

Н. А. СИРОТА, В. М. ЯЛТОНСКИЙ

# **ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА**

*Рекомендовано  
Советом по психологии УМО по классическому  
университетскому образованию в качестве учебного пособия  
для студентов высших учебных заведений, обучающихся  
по направлению и специальностям психологии*

УДК 616-084 (075.8)  
ББК 51.1(2)2я73  
С404

**Рецензенты:**

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой  
нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова  
*А. Ш. Тхостов;*

доктор психологических наук, руководитель лаборатории детской  
психологии Всероссийского государственного научного центра социальной  
и судебной психиатрии им. В. П. Сербского *Е. Г. Дозорцева*

**Сирота Н. А., Ялтонский В. М.**

**С404** Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие  
для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр  
«Академия», 2003. — 176 с.

ISBN 5-7695-1320-9

В учебном пособии изложены теоретические основы возникновения и развития алкоголизма и наркомании, а также профилактики этих заболеваний; особое внимание при этом уделено практической работе, представлены специальные программы профилактики, способы снижения вреда от употребления психоактивных веществ, основы психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, наркотиков и т. п.

Учебное пособие может быть использовано также врачами общей лечебной сети, которые занимаются профилактикой неинфекционной патологии, врачами-наркологами и психотерапевтами в процессе лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ.

УДК 616-084 (075.8)  
ББК 51.1(2)2я73

ISBN 5-7695-1320-9

© Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 2003  
© Издательский центр «Академия», 2003

## ВВЕДЕНИЕ<sup>1</sup>

Молодое поколение России переживает кризисную социально-психологическую ситуацию. Разрушены прежние, устаревшие, стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых форм психологической и социальной адаптации происходит хаотично, бессистемно и лавинообразно. Молодежь утрачивает ощущение смысла происходящего и не имеет требуемых жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый стиль жизни.

Современная социальная ситуация неизбежно привела молодое поколение к необходимости принять на себя ответственность за свое будущее. В то же время совершенно очевидно, что очень многие наши соотечественники, находясь под воздействием интенсивных и непрерывно возрастающих стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и вследствие этого психоэмоционального напряжения возникают различные формы саморазрушающего поведения, в первую очередь употребление наркотиков, алкоголя, а также других видов психоактивных веществ.

Отсутствие специальных знаний и навыков здорового образа жизни, а также современных социально адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения — родителей, педагогов — не позволяет им оказывать результативное воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку. Она оказывается одинокой и психологически беспомощной, ее связи со старшим поколением утрачены. Профессионалы, ра-

---

<sup>1</sup> Исследования авторов, лежащие в основе данного учебного пособия, проводились при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) — проект № 02-06-80114.

ботающие с детьми и подростками, должны найти совершенно новые подходы к взаимодействию со своими подопечными. Чтобы обучить молодых людей новым формам поведения, воспитать стрессоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, нужно самому обладать всеми этими качествами и демонстрировать их в процессе профессионального взаимодействия с молодежью, знать способы эффективного преодоления жизненных проблем и развивать стереотипы здорового поведения.

Учебное пособие поможет студентам ориентироваться в вопросах профилактики зависимости от психоактивных веществ, а также сформировать собственный стиль здорового поведения.

## ГЛАВА 1

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА

Профилактика наркомании и алкоголизма развивается на основе интеграции ряда теоретических подходов.

Следует четко определить, что употребление психоактивных веществ — это проблема, связанная с особенностями индивида, окружающей его среды и с характером взаимодействия между ними. Обследования, проводящиеся в различных регионах мира, показывают, что многие подростки и молодые люди подвержены риску формирования у них наркотической и алкогольной зависимости, глубоким личностным и психосоциальным расстройствам, таким, как ювенильная депрессия, суицидальное девиантное и делинквентное поведение, алкоголизм и наркомания. Поэтому, определяя причины употребления психоактивных веществ подростками и молодежью, мы прежде всего имеем в виду специфический феномен, представляющий собой совокупность самых разных проблем, таких, как семейное неблагополучие, а также нарушения коммуникации в семье и в среде сверстников, уходы из дома, плохая успеваемость и прогулы, ранняя беременность и др. Как правило, психоактивные вещества употребляют подростки с различными нарушениями психики и поведения или с физическими недостатками [Личко А. Е., Битенский В. С., 1991]. Исходя из этого, очевидна необходимость комплекса превентивных мер с целью предотвращения негативных исходов и усиления позитивных результатов развития человека.

Формирование зависимости от наркотиков и алкоголя, как и других психосоциальных расстройств, связано с факторами риска и устойчивости, которые включают индивидуальные, генетические, личностные и средовые влияния, а также индивидуальные варианты взаимодействия между ними. Поэтому превентивные и лечебные воздействия, основанные на одновременном ослаблении риска развития зависимости от наркотиков и алкоголя и увеличении потенциала устойчивости в определенных условиях среды, намного эффективнее, чем превентивные воздействия, основанные только на уменьшении факторов риска.

## 1.1. Факторы риска возникновения и развития наркомании и алкоголизма

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков или алкоголя, называются **факторами риска** употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем психоактивных веществ, называются **факторами защиты** (протективными факторами) от риска употребления психоактивных веществ. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп или для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактивного вещества. Так, факторами риска употребления психоактивных веществ могут быть:

- проблемы, связанные с физическим или психическим здоровьем;

- употребление родителями психоактивных веществ;

- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;

- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий уровень интеллекта, неприятие социальных норм, ценностей и т.д.);

- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;

- проблемы межличностного общения в семье, в школе, в среде сверстников;

- регулярное общение со сверстниками, употребляющими психоактивные вещества, отсутствие устойчивости к их негативному влиянию;

- невысокое качество медицинской помощи;

- недоступность служб социальной помощи;

- высокий уровень преступности в регионе.

Факторами защиты от риска употребления психоактивных веществ, или протективными факторами, могут быть:

- стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, доверительные отношения в семье;

- средний и высокий уровень дохода в семье, обеспеченность жильем;

- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устойчивость к негативному влиянию сверстников, умение контролировать свое поведение;

- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;

- соблюдение общественных норм в употреблении психоактивных веществ;

- высокое качество медицинской помощи;
- низкий уровень преступности в регионе;
- доступность служб социальной помощи.

Обычно человек начинает употреблять психоактивные вещества под воздействием не только одного фактора. В течение жизни на индивида воздействует совокупность факторов риска и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием аддикции, т. е. поведения, ведущего к формированию зависимости от психоактивных веществ.

Исследованиям факторов риска употребления психоактивных веществ посвящен ряд отечественных и зарубежных исследований. Н. А. Сиротой [1990] разработана классификация факторов риска возникновения и развития наркомании в подростковом возрасте.

1. *Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности:*

- патологически протекавшая беременность у матери;
- хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;
- хронические и острые тяжелые психические травмы в период беременности;
- патологически протекавшие роды;
- задержки нервно-психического развития в раннем возрасте;
- нервно-психические отклонения в раннем детстве.

2. *Факторы наследственной отягощенности:*

- психические заболевания;
- алкоголизм;
- наркомания.

3. *Факторы нарушенного онтогенеза:*

- черепно-мозговые травмы;
- психотравмы;
- тяжелые соматические заболевания.

4. *Различные нарушения отношений в семье и семейного воспитания:*

- неполные, распавшиеся семьи;
- отсутствие семьи;
- деструктивные семьи;
- воспитание по типу явной или скрытой гипопротекции (в том числе в семьях, где родители и старшие дети злоупотребляют алкоголем и наркотиками);
- психопатологические личностные или акцентуированные характерологические особенности родителей.

5. *Нарушения психосоциальной адаптации в процессе развития подростка:*

- формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарастающая неудовлетворенность в отношениях с родителями;

– избегающий, поверхностный, формальный стиль общения в семье;

– формальное отношение к внутрисемейным проблемам, игнорирование их;

– снижение успеваемости;

– нарушения школьной дисциплины;

– неполноценность коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение);

– конфликтность в отношениях со сверстниками — представителями формально детерминированного коллектива или избегание общения с ними;

– конфликтность в отношениях с учителями и администрацией школ;

– нарушение принципа социальной обусловленности коммуникативных связей, построение общения со сверстниками преимущественно по «территориальному» принципу;

– уменьшение интенсивности и неустойчивость общения со сверстниками противоположного пола, выраженные проблемы общения с ними;

– отсутствие устойчивых увлечений;

– склонность к асоциальным формам поведения.

#### *6. Психологические факторы:*

– зависимость особенностей личностного реагирования, социальной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции от влияния референтной группы сверстников;

– тенденция к реализации эмоционального напряжения в непосредственное поведение, минуя процесс когнитивного осознания и принятия решения;

– игнорирование системы социальных установок и ролей;

– нарушения в сфере социальной перцепции (не соответствующая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированные в соответствии с возрастом самооценка и прогноз оценки своего поведения в глазах окружающих);

– несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружающими;

– отсутствие стремления к конструктивному разрешению проблемных и конфликтных ситуаций;

– отсутствие сформированного представления о жизненных целях;

– отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и как следствие отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;

– неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в поведении «призыв о помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

## 1.2. Концепции риска приобщения к употреблению алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ

Отсутствие оптимальной концепции риска приобщения к употреблению алкоголя, наркотиков или других психоактивных веществ осознается как отечественными, так и зарубежными исследователями. Скорее всего, такой концепции и не может быть, так как постоянно изменяется окружающая среда и характер ее воздействия на людей. Существует ряд концептуальных моделей, являющихся наиболее универсальными, но и они развиваются и совершенствуются в процессе изменений, происходящих в мире, и в соответствии с развитием мировой психологии [Сирота Н. А., Ялтонский В. М. и др., 2001]. Рассмотрим эти модели.

**1. Трансакционная модель.** Поведение человека определяется характеристиками индивида и среды, в которой он функционирует. Результатом взаимодействия индивида и среды является развитие индивидуальных характеристик человека. На личностное жизненное пространство, психологический и поведенческий статус влияют контекстуальные факторы среды, которые в свою очередь подвластны влиянию индивида. Результаты взаимодействия между личностью и средой описываются в терминах «транзакций». Согласно транзакционной модели возможность предвидеть результаты поведения человека зависит от идентификации, анализа и понимания таких транзакций. Риск наркотизации может быть вызван тремя причинами: а) характеристиками индивида, имеющего те или иные предрасположенности; б) характеристиками среды, воздействующей на индивида; в) специфическими комбинациями индивидуальных и средовых характеристик. Эти причины в совокупности ведут к последовательности событий, вызывающих функциональное или дисфункциональное поведение. Такие последствия называются *«этиологическими» изменениями*, определяющими эмоциональные и поведенческие исходы, которые можно предотвратить с помощью превентивных мер. Развитие ребенка рассматривается как продукт динамических интерактивных состояний и опыта, который он получает в процессе функционирования в семейной и социальной среде. Наиболее важным положением этой модели является то, что индивид и среда не рассматриваются в отрыве друг от друга. Они — взаимозависимые элементы одной системы, а поведение человека строго обусловлено накопленным опытом.

**2. Модель антисоциального поведения** основывается на транзакционной модели и исходит из того, что в процессе развития ребенка существуют периоды несогласованной активности. Взрослые, неумеренно стремясь дисциплинировать детей, создают контекст, в котором ребенок усиленно обучается принудительному поведению. Родители, постоянно следящие за детьми и контроли-

рующие их действия, требуют выполнения строгих дисциплинарных установок; этим они снижают позитивные усилия ребенка и уменьшают для себя вероятность вовлеченности в общение с ним. В ответ на действия родителей у ребенка развивается неуступчивое поведение, выражающееся в плаче, криках, стремлении перераздразнить воспитателей, в разнообразных видах протестного поведения. Это вызывает у родителей негативный ответ, усиливающий в свою очередь протест ребенка. Таким образом, между родителями и ребенком устанавливается взаимодействие на основе насилия и агрессии (скрытых или открытых). Если часто и интенсивно проявляющееся протестное поведение ребенка сопровождается чрезмерным нормативным давлением родителей, он обучается ригидным поведенческим стереотипам, которые будет использовать и в дальнейшей жизни, при общении со сверстниками, в школе. Одновременно тормозится обучение ребенка лабильным, более подвижным и чувствительным, адаптивным стратегиям. Когда протестное, неуступчивое, ригидное поведение используется ребенком при общении со сверстниками и учителями в школе, неизбежны агрессивный ответ или избегание общения. В результате снижается самооценка, успеваемость, формируются негативные трансакции, что ведет к употреблению алкоголя, наркотиков и другим формам саморазрушающего и антисоциального поведения.

**3. Модель поведения риска** основана на психосоциальных концепциях риска и проблемного поведения. Факторы риска возникновения и развития психосоциальных расстройств, алкоголизма и наркомании рассматриваются с точки зрения двух доминант — социальной среды и поведения. При этом среда является носителем такого доминирующего фактора, как стресс, а само поведение индивида в ситуациях стресса — возможным фактором риска. Эта концепция привлекает внимание к потенциальным исходам и последствиям, позволяя рассматривать поведение того или иного индивида как неоднозначное и усматривать в нем не только негативные, но и позитивные для личности факторы. Например, употребление наркотиков подростками, несомненно имеющее негативные исходы, может преследовать позитивные цели, такие, как интеграция в социальную среду сверстников, повышение самооценки, снятие эмоционального напряжения и т.д. Поэтому при разработке превентивных программ важно понимать, что ассоциальное поведение просто устранить невозможно — необходимо предложить удовлетворяющую альтернативу. В связи с этим основной целью превенции должно быть именно построение поведения.

Курение, алкоголизм, употребление наркотиков, ранняя сексуальная активность, как сказано выше, могут быть инструментальными налаживания связей со сверстниками, своеобразной социализации, установления автономности от родителей, отвержения авторитетов, норм, ценностей, попыткой утверждения собствен-

ной зрелости, выхода из детства, приобретения более взрослого статуса. Это характеристики обычного психосоциального развития, при котором поведение риска приобретает функции рычага необходимых и естественных изменений.

Модель поведения риска связана с личностным развитием, психосоциальной адаптацией в подростковом возрасте и свидетельствует о том, что определенные формы поведения могут подвергать опасности нормальное развитие. Однако изменить следует лишь форму поведения, оставив прежними цели развития. В результате успешный компромисс между психосоциальными и личностными сторонами развития подростка может быть найден. Модель подросткового поведения риска включает в себя такие параметры, как социальная среда, восприятие среды; личность, поведение; биологические и генетические параметры, которые подразделяются на риск-факторы и факторы протективные, препятствующие поведению риска; учитываются также формы и исходы поведения. Эта модель отражает общие уровни в структуре организации различных форм поведения подростков и связана с концепцией жизненного стиля.

**4. Модель ситуации риска наркотизации подростков.** Выделяются пять доминирующих сфер, в которых может разворачиваться ситуация риска наркотизации для подростка.

1. *Личностные факторы.* Изучение связи между личностными факторами и употреблением наркотиков производилось путем сравнения целого ряда личностных параметров у потребителей психоактивных веществ и подростков, их не употребляющих. В результате было выделено несколько наиболее значимых факторов: самооценка, психологическая склонность к поиску ощущений, импульсивность, склонность к протестному поведению, конформность, депрессия, тревога, слабый контроль эмоций, неустойчивость границ в межличностном общении (например, агрессия).

2. *Процессы, происходящие в семье.* В данном контексте наиболее значимыми являются: стиль родительского поведения (что разрешается, что не позволено и когда; какая система наказаний используется; техники контроля и родительского мониторинга; семейная коммуникация, взаимодействие между родителями; особенности поведения родителей в целом).

3. *Социальное влияние сверстников.* Исследуются влияния сверстников на решения и выбор поведения подростка: оказывают ли сверстники социальную поддержку или подавляют личность; употребляют ли они наркотики и алкоголь и как подросток к этому относится; какими ролевыми моделями являются сверстники для подростка.

4. *Социальные и личностные навыки самоуправления.* Определяются навыки саморегуляции и отказа от предложения употребить психоактивные вещества. Эти умения базируются на жизненных

навыках и ресурсах личности подростка (навыки постановки целей, принятия решения, групповой дискуссии, персональной и социальной компетентности, разрешения проблем).

5. *Ожидания, связанные с алкоголем и наркотиками.* Выявляются убеждения, касающиеся психоактивных веществ, их действия, исходов их употребления; когнитивные мотивации, связанные с проблемой, употреблять их или нет, когда, сколько раз, при каких обстоятельствах или не употреблять никогда и т. д. В контексте данных исследований наиболее интересна концепция «когнитивных медиаторов», выдвинутая Л. Шеером и Ж. Ботвиным [Scheier L., Botvin G.J., 1999]. Авторы считают, что на пути социальных влияний, которые могут оказывать окружающие (родители, учителя, сверстники), встают так называемые «когнитивные медиаторы» — убеждения, суждения, полученные из опыта самого подростка; привнесенные и усиленные убеждения семьи, являющиеся эффектом рекламы, и т. д. Таким образом «когнитивные медиаторы» могут играть как роль факторов риска, так и роль протективных факторов в зависимости от их качества и содержания. Важно то, что процесс социальных влияний управляем, что позволяет оптимистически относиться к грамотно построенным превентивным программам.

### 1.3. Этиологические концепции аддикции

*Аддикция* — это поведение, при котором индивид утрачивает контроль над потреблением алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, в результате чего возникают тяжелые последствия (нарушения функций головного мозга и всего организма в целом, психических процессов, психологической и социальной адаптации и др.).

В типичных случаях аддикция начинается с приобщения к потреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ как поиску ощущений, с помощью которых надеется избавиться от осознаваемого или неосознаваемого стресса, расширить диапазон имеющегося опыта под влиянием социальных обстоятельств, не осознавая последствий своего поведения, давления сверстников и т. д. После определенного числа употреблений психоактивного вещества формируется аддикция.

Существует множество этиологических моделей аддикции. Некоторые из них основываются на поведенческих и социальных теориях, другие — на биологических теориях и концепциях.

Рассмотрим основные модели аддикции.

Первая из них раскрывает **биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости**. Влияние наркотиков, алкоголя, других психоактивных веществ на организм человека, его жизнедеятельность и функции, проявляется в трех направлениях [Анохина И.П., 2002].

1. Психоактивные вещества специфически влияют на определенные системы и структуры мозга, вызывая развитие синдрома зависимости, который является ведущим в клинической картине наркологических заболеваний.

2. Наркотики и алкоголь обладают токсическим воздействием практически на все внутренние органы и системы организма.

3. Влияние наркологической патологии родителей на потомство. Многочисленными медико-генетическими исследованиями доказано, что у детей, родившихся от больных алкоголизмом и наркоманией, существенно повышен риск развития этих заболеваний. Потребление алкоголя матерью в период беременности приводит к развитию алкогольного синдрома плода, а использование ею наркотиков может стать причиной рождения ребенка со сформировавшейся наркотической зависимостью.

Нейрофизиологические механизмы развития зависимости от алкоголя и наркотиков сосредоточены в стволовых и лимбических структурах мозга, в тех областях, где располагается так называемая система подкрепления, участвующая в обеспечении регуляции эмоциональных состояний, настроения, мотивационной сферы, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде. Психоактивные вещества, с одной стороны, обладают наркогенным потенциалом, т.е. способны привести к развитию зависимости, с другой — воздействуют химическим путем на систему подкрепления, активизируя ее и влияя на метаболизм нейромедиаторов.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что именно влияние психоактивных веществ на нейрохимические процессы, происходящие в мозге, является основой развития синдрома зависимости. Изучение механизмов действия психоактивных веществ показало, что каждый из них имеет свой фармакологический спектр действия. Однако у всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, имеется и общее звено фармакологического действия — это характерное влияние на катехоламиную нейромедиацию в лимбических структурах мозга, в частности в «системе подкрепления».

Воздействие психоактивных веществ приводит к интенсивному выбросу из клеточных депо в этих отделах мозга нейромедиаторов из группы катехоламинов (в первую очередь дофамина), а следовательно, и к более сильному возбуждению системы подкрепления. Такое возбуждение нередко сопровождается положительно окрашенными эмоциональными переживаниями. Свободные катехоламины подвергаются действию ферментов метаболизма и быстро разрушаются. Часть свободного медиатора при помощи механизма обратного захвата возвращается в депо. Повторные приемы психоактивного вещества приводят к истощению запасов нейромедиаторов, что проявляется в недостаточно выраженном

возбуждении системы подкрепления при поступлении «нормального» импульса. Это выражается в падении настроения, ощущении вялости, слабости, переживании скуки, эмоционального дискомфорта, депрессивных симптомах. Прием психоактивных веществ на таком фоне вновь вызывает дополнительное высвобождение нейромедиаторов из депо, что временно компенсирует их дефицит и нормализует деятельность лимбических структур мозга. Этот процесс сопровождается субъективным ощущением улучшения состояния, эмоциональным и психическим возбуждением. Однако свободные катехоламины вновь быстро разрушаются, что приводит к дальнейшему падению уровня их содержания и, как следствие — к ухудшению психоэмоционального состояния; соответственно возникает стремление вновь использовать наркотик.

Этот порочный круг лежит в основе формирования психической зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Описанные механизмы являются ведущими, однако они сопровождаются и многими другими нарушениями нейрохимических процессов, функций мозга и поведения в целом.

При длительном употреблении алкоголя и наркотиков может развиваться дефицит нейромедиаторов, что представляет угрозу для жизнедеятельности организма. В качестве механизмов компенсации этого явления выступают усиленный синтез катехоламинов и подавление активности ферментов, необходимых для их метаболизма, в первую очередь моноаминоксидазы и дофамин-бета-гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина в норадреналин. Таким образом, стимулируемый очередным приемом психоактивного вещества выброс катехоламинов и их ускоренное, избыточное разрушение сочетаются с компенсаторно-усиленным синтезом этих нейромедиаторов. Происходит формирование ускоренного кругооборота катехоламинов. Теперь при прекращении приема наркотика, т. е. в период абстиненции, усиленного высвобождения катехоламинов из клеточного депо не происходит, но их синтез ускорен. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в головном мозге) накапливается дофамин. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков синдрома, развивающегося при отмене наркотика или алкоголя.

Психологической концептуальной моделью формирования хронической алкогольной зависимости явилась **психологическая модель формирования патологической потребности в алкоголе** [Братусь Б. С., 1974] — первая у нас в стране.

Тщательный анализ историй болезни обширного контингента больных алкоголизмом, проведенный Б. С. Братусем, показал, что истинная коммуникабельность больного снижается, круг его друзей сужается; отмечается также снижение уровня личностной кри-

тичности, которое тесно связано с мотивационной сферой. Поэтому большой алкоголизмом становится некритичным к своему состоянию не только вследствие интеллектуального снижения, но и в связи с глубокими изменениями иерархии его мотивов. Особую ценность и личностную значимость для него приобретает все, что ведет к удовлетворению возрастающей потребности в алкоголе.

По мнению Б. С. Братуся, при систематическом злоупотреблении алкоголем изменения в эмоционально-волевой сфере, потребностях и мотивах происходят до появления признаков биологической зависимости организма, а не наоборот.

В своих исследованиях Б. С. Братусь рассматривает два аспекта особенностей личности больных алкоголизмом. Один из них касается механизмов формирования новой (патологической) потребности, другой — нарушения иерархии мотивов. При так называемом бытовом пьянстве алкоголь выступает лишь как часть деятельности, носящей очень определенный и традиционный характер (например, какое-либо торжество). Так, социальным мотивом, побуждающим к употреблению алкоголя, является желание человека не просто употребить алкоголь, а отметить праздник. Однако когда злоупотребление начинает принимать угрожающие размеры, то происходит фиксация на результате принятия алкоголя — его эйфоризирующем эффекте, который становится более значимым, чем желание следовать традиции. Человека начинают привлекать не сами события, а возможность выпить под их предлогом. Алкоголь приобретает все больший вес в иерархии мотивов больного, со временем становясь смыслом его жизни. Таким образом, очевидно формирование психологической, а затем и психической зависимости от алкоголя. В основе болезненного пристрастия к алкоголю лежит искусственно сформированная мотивация. Плохое самочувствие больных после каждого алкогольного эксцесса подтверждает, что жить без алкоголя они не могут. Тем самым формируется компульсивная, или физическая, зависимость от алкоголя. В развитой стадии болезни доминирование патологически измененных мотивов становится основой алкогольной дегенерации личности.

Основным психологическим механизмом формирования патологической потребности в алкоголе служит процесс «сдвига мотива на цель», вследствие которого алкоголизация становится ведущим мотивом деятельности, а сама деятельность превращается лишь в совокупность способов для удовлетворения потребности в алкоголе. У больных алкоголизмом изменяется не только содержание потребностей и мотивов, но и их структура: они становятся все менее опосредованными.

Другой психологической моделью аддикции явилась модель В. М. Ялтонского [1995]. Было доказано, что у подростков с аддик-

тивным поведением преобладают преморбидные (предшествующие развитию болезни) эпилептоидные, лабильные, неустойчивые и истероидные типы акцентуаций характера, отмечается высокая психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации, а также изменения характера по органическому типу и отчетливые признаки социальной дезадаптации.

Патохарактерологическими особенностями подростков, больных наркоманией, являются: наложение черт эпилептоидного типа на другие преморбидные типы акцентуаций характера; психологическая склонность к делинквентности; признаки органической природы изменений характера; выраженная социальная дезадаптация; снижение психологической склонности к алкоголизации за счет предпочтительного выбора наркотика; высокий риск формирования психопатии.

Наркотизация подростков приводит к напряжению в системе интерперсональных отношений и к ее деформации. Наиболее нарушенной и отражающей внутренние конфликты подростков, углубляющиеся в процессе наркотизации, является сфера Я, в которой реализуется негативный опыт искажения коммуникативных процессов. Глубоко нарушается интерперсональное общение и в сферах отношения к отцу, матери, семье, ко всем людям в целом.

Уровень конфликтности у употребляющих наркотики подростков повышается; имеется тенденция к его количественному и качественному росту с распространением на все сферы отношений у больных наркоманией. Подростки с аддиктивным поведением не полностью осознают внутренние конфликты и пытаются их скрыть. У больных же наркоманией подростков обнаруживается тенденция к осознанию негативного опыта наркотизации и психосоциальной адаптации.

У употребляющих наркотики подростков обнаруживается тенденция к сокращению дистанции межличностного общения с наиболее значимыми для них представителями микросоциальной среды. В процессе формирования наркомании и нарастания социально-психологической дезадаптации подростков укорачивание дистанции распространяется на общение с большинством коммуникантов.

Сокращение дистанции межличностного общения с микросоциальным окружением и выраженные конфликтные отношения с ним у больных наркоманией подростков свидетельствует о расхождении между осознаваемой и неосознаваемой составляющими их коммуникативного поведения, возникающего под влиянием наркотизации еще на этапе аддиктивного поведения и наиболее выраженного на этапе сформированной наркомании.

Самооценка подростков с аддиктивным поведением отражает дезадаптивный уровень интерперсональных отношений в нефор-

мальном и формальном микросоциальном окружении, меньшую уверенность в себе, большую уступчивость, подчиняемость, более слабое стремление к независимости и самостоятельности, чем у подростков, не употребляющих психоактивные вещества и успешно социально адаптирующихся. Структурные компоненты самооценки (*Я-реальное*, *Я-идеальное* и *Я-прогностическое*) совпадают, что свидетельствует об отсутствии стремления к самоусовершенствованию. Реальный и идеальный образы коммуникантов тоже совпадают, отражая ригидность ролевых позиций личности, незрелость и недифференцированность самооценки, нарушение механизмов социальной перцепции.

Самооценка подростков, больных наркоманией, показывает выраженный дезадаптивный уровень интерперсональных отношений, низкую уверенность в себе, выраженный скептицизм. Реальный, идеальный и прогностический образ *Я* находятся в определенном противоречии, что связано не только с отставанием когнитивного развития, но и с негативным опытом деятельности в условиях наркотизации.

**Модель копинг-поведения** [Сирота Н. А., 1994; Ялтонский В. М., 1995]. Для объяснения процессов адаптации при формировании наркологических заболеваний в этой модели используется транзакционная когнитивная теория стресса и копинга Р. Лазаруса. В ее контексте понятие «копинг», или «преодоление стресса, совладание с ним», рассматривается как деятельность личности по поддержанию и сохранению баланса между требованиями среды и своими ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям; как постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки управлять специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерно напрягающие или превышающие ресурсы личности. Поведение, имеющее целью устранить влияние стрессора или изменить его интенсивность, рассматривается как *активное копинг-поведение*. Интрапсихические формы преодоления стресса, являющиеся защитными механизмами и предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, представляют *пассивное копинг-поведение*. Копинг-поведение регулируется посредством реализации копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. *Копинг-стратегии* рассматриваются как актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессором. Характеристики личности и социальной среды, облегчающие или делающие возможной успешную адаптацию к жизненным стрессам, именуется *копинг-ресурсами* [Lazarus R. S., 1980].

Социальная поддержка как потенциально необходимый ресурс, обеспечиваемый членами семьи, друзьями и «значимыми другими» в процессе совладания со стрессом, и социальные сети в це-

лом являются важными средовыми (социальными) копинг-ресурсами. В свою очередь Я-концепция, эмпатия, субъективное восприятие социальной поддержки, локус контроля и другие психологические конструкты относятся к личностным копинг-ресурсам.

Выделяются две функции копинга: 1) сфокусированная на проблеме, т.е. направленная на разрушение стрессовой связи личности и среды, и 2) сфокусированная на эмоциях, т.е. направленная на управление эмоциональным дистрессом. Обе эти функции используются фактически при любой необходимости совладания со стрессовой ситуацией. Следует подчеркнуть неадекватность упрощенного понимания копинга только как психологической защиты или только как механизма, направленного на разрешение проблемы поведения. Стресс может преодолеваться когнитивно (интеллектуально), эмоционально или поведенчески, но обычно существуют многочисленные и неповторимые комбинации всех этих компонентов. Поэтому при оценке копинга должны определяться все его функции. Пропорциональное представительство каждой из них меняется в зависимости от того, как стрессовые ситуации оцениваются переживающей их личностью.

Исходя из теории копинг-поведения, можно предположить, что употребление психоактивных веществ более вероятно, когда уровень жизненного стресса высок и копинг-ресурсы истощены. Хотя оно может обеспечить временное облегчение в ситуации стресса, опора на наркотик как копинг-механизм препятствует развитию альтернативных копинг-механизмов, приводит к интерперсональным конфликтам и социальным, в том числе юридическим, проблемам и, в конце концов — к ухудшению здоровья. Изменению поведения, связанного с наркотизацией, и уменьшению вреда от употребления наркотиков способствует когнитивный копинг, увеличивающий осведомленность индивида о негативных аспектах проблемы и направленный на выработку решения с целью их минимизации, концентрирующий волевые усилия для оказания сопротивления приему наркотиков. Аналогичное действие оказывают поведенческие копинг-стратегии, позволяющие избегать контактов с наркотизирующимися лицами, оказывать достойное сопротивление социальному давлению в отношении употребления наркотиков. Напротив, такие действия, как поиск наркотизирующихся лиц для реализации поведенческой стратегии «поиска удовольствия», а также нахождение социальной поддержки у партнеров по наркотизации и различные пассивные копинг-ответы способствуют усилению наркотизации. Социальная поддержка со стороны лиц, не употребляющих наркотики, способствует прекращению наркотизации.

Модель копинг-поведения послужила основой для разработки трех моделей копинг-поведения здоровых людей и больных нар-

команией и алкоголизмом [Сирота Н.А., 1994; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994].

**1. Модель адаптивного функционального копинг-поведения** создана по результатам обследования здоровых, хорошо социально адаптированных подростков и взрослых. Установлено, что исходом данного поведения являются социальная интеграция и конструктивная адаптация, которые могут быть достигнуты путем формирования активных функциональных копинг-стратегий (базисные стратегии разрешения проблем и поиска социальной поддержки) с помощью целенаправленного превентивного обучения и использования личностных и средовых копинг-ресурсов, т.е. психологических факторов резистентности к стрессу, определяющих способность сохранить здоровье. При этом каждый из структурных элементов копинг-поведения — как блока копинг-стратегий, так и блока копинг-ресурсов — может служить мишенью превентивного воздействия.

Адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие характеристики:

— сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки;

— достаточное развитие сбалансированных компонентов копинг-поведения (когнитивного, эмоционального и поведенческого) и когнитивно-оценочных механизмов;

— преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса;

— наличие определенных личностно-средовых копинг-ресурсов, обеспечивающих позитивный психологический фон для преодоления стресса и способствующих развитию копинг-стратегий (позитивная Я-концепция, развитость восприятия социальной поддержки, интернального локуса контроля над средой, эмпатии и аффилиации, наличие эффективной социальной поддержки со стороны среды и т.д.);

Данная модель копинг-поведения характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечиваемого развитостью базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки и личностного копинг-ресурса ее восприятия; самостоятельным активным выбором ее источника; определением вида и дозированием объема поддержки; успешным прогнозированием ее возможностей. Перечисленные выше характеристики копинг-поведения фактически являются психологическими факторами стрессорезистентности, и их преобладание в структуре копинг-поведения в конечном счете определяет его исход в социальную интеграцию и конструктивную адаптацию.

**2. Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения**, разработанная на основании результатов исследования лиц с аддиктивным поведением, предполагает развитие двух полярных (позитивного и негативного) вариантов исхода аддиктивного поведения, определяемых разной эффективностью функционирования сопряженных блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Псевдоадаптивное копинг-поведение включает в себя следующие характеристики:

— сочетанное использование как пассивных, так и активных копинг-стратегий при снижении удельного веса стратегии разрешения проблем; несбалансированное функционирование когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих копинг-поведения; повышенный удельный вес в структуре копинг-поведения специфических копинг-стратегий, свойственных более молодому возрасту (детских и подростковых); дефицит навыков активного использования стратегии разрешения проблем и замена ее на копинг-стратегию избегания с использованием психофармакологического механизма ее реализации;

— неустойчивость, флюктуация мотивации — то на достижение успеха, то на избегание неудачи; преимущественная ориентация копинг-поведения не на стрессор, а на редукцию психоэмоционального напряжения; подчиненность среде и псевдокомпенсаторный характер поведенческой активности;

— низкая эффективность блока как личностно-средовых копинг-ресурсов в целом, так и отдельных компонентов его структуры: неустойчивая, негативная, искаженная Я-концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки и неравномерность распределения его по сферам; неоднозначная по интенсивности и получаемая прежде всего от неадекватных социальных сетей — в том числе от лиц, принимающих наркотики — социальная поддержка; неустойчивый, более низкий, по сравнению со здоровыми, уровень интернального локуса контроля над средой в отдельных сферах деятельности; относительно развитые эмпатия и аффилиация; отсутствие расхождения между реальными и идеальными компонентами самооценки.

Разрешение жизненных проблем (одиночество, нарушения коммуникации, плохое самочувствие и т.д.) лицами с аддиктивным поведением часто ассоциируется с разрешением проблемы доступности наркотизации, а сам наркотик воспринимается ими как средство преодоления проблем. Социально-поддерживающий процесс в рамках данной модели также псевдоадаптивен. Лица с аддиктивным поведением пытаются преодолеть стресс в надежде на поддержку окружающей социальной среды (семья, друзья, школа), а взамен получают эрзац поддержки, оказываемой наркотизирующейся группой. При условии развитой базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки, субъектив-

ное ее восприятие направлено преимущественно на наркофильную социальную сеть, а не на просоциальное поддерживающее окружение.

Исследование показало, что в структуре псевдоадаптивного поведения лиц с аддиктивным поведением присутствуют как факторы, способствующие его развитию, так и факторы его редукции. К факторам редукции аддиктивного поведения, препятствующим его переходу в наркоманию, относятся: направленность восприятия социальной поддержки не только в сторону наркотизирующей группы, но и на просоциальные, поддерживающие сети; наличие реальной социальной поддержки со стороны семьи, друзей, значимых других, развитые эмпатия и аффилиация.

На развитие аддикции и, как следствие, наркомании влияют такие факторы, как регулярное использование копинг-стратегии избегания (психофармакологический путь редукции эмоционального напряжения и интенсивное использование механизмов психологической защиты); низкая эффективность копинг-стратегии поиска социальной поддержки, снижение уровня ее восприятия и направленность в сторону лиц, употребляющих наркотики; отсутствие сформированных навыков разрешения проблем; наличие искаженной, деформированной Я-концепции; отсутствие расхождения между реальным и идеальным компонентами самооценки; неустойчивый уровень субъективного контроля над средой.

Преобладание психологических факторов сопротивляемости (резистентности) стрессу, способствующих ослаблению аддикции, формирует позитивный вариант исхода копинг-поведения, определяет переходящий характер, аддикции. Факторы самопроизвольного прекращения употребления наркотиков на донологическом этапе общеизвестны, однако стихийный, неконтролируемый процесс транзитной аддикции может стать управляемым на основе использования модели адаптивного копинг-поведения, что позволит прекратить наркотизацию значительно большему количеству людей.

Негативный вариант исхода аддиктивного копинг-поведения развивается в случае явного преобладания психологических факторов риска над факторами резистентности к стрессу. Он представляет собой формирование биопсихосоциальной наркотической зависимости, переход донологического этапа наркотизации в нозологический — наркоманию, приводит к социальной дезинтеграции, изоляции, дезадаптации индивида.

**3. Модель дисфункционального дезадаптивного копинг-поведения**, разработанная на основе результатов исследования копинг-поведения больных наркоманией подростков и взрослых, предполагает его исход в виде дезадаптации и социальной изоляции в результате неэффективного функционирования блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов.

Для дисфункционального, дезадаптивного копинг-поведения характерно следующее:

- преобладание копинг-стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки; интенсивное использование интрапсихических форм преодоления стресса (защитных механизмов); несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов; неразвитость когнитивно-оценочных копинг-механизмов; дефицит социальных навыков разрешения проблем; интенсивное использование не свойственных возрасту копинг-стратегий (например, детских стратегий подростками или взрослыми);

- преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме и оценка ее как угрожающей; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности; низкий функциональный уровень копинг-поведения;

- отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие на психоэмоциональное напряжение как на следствие негативного воздействия стрессора с целью его редукции; слабая осознаваемость стрессорного воздействия;

- низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов (негативная, слабо сформированная Я-концепция; низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля; отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающей среды и т.д.).

Данные характеристики повышают индивидуальную чувствительность больных наркоманией к стрессу и рассматриваются как психологические факторы риска деструктивного копинг-поведения. Среди выявленных психологических характеристик больных наркоманией практически не обнаружилось таких, которые способствовали бы сохранению психического здоровья (т.е. психологических факторов сопротивляемости стрессу), что, вероятно, во многом предопределяет социальную дезадаптацию этого контингента.

В контексте данной концептуальной модели копинг-поведения зависимость от наркотиков и алкоголя рассматривается как малоадаптивное, паллиативное стресс-совладающее поведение, основой психологических механизмов которого является избегание жизненных проблем, уход от реальности и извращенное патологической мотивацией функционирование активных поведенческих стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки. Патологическая потребность в наркотике определяет дифференцированную активность и одностороннюю направленность когнитивной, эмоциональной и поведенческой сторон проблем-

разрешающей функции психики человека. Она становится тесно связанной с приоритетной проблемой наркотизации (или алкоголизации). В связи с этим всё проблем-преодолевающее поведение переориентируется на поиск и употребление наркотика.

В отношении других жизненных задач разрешающая функция становится все более и более пассивной, что приводит к негативным исходам психологической и социальной адаптации. Формирование зависимости от наркотиков или алкоголя базируется на слабо развитых ресурсах личности и среды, в которой она функционирует. При этом на фоне абстиненции проблем-разрешающая функция становится трудно контролируемой сознанием, кататимно окрашенной и импульсивной, а на фоне опьянения временно теряет свою значимость.

Таким образом, формируется психофармакологический способ иллюзорного разрешения жизненных проблем и преодоления стресса, временно позволяющий снять психоэмоциональное напряжение, но не воздействующий на источник проблемы и фактически являющийся инструментом ухода от социальных отношений, изоляции и саморазрушения. Стиль поведения больных алкоголизмом или наркоманией, основанный на доминировании в поведении стратегии избегания, становится основным в их жизни, служа целям псевдоадаптации и приводя к разрушению мотивирующих и волевых психических компонентов, социальной и психической дезинтеграции. Эффект данного стиля обеспечивается преимущественно за счет амортизирующего антистрессового действия алкоголя или наркотика и механизмов психологической защиты, позволяющих совладать с жизненной реальностью за счет искажения действительности, саморазрушения организма и деструкции психических процессов и социальных связей человека. Происходит деградация поведенческих стратегий и личностно-средовых ресурсов, распад сетей социальной поддержки, подавление стратегий ее поиска и снижение восприятия, уменьшение личностного контроля над собственным поведением и средой, дефицит эмпатии и аффилиации, деградация когнитивной функции.

Предложенные модели не только способствуют углублению представлений о причине возникновения и развития наркомании, но и являются весьма перспективными с практической точки зрения. Обучение навыкам адаптивного копинг-поведения как здоровых лиц, так и лиц с аддиктивным поведением и больных наркоманией и развитие копинг-ресурсов личности человека позволяет предупреждать формирование аддикции и препятствовать развитию заболевания наркоманией и алкоголизмом на любой стадии, не допускать рецидивов. На основании модели копинг-поведения разработаны и продолжают разрабатываться программы первичной, вторичной и третичной профилактики зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ.

#### **1.4. Я-концепция и формирование зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ**

Юность — это не только прекраснейшая пора жизни, но и период соприкосновения с новыми требованиями среды, когда возникает необходимость выработки новых стратегий поведения и реагирования на эти требования, поведенческих форм приспособления. С одной стороны, в юности можно по-новому, более адаптивно научиться взаимодействовать с окружающим миром; с другой — эта возможность обеспечивается очень тонкими психологическими и физиологическими особенностями организма, связанными с эмоциональной и личностной чувствительностью, гормональными бурями, социальными и психологическими изменениями. Юность — это период нарушенного равновесия; однако в это время создается равновесие более высокого уровня, активно формируются новые формы адаптации и развития, а также механизмы преодоления стресса.

Эти механизмы развиваются на базе ресурсов, а также поведенческих стратегий преодоления стресса, который постоянно воздействует на молодого человека, так как социальная среда и его организм предъявляют к нему все новые и новые требования. Таким образом, развитие тех или иных форм поведения, адаптивность или дезадаптивность в социальной среде и в конечном счете подверженность или устойчивость к психосоциальным расстройствам, в том числе и наркомании, зависит от уровня развития личностных ресурсов, поведенческих стратегий и навыков.

Сформированная в детстве Я-концепция в результате быстрых изменений физического и психического состояния должна быть заменена на новую, соответствующую особенностям данного возраста. С точки зрения формирования адаптационных механизмов следует рассматривать Я-концепцию как важнейший личностный ресурс преодоления стресса. Процессы формирования Я-концепции и психологических механизмов адаптации к социальной среде осуществляются параллельно, оказывая выраженное влияние друг на друга. Я-концепция является сложно сконструированным образованием, отражая как возрастные, так и индивидуальные особенности и будучи включенной во множество связей и отношений с другими феноменами развития человека. С точки зрения формирования адаптационных механизмов Я-концепция является важнейшим личностным ресурсом преодоления стресса, связанным с индивидуальными стилями адаптации.

Каковы же особенности ее у молодых людей, употребляющих алкоголь или наркотики, как они себя оценивают? Прежде всего, потребители наркотиков недостаточно осознают свои семейные, социальные и сексуальные проблемы. Употребляющие наркотики испытывают затруднения в преодолении жизненных ситуаций и

игнорируют нормы нравственного поведения. Их активность преимущественно направлена на поиск наркотика и общение с наркотизирующейся группой. Эти люди характеризуют себя как малоактивных в семье и в учебном заведении, не испытывают ощущения социальной идентичности среди сверстников. Их самооценка отражает нарушенный уровень реагирования на воздействия требований социальной среды. На фоне неустойчивого, часто сниженного вне наркотизации настроения они чувствуют вину, страх, тревогу, связанные с социальной реакцией окружающих на их образ жизни, с нарушенными семейными, межличностными отношениями. Они, как правило, не уверены в себе и в адекватности своего поведения. Среди страхов доминирует страх быть отвергнутыми значимыми лицами, «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. Чувство одиночества часто проявляется ощущением неполноценности, подавленности, отчужденности, изолированности. Растет тревога по поводу своего физического состояния, которая 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 лиц, 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. Они имеют только один запрос — на наркотик.

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

Употребляющие наркотики не предпринимают усилий, направленных на повышение своего образовательного уровня, и в большинстве своем не имеют истинного желания профессионально самоопределяться. Отсутствуют планы на более или менее отдаленное будущее.

Сексуальное Я, отражающее высокий уровень сексуальной активности в структуре Я-концепции представителей молодого поколения, по мере развития зависимости от наркотика прогрессивно нарушается.

Для многих молодых людей, употребляющих наркотики, характерно раннее начало сексуальной жизни, как правило, в группах таких же, употребляющих наркотики людей в соответствии с существующими в них нормами поведения. Сексуальные контакты используются как форма преодоления неуверенности в себе, самоутверждения, компенсации неудовлетворенности своим физическим Я. Половые контакты осуществляются на фоне наркотического опьянения или вне его и сопровождаются различного рода сексуальным экспериментированием. Отношение к сексуальным партнерам обычно не учитывает их личностных особенностей и весьма цинично. Однако в процессе хронической наркотизации и по мере взросления молодые люди утрачивают интерес к сексуальной активности и становятся практически на нее неспособными. Сексуальные беспорядочные контакты резко ограничиваются, а связь с партнером, если она есть, замещается совместной наркотизацией и переживанием физических, социальных и юридических проблем, с ней связанных. Впоследствии и такие контакты распадаются. Чаще всего человек, зависимый от наркотика, остается один.

Молодые люди с наркотической зависимостью отличаются заниженной, неустойчивой самооценкой и имеют низкий уровень притязаний в отношении своего идеального Я. Однако если на этапе начальной наркотизации существенное расхождение между реальным и идеальным Я у них отсутствует, то по мере формирования заболевания возникают «ножницы» между очень невысоким представлением о себе и некоем абстрактном идеале собственного Я, который мог бы существовать, но является недостижимым. 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 личности, уровень ее притязаний и мотивацию на достижение успеха, демобилизует ее ресурсы. В результате возникают все новые и новые нарушения отношений личности со средой, усиливается эмоциональное напряжение, используются пассивные формы совладания со стрессом, т.е. все чаще и чаще употребляется наркотик.

В конечном счете при формировании наркотической зависимости иллюзия благополучия развенчивается, постоянное присутствие и острота проблем приводит к ощущению безысходности и невозможности их преодоления.

## 1.5. Субъективный контроль и формирование зависимости от наркотиков и алкоголя

Субъективный контроль собственного поведения — *локус контроля* — это личностный ресурс, на основе которого формируется поведение человека. Именно от этого ресурса во многом зависит выбор варианта адаптации к социальной среде и жизненный стиль человека.

Локус контроля представляет собой определенную степень восприятия людьми событий, зависящих от собственного поведения (интернальный локус контроля) или от поведения других людей, судьбы, удачи (экстернальный локус контроля), а также понимания человеком причинных взаимосвязей между собственным поведением и достижением желаемого. Выделяют четыре различные категории контроля: поведенческий, когнитивный, информационный и ретроспективный. *Поведенческий контроль* определяется как убежденность в возможности поведения человека влиять на стрессовую ситуацию; *когнитивный контроль* — как уверенность в том, что когнитивные стратегии позволяют контролировать воздействие стрессоров; *информационный контроль* связывается с получением информации от среды, что позволяет личности справиться со стрессовым событием; *ретроспективный, или атрибутивный, контроль* включает казуальную атрибуцию стрессовых состояний, т. е. позволяет ретроспективно понять причину собственного поведения или происшедшего события. Доказано, что лица с внутренним (интернальным) локусом контроля проявляют большую когнитивную активность, более эффективно преодолевают стресс и проявляют более высокий уровень социальной адаптации, чем «экстерналы».

Достаточно высокая интернальность молодых людей, не зависящих от психоактивных веществ, обуславливает их активность в достижении целей и позволяет проводить адекватную оценку проблемных ситуаций, выбирать в соответствии с требованиями среды подходящие стратегии поведения, организовывать и контролировать свои социальные контакты, определять вид и объем социальной поддержки. Ощущение контроля над средой способствует эмоциональной устойчивости, социальной активности, а также формированию осознанных профессионально-образовательных устремлений и принятию на себя ответственности за собственную жизнь и происходящие в ней события.

Хроническая наркотизация определяет формирование экстернальной ориентации контроля в отдельных сферах деятельности. Молодые люди с наркотической зависимостью теряют контроль над социальными ситуациями и собственным поведением, отношениями с членами семьи и значимыми другими, образуя 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 также 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.

Успехи и достижения наркотизирующейся группы и ее членов на деле оказываются по своим последствиям новыми социальными неудачами, имеющими серьезные юридические и общественно негативные последствия.

### **1.6. Когнитивный компонент поведения и формирование зависимости от алкоголя и наркотиков**

Локус контроля и Я-концепция тесно связаны с когнитивным развитием личности, базирующимся на изменениях Я-концепции и формировании зрелого стиля мышления. Необходимо учесть, что в подростковом и юношеском возрасте когнитивные процессы не статичны; это динамический процесс, ведущий от психологической незрелости к зрелости, на который влияют биологические, индивидуальные факторы и опыт взаимодействия со средой.

Процесс когнитивного роста происходит на различных уровнях и представляет собой развитие способности критически и концептуально мыслить. В процессе развития конкретного мышления и получения эмпирического опыта ребенок, подросток, а затем уже молодой человек приобретает способность мыслить абстрактными категориями, символами и гипотетическими измерениями. В то же время формируются более реалистические планы на будущее. Когнитивные процессы принимают участие в становлении личностной идентичности. Способность формировать альтернативные объяснения и рассматривать различные перспективы приводит к социальной адаптации и возможности решать более сложные проблемы.

Когнитивное развитие влияет на формирование навыков преодоления проблем и межличностной, коммуникативной эффективности. Негибкость и ограниченность поведенческих стратегий

в детстве в большинстве случаев сменяется у взрослых более адекватными творческими и эмпатическими навыками. Самоуважение, самооффективность, являющиеся продуктом развития когнитивных процессов, создают возможность адекватно реагировать на стрессовые ситуации и справляться с ними, ведут к формированию высокофункционального поведения.

У лиц, употребляющих наркотики, процесс развития когнитивных функций нарушен. В связи с этим их поведение становится инфантильным, неадекватным, провоцирующим усиление стрессогенного давления социальной среды.

Человек рассматривает различные события и определяет свое отношение к ним с помощью *когнитивной оценки* — первичной, вторичной и переоценки.

*Первичная оценка* включает заключение о стимулирующем событии как о благотворном, вредном или нейтральном. Когда событие оценивается как положительное или благотворное, это вызывает позитивные эмоции и соответствующее им поведение. Напротив, если событие оценивается как потенциально негативное, вредное, возникают отрицательные эмоции, на которые индивид реагирует активно (нападение, атака, разрешение проблем) или пассивно (избегание).

*Вторичная оценка* включает рассмотрение альтернатив совладания со стрессом: когда немедленный поведенческий ответ воспринимается как неподходящий, используется когнитивная форма совладания; если поведенческий ответ не рассматривается с точки зрения его адекватности, возникает тенденция к немедленной поведенческой реакции и эмоциональной экспрессии.

Когнитивная оценка зависит от многих факторов — предшествующего опыта совладания со стрессом, уровня развития личностных и средовых ресурсов, а также культурных и личных ценностей, нормативных установок и т.д. Однако оценка далеко не всегда является адекватной, так как личность может игнорировать или исказить стимулирующее событие в своем восприятии.

*Переоценка* является результатом пересмотра жизненного события и продолжения размышлений о нем. Новые основания могут изменить оценку события и повлечь за собой открытие новых ресурсов личности и среды.

У лиц, употребляющих наркотики, первичная оценка преимущественно однотипна — стрессовое событие, как правило, оценивается негативно, как угрожающее — и влечет за собой выбор пассивных поведенческих стратегий типа пассивного или активного избегания (гетеро- или аутоагрессии). Вторичная когнитивная оценка и переоценка, как правило, развиты слабо, что не дает возможности переоценить стрессовую ситуацию или использовать когнитивное совладание с ней. В результате выбор поведе-

ния становится весьма ограниченным. Отсутствие самокомпетентности и самооффективности, слабый интернальный контроль как результат недостаточного когнитивного развития ведут к низкой функциональности, ригидности.

### **1.7. Коммуникативные личностные ресурсы и формирование зависимого от алкоголя и наркотиков поведения**

К коммуникативным личностным ресурсам, влияющим на поведение человека, относится аффилиация и эмпатия. Аффилиация определяется как стремление человека быть в обществе других людей. Блокирование аффилиации вызывает чувство одиночества, отчужденности, порождает и усугубляет стресс.

Аффилиация неразрывно связана с эмпатией, т.е. с постижением эмоционального состояния другого человека, проникновением, вчувствованием в его переживания. Эмпатия — одно из ключевых факторов в развитии социального взаимопонимания, просоциального поведения и важнейший ресурс преодоления стресса. Аффилиация и эмпатия представляют собой единый процесс, включающий физиологический, кинестетический, аффективный, когнитивный и мотивационный компоненты, существенно и положительно влияющий на качество общения и позитивные личностные изменения.

Человек, зависимый от алкоголя или наркотиков, вынужден использовать в своем поведении оборонительную позицию, осознанно или неосознанно выбирать эгоцентрическую мотивацию своих поступков, т.е. заботиться прежде всего о собственных интересах в ущерб интересам других, что подавляет развитие эмпатических навыков. Эгоцентрическая мотивация в условиях хронического стресса влияет на поведение потребителя психоактивных веществ. Когда личностный контроль становится вынужденно экстернальным, поведение зависимого человека характеризуется пассивностью, отгороженностью, склонностью к самоизоляции, растерянностью, избеганием социальных ситуаций, прекращением поиска психологической поддержки от негативно настроенной социальной среды. Кроме того, негативные изменения когнитивной и эмоциональной сфер не позволяют эффективно использовать эмпатию в ситуациях общения. В результате отсутствует чувство удовлетворенности общением и потребность в эмпатии деактуализируется. Дефицит навыков эмпатии, игнорирование моральных норм благоприятствуют развитию у потребителей алкоголя и наркотиков ауто- и гетероагрессивного поведения, ведут к саморазрушению личности, прекращенного ее роста и разрыву связей с обществом.

Итак, становится очевидным, что поведение, ведущее к зависимости от наркотиков, формируется постепенно и затрагивает

глубинные и тонкие процессы психологического развития. В основе такого поведения лежит неразвитость когнитивных ресурсов и процессов, Я-концепции, личностного контроля, а также активных стратегий поведения, направленных на решение жизненных проблем и преодоление стресса. Поведение становится преимущественно избегающим, основанным на иллюзиях и манипулятивных стратегиях, еще более осложняющих взаимодействие зависимого человека с окружающей его социальной средой. Таков сложный эффект наркотиков и других психоактивных веществ на психику человека.

\* \* \*

В настоящее время отечественная клиническая психология шагнула вперед в области этиологических исследований наркомании и алкоголизма. Так, Т. С. Бузина [1998] выявила высокие показатели полезависимости у больных с опийной наркоманией. Эта когнитивная особенность свидетельствует об ориентации больных на внешние (полевые) признаки, а не на собственный когнитивный опыт. Было обнаружено, что структурирование внутреннего телесного опыта у больных опийной наркоманией ориентировано на гедонистические переживания в отличие от условно здоровых лиц, интрацептивные ощущения которых ориентированы на болезненный опыт соматического недомогания. Н. А. Грюнталь [2002] и С. П. Елшанский [1999] показали, что больные наркоманией имеют склонность к деструктивному поведению в социальной сфере и нарушению существующих морально-этических запретов вследствие дефицитарности механизмов контроля, которая препятствует опосредованному проявлению потребностей в знаково-символической форме и/или в социально-детерминированных видах деятельности. Авторы считают, что обнаруженная ими недостаточность механизмов контроля является не только причиной деструктивного антисоциального поведения, но и фактором риска развития наркотизации. А. Ш. Тхостов и С. П. Елшанский [2001] определили искажения категориальной структуры интрацептивного словаря у больных опийной наркоманией. На основании этих данных были разработаны психосемантические методы исследования этой категории больных.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Что такое факторы риска употребления психоактивных веществ? Перечислите их.
2. Что такое факторы защиты (протективные факторы) от употребления психоактивных веществ? Перечислите их.
3. Какие существуют факторы риска возникновения и развития наркомании в подростковом возрасте?
4. Перечислите концепции риска приобщения к употреблению наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. В чем их суть?

5. Перечислите этиологические концепции аддикции.

6. Какие основные психологические механизмы задействованы в формировании зависимости от наркотиков и алкоголя?

7. Охарактеризуйте модели адаптивного функционального, псевдо-адаптивного дисфункционального и дезадаптивного дисфункционального копинг-поведения.

### **Литература**

*Анохина И. П.* Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости: Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.

*Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитание. — М., 1986.

*Братусь Б. С.* Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. — М., 1974.

*Завьялов В. Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск, 1988.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Наркотики: проблемы и их решение. — М., 2000.

## ГЛАВА 2

# АЛКОГОЛЬ, НАРКОТИКИ И ДРУГИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

**Психоактивное вещество** — это любое вещество, которое при введении в организм человека может изменять его восприятие окружающего, настроение, способность к познанию, поведение и двигательные функции. В повседневной жизни психоактивные вещества обычно именуется наркотиками. Однако к психоактивным веществам относятся не только наркотики, но и алкоголь, табак (никотин), кофеин и др. Основные типы психоактивных веществ приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Основные типы психоактивных веществ**

№ п/п	Тип вещества	Где содержится
1	Алкоголь	Пиво, вино, крепкие спиртные напитки, некоторые медицинские средства и сиропы, некоторые парфюмерные изделия
2	Никотин	Табак (трубочный жевательный, нюхательный), махорка
3	Дикорастущая конопля (каннабис)	Марижуана, анаша, гашиш
4	Стимуляторы	Кофе, чай, амфетамины, продукты кокки, эфедрин, синтетические наркотики типа экстази, препараты на основе амилнитрита
5	Опиоиды	Кодеин, героин, опиум, морфин, метадон
6	Депрессанты	Успокаивающие средства, снотворные, барбитураты, бензодиазепины
7	Галлюциногены	ЛСД, мескалин
8	Летучие ингалянты	Аэрозоли в баллонах, газ бутан, бензин, клей, растворители, разжижители красок
9	Другие вещества	Кава, орех бетеля и т.д.

## 2.1. Легальные и нелегальные психоактивные вещества

Психоактивные вещества делятся на легальные и нелегальные. К **легальным психоактивным веществам** относятся вещества, не запрещенные законом к употреблению, хранению и распространению. Однако разрешение их употреблять не зависит от степени вредного влияния на психику и организм человека; скорее, это связано с тем, что продажа и употребление таких веществ приносят доход, исторически обусловлены, и объявление их «вне закона» сложно воспринимается обществом. При этом большинство легальных психоактивных веществ оказывают чрезвычайно вредный эффект на организм человека и губят множество жизней.

К легальным психоактивным веществам относятся никотин (табак, сигареты, папиросы, сигары), алкоголь (все напитки, содержащие этиловый спирт), кофеин (крепкий кофе, чай).

*Никотин* очень вреден для человека, и употребление его в любых дозах небезопасно. Тем не менее, в разных странах существует индустрия, направленная на изготовление изделий, содержащих никотин, торговлю ими, потому что они имеют спрос у населения. Наиболее развитые страны резко ограничивают торговлю табачными изделиями и запрещают курение во всех общественных местах и на работе для того, чтобы курящий человек (если он того хочет), вредя себе, не вредил другим людям, распространяя табачный дым.

*Алкоголь* также вреден для организма человека и его психики. У многих людей употребление алкоголя носит ритуальный характер, однако зависимость от него развивается незаметно и достаточно быстро, поэтому наиболее развитые общества стремятся значительно ограничить его потребление.

*Кофеин* действует на центральную нервную систему возбуждающе, поэтому частое и обильное употребление крепкого чая и кофе, не очищенного от кофеина, наносит вред организму.

Легальные психоактивные вещества употребляются открыто, и люди за это не несут юридической (уголовной) ответственности. Легальные наркотики рекламируются с помощью средств массовой информации. Это делается в целях получения экономической выгоды, а здоровье людей при этом в расчет не принимается. Поэтому каждый человек, употребляющий легальные психоактивные вещества, несет за это личную ответственность. Он сам отвечает за свое здоровье и последствия, которые возникают при употреблении легальных наркотиков.

К **нелегальным психоактивным веществам** относятся вещества, употребление, распространение и хранение которых является противозаконным — это производные дикорастущей конопли — марихуана, гашиш, анаша и т.д.; опиоиды (героин, опий, морфий и т.д.); стимуляторы (экстази, кокаин, эфедрин, эфедрон, винт,

первитин и т. д.); галлюциногены (ЛСД и т. д.); депрессанты (барбитураты и ряд других препаратов), а также целый ряд других веществ. В каждой стране существует целый список таких веществ, утвержденный правительством. Граждане, занимающиеся хранением, распространением этих веществ, склоняющие к их употреблению других людей, а также злостно уклоняющиеся от лечения по поводу зависимости от них, подлежат уголовной ответственности.

Юридическая ответственность за хранение и распространение нелегальных наркотиков — необходимая и важная мера во всех государствах мира. Нелегальные наркотики практически парализуют психику человека таким образом, что он не в состоянии мыслить, принимать решения, контролировать свое поведение, работать, иметь семью, т. е. жить, как все люди. В связи с такой разрушительной силой эти вещества во всех странах мира признаны противозаконными.

Однако нелегальный, преступный бизнес существует. Нарко-торговцам выгодно, чтобы все большее и большее число молодых людей, подростков и даже детей становились жертвами наркомании, так как, став зависимыми от наркотика, они вынуждены приобретать его постоянно.

## **2.2. Воздействие психоактивных веществ на организм человека**

### **2.2.1. Алкоголь**

Воздействие алкоголя на людей может проявляться по-разному. Оно зависит от того, сколько принято алкоголя и за какой промежуток времени; от возраста и пола человека, размеров его тела, общего состояния здоровья, веса и режима питания; принимается ли алкоголь до еды или вместе с пищей, до или после тяжелой физической нагрузки. Дети, молодые люди и женщины обычно более подвержены влиянию алкоголя, чем взрослые мужчины.

Немедленное воздействие. Алкоголь вызывает алкогольное опьянение, обычно сопровождающееся эйфорией — благодушным, повышенным настроением. Однако у многих людей существуют иные формы опьянения: дисфорическая форма связана с повышенным возбуждением и агрессивностью; дистимическая форма — с повышенной слезливостью, чувством отчаянья и т. д. Такие формы опьянения называются патологическими. Обильная алкоголизация может сопровождаться нарушениями физической координации и зрения; речь становится бессвязной; человек не способен к адекватным действиям, у него нарушена память. Чрез-

мерное употребление алкоголя в течение короткого периода времени может вызывать головную боль, тошноту, рвоту, потерю сознания и смерть.

**Отсроченное воздействие.** Регулярное употребление алкоголя в больших количествах в течение продолжительного периода времени может привести к потере аппетита (и, как следствие, — привести к заболеваниям желудочно-кишечного тракта), изменению кожных покровов, нарушению работы печени, головного мозга и других органов, а также к расстройствам в сексуальной сфере. Все это свидетельствует об алкогольной дегенерации тканей организма алкоголика.

В процессе хронической алкоголизации повышается толерантность (устойчивость) человека к алкоголю и быстро формируется зависимость от него.

### **2.2.2. Никотин**

Никотиновая зависимость наступает очень быстро. Человек, начавший употреблять никотин, скорее всего, будет продолжать употреблять его в течение длительного времени. Общество, снисходительно относящееся к употреблению никотина, создает условия к увеличению числа табакокурльщиков.

**Немедленное воздействие.** Сразу же после употребления никотина человек испытывает чувство тревоги, а затем наступает релаксация. Происходит увеличение частоты сердечных сокращений и временное повышение кровяного давления, иногда возникает головокружение, тошнота и понижается аппетит.

**Отсроченное воздействие.** Употребление никотина в течение длительного времени может привести к заболеваниям сердца и легких, закупорке артерий (заболевание периферических сосудов), гипертензии, бронхиту, онкологическим заболеваниям легких и полости рта (при курении трубки и жевании табака). У человека повышается толерантность к никотину и быстро формируется зависимость от него.

### **2.2.3. Дикорастущая конопля (каннабис)**

Каннабис произрастает во многих частях мира. Действуя главным образом как депрессант, он вводит пользователя в эйфорическое состояние, а затем в состояние релаксации и покоя. Крупные дозы могут изменить физическое восприятие, подобно галлюциногенам.

**Немедленное воздействие.** Ощущение благополучия, релаксации, отсутствия запретов, потери мышечной координации и концентрации внимания. Иногда происходит учащение сердцебиения, покраснение глаз и повышение аппетита. Большие

количества могут вызвать галлюцинации, беспокойство и дезориентацию, панические реакции.

**Отсроченное воздействие.** Регулярное употребление каннабиса в течение длительного времени повышает вероятность зависимости, приводит к нарушениям психических функций и к углублению существующих психологических проблем.

#### **2.2.4. Стимуляторы**

Практически каждый человек употребляет стимуляторы, к которым относится широкий диапазон средств — от кофеина, содержащегося в чае или кофе, до более сильных, таких, как кокаин и амфетамины.

**Немедленное воздействие.** Стимуляторы повышают активность центральной нервной системы. Сразу после приема стимуляторов человек обычно испытывает краткое интенсивное чувство интоксикации и преувеличенное чувство уверенности в себе. Затем настроение быстро изменяется в худшую сторону, что может стимулировать потребность в повторении дозы. Усиливается сердцебиение, возникают чувства беспокойства, тревоги, расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем.

**Отсроченное воздействие.** Стимуляторы могут вызвать нарушения сна, раздражительность или, напротив, депрессию, чувства подозрительности и недоверия к другим, а также галлюцинации и другие расстройства. У человека повышается толерантность к стимуляторам и быстро формируется зависимость от них.

#### **2.2.5. Опиоиды**

Опиоиды обладают способностью облегчать физическую боль и/или действовать в качестве депрессантов. Некоторые из них применяются в качестве медицинских препаратов, а другие считаются незаконными. Они могут синтезироваться искусственно или производиться из опийного мака (опиаты).

**Немедленное воздействие.** Опиоиды вызывают ощущение благополучия и эйфории, сонливость, сокращение зрачков, тошноту, рвоту и запор. Чрезмерная доза приводит к бессознательному состоянию, угнетению дыхания и смерти.

**Отсроченное воздействие.** Психоактивные вещества этой группы быстро приводят к зависимости.

Опиоиды обычно инъекцируются в вену. При использовании нестерильных или общих игл могут передаваться ВИЧ, гепатиты В и С. Эти состояния и болезни легко распространяются от одного человека к другому.

### **2.2.6. Депрессанты**

Вещества этой группы не существуют в природе и производятся синтетическим путем. Они понижают активность нервной системы и часто применяются в медицине для лечения бессонницы и других вегетативных расстройств, повышенной возбудимости.

**Немедленное воздействие.** Все вещества этой группы оказывают воздействие, сходное с воздействием алкоголя. Они замедляют мыслительные и двигательные процессы человека и понижают способность к концентрации внимания. После прекращения воздействия наступает состояние похмелья, происходит нарушение координации. Небольшие дозы уменьшают чувство беспокойства, тогда как более сильные дозы вызывают сонливость. Алкоголь усиливает их воздействие. Повторные дозы вызывают отравление.

**Отсроченное воздействие.** Употребление психоактивных веществ этой группы может привести к зависимости. Продолжительное и значительное употребление вызывает нарушение памяти, двигательной координации, неспособность к обучению. После вывода вещества из организма могут появиться конвульсии. Как следствие употребления депрессантов распространены несчастные случаи и самоубийства.

### **2.2.7. Галлюциногены**

Галлюциногены влияют на настроение человека, изменяют восприятие им окружающей среды, а также своего тела. Они существуют в природе или производятся химическим путем.

**Немедленное воздействие.** Сразу после принятия вещества изменяется восприятие (внешнего вида предметов, запахов, вкуса, звуков и др.), человек может видеть несуществующие предметы, чувствовать их запах, вкус или слышать несуществующие звуки. Может возникнуть также ощущение паники, страха или беспокойства.

**Отсроченное воздействие.** Многие пользователи сообщают о воздействии вещества спустя несколько дней или даже месяцев после его принятия. Регулярное употребление галлюциногенов может ухудшить память, способность к концентрации внимания и создать проблемы психического здоровья. Среди пользователей распространены несчастные случаи и самоубийства.

### **2.2.8. Летучие ингалянты**

Ингалянты включают широкий диапазон распространенных препаратов, таких, как аэрозоли, летучие растворители и газы.

**Немедленное воздействие.** Подобно алкоголю ингалянты сначала вызывают у человека чувство снятия всех запретов,

ощущение эйфории, релаксации, сонливости. Затем нарушается координация, речь становится невнятной, появляется раздражительность и беспокойство. Если вдыхание ингалянта продолжается, возникают галлюцинации. Наиболее вероятной опасностью для пользователя является внезапная смерть при вдохе.

**Отсроченное воздействие.** Регулярное долгосрочное употребление ингалянтов может привести к носовым кровотечениям, высыпаниям на коже вокруг рта и носа, потере аппетита и отсутствию мотивации к каким-либо действиям. Некоторые растворители токсичны для печени, почек или сердца, а другие могут вызвать нарушения функций головного мозга.

### 2.3. Новые тенденции в употреблении наркотиков

Ежегодное появление все новых и новых, как правило, более опасных для здоровья, препаратов, создаваемых преимущественно путем дальнейшего совершенствования химического синтеза, является характерной тенденцией незаконного распространения наркотиков в конце XX — начале XXI в. Ситуация с контрабандой наркотиков свидетельствует о том, что через западные и северо-западные регионы России (из Нидерландов, Польши и Германии) в нашу страну ввозятся новые, синтетические, наркотики<sup>1</sup>. Вывод о том, что синтетические наркотики будут представлять наибольшую опасность в ближайшем будущем обусловлен следующими причинами:

- синтетические наркотики особенно опасны для здоровья, и потенциальный риск их употребления еще не в полной мере осознан;

- высокая фармакологическая активность, относительная дешевизна, возможность производства в различных лекарственных формах, простота введения (вдыхание порошка, глотание капсул, реже инъекция), легкость сокрытия ведут к чрезвычайно интенсивному распространению их среди молодежи, детей и подростков;

- производство синтетических наркотиков может осуществляться во всем мире вблизи мест конечного потребления, в обход таможенных барьеров;

- существуют широкие возможности оперативного синтеза новых модификаций препаратