
- используете упражнения как наказание за переедание;
- жалуетесь, что окружающие «давят» на вас требованиями есть больше (или меньше);
- постоянно взвешиваетесь, при невозможности регулярно взвешиваться начинаете паниковать;
- временами делаете попытки социально изолироваться из-за своей «полноты»;
- всегда едите, когда расстроены или огорчены;
- жалуетесь на свой внешний вид и нуждаетесь в том, чтобы вас постоянно в этом разубеждали.

## **5.2. «Процессуальная» зависимость**

### ***Игровая зависимость***

Игровая зависимость получила широкое распространение в нашем обществе сравнительно недавно, но её негативный социальный эффект настолько велик, что на государственном уровне предпринимаются попытки ограничить игровой бизнес. Игровая зависимость (гемплинг) внесена в Международную классификацию болезней. Существует множество вариантов игры: традиционные –

карты, рулетка, лотерея, заклады,; современные – игорные автоматы, компьютерные игры, Интернет.

Основными критериями, определяющими *компьютерную зависимость*, можно считать следующие:

- нежелание отвлечься от работы или игры с компьютером;
- раздражение при вынужденном отвлечении;
- неспособность спланировать окончание сеанса работы или игры с компьютером;
- расходование больших денег на обеспечение постоянного обновления как программного обеспечения, так и устройств компьютера;
- забывание о домашних делах, служебных обязательствах, учебе, встречах и договоренностях в ходе работы или игры на компьютере;
- пренебрежение собственным здоровьем, гигиеной и сном в пользу проведения большого количества времени за компьютером;
- злоупотребление кофе и другими психостимуляторами;
- готовность удовлетворяться нерегулярной, случайной и однообразной пищей;
- ощущение эмоционального подъема во время работы с компьютером.

Зависимость от компьютера осознают окружающие субъекта друзья, родственники, знакомые, но отнюдь не он сам, что очень схоже с любым другим видом аддикции. Зависимость от компьютера проявляется намного быстрее, чем любая другая традиционная зависимость: курение, наркотики, алкоголь, игра. В среднем для субъекта требуется не более полугода – года для становления действительным компьютерным аддиктом. Несмотря на то, что стремления, возникающие при компьютерной зависимости, изначально несут положительные аспекты, данный тип зависимости, как и любая другая аддикция, ведет к деградации личности, разложению социального статуса, потере собственного «я», ухудшению психологического состояния, возникновению агрессии, замкнутости.

Основные характеристики компьютерных игр как объекта зависимости таковы:

- 1) События в компьютерных играх не повторяются и происходят достаточно динамично, а сам процесс игры непрерывен.

2) Полное погружение в игру создает эффект участия игрока в некоторой виртуальной реальности, в некоем существующем только для него сложном и подвижном процессе.

Сегодня существует множество способов, чтобы у игрока возник эффект участия в процессе, начиная от логики игры (от первого лица, командная игра, и т.д.) и графического исполнения (трехмерная графика, изометрический вид) до музыкального сопровождения (оцифрованный голос, психологически интригующая или напряженная музыка) и натуральных звуковых эффектов.

3) Путем создания секретных подуровней производители как бы подталкивают игрока к некоему соревновательному ощущению «кто кого?», что является одной из множества причин возникновения зависимости от компьютерных игр. Необходимо отметить, что прохождение новой компьютерной игры занимает от 5 – 6 часов до нескольких суток, иногда даже недель. Для того чтобы игроголик как можно дольше играл в ту или иную игру, разработчики вводят в них дополнительные небольшие подуровни, поиск которых требует массу времени. Человек, одержимый компьютерной игрой, окончательно не прощается с ней до тех пор, пока не найдет все секретные уровни, комнаты, не соберет все бонусы.

4) Создатели компьютерных игр обращаются к творческому началу в личности – в комплекте с игрой предоставляется пакет программ для разработки собственных сценарных уровней игры, а иногда даже для создания собственных персонажей и замены голосовых и звуковых эффектов, т. е. предоставление широких мультимедийных возможностей. Подобные программы временно придают популярной игре некий культовый характер.

Мотивы обращения к компьютерным играм могут быть следующими:

- новый мир бесчисленного количества возможностей и интересов, который «отключает» от реального мира, «переключая» на себя;

- наличие собственного (интимного) мира, в который нет доступа никому, кроме самого игрока;

- отсутствие ответственности;

- реалистичность процессов и полное абстрагирование от окружающего мира;

– возможность исправить любую ошибку путем многократных попыток;

– возможность самостоятельно принимать любые (в рамках игры) решения, вне зависимости от того, к чему они могут привести;

– конкретность задач, невыполнение которых не приведет к каким-либо потерям, к плохим оценкам, к ругани со стороны родителей (для игроков детского возраста).

Выделяют четыре стадии развития психологической зависимости от компьютерных игр:

1) *Стадия легкой увлеченности*. После того как человек один или два раза поиграл в компьютерную игру, он начинает «чувствовать вкус», ему начинает нравиться компьютерная графика, звук, сам факт имитации реальной жизни или каких-то фантастических сюжетов. Человек получает удовольствие, играя в компьютерную игру, чему сопутствуют положительные эмоции. Природа человека такова, что он стремится повторить действия, доставляющие удовольствие, удовлетворяющие потребности. Вследствие этого человек начинает играть уже не случайным образом, очутившись за компьютером, стремление к игровой деятельности принимает некоторую целенаправленность. Однако специфика этой стадии в том, что игра носит скорее ситуационный, нежели систематический характер. Устойчивая, постоянная потребность в игре на этой стадии не сформирована, игра не является значимой ценностью для человека.

2) *Стадия увлеченности*. Фактором, свидетельствующим о переходе человека на эту стадию формирования зависимости, является появление в иерархии потребностей новой потребности – игры в компьютерные игры. На самом деле новая потребность лишь обобщенно обозначается как потребность в компьютерной игре. Структура потребности гораздо более сложная, ее истинная природа зависит от индивидуально-психологических особенностей самой личности. Иными словами, стремление к игре – это, скорее, мотивация, детерминированная потребностями бегства от реальности и принятия роли.

3) *Стадия зависимости*. Всего 10 – 14% игроков являются «заядлыми». Эта стадия характеризуется не только сдвигом потребности в игре на нижний уровень пирамиды потребностей, но и другими, не менее серьезными изменениями – в ценностно-смысловой



сфере личности. По данным *А.Г. Шмелева*, происходит интернализация локуса-контроля, изменение самооценки и самосознания. Зависимость может оформляться в одной из двух форм: социализированной и индивидуализированной. Социализированная форма игровой зависимости отличается поддержанием социальных контактов с социумом. Такие люди очень любят играть совместно, играть с помощью компьютерной сети друг с другом. Игровая мотивация в основном носит соревновательный характер. Эта форма зависимости менее пагубна в своем влиянии на психику человека, чем индивидуализированная форма. Различия в том, что люди не отрываются от социума, не уходят «в себя»; социальное окружение, хотя и состоящее из таких же фанатов, все же, как правило, не даёт человеку полностью оторваться от реальности, «уйти» в виртуальный мир и довести себя до психических и соматических нарушений.

Для людей с индивидуализированной формой зависимости такие перспективы гораздо более реальны. Это крайняя форма зависимости, когда нарушаются не только нормальные человеческие особенности мировоззрения, но и взаимодействие с окружающим миром. Нарушается основная функция психики – она начинает отражать не воздействия объективного мира, а виртуальную реальность. Эти люди часто подолгу играют в одиночку, потребность в игре находится у них на одном уровне с базовыми физиологическими потребностями. Для них компьютерная игра – это своего рода наркотик. Если в течение какого-то времени они не «принимают дозу», то начинают чувствовать неудовлетворенность, испытывают отрицательные эмоции, впадают в депрессию. Это клинический случай, психопатология или образ жизни, ведущий к патологии.

4) *Стадия привязанности*. Эта стадия характеризуется угасанием игровой активности человека, сдвигом психологического содержания личности в целом в сторону нормы. Отношения человека с компьютером на этой стадии можно сравнить с неплотно, но крепко пришитой пуговицей. Иначе говоря, человек «держит дистанцию» с компьютером, однако полностью оторваться от психологической привязанности к компьютерным играм не может. Это самая длительная из всех стадий – она может длиться всю жизнь, в зависимости от скорости угасания привязанности. Компьютерные игры имеют небольшую историю, однако случаев полного угаса-

ния зависимости единицы. Человек может остановиться в формировании зависимости на одной из предыдущих стадий, тогда зависимость угасает быстрее. Но если человек проходит все три стадии развития психологической зависимости от компьютерных игр, то на этой стадии он будет находиться длительное время. Определяющим здесь является тот факт, до какого уровня произойдет спад величины зависимости после прохождения максимума. Чем спад сильнее, тем меньше по времени будет угасать зависимость. Однако есть основания предположить, что полностью зависимость не пройдет никогда, но подтвердить это эмпирически пока нельзя. Следует отметить также и возможное кратковременное возрастание игровой зависимости вследствие появления новых интересных игр. После того как игра «постигается» человеком, сила зависимости возвращается на исходный уровень.

Механизм формирования игровой зависимости основан на частично неосознаваемых стремлениях и потребностях: уход от реальности и принятие роли.

Уход от реальности – основой этого механизма является потребность человека «в отстранении» от повседневных хлопот и проблем, своеобразная трансформация потребности в сохранении энергии.

Принятие роли – в основе лежит потребность в игре как таковой, которая свойственна человеку. А также стремление к принятию роли компьютерного персонажа, которая позволяет человеку удовлетворять потребности, по каким-то причинам неспособные удовлетворяться в реальной жизни.

Ролевая игра – это весьма эффективный способ познавательной деятельности. В процессе ролевой игры удовлетворяется неосознаваемая познавательная потребность, вследствие чего человек получает удовольствие.

Но чем больше человек играет, тем все больше он начинает чувствовать контраст между «Я-реальным» и «Я-виртуальным», что еще больше притягивает человека к ролевой компьютерной игре и отстраняет от реальной жизни. Игра превращается в средство компенсации жизненных проблем, личность начинает реализовываться в игровом мире, а не в реальном.

Безусловно, это влечет за собой ряд серьезных проблем в развитии личности.

Потребность в уходе от реальности и в принятии роли другого всегда работают одновременно, но один из них может превосходить другой по силе влияния на формирование зависимости. Оба механизма основаны на процессе компенсации негативных жизненных переживаний, а следовательно, есть основания предположить, что они не будут работать, если человек полностью удовлетворен своей жизнью, не имеет психологических проблем и считает свою жизнь счастливой и продуктивной. Однако таких людей очень немного, поэтому большинство людей можно считать потенциально предрасположенными к формированию психологической зависимости от ролевых компьютерных игр.

Психологические особенности компьютерных аддиктов касаются главным образом эмоциональной сферы. У большинства игровых аддиктов без объективных причин снижен общий фон настроения. Более того, настроение не улучшается и после игры на компьютере, а иногда и ухудшается. Однако из бесед с аддиктами можно сделать вывод, что в процессе игры их настроение существенно улучшается, а наблюдения показывают, что в процессе игры у человека присутствуют положительные эмоции.

Положительные эмоции, сопровождающиеся подъемом настроения, бывают, по словам аддиктов, также в ситуации «предвкушения» компьютерной игры. Но после игры, т.е. после выхода из виртуального мира, настроение снова ухудшается, быстро возвращаясь на исходный уровень, оставаясь на нем до следующего «вхождения» в виртуальный мир.

Другая возможная причина отклонений в эмоциональной сфере аддиктов – это субъективное переживание аддиктами на сознательном уровне практической бесполезности увлечения компьютерными играми и вследствие этого – собственной бесполезности, наряду с невозможностью прекращения увлечения в силу психологической зависимости. Речь идет о своего рода когнитивном диссонансе – противоречии между представлениями человека о «нормальной», социально одобряемой жизни, и самой жизнью аддикта. С одной, иррациональной, стороны его «тянет» играть, с другой, рациональной, стороны он понимает, что делает это в ущерб каким-то полезным делам, которые мог бы сделать в это время.

Снижение эмоционального фона происходит по причине контрастности: человек понимает, что он живет в реальном мире, где он далеко не так силен и богат, а главное, что он смертен, в отличие от своего виртуального героя, которого без проблем можно воскресить, начав новую игру.

С этой точки зрения, выход из виртуальной реальности – это возвращение из роли сверхчеловека в свое обычное состояние, которое куда меньше устраивает аддиктов. Сравнение себя с компьютерным героем, глазами которого аддикт смотрит на виртуальный мир, усиливает проблемы дезадаптации, повышает тревожность человека, что напрямую влияет на изменение общего фона настроения вплоть до депрессивных состояний.

Другой характеристикой эмоциональной сферы компьютерных аддиктов является повышенная тревожность. Высокая тревожность может быть как причиной зависимости от компьютерных игр, так и следствием этой зависимости. Даже более: являясь одной из причин зависимости, и без того высокая тревожность усиливается под влиянием длительного и регулярного нахождения в виртуальной реальности. Рост уровня тревожности отражает усиление дезадаптации личности, что в целом опровергает представления некоторых исследователей компьютерных игр об их благотворном влиянии на уровень адаптации.

На самом деле достаточно логично предположить, что виртуальная реальность, с ее способностью моделирования любой ситуации, может служить средством приобретения и закрепления жизненных умений и навыков, а также навыков общения и жизни в социуме, которых не хватает дезадаптивным личностям. Иными словами, есть мнение о терапевтическом воздействии компьютерных игр, о способе психотерапии дезадаптации. Однако изучение аддикции и аддиктов показывает, что это не более чем теоретическое предположение, которое расходится с практикой. Переполненные насилием игры, в которые обычно играют большинство аддиктов, служат усилению тревоги и дезадаптации, а не их ослаблению. Тем не менее, использование виртуальной реальности в психотерапии возможно, но только под наблюдением специалистов, с помощью специально разработанных методик и компьютерных программ. Более того, есть смысл усиленно работать в этом направлении, поскольку возможность моделирования реальности,

предоставляемая современными компьютерами, вполне может быть использована в целях психологической терапии и профилактики различных нарушений.

Высокая тревожность у аддиктов – это и причина, и следствие аддикции. В том случае, если человек не обладает высокой тревожностью до начала увлечения, то на стадии аддикции тревожность станет высокой, а если у человека изначально высокая тревожность, то она станет еще выше. В этой связи логично предположить, что увлечение компьютерными играми – это гиперкомпенсация личностной тревожности: в виртуальном мире компьютерной игры человек не тревожен, поскольку он «силен, быстр и хорошо вооружен». Потребность уменьшения тревоги побуждает человека «уходить» в виртуальную реальность, в тот мир, где он сильнее всех, в отличие от мира реального. Виртуальный мир уменьшает тревогу на время игры, но после выхода из нее тревожность вновь увеличивается, более того – ее уровень становится выше исходного, так как каждое «вхождение» в виртуальный мир усиливает диссонанс между реальностью и виртуальным миром, усиливая дезадаптацию. Таким образом, человек попадает в замкнутый круг, точнее, спираль, каждый виток которой усиливает дезадаптацию и тревожность, что создает еще более сильную потребность в игре, а это, в свою очередь, усиливает зависимость.

Не менее актуальной является *проблема зависимости от азартных игр*. Распространенность этой аддикции в индустриально развитых странах составляет 2 – 3 % населения, и хотя лица разного пола равномерно участвуют в азартных играх, среди больных преобладают мужчины. Начало расстройства приходится на подростковый возраст у мужчин и вторую половину жизни у женщин [38].

Согласно американской классификации психических расстройств диагноз зависимости от азартных игр можно поставить, обнаружив хотя бы четыре признака из девяти следующих:

- частое участие в игре и добывание денег для игры;
- частое участие в игре на большие суммы денег в течение более длительного времени, чем субъект намеревался ранее;
- потребность увеличить размер или частоту ставок, чтобы достигнуть желаемого возбуждения;

- беспокойство или раздражительность, если игра срывается;
- повторная потеря денег в игре и взятие их взаймы «до завтра», чтобы отыграть потерю;
- неоднократные попытки уменьшить или прекратить участие;
- учащение игры в ситуациях, когда грозит необходимость выполнить свои социальные и профессиональные обязанности;
- принесение в жертву некоторых важных социальных, профессиональных или увеселительных мероприятий ради игры;
- продолжение игры, несмотря на неспособность заплатить растущие долги, или несмотря на другие важные социальные, профессиональные проблемы, которые, как это хорошо известно субъекту, будут возникать из-за игры.

Среди любителей азартных игр есть особая категория людей. Они играют, не в силах остановиться, играют, чтобы завоевать признание и зависть окружающих, убежать от проблем реальной жизни. Это – патологические игроки, их страсть к игре – болезнь, которую необходимо лечить, пока она не привела к деградации, разорению, возможно, к самоубийству. Но человека с игровой зависимостью довольно трудно выявить: он может хорошо выглядеть и довольно долго (или пока не возникнут неизбежные финансовые проблемы) не давать никаких поводов семье или коллегам считать его серьезно больным.

Проблема состоит ещё и в том, что, подобно алкоголикам и наркоманам, большинство игроков считают себя совершенно здоровыми людьми, которые смогут остановиться, как только захотят (сама эта фраза является одним из основных признаков болезни). Некоторые игроки стесняются своей зависимости, считая ее пороком или грехом, но не признаются даже себе в том, что это уже болезнь. У игрока критическое отношение к сложившейся ситуации снижено или отсутствует, человек перестает реально воспринимать свою роль в формировании существующей «игромании».

В результате нарушаются важнейшие эмоциональные контакты (с близкими, друзьями, семьей), рвутся социальные связи. И, как реакция ухода от нарастающего внутреннего напряжения и дисгармонии с ближним окружением, – болезненное усиление патологической тяги к игре, попытка компенсировать существующий негативный опыт реальности эмоциональным накалом и «особыми переживаниями», связанными с игрой.

Мир, в котором живет патологический игрок, – воображаемый мир. Однако воображение его строит иллюзии лишь вокруг предполагаемого выигрыша и той роскошной жизни, которую удача в игре позволит ему вести. В его мечтах жизнь прекрасна, легка и необременительна, она похожа на красивый фильм. Интересно, что, как правило, в этих иллюзиях игрокам чужда жадность, они склонны видеть себя благодетелями и благотворителями многочисленных знакомых и родственников, обеспечивая их необходимыми и желанными вещами и возможностями, легко приобретаемыми на выигрыш.

Однако их реальный выигрыш никогда не бывает достаточно велик для того, чтобы воплотить в жизнь даже часть мечты. Если такому игроку удастся сорвать куш, вместо того чтобы радоваться выигрышу, он лихорадочно начинает воображать себе еще более роскошные, и поэтому недостижимые картины жизни, проигрывая все свалившиеся на него деньги в погоне за следующим, более крупным выигрышем. Неизбежные проигрыши заставляют человека, «подсевшего» на игровой допинг, чувствовать себя никчемным неудачником, загоняют его еще глубже в воображаемый мир, мир, который игрок покидает лишь для того, чтобы убедиться, что реальность для жизни непригодна.

Зачастую «проблемный игрок» постоянно испытывает необходимость разыгрывать перед окружающими и перед собой важную персону, стремится вызывать у себя ощущение власти, могущества и удачливости в жизни. В своем воображаемом мире он таков, и ради того, чтобы убедить в этом окружающих, такой игрок готов на любые, часто антисоциальные поступки. Однако бывает и по-другому – встречаются игроки, которые проигрывают с таким видом, как будто они играют роль прирожденных и неисправимых неудачников. Некоторые психотерапевты считают, что такие игроки подсознательно пытаются наказать себя за порочный, по их мнению, образ жизни, – постепенно привыкая к роли изгоя и вживаясь в нее.

Патологическую игру связывают с «ошибками» мышления, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией контроля». Типичны следующие «ошибки» мышления игроков: персонификация игрового автомата («игровой автомат похож на меня»)

или типичные объяснения проигрыша («я проиграл, потому что был невнимателен»).

К иррациональным убеждениям относят следующие четыре стержневые характеристики:

– нетерпеливость и неспособность к длительным усилиям («я должен выиграть в следующей ставке»);

– низкая устойчивость по отношению к ситуациям, разочарованиям («это ужасно, если я не выиграю»);

– искажение самооценки («я ничто, если я не играю и не выигрываю»);

– преувеличение («я не могу существовать, если я не играю»).

«Иллюзия контроля» предполагает, что игрок верит в то, что может контролировать случайное событие посредством различных способов ритуального поведения, например скорости нажатия на кнопки игрового автомата.

Существуют теории, объясняющие поведение игрока доминирующими психологическими защитами, которые в условиях стресса и повышенных нагрузок преобразуются в симптоматическое поведение, приобретающее характер ритуала.

Игровое поведение также связывают с нарушениями в семейных и сексуальных отношениях, при этом большое значение уделяется решению вопроса о том, почему игрок не хочет возвращаться после работы домой – из-за нежелания встречаться с супругой или избегая скучной атмосферы обыденного семейного существования.

Не менее важными предикаторами расстройства являются другие семейные факторы: утрата родителей в возрасте до 15 лет в результате смерти или развода, неадекватный стиль воспитания (безразличие, непоследовательность, чрезмерная строгость), неадекватное отношение к деньгам в семье (фетишизация денег или отсутствие планирования бюджета), ситуативная доступность азартных игр для подростка. Для больных мужского пола характерен эмансипационный конфликт с родителями в подростковом возрасте, в дальнейшем – неприятие авторитарных фигур.

В литературе отмечают некоторые психологические характеристики игроков. Так, они не могут и не желают трезво воспринимать и оценивать реальность, предпочитая погрузиться в созданный воображением мир игры.



В обычной жизни они постоянно чувствуют эмоциональную незащищенность, испытывая уверенность и комфорт лишь во время игры. Многие из них сознаются, что чувствуют себя в своей тарелке лишь за игорным столом, среди других игроков. Даже проигрывая последнее, за игрой они ощущают себя в большей безопасности, чем где-либо еще.

В повседневной жизни они незрелы и инфантильны. Например, им хочется иметь все удовольствия и блага жизни, не прикладывая к этому ни малейших усилий. Отказываясь взрослеть и меняться, они изо всех сил пытаются избежать ответственности за последствия своих поступков. Для многих из них отстаивание права быть безответственными превращается в навязчивую, преследующую их идею. При наличии глубинной неуверенности в себе игроки бессознательно снимают с себя ответственность за происходящее, возлагая её на фортуна.

Характерными для «истинных» патологических игроков являются следующие диагностические признаки:

- у таких пациентов отмечается более высокий уровень интеллекта (IQ в среднем 120) по сравнению с популяционной нормой;
- патологические игроки оказываются, как правило, «трудоголиками», отличающимися высокими профессиональными достижениями;
- себя они часто описывают в крайних категориях – как очень плохих, но почти все отмечают присущий им высокий уровень внутренней энергии, которую «порой просто некуда девать»;
- для личности патологических игроков характерным является избегание тяжелых конфликтов с помощью лжи, преувеличения и искажения фактов;
- они обычно чрезмерно критичны к своим супругам, друзьям и членам семьи;
- таким лицам присущи авантюризм и риск в делах;
- характерные особенности имеются у игроков при неформальном общении – они часто скучают среди людей;
- они склонны продолжать свою деловую активность после работы с помощью телефонных переговоров;
- игроки, как правило, являются хорошими организаторами, но плохими исполнителями, в силу этого они иницируют различные проекты, но редко доводят их до конца;

– азартные игроки обычно не занимают денег, пока у них имеется какое-то их количество, но если они занимают – то делают это в максимально возможных количествах и с нарастающей частотой. Вообще игроки считают, что деньги надо тратить, а не копить. Они предпочитают иметь деньги наличными, а не в виде чеков или кредитных карточек;

– игра является для них наиболее привлекательным способом получения удовольствия и релаксации, которые в процессе развития игровой зависимости обычно угасают [19].

В своем развитии игровая зависимость проходит характерные стадии, подробно описанные *Р.Л. Кастером* [42]. Анализ игровых срывов в ходе психотерапии игроков позволил обнаружить и описать развитие фаз в поведении пациентов (воздержания, «автоматических фантазий», нарастания эмоционального напряжения, принятия решения, вытеснения принятого решения, реализации принятого решения). Следовательно, существует игровой цикл, понимание которого важно для формулирования психотерапевтических задач в работе с такими пациентами.

*Фаза воздержания* – характеризуется воздержанием от игры, главным образом из-за отсутствия денег, давления ближайшего окружения или выраженного подавленного состояния вследствие очередной игровой неудачи, связанной с неспособностью проконтролировать свой игровой импульс.

*Фаза «автоматических фантазий».* Главной характеристикой её является учащение спонтанных фантазий об игре. Пациент проигрывает в своем воображении, как правило, состояние азарта и предвкушение выигрыша, сопровождающее начало игры, и вытесняет эпизоды проигрышей. Эти фантазии могут возникать либо на основе воспоминаний о своём прошлом опыте, либо носить произвольный характер, базирующийся на воспоминаниях об игровой увлеченности героев художественных произведений или кинофильмов и фактически оторванный от реальной ситуации. Название «автоматические» отражает возникновение их либо совершенно спонтанно, либо под действием косвенных стимулов. Так, у одного из наших пациентов игровые комбинации произвольно складывались при случайном наблюдении за номерами автомобилей.

*Фаза нарастания эмоционального напряжения.* Главная черта этого этапа – нарастание эмоционального напряжения, которое, в

зависимости от индивидуальных личностных и физиологических особенностей, может иметь тоскливо-подавленный, раздраженный, тревожный или смешанный характер, сочетающий в себе повышенную, но нецеленаправленную активность с нервозностью и раздражительностью. Иногда такое настроение сопровождается учащением фантазий об игре. В других случаях оно воспринимается пациентом как совершенно бессодержательное и даже направленное в сторону от игрового импульса (повышение сексуального влечения или стремление к интенсивным физическим и интеллектуальным нагрузкам).

*Фаза принятия решения играть.* Как правило, принятие решения играть происходит двумя путями:

а) пациент под действием нарастающих фантазий в «телеграфном» стиле планирует способ реализации своего желания. Обычно это какой-нибудь «очень вероятный для выигрыша», по мнению пациента, вариант игрового поведения. Такой способ принятия решения играть характерен для перехода первой стадии заболевания на вторую;

б) решение играть приходит сразу же после игрового эпизода, и в его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм принятия решения характерен для второй и третьей стадий заболевания, когда промежуток между игровыми эпизодами заполнен отчаянными попытками остановиться, а каждый срыв воспринимается как нечто фатальное и необъяснимое.

*Фаза вытеснения принятого решения.* Это наиболее важный этап, который обуславливает беззащитность сознательного «Я» по отношению к желанию играть. Суть этой фазы заключается в том, что интенсивность сознаваемого больным желания играть начинает уменьшаться и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением, что, как правило, является отражением иррациональных схем мышления. Иногда в это время нормализуется или относительно улучшается экономический или социальный статус больного. Сочетание вышеперечисленных условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого для себя риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (получение большой суммы денег на руки, прием алкоголя, попытка сыграть ради развлечения и отдыха, и т.п.).

*Фаза реализации принятого решения.* Для неё характерно выраженное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Очень часто игроки описывают этот период как состояние «транса», заявляют, что они «становятся как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента ещё возникают конструктивные контраргументы, которые тут же отменяются всем набором описанных выше иррациональных схем мышления, у игрока в это время доминируют ложные представления о возможности контролировать себя и разумно подходить к вопросу вероятности выигрыша. Происходит смещение представлений о влиянии на игровой процесс (размер ставок, выбор комбинаций, различные ритуальные действия) с возможностью контролировать исход игры (выигрыш или проигрыш). В большинстве случаев, пока не проигрываются все деньги, игра не прекращается.

### ***Трудоголизм***

Работа – главное средство выразить себя, реализовать свои планы, надежды, возможности. Но с другой стороны – работа нередко превращается в щит от страха и тревог, от внешнего воздействия. В таких случаях человек использует работу как средство убежать от своих проблем и трудностей. Тогда работа трансформируется в зависимость [26].

Эта зависимость называется трудоголизмом, а человек – трудоголиком.

Обществом трудоголики считаются полезными, правильными людьми, их подбадривают и ими восхищаются. Со стороны трудоголизм воспринимается благосклонно, так как обществу выгодно, чтобы фанатиков труда было как можно больше.

Если трудоголизм становится стилем жизни надолго, то постепенно человек не только теряет друзей, близких, но и «сжигает» свое здоровье, т. е. постепенно трудоголизм переходит в «выгорание», когда человек сжигает сам себя, изнашивается.

Суть трудоголизма состоит в бегстве в работу. Работа становится наркотиком, который позволяет хотя бы на время не думать о более серьезных и более значимых для личности проблемах. Как и другие зависимости, трудоголизм имеет в своей основе скрытую, глубинную цель.

Человек начинает заниматься тем, что навязано обществом, а не тем, чего ему хочется на самом деле. Уход от реальности прячется за успешной деятельностью, преуспеванием в карьерных устремлениях. Постепенно трудоголик перестает получать удовольствие от всего, что не связано с работой. Вне трудовой деятельности возникает ощущение дискомфорта.

Признаки трудоголизма:

- после напряженной работы трудно переключиться на другую деятельность;
- беспокойство о работе мешает во время отдыха;
- приходится все время работать, потому что на человеке – вся ответственность за общее дело;
- человек считает, что можно чувствовать удовлетворение только во время работы;
- человек чувствует себя энергично, уверенно и самодостаточно только работая или думая о работе;
- если человек не работает, то чувствует неудовлетворенность;
- если человек не работает, то чувствует раздражительность;
- о человеке говорят, что в быту он мрачен, неуступчив, издерган, раним, но «преображается» на работе;
- человек испытывает неудовлетворенность, заканчивая какое-то дело оттого, что скоро «все закончится»;
- заканчивая какое-то дело, человек сразу начинает размышлять о следующем деле, следующем рабочем дне;
- человек не понимает смысла и радости от отдыха;
- человек избегает состояния «ничего неделания»;
- отсутствие работы для человека – только лишь безделье и лень;
- после работы, чтобы понять, чего хотят близкие, человеку нужно сделать усилие над собой;
- мысли человека даже дома постоянно сосредоточены на работе;
- журнальные фотографии, фильмы и программы эротического и развлекательного характера вызывают у человека раздражение;
- рассказы приятелей о любовных подвигах кажутся человеку скучными;

- бывает, что у человека нет сексуальных желаний, но успокаивает мысль: «Сегодня я очень сильно устал. Завтра все будет по-другому»;
- для человека характерны слова «все», «всегда», «я должен»;
- обычно человек ставит перед собой цели и требования, которых не может добиться;
- рассказывая о своей работе, человеку удобнее говорить «мы», а не «я»;
- неудача на работе – катастрофа для человека.

Трудоголиков отличают: консерватизм, ригидность, болезненная потребность в постоянном внимании и положительной оценке со стороны, перфекционизм, излишняя педантичность, крайняя чувствительность к критике. Могут быть ярко выражены нарцисстические черты, манипулятивные стратегии взаимодействия с окружающими. При полной идентификации с работой из зоны внимания выпадают личностные качества и гуманистические ценности.

### ***5.3. Зависимое расстройство личности***

В американской диагностической классификации психических болезней в разделе «Расстройства личности» описывается расстройство, которое представляет особый интерес в контексте проблем зависимого поведения. Речь идет о зависимом расстройстве личности [38].

Стрежневым проявлением является неуверенность в себе, низкая самооценка. Больных характеризует пессимистическое видение действительности, страх выражения сексуальных и агрессивных побуждений. Они избегают ответственности, необходимость выполнения лидерских функций вызывает выраженную тревогу. Одни и те же задачи составляют проблему или удаются легко в зависимости от того, решаются ли они самостоятельно или под чьим-то руководством. Отношения с окружающими искажены тем, что пациенты играют в них лишь вспомогательные, подчиняемые роли, унижаются ради того, чтобы быть принятыми и часто недобросовестно эксплуатируются в интересах других. Утрата значимых отношений с доминирующим лицом чревата последующим развити-

ем депрессии. Круг общения сужен и включает лишь доминирующих лиц, перспективы профессионального роста ограничены.

Женщины этого типа подолгу переносят агрессивного, неверного, алкоголизирующегося супруга для сохранения чувства зависимости от него. У мужчин зависимый тип может парадоксально проявляться в гиперкомпенсаторных стереотипах доминирования, сопровождаемого страхом обнаружения базисной зависимой организации личности и негативной оценки её другими.

Клиническими признаками зависимого расстройства личности являются:

1) активное или пассивное перекалывание на других большей части важных решений в своей жизни;

2) подчинение собственных потребностей нуждам других людей, от которых зависит человек, и неадекватная податливость их желаниям;

3) недостаточная готовность к предъявлению даже разумных требований людям, от которых пациент находится в зависимости;

4) дискомфорт при пребывании в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

5) частая озабоченность страхом быть покинутым другими людьми и остаться предоставленным самому себе;

6) ограниченная способность принимать повседневные решения без многочисленных советов и одобрения окружающих.

При определенных условиях данный тип личности может успешно социально приспособиться. Например, если рядом социально-положительный, обладающий эмпатией «опекун» (супруг), то в течение всей жизни может сохраняться достаточная социальная адаптация. Таким личностям легче было адаптироваться и в «суровом комфорте» тоталитарных режимов с четкой регламентацией всех сфер жизни и патриархальным типом семьи. Но качество жизни каждого конкретного человека, безусловно, не исчерпывается только её социальными аспектами. Личное страдание зависимого человека, описанное ещё классиками русской литературы, остается неизмеренным, тем более не учитываются соматические последствия такой «безобидной» зависимости.

Выделение такой специфической социальной зависимости позволяет сделать вывод в пользу существования особого личностного свойства – «склонности или предрасположенности к зависимому

поведению», крайняя выраженность которого проявляется в самых различных вариантах и описывается в науке по названию объекта, от которого зависит личность.

## **6. Профилактика и коррекция зависимого поведения**

Вопросы профилактики и коррекции зависимого поведения становятся все более актуальной темой научно-практических поисков. В настоящее время накоплен достаточно большой объем методов и методик работы с зависимыми клиентами. Практически все методы разработаны, прежде всего, для лечения химических зависимостей. При работе с «новыми» видами зависимости, например игровой, пищевой, трудовоголизма, используются несколько модифицированные, но научно не обоснованные варианты традиционных методов психотерапии. В то же время эффективность лечения зависимости (даже при использовании старых, проверенных методов, например при лечении алкоголизма) достаточно низкая: ремиссии нестойки и непродолжительны. Именно поэтому практически отсутствуют статистические доказательства целесообразности использования того или иного метода.

Немаловажным обстоятельством является малочисленность специалистов по работе с зависимостями, отсутствие целостной, целенаправленной подготовки соответствующих квалифицированных кадров. К работе с зависимыми привлекаются в лучшем случае специалисты с высшим медицинским, педагогическим, психологическим, юридическим образованием, не всегда имеющим должную специализацию.

### ***6.1. Основные виды и методы профилактики зависимости***

Вся работа по предупреждению и лечению зависимого поведения должна строиться на основе принципа системности.

В настоящее время разработаны вопросы профилактики исключительно химических видов зависимости (и то далеко не всех: мер по профилактике пищевой зависимости не существует).



Профилактика химической зависимости – это комплекс мер, направленных на всю совокупность био-психо-социальных факторов риска развития болезни [55]. Существуют три уровня политики в отношении наркотических средств:

– *Международный*. Мировая политика в отношении наркотических средств определяется международными конвенциями и соглашениями между государствами о сотрудничестве в проблемной сфере. В конвенциях сформулированы основные принципы разрешения различных аспектов о психоактивных веществах. Например, конвенция ООН «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» 1988 года.

– *Государственный*. Национальная политика сохраняет некоторые свои особенности в зависимости от традиций, актуальной наркологической ситуации в конкретной стране, которые отражаются в национальном законодательстве, решениях правительства, специальных программах по борьбе с распространением наркотиков. В России это, например, Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» 1997 года, Федеральная программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», и др.

– *Общественный*. Большое значение имеют общественные инициативы при поиске путей решения проблемы вне официальных институтов. Энтузиасты создают свои социальные, профилактические, лечебные программы, например «Врачи против наркотиков».

Государственная политика в отношении профилактики наркомании может быть охарактеризована как либеральная, репрессивная или рестриктивная.

1) *Либеральная*. Результаты политики легализации психостимуляторов в Швеции в 1965 – 1967 годах таковы: рост наркомании среди несовершеннолетних за год в два раза, рост смертности от передозировки. Достаточно оказалось двух лет, чтобы Швеция изменила свою государственную политику на рестриктивную. На Аляске (США) в течение 10 лет (1980 – 1990) был легализован гашиш, и количество его курильщиков в два раза превысило их число в других штатах. Опыт таких стран, как Голландия, Дания, где легализована марихуана (разрешено иметь при себе небольшое количество конопли «для личного пользования»), является ещё более трагичным. Этот эксперимент над собственным народом породил

рост количества несовершеннолетних наркоманов, рост употребляющих среди групп риска, ухудшение криминогенной обстановки, появление обширной сети мелкого и крупного наркобизнеса.

В странах с такой политикой основное внимание уделяется тому, как обезопасить от последствий употребления наркотиков здоровую часть общества, при этом не предпринимаются попытки подтолкнуть человека к прекращению приема наркотиков.

2) *Репрессивная*. В странах с этим видом политики существует жесткая система наказания за торговлю наркотиками и принудительное лечение для наркозависимых. В Сингапуре предусмотрена смертная казнь за торговлю наркотиками. В Пакистане, Иране, Египте, Англии, Франции предусмотрено длительное тюремное заключение за продажу наркотиков. Во Франции наркозависимым предлагают или принудительное лечение в течение двух лет, или тюремное заключение на два года, в Греции – от 2 до 5 лет тюрьмы за личное употребление наркотиков или принудительное лечение. В этих странах как альтернатива наказания – лечение. В этих государствах уровень потребления наркотиков сравнительно низкий, поэтому нельзя назвать репрессивную политику неудачной.

3) *Рестриктивная*. Профилактические программы в рамках рестриктивной политики приняты в Канаде, США, Швеции, Германии. Политику этих стран называют «сдерживающей». В её рамках предполагается: запрет и строгий контроль над незаконным оборотом наркотиков, интенсивная превентивная работа, гуманное отношение к больным – «лечение вместо наказания» с использованием комплексной специализированной медицинской помощи. Эта политика представляется самой гуманной и перспективной [55].

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения профилактику принято разделять на первичную (направленную на предупреждение болезни), вторичную (цель – задержать развитие болезни) и третичную (предотвращение осложнений, инвалидности).

Основой всей противонаркотической работы является первичная профилактика. Её целями являются:

1) изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение

ние, обуславливающие снижение спроса на психоактивные вещества в детско-молодежной популяции;

2) сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы с сотрудниками образовательных учреждений.

В первичной профилактике используется в основном следующие методы:

- система запретов и наказаний,
- санитарное просвещение,
- выявление групп риска аддиктивного поведения (вспомогательный прием) [30, 40, 48, 55, 56 и др.].

Система запретов и наказаний на законодательном уровне разработана в отношении наркотиков: в России существует уголовное преследование за изготовление, распространение, хранение наркотических веществ.

В отношении алкоголя действенными считаются три основных метода из системы запретов: повышение цены на алкогольные напитки, запрет рекламы, контроль над продажей.

Система первичной профилактики разработана в основном для детей и молодежи, как группе, наиболее подверженной риску возникновения зависимости, и в то же время наиболее податливой к профилактическому воздействию.

В настоящее время созданы и активно внедряются разнообразные программы работы с молодежью по профилактике наркотической зависимости. Это, например, серия «Работающие программы», подготовленная научно-методическим центром «Диагностика. Адаптация, Развитие» им. Л.С. Выготского Министерства образования РФ в г. Москве; учебно-профилактическая программа «Перешеек», разработанная доктором психологических наук *В.А. Ананьевым* в Санкт-Петербурге; пособие для родителей «Рука в руке», созданное сотрудниками Тюменского областного наркологического диспансера *И.И. Казанцевым* и *Н.С. Караваевой*; программы зарубежных ученых (например, модель обучения здоровому образу жизни *Э. Чарлтона*).

В программах на основе научных данных и обширного опыта работы с наркозависимыми авторы предлагают тренинги, уроки, конкретные рекомендации по предотвращению возникновения и

развития зависимости. Анализ существующих разработок представляет отдельную важную задачу для специалистов-психологов. Это позволило бы выявить наиболее конструктивные предложения авторов программ, синтезировать лучшее из накопленного опыта. Приведем пример таких интересных практических находок: описание *возможных ошибок*, которые *не следует допускать*, работая в области антинаркотического просвещения:

- использовать тактику запугивания, так как она неэффективна;
- искажать и преувеличивать негативные воздействия психоактивных веществ на организм;
- использовать в работе материалы, оправдывающие экспериментирование с наркотиками;
- использовать материалы, иллюстрирующие способы изготовления, использования нелегальных наркотиков;
- разовых выступлений, пробуждающих нездоровое любопытство (только комплексная и систематическая работа);
- ложной информации (даже после однократной подачи ребята больше не поверят);
- упоминать о культурных предпосылках употребления наркотиков (употребление не оправдываем никакими причинами);
- использовать в качестве образца для подражания выздоравливающего наркомана («он жил с наркотиками и смог отказаться, значит, можно попробовать»);
- использовать материалы, утверждающие, что употребление наркотиков – личное дело каждого;
- говорить о безопасных способах употребления наркотиков;
- подчеркивать «положительные эффекты» наркотиков [55].

## **6.2. Психотерапевтические модели коррекции зависимого поведения**

Выделяют следующие *этапы лечения химической зависимости*:

- 1) начальный, который заключается в прерывании злоупотребления и терапии абстинентного синдрома;
- 2) активное противоалкогольное или противонаркотическое лечение, направленное на снятие патологического влечения к наркотику (терапия различных проявлений психической зависимости);

3) поддерживающее и противорецидивное лечение, направленное на максимальное во времени воздержание от употребления алкоголя и наркотиков;

4) реабилитационные мероприятия, направленные на ресоциализацию и устранение медицинских последствий злоупотребления алкоголя и наркотиков [21, 29, 49 и др.].

Психологи и психотерапевты приступают к систематической работе, как правило, на втором этапе лечения. Обязательным компонентом лечения и периода ремиссии являются все виды психотерапевтического воздействия на личность, страдающую зависимостью. При этом психотерапия занимает ведущее место в системе лечебных мероприятий.

Психотерапия – комплексное воздействие с помощью психических средств на психику зависимой личности, а через неё на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде [37]. Общепринято, что без применения психотерапии добиться сколько-нибудь значительных и долговременных результатов в лечении больного химической зависимостью невозможно.

Наибольший психотерапевтический опыт накоплен в сфере лечения химической, в частности алкогольной зависимости. Принципы, схемы и методы лечения алкоголизма с необходимыми дополнениями используются и при избавлении от других видов зависимости.

*Принципы лечения химической зависимости:*

1) непрерывность и длительность, 2) максимальная дифференциация в зависимости от клинических и микросоциальных факторов, 3) комплексность в использовании различных методов и подходов, 4) ориентация на полное воздержание от ПАВ как в процессе лечения, так и в будущем, 5) этапность и преемственность лечебных мероприятий [17].

Трудности в психотерапевтической работе с зависимой личностью:

– работа требует использования разнообразных методов и средств, привлечения различных специалистов, а следовательно, и больших материальных затрат:

– не существует способа, который бы позволял полностью излечиться от психической зависимости, а именно она является главной причиной рецидива болезни;

– в целом, эффективность лечения тяжелых форм наркоманий и алкоголизма достаточно низкая;

– личностные особенности зависимых больных препятствуют эффективному лечению.

Это, во-первых, психологические защиты, которые проявляются в анозогнозии – отказе признать себя больным, а значит, и в отказе лечиться. Поэтому отдельной задачей является мотивирование зависимого больного на лечение. Психологические защиты не позволяют психотерапевту установить искренний доверительный контакт с больным, без которого невозможна продуктивная работа. Часто больные считают, что в глубине души психологи и врачи, разговаривающие с ними, либо жалеют их, либо презирают, оттого контакты «со специалистами» для многих алкоголиков и наркоманов невыносимы. Чем выше интеллект больного, чем многограннее его личность, чем он талантливее, тем труднее проводить с ним психотерапию. Дело в том, что проблемы такого больного очень глубоки, а психологические защиты изоощренны.

Во-вторых, причины психологических проблем, приведших человека к зависимости, вроде лежат на поверхности, однако на самом деле имеют очень глубокие корни. Для серьезного лечения больного необходимо подробное изучение истории его анамнеза, выявление психотравм, полученных в течение жизни, в том числе в раннем детстве, психологическое исследование особенностей его психических функций, личности. И проделывать эту огромную работу должен клинический психолог.

В-третьих, существуют личностные варианты (типы) недеградированных зависимых больных (см., например, работы *М.Е. Бурно* [11]), с которыми надо проводить различную индивидуальную психотерапевтическую работу;

– у человека, страдающего зависимостью, формируются стойкие поведенческие стереотипы, а также в случае химической зависимости, биохимические изменения в организме, делающие невозможным осуществление заветной мечты любого алкоголика или наркомана: «пить как все», «колоться изредка» и т.п. Незначитель-

ная доза ПАВ сводит на нет все лечение, всё необходимо начинать сначала;

– поведенческие стереотипы возникают не только у алкоголика и наркомана, но и у членов его семьи, многие из которых на бессознательном уровне решают за счет его химической зависимости свои личностные проблемы, и также неосознанно поддерживают его пристрастие и могут препятствовать психотерапии, чтобы сохранить стереотип семейных отношений [17].

В современной науке отсутствует единая четкая классификация методов психотерапии. Вариантами классификаций являются деления методов на групповые и индивидуальные, рациональные и эмоционально-стрессовые, когнитивные и поведенческие, гипно-суггестивные, аутогенные и др. Проблема анализа и описания методов психотерапии зависимости в настоящее время актуальна как никогда. Вместе с тем накоплен значительный опыт лечения только отдельных видов зависимостей, главным образом химических.

На примере алкогольной зависимости схематично опишем наиболее распространенные в практике методы работы с больными [1, 2, 14, 21, 29, 38, 40, 43, 44, 47].

### ***Гипносуггестивная психотерапия***

Является базовым методом лечения алкогольной зависимости и используется в совокупности с другими методами. Первое сообщение о лечении алкоголиков гипнозом сделал в 1885 году французский психиатр *Буазен* из Гренобля. В России использование гипноза в лечении алкоголиков привлекло внимание психиатров вскоре после первых зарубежных публикаций. Отечественные врачи успешно применяли как коллективный, так и индивидуальный вариант этого метода. В лечебных внушениях акцент ставится на раскрытии пагубности зависимого поведения для личности. В настоящее время разработано множество модификаций гипноза, он используется в комплексном лечении зависимого поведения, наряду с другими методами.

Новый вариант суггестивной психотерапии был предложен *В.Г. Ивановым* и *Т.Р. Изсановым*. Сеанс предусматривает демонстрацию на видеоманитофоне видового фильма по типу «сафари»,

каждый 25-й кадр которого содержит текст с суггестивной формулировкой. Основное содержание суггестии должно укладываться в установки общего оздоровления, нормализации обмена веществ, упорядочивание энерго-информационных процессов в нейрональных структурах головного мозга, а главное, на мотивацию отказа от алкоголя в силу наступающего безразличия к нему и формирования позитивно-направленной личности. Поиск нового подхода к психотерапии алкоголизма представляется авторам эффективным, так как, минуя корковый анализатор, информационное воздействие направляется в эволюционно более древние образования центральной нервной системы, по сути ответственные за образование влечений.

### ***Психотерапевтическая триада В.М. Бехтерева***

Психотерапевтический метод, предложенный *В.М. Бехтеревым*, включает убеждение, гипнотерапию и самоубеждение. Форма массового лечения алкоголиков заключалась в следующем: больные размещались в аудитории так, чтобы можно было проверить их гипнотическое состояние. Пациентам в сжатых, но ярких образах с использованием рисунков и таблиц описывали вред, который приносит злоупотребление спиртными напитками. С помощью гипнотического внушения Бехтерев вселял в больных уверенность, что они могут восстановить свое здоровье, но для этого необходимо прекратить употребление спиртных напитков. Для проверки гипнотического состояния он вызывал катаlepsию у каждого больного поодиночке и оставлял в этом состоянии на время всего сеанса. По пробуждении давалась инструкция по осуществлению самовнушения.

### ***Эмоционально-стрессовая психотерапия В.Е. Рожнова***

Теория и практика эмоционально-стрессовой психотерапии созданы в 70 – 80-е годы XX века. Психотерапевтическое понимается как система активного лечебного вмешательства, цель которого – заставить человека на эмоционально предельном уровне переосмыслить, а в ряде случаев – радикально изменить отношение к себе, своему состоянию и к окружающей среде. Стрессовые эмоциональные состояния являются фактором активности и стимулирования жизненных сил через подъем настроения, вдохновение, осоз-



нение себя действующей полезной личностью. Психотерапия адресуется как к сознанию больного, так и к системе взаимоотношений синергизма сознания и бессознательного.

Вся система мероприятий в эмоционально-стрессовой психотерапии делится на три этапа: первый – дезинтоксикационный, второй – активное противоалкогольное лечение, третий – поддерживающая психотерапия, которая может продолжаться несколько лет. Были разработаны три основные методики, использующие эмоциональные каналы на уровне положительного, оздоравливающего стресса.

1) *Методика сократического диалога* – система эмоционально-насыщенной рациональной психотерапевтической беседы, во время которой врач подводит больного к осознанию беспочвенности своих болезненных опасений и необоснованных страхов. Больной получает возможность самостоятельно разобраться в себе, сложившихся у него отношениях со своим окружением. Такая психотерапия дает наиболее ощутимый и стойкий эффект, который особенно прочен, поскольку больной самостоятельно пришел к положительным выводам.

2) *Суть эмоционально-стрессовой аутогенной тренировки* состоит в максимально интенсивной охваченности той оздоровительной целью, которую ставит перед собой человек, занимающийся преодолением своей болезненной симптоматики.

3) *Методика удлинённого гипноза* заключается в том, что больного вечером погружают в гипноз, который затем переходит в естественный, ночной, сон. В этом случае торможение меняющейся глубины и распространённости помогает восстановлению работоспособности нервных клеток.

### ***Стрессопсихотерапия А.А. Довженко («кодирование»)***

Сущность этого суггестивного метода состоит в создании психологической установки на длительное воздержание от алкоголя, которое создается путем применения комплекса психотерапевтических приемов и подходов, «материализованных» посредством физиогенных (стрессовых) воздействий, направленных на активизацию эмоциогенных механизмов мозга и инстинкта самосохранения.

На первом, вводном, этапе применения метода фиксируется и укрепляется установка на лечение, доверие к методу, убежденность

больного в безусловно положительном результате лечебного эффекта с помощью косвенного внушения, механизмов психической индукции и сенсбилизации. Задачи второго этапа – актуализация инстинкта самосохранения, снятие «анозогнической» инертности, формирование «культы личности» психотерапевта, иллюстрация его исключительных волевых способностей, объяснение механизма положительного эффекта проводимой терапии, подготовка больных к следующему этапу лечения. На этой стадии проводятся групповые занятия в течение 1,5 – 2 часов с последовательным применением ряда психотерапевтических приемов (рациональная психотерапия), осуществляемых на фоне гипноидных внушений, формула которых заключается в том, что не воля больного, а воля психотерапевта избавляет от недуга.

В наглядно-конкретной, эмоциональной форме с элементами драматизации раскрываются возможные негативные последствия нарушения больным режима трезвости. В мозгу у больных формируется устойчивый очаг возбуждения, который блокирует влечение к алкоголю на длительные сроки. Процедура «кодирования» на третьем этапе представляет собой императивное внушение, осуществляемое на фоне физиогенных воздействий, которые усиливают психотерапевтический эффект предыдущих этапов.

Довженко объясняет формирование отрицательного отношения к алкоголю появлением сильных и стойких очагов возбуждения в эмоциогенных системах мозга. Возбуждение нарастает при воздействии физиогенных факторов. В результате очаг возбуждения в отрицательных эмоциогенных системах мозга вступает в конкурентные отношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует его.

### ***Эмоционально-эстетическая психотерапия Г.И. Григорьева***

Модификация метода *Довженко* – массовая эмоциональная психотерапия, которая появилась в 90-х годах XX века. Сеанс с числом пациентов до 600 человек состоял из последовательных этапов: беседа врача с аудиторией, проповедь священника, антиалкогольная служба, напутственное слово священника и сеанс «кодирования» *Довженко*. Вместо одного психотерапевта работала бригада врачей-психотерапевтов. Стремление приблизить методы пси-

хотерапии к храмовым ритуалам привело к устранению из формулы внушения устрашающих и запугивающих элементов.

Лечебное действие метода определяется интегративным психотерапевтическим эффектом приемов суггестии, групповой гипно-суггестии, рациональной психотерапии, игровой психотерапии, имаготерапии, музыкотерапии, поведенческой психотерапии, катарсической психотерапии, ритуальной театрализации, эстетики. Ритуальные составляющие метода создают экстатический эмоционально-психологический настрой, делают более тесным контакт врача с аудиторией. Имеет значение и собственная вера больного в духовное возрождение, потенцирующая психотерапевтическое воздействие.

### ***Аверсивная, или условно-рефлекторная, психотерапия***

В основе многих методик лежит выработка отвращения к запаху, вкусу, виду алкоголя и даже его словесному обозначению. У больного вырабатывается негативный условный рефлекс на алкоголь посредством сочетания алкоголя с фармакологическими препаратами, вызывающими тошнотно-рвотную реакцию, с препаратами, приводящими к задержке дыхания или в сочетании с болезненной электростимуляцией.

### ***Рациональная психотерапия***

Это метод, в котором используется логическая способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность.

Основными *формами* и в некотором смысле *этапами рациональной терапии* являются:

– объяснение и разъяснение, включающие истолкование сущности заболевания (зависимости), причин его возникновения. В результате достигается более ясная, определенная картина болезни, открывающая пациенту возможность более активно самому контролировать свою болезнь;

– убеждение – коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая переходу к модификации личностных установок больного;

- переориентация – достижение более стабильных перемен в установках больного, связанное с изменением в системе его ценностей и выводящее его за пределы болезни;
- психологика – переориентация более широкого плана, создающая позитивные перспективы для пациента вне болезни.

Рациональная психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в группой форме.

Индивидуальная рациональная психотерапия начинается с первого контакта. Цель – достижение исподволь, недирективным путем, осознания человеком бесперспективности его будущего при продолжающемся злоупотреблении, мотивов и факторов, толкнувших его к нему, а при наличии зависимости – необходимости лечения и воздержания. Необходимо обращаться к сохранному в личности – оставшимся привязанностям, увлечениям; информировать об опасных осложнениях злоупотреблений, рассказать о причинах возможных рецидивов и о том, как их избежать.

### ***Психотерапия по методу Г.А. Шичко***

Алкоголизм в концепции Шичко – психическое расстройство, которое заключается в формировании в личности определенного алкогольного комплекса (субличность больного). Алкогольный комплекс включает настроенность на употребление и программу употребления алкоголя, противоалкогольные убеждения, привычку к употреблению и алкогольную потребность.

Настроенность, программа и противоалкогольные убеждения образуют противоалкогольную запрограммированность, которая заключается в искажении сознания ложными противоалкогольными сведениями и вынуждает человека употреблять спиртное. Шичко предположил, что решающим моментом в избавлении от алкогольной зависимости является освобождение от алкогольных установок, убеждений и программ. Когда они разрушаются, человек автоматически перестает употреблять алкоголь, а алкогольные привычки и потребность употреблять алкоголь быстро угасают. Никакой специальной работы по подавлению потребности в алкоголе проводить не нужно. Это возможно только при глубоком качественном самоанализе и высокой активности личности.

При действительном освобождении от алкоголизма происходит оздоровление, исцеление и освобождение личности. Оздоровление – понятие, характеризующее процесс повышения уровня психического и физического здоровья. Исцеление – восстановление гармонической целостности личности, устранение внутренних противоречий между отдельными структурами личности, приведение субличностей в гармоничное, непротиворечивое состояние. Освобождение – восстановление в индивиде возможности осознанно принимать решения в ситуации, связанной с приемом алкоголя, снятие осознаваемых или неосознаваемых побуждений к приему алкоголя, обретение чувства внутренней свободы от алкоголя.

Метод обладает возможностью полностью избавлять человека от алкогольного комплекса и устранять дефекты характера, возникшие вследствие многолетнего употребления алкоголя. Это достигается путем ориентации на систематическую работу по физическому и нравственному оздоровлению, которая должна продолжаться после окончания курсов практически постоянно. В результате формируется равнодушное отношение к алкоголю, складывается установка на укрепление физического и нравственного здоровья, улучшаются взаимоотношения в семье, раскрывается творческий потенциал личности.

Роль программистов могут играть пьющие люди, родители, родственники, средства массовой информации, и др. Шичко переводит процесс отрезвления алкоголиков из сферы медицинской в педагогическую.

Г.А. Шичко пришел к выводу, что внушению быстрее поддаются люди в состоянии бодрствования, при активно работающем сознании, поэтому гипнозу не нужна мистическая основа (эффектные взмахи рук, страшные глаза и другие театрализованные процедуры), не нужен сонный пациент. Задача гипноза – в высшей сосредоточенности.

Целью метода является проникновение в сознание с помощью слов, разрушение прежней цели суждений, возбуждение протеста и закладка основ новых убеждений.

Группа, как правило, набирается около 20 человек. Цикл занятий – 10 дней. Успех отрезвления достигается при соблюдении нескольких правил:

- посещение всех 10 занятий;

– выполнение письменных работ (анкеты, дневники, аутоанамнез, сочинения на алкогольные темы) необходимо потому, что во время фиксации мыслей, графического воспроизводства своего состояния, когда слова не только произносятся, слышатся, но ещё и зрительно воспринимаются, воспроизводятся на бумаге, происходит процесс перепрограммирования сознания, замена «питейного мусора» трезвенной убежденностью.

В дневнике человек должен описывать события истекающих суток, что проводится ежедневно перед сном. Аутоанамнез предполагает описание привыкания к алкогольным напиткам, процесса превращения в пьяницу и попыток избавиться от алкоголизма. Написание сочинений на противоалкогольные темы считается важным и эффективным приемом очищения (например, тема «Вредное влияние алкоголя на мое здоровье и мозговую деятельность»);

– внимательное прослушивание и запоминание материала занятий;

– конспектирование важных сведений;

– заучивание основных положений, формулировок и статистических данных и др.

### ***Аналитико-преобразующий метод Б.С. Братуся***

Помимо суггестивных средств и наркопсихотерапии имеются методы, основанные на глубоком личностном анализе больного. Одним из таких подходов является аналитико-преобразующий подход, предложенный *Б.С. Братусем*. На основе психологического анализа, квалификации исследуемой реальности автор предлагает строить методы её преобразования, результаты применения которых, в свою очередь, проверяют и корректируют ход психологического анализа.

Первая задача психолога – анализ личностных изменений, выявление внутренних механизмов движущих противоречий развития, структуры мотивационно-потребностной сферы.

Содержание следующего этапа работы – рефлексия различных психологических подходов, задач, сфер применения, определение, к какого рода реальностям возможно применение созданных теоретических представлений. Последний этап – нахождение, разработка и апробация различных техник, диагностических и психокоррекционных методов, с помощью которых можно успешно провес-

ти намеченное преобразование реальности. Одновременно заключительный этап является проверкой теоретических построений, выводов первых двух этапов.

Обычные способы лечения сводятся к выработыванию условно рефлекторно или с помощью специальных препаратов непереносимости, отвращения к запаху и вкусу спиртного. Традиционная психотерапия дополняет это проведением бесед о вреде и пагубности алкоголя. Эти методы направлены на подавление физических, физиологических компонентов влечения и на осуждение пьянства как порока, тогда как вся сложная, деятельностно опосредованная подоплёка пьянства, привычные, выработанные с годами установки и способы восприятия мира остаются почти незатронутыми.

Формирование деятельности, ориентированной на реальность, является задачей воспитания и коррекции личности. Мысль о необходимости перевоспитания, душевного перерождения как важнейшего условия избавления от алкоголизма высказывалась уже давно. В 1886 году *С.С. Корсаков* писал, что нельзя излечить лишь изоляцией от алкоголя, сколь бы длительной она ни была. Можно продержатъ пьяницу и год, и два, но, когда он выйдет, то вновь будет пить, если только за это время не дать ему нового душевного содержания. Задача привития этого качества по существу психолого-педагогическая.

Построение методики преобразования исследованной реальности в случае больных алкоголизмом сводится к методике формирования установки на трезвость, рассчитанной на применение в наркологических отделениях психиатрических клиник.

Основная задача методики – поэтапный перевод диффузного, неопределенного мотивационно-потребностного состояния, с которым поступает человек в психиатрическую клинику, в качественно иной психологический ранг – ранг полноценной потребности в трезвой жизни, как опоры, основы для создания подлинной трезвеннической установки взамен имевшейся.

Задача реализуется в четыре этапа. *Первый* – мотивационный – ставит целью создания у больных высокой личностной, эмоциональной заинтересованности в предлагаемых психокоррекционных занятиях. На *втором* – ориентировочном – вводится как можно больше мотивов трезвеннической жизни, потенциально способных определить существующее потребностное состояние. На *треть-*

ем – собственно установочном – на основе достижений ориентировочного этапа должны сформироваться личностно-приемлемые для данного пациента мотивы трезвеннической жизни, индивидуальная форма трезвеннической установки. *Четвертый* этап, последний, названный деятельностным, заключается в разработке для каждого пациента развернутых планов организации будущей трезвой жизни. Сквозной для реализации всех этих этапов является деятельность группового общения.

### ***Личностно-ориентированная психотерапия***

Предложена *Б.М. Гузиковым* и соавторами. Основой этого подхода является осознание и реконструкция личностных отношений.

Общая цель психотерапии – обращение к лучшим, наиболее значимым для пациента, страдающего алкоголизмом, ценностным отношениям, оказание влияния на его представление о себе, самооценку, деформированную злоупотреблением алкоголя, изменение её в терапевтическом направлении, преодоление анозогнозии.

Групповая психотерапия при алкоголизме выступает в качестве важнейшего звена комплекса лечебно-восстановительных мероприятий наряду с медикаментозной терапией, трудотерапией, социотерапией, гипнотерапией, аутогенной тренировкой.

*План занятий психотерапевтической группы* включает следующие темы.

1) Алкоголизм как болезнь, её симптомы. Этапы формирования патологической зависимости от алкоголя. Алкогольные психозы.

2) Виды медикаментозного лечения алкоголизма. Психотерапия и самовоздействие – основа лечения больных алкоголизмом.

3) Влияние изменений личности при алкоголизме на отношение больных к своему пьянству, на их представление о себе, на взаимоотношения в семье, на отношение к работе.

4) Необходимость полного воздержания от употребления алкоголя после прекращения лечения. Способы преодоления трудностей, возникающих в трезвеннической жизни. Необходимость поддерживающего лечения и контактов членов группы.

В отличие от рациональной психотерапии дискуссия дополняется другими психотерапевтическими приемами – разыгрыванием



ролевых ситуаций, проективным рисунком, чтением и совместным обсуждением литературы. Большое значение имеет биографическая ориентация, составление письменных самоотчетов.

Личностно-ориентированная групповая психотерапия основывается на использовании психотерапевтического потенциала, заложенного в групповой динамике, взаимодействии пациентов в группе, позволяя успешнее решать задачи восстановления нарушений системы жизненных отношений и самооценки пациента.

### ***Общество Анонимных алкоголиков (АА)***

Общество Анонимных алкоголиков (АА) было образовано в США в 1935 году, и с тех пор благодаря программе АА с алкоголем порвало свыше одного миллиона человек, проживающих в 114 странах мира. Деятельность организации построена на добровольных началах и не имеет четкой организационной структуры. В общество входят мужчины и женщины, объединённые общей целью – вести трезвый образ жизни и помогать алкоголикам, обращающимся к ним за помощью, бросить пить. Тысячи мужчин и женщин, участвующих в деятельности АА в последние годы, не просто добровольцы, но бывшие алкоголики – их желание и готовность помочь алкоголикам связаны с желанием содержать себя в трезвости, которое в огромной степени подкрепляется постоянным контактом с алкоголиками, решившимися на лечение. Всё построено на взаимопомощи. Поборниками программ АА являются врачи и духовенство всех мировых религий.

Что касается определения алкоголизма как явления, большинство членов АА сходятся на том, что это прогрессирующая болезнь, от которой невозможно излечиться полностью, но которую, как и ряд других болезней, можно поставить под контроль. Исходя из этого, многие члены АА считают, что болезнь эта представляет собой сочетание физической восприимчивости и психической зависимости от алкоголя и что, к каким бы последствиям эта болезнь ни приводила, излечиться от неё с помощью одной только силы воли невозможно. Члены АА полагают, что ничего безнравственного в алкоголизме, как и в любом другом заболевании, нет. И если кто-то заболевает, то волевой он человек или безвольный, значения не имеет, так как болезнь лишает его свободы выбора в вопросе «пить или не пить». Необходимо, чтобы человек осознал то, что

болен, воспользовался предлагаемой помощью и имел желание выздороветь. Опыт АА показывает, что программа выздоровления оказывается успешной во всех тех случаях, когда алкоголики искренне стремятся бросить пить.

Члены АА полагают, что есть только алкоголики и неалкоголики, не может быть умеренного алкоголика. И только сам человек может определить, зависит он алкоголя или нет. Также, если человек становится алкоголиком, то это уже навсегда, и даже если он и воздерживается от употребления спиртных напитков на протяжении многих месяцев, а то и лет, вернуться к тому, чтобы просто «пропускать по рюмочке» в компании, он уже не сможет.

Программа АА построена на том, что любой алкоголик, приходя на собрания местной группы, может лучше понять не только то, что с ним происходит, но и как с этим бороться. Приходя на собрания, человек попадает в окружение людей, которые, как и он, на собственном опыте познали, что такое алкоголизм, стремятся от него излечиться и оказывают друг другу моральную поддержку. Кроме того, собрания группы помогают людям избавиться от одиночества, которое подчас является одной из основных причин, приводящих к алкоголизму. Вся программа АА всегда строилась и строится на принципе анонимности.

Сердцевиной программы АА является описание этапов, которым необходимо строго и неотступно следовать, так называемые «Двенадцать шагов»:

1) Мы признали свое бессилие перед алкоголем; признали, что потеряли контроль над своей жизнью.

2) Пришли к убеждению, что Сила, более могущественная, чем наша собственная, может возратить нам здоровье.

3) Приняли решение отдать нашу волю и наши жизни под защиту Бога, как мы его понимаем.

4) Произвели глубокое и смелое исследование своего поведения.

5) Признались перед Богом, перед собой и перед другим человеком в сущности своих ошибок.

6) Были полностью готовы к тому, чтобы Бог избавил нас от всех этих отрицательных черт характера.

7) Смиренно попросили Его исправить эти наши недостатки.

8) Составили список всех тех лиц, кому мы причинили зло, и приготовились возместить им всем причиненный нами ущерб.

9) Лично возместили ущерб всем этим лицам, где только возможно, кроме тех случаев, когда возмещение принесло бы им или другим людям вред.

10) Продолжали критически наблюдать за своим поведением, и когда мы ошибались, то своевременно признавали это.

11) Старались путем молитвы и размышления улучшить наш сознательный контакт с Богом, как мы его понимаем, молясь лишь за понимание Его воли для нас и силу во исполнение её.

12) После духовного пробуждения в результате выполнения этих шагов мы старались делиться опытом с алкоголиками и применять эти принципы во всех наших делах.

Основной подход АА к проблеме постоянной трезвости выражается «программой на сутки». Члены АА понимают, что самое сложное – это быть трезвым сейчас, и всецело сосредоточиваются на том, чтобы не пить на протяжении конкретных, данных суток. Помимо этого важны также три принципа: «Всё по порядку», «Главное не суетиться» и «Живи и давай жить другим».

В современной психотерапии зависимого поведения можно выделить два главных подхода. Первый корректирует личность, базируясь на физиологическом уровне. Доминирующим методологическим принципом в данном случае являются учения *И.П. Павлова* и *В.М. Бехтерева*. Методы, применяющиеся в рамках этого подхода, предполагают выработку условно-рефлекторной реакции (аверсионная, гипноуггестивная психотерапия).

Иной позиции придерживаются психотерапевты, предлагающие глубокий анализ личности больного. Ими предпринимаются попытки вскрыть глубинные механизмы, лежащие в основе формирования зависимостей. Используемые в данном подходе методы предполагают изучение и коррекцию мотивационно-потребностной сферы, установок, когнитивной, эмоциональной сферы, взаимоотношений больного с окружающими людьми. В истории отечественной психотерапии долгое время использовался первый подход. Он же продолжает оставаться ведущим и в настоящее время.

На современном этапе успешно развивается вторая линия, привлекающая, как адаптированные методы западных специали-

стов, так и оригинальные методы отечественных психиатров и психологов в единый психотерапевтический комплекс.

В заключение необходимо отметить некоторые *общие черты психотерапии зависимых больных*.

1) Как правило, все методы психотерапии основаны на актуализации только одного инстинкта – самосохранения, который является далеко не единственным в сложной мотивационно-потребностной системе личности. Осознанно или бессознательно больной должен прийти к выводу о пагубности его влечения. Но в психоанализе, например, доказано, система инстинктов не исчерпывается только одним инстинктом стремления к жизни, что наряду с ним функционирует противоположный инстинкт – смерти – стремление личности к саморазрушению. Проблема взаимодействия инстинктов остается вне поля зрения специалиста.

2) Для зависимых больных характерна анозогнозия, что требует дополнительных усилий со стороны их окружения по мотивированию на лечение. Даже если зависимый больной по принуждению извне формально начинает работать с психотерапевтом или психологом, это не означает, что он действительно хочет и может излечиться.

3) Все методы прямо, открыто или замаскировано основываются на негативных эмоциях и/или вызывают их:

– эмоцию страха перед последствиями прогрессирования зависимости. Но, согласно данным психологии поощрения и наказания, люди оценивают вероятность плохого исхода как очень низкую, в лучшем случае, как 50% на 50%;

– эмоцию отвращения к наркотическому средству;

– чувство вины, часто претерпевающее у зависимых людей изменение на диаметрально противоположное – раздражение и агрессию.

В то же время, как доказывается в психологии, негативные эмоции являются регулятором неадаптивного поведения личности.

4) Психотерапевтические методы в основном ориентированы на групповой вариант. Даже в случае индивидуальной работы методы не подбираются с учетом общих и специфичных для заболевания личностных характеристик (например, типов личности алкоголика по *М.Е. Бурно*).

5) Как правило, набор методов не отличается многообразием – используются всего лишь 1-2 метода работы с зависимыми больными.

6) Практически не учитывается одно из важнейших последствий разрыва личности с неодобряемым объектом зависимости – «потребность в зависимости от чего-либо» остается у личности и может породить новую негативную зависимость или ожидание разрешения встречи со старым желанным объектом.

7) В практике работы с зависимыми больными, как ни в какой другой области, широко используются услуги неквалифицированных лиц. Подготовка специалистов сложна и длительна, требует создания системы супервизорства. Несомненно, все указанные аспекты требуют теоретического переосмысления и практической перестройки работы с зависимыми людьми.

## Литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия: Курс лекций. СПб., 1997.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. М.: Медицина, 1983.
3. Ананьев В.А. Легальные и нелегальные наркотики / Практическое руководство по проведению уроков профилактики среди подростков: В 2 ч. СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2000. – 96 с.
4. Архипова Е. А. Особенности внутриличностных конфликтов зависимой личности: Курсовая работа. Ярославль: ЯрГУ, 2004.
5. Белова Е.А. Психологические аспекты феномена зависимости: Дипломная работа. Ярославль: ЯрГУ, 1998.
6. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. – 272 с.
7. Братусь Б.С. Актуальные проблемы психологического изучения и коррекции больных алкоголизмом // Психологический журнал. 1987. № 2.
8. Братусь Б.С. Психологический анализ личности при алкоголизме. М., 1974.
9. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: МГУ, 1984.
10. Бульдина Ю. В. Особенности самосознания аддиктивной личности: Дипломная работа. Ярославль: ЯрГУ, 2005. –100 с.
11. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. – 719 с.
12. Воеводин И. В. Коппинг-поведение при аддиктивных состояниях: относительность критериев адаптивности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 1, № 4.
13. Воронович Б. Алкоголизм. Природа, лечение, выздоровление. М., 1999.
14. Губочкин П.И. Психологическая модель алкогольной зависимости и метод Шичко // Психологический пульс Ярославля / Под ред. В.В. Новикова. Ярославль, 1998.
15. Губочкин П.И. Психология сознательной трезвости: Учеб. пособие. – Рыбинск: Рыбинское подворье, 2001. – 96 с.

16. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л., 1988.
17. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
18. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, 1988.
19. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. – СПб.: Изд. дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2003. – 128 с.
20. Зейгарник Б.В. Нарушения личности // Хрестоматия по патопсихологии. М., 1998.
21. Как избавиться от наркотической зависимости: Скажи наркотику «прощай» / Авторы-составители Прусс М.С., Кельин Л.Л., Мучник Ю.Л., Володин В.М. – СПб.: Изд. дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2002. – 160 с.
22. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
23. Колесникова А. В. Особенности психической саморегуляции наркотически зависимой личности (на примере опийной наркотической зависимости): Дипломная работа. Ярославль: ЯрГУ, 2005.
24. Концептуальная программа профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи. – М., 1999.
25. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1992. № 2. С. 8 – 15.
26. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. М., 1993. № 1.
27. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск: Наука, 1990.
28. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 48 – 60.
29. Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. – 448 с.

30. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
31. Лисицын Ю.Л., Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Когда привычка приводит к болезни. М., 1986.
32. Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению. // Психологический журнал. 1996. № 3. – С. 149 – 152.
33. Москаленко В. Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ подростками // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. № 9.
34. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕРСЭ, 2004. 336 с.
35. Наркомании у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.И. Дворяк, В.А. Глушков. – Киев: Здоровье, 1989. – 216 с.
36. Небогатикова К.М. Игровая зависимость: Курсовая работа. Ярославль : ЯрГУ, 2005.
37. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. Л., 1989.
38. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с.
39. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. Л., 1973.
40. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Березин С.В., Лисецкий К.С., Орешникова Н.Б. – М.: Институт психотерапии, 2000. – 256 с.
41. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, И.И. Хажиллина, Н.С. Видерман. М.: Генезис, 2001. – 216 с.
42. Психология зависимости: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. Мн.: Харвест, 2004. – 592 с.
43. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000.
44. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. М., 2000.
45. Пятницкая И.Н. Наркомании. М.: Медицина, 1994.
46. Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Курение. М.: Медицина, 1988.
47. Рожнов В.Е. Психотерапия хронического алкоголизма. М., 1975.



48. Рука в руке: Пособие для родителей: В 2 ч. /Авторы-составители Казанцев И.И., Караваева Н.С. Тюмень: Областной наркологический центр, 2000.

49. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. М., 1999. Т. 2.

50. Саморазрушающее поведение подростков. Л., 1991.

51. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Коппинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков. СПб.: ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1999. № 1. С. 63 – 75.

52. Смирнов В.К. Табачная зависимость: итоги и перспективы изучения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1993. № 3.

53. Смирнов В.К., Ермолова О.И. и др. Клинические факторы риска возникновения табачной зависимости // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1994. Т. 94, № 2. С. 98 – 103.

54. Смирнов В.К., Соколова Т.Н. и др. Особенности психопатии при табачной зависимости // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91, № 2. С. 93 – 96.

55. Учимся и воспитываем жить без наркотиков: Пособие для психологов и социальных педагогов / Авторы-составители: Казанцев И.И., Караваева Н.С. Тюмень: Областной наркологический центр, 2003.

56. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы наркологии. 1997. № 3. С. 3 – 73.

# Приложения

## Приложение 1

### **Тест для родителей «Факторы риска»**

Этот тест может помочь вам получить приблизительный ответ на вопрос о том, какому риску подвержен ваш ребенок в связи с проблемой алкоголя и наркотиков. После нижеследующих вопросов поставьте слово «да» или «нет».

1. Может ли ваш ребенок купить себе алкогольные напитки (пиво, вино, водку)?

2. Замечали ли вы, что в магазинах вашего района алкоголь продают несовершеннолетним?

3. Считают ли взрослые, близкие вашему ребенку, что нормально пить, курить, принимать лекарства в больших количествах?

4. Есть ли недалеко от дома, школы винные магазины (по дороге, в районе), до которых легко добраться?

5. Живете ли вы в крайне тяжелых материальных условиях (долги, недоедание) или в очень благоприятных материальных условиях, далеко отстоящих от возможностей окружающих (в этом случае тоже поставьте «да»)?

6. Напиваются ли ваши соседи, нарушают закон или хулиганят в пьяном виде?

7. Есть ли в семье еще родственники со стороны матери или отца, зависимые от алкоголя или наркотиков (дед, дядя, отец, старший брат)?

8. Пьет ли кто-либо в семье (употребляет наркотики) даже время от времени?

9. Даете ли вы детям полную свободу в поведении по отношению к алкоголю и наркотикам?

10. Находится ли ваш брак в состоянии затяжного и серьезного конфликта (постоянные ссоры, дни молчания, отсутствие согласия в решении важных вопросов)? Может быть, существует конфликт между другими взрослыми людьми, воспитывающими ребенка?

11. Ваш ребенок бывает с вами без желания, неохотно разговаривает, избегает контактов, замыкается в себе?

12. Часто ли ваш ребенок вел себя агрессивно в раннем детстве (до 10 лет)?
13. У вашего ребенка постоянные неудачи в школе?
14. Вы замечаете у своего ребенка пренебрежение по отношению к своему будущему, обучению, профессии?
15. В раннем возрасте вашего ребенка не принимали ровесники?
16. Друзья и подруги вашего ребенка курят, выпивают, пробуют наркотики?
17. Ваш ребенок испытывает чувство одиночества, он изолирован, у него нет друзей?
18. Случалось ли вам замечать, что ваш ребенок положительно отзывается о курении или алкоголе, что ждет удовольствий от употребления алкоголя или наркотика?
19. Был ли у вашего ребенка ранний (до 14 – 15 лет) контакт с алкоголем, курением, наркотиками?
20. Испытывали ли вы трудности при ответах на эти вопросы?

Каждое «да» считается за одно очко. Чем больше ответов «да», тем выше степень риска у вашего ребенка. Каждый вопрос соответствует научно исследованным факторам риска. Конечно, эти факторы неравноценны (некоторые из них несут большую угрозу, другие – меньшую), однако приблизительно степень риска установить можно.

*От 1 до 6.* Средняя степень риска, охватывающая практически большинство (90%) молодых людей и зависящая от ситуации во всем обществе (например, цены и количество винных магазинов). В настоящее время это состояние считается более угрожающим, чем в 80-х годах! Вы можете влиять на многие элементы этой ситуации, например, на явление продажи алкоголя несовершеннолетним. Мало людей реагируют на нарушения в этой области. Вы можете также поддерживать профилактическую деятельность в школе, помогать ребенку, приобретать навыки воспитания и укреплять связь с ребенком.

*От 7 до 13.* Повышенная степень риска, охватывает значительную часть молодежи, зависит от местного круга общения и ти-

па школы (от 1/2 до 2/3 учеников). Может быть, необходимо изменить поведение взрослых, отношения в семье, усилить воспитательное воздействие. Необходимо участие детей в профилактической деятельности.

*От 13 до 17.* Степень риска очень высокая, охватывает от 10 до 15% учеников средних школ, которые уже пьют и наносят вред здоровью. Эта степень требует от вас большого участия и сотрудничества с другими людьми, например со школьными учителями, другими родителями.

*Больше 17.* Крайне высокая степень риска, может означать необходимость обращения к специалистам и терапии. Некоторые специалисты считают, что период приобретения зависимости у подростков может быть очень коротким – меньше полугода.

### **Тест на алкогольную зависимость**

Этот более подробный вопросник разработан специально, чтобы помочь тестируемому понять и осознать прогрессирование у него симптомов зависимости с ранней до поздней стадии. Необходимо максимально объективно отвечать на предложенные вопросы. Если ответом на вопрос является «иногда», следует писать «да». Некоторые вопросы заключают в себе несколько подвопросов, и при положительном ответе хотя бы на один из них следует считать общим ответом на пункт – «да».

1. Являются ли ваши близкие родственники – дедушки, бабушки, родители, братья, сестры алкоголиками?

2. Пьете ли вы, как правило, больше, чем ваши друзья? Часто ли вы одним из последних уходите из бара или с вечеринки?

3. Приносит ли вам удовольствие выпивка и нетерпеливое ожидание подходящего случая? Считают ли вас большим любителем вечеринок?

4. Приходится ли вам обнаруживать, что вы не хотите прекратить пить после одной или двух рюмок, хотя другим этого было достаточно?

5. Происходили ли какие-нибудь изменения в характере вашего потребления алкоголя – пили всё более и более часто, пили один и переключались на более крепкие напитки?

6. Проявляли ли беспокойство или недовольство по поводу вашей пьянки близкие вам люди – жена, муж, родители, дети?

7. Приводят ли вас в состояние беспокойства и раздражения мысли о безалкогольных мероприятиях – свадьба, фуршет с безалкогольными напитками, и т.д.?

8. Удивляло ли вас когда-нибудь, почему некоторые из ваших друзей пьют так медленно или прекращают пить после часа или двух? Покупали ли вы алкоголь для друзей, пытаясь «поддержать» вечеринку?

9. Стремитесь ли вы залпом выпивать первые рюмки, затем, когда почувствуете эффект, замедлять темп до уровня других?

10. Сожалели ли вы иногда, будучи трезвым, о том, что вы сказали или сделали, будучи пьяным? Было ли вам стыдно за ваше поведение перед любящими вас людьми и обещали ли вы измениться?

11. Пытались ли вы когда-нибудь прекратить пить в течение определенного времени (недели или, может быть, месяца), так как чувствовали, что «это было бы неплохо для вас», или потому, что хотели доказать, что вы можете это?

12. Обещали ли вы себе, что будете контролировать количество выпитого или снизите это количество, и не выполнили это обещание?

13. Можете ли вы сейчас выпить больше, чем год назад? Есть ли тенденция пить значительно больше?

14. Была ли у вас потеря памяти (вы не можете вспомнить некоторые или все события, которые происходили, когда вы были пьяны)? Бывает ли у вас это чаще, чем было год назад?

15. Были ли у вас трудности на работе – постоянные болезни, трудно сосредоточиться, претензии со стороны сослуживцев или начальников – такие, которые могли быть связаны с вашей пьянкой?

16. Чувствовали ли вы себя иногда лучше, когда вы пили, чем когда вы не пили? Действительно ли выпивка избавляла вас от головной боли, напряжения, беспокойства, колебаний настроения?

17. Чувствовали ли вы возрастающую вину по поводу своей выпивки, но, тем не менее, когда кто-то любящий вас проявлял свое беспокойство, вы становились враждебны и пытались защищаться?

18. Склонны ли вы думать, что ваши проблемы – это результат напряжения и стресса, или что вас не понимает ваш супруг(а), или к вам предъявляют чрезмерные требования на работе? Было ли вам себя жалко, так как вам казалось, что никто вас не понимает? Прибегали ли вы к алкоголю для утешения или успокоения?

19. Есть ли у вас тяга к алкоголю, такое сильное желание выпить, что вы готовы рискнуть разругаться с вашим супругом (ой) или получить выговор от начальника?

20. Увеличивается ли у вас тенденция выпивать больше, чем вы предполагали вначале? Трудно ли вам останавливаться, однаж-

ды начав пить? Пили ли вы когда-нибудь сразу после пробуждения?

21. Бывает ли у вас иногда после пьянки дрожь в руках, с которой вы не можете совладать? Чувствуете ли вы себя физически больным (тошнота, тряска, слабость) и/или появляются психопатические расстройства (депрессия, беспокойство, возбуждение, дурное настроение, раздражение), если вы не пили? Улучшает ли алкоголь ваше самочувствие?

22. Есть ли у вас болезни или нарушения в организме, которые могут быть связаны с алкоголем, такие как гастрит, периодический понос, носовые кровотечения, гипертония, пневмония, сердцебиение, увеличенная печень, абсцессы, гепатиты, циррозы, белая горячка, эпилепсия или панкреатит?

23. Были ли вы госпитализированы из-за повреждений, несчастных случаев или травм, происшедших во время выпивок и, возможно, вызванных тем, что вы пили слишком много?

24. Бывают ли у вас когда-нибудь мысли о самоубийстве? Были ли у вас галлюцинации после запоя? Были ли у вас беспричинные страхи (например, приводили ли вас в состояние тревоги и страха звонок в дверь или телефонный звонок)?

25. Были ли у вас потери из-за пьянки – потеря работы, развод, отчуждение детей или семьи, задержание за управление машиной в нетрезвом состоянии, потери имущества, деловых контактов, и т.д.?

26. Пренебрегаете ли вы едой, особенно во время и сразу же после запоя? Не перестали ли вы заниматься собой – делать зарядку, принимать душ, обращаться к врачу, если есть проблемы со здоровьем?

27. Выпиваете ли вы меньше, чем вы могли когда-то, и, когда вы пьете, есть ли у вас тенденция напиваться до потери сознания или до такого пресыщения, что вы просто не можете больше?

Запомните количество ответов «да» на вопросы с 1 по 9.

Количество ответов «да» на вопросы с 10 по 18 умножьте на 2.

Количество ответов «да» на вопросы с 19 по 27 умножьте на три.

*Таблица количества очков за ответы «да» на вопросы:*

1 – 9 \_\_\_\_\_

10 – 18 \_\_\_\_\_

19 – 27 \_\_\_\_\_

*Расшифровка результата:*

Ранняя стадия 5 – 8

Средняя стадия:

– начальная средняя 9 – 15

– средняя 6 – 21

– поздняя средняя 22 – 27

Поздняя стадия 28 и больше



## **Оглавление**

1. Понятие зависимого поведения. Признаки зависимого поведения .....	3
2. Виды зависимости.....	6
3. Факторы, детерминирующие зависимое поведение .....	9
4. Динамика и последствия зависимого поведения.....	27
5. Конкретные виды зависимости .....	32
5.1 Химическая зависимость.....	32
5.2. «Процессуальная» зависимость.....	69
5.3. Зависимое расстройство личности.....	86
6. Профилактика и коррекция зависимого поведения .....	88
6.1. Основные виды и методы профилактики зависимости.....	88
6.2. Психотерапевтические модели коррекции зависимого поведения .....	92
Литература .....	110
Приложения .....	114

Учебное издание

**Мехтиханова** Наталия Николаевна

**Психология  
зависимого поведения**

Редактор, корректор А.А. Антонова  
Компьютерная верстка И.Н. Ивановой

Подписано в печать 28.10.2005 г. Формат 60×84/16.  
Бумага тип. Усл. печ. л. 7,21. Уч.-изд. л. 5,8  
Тираж 100 экз. Заказ .

Оригинал-макет подготовлен  
редакционно-издательским отделом ЯрГУ.

Ярославский государственный университет  
150 000 Ярославль, ул. Советская, 14

Отпечатано  
ООО «Ремдер» ЛР ИД № 06151 от 26.10.2001  
г. Ярославль, пр. Октября, 94, оф. 37. Тел. (0852) 73-35-03

**Для заметок**

**Для заметок**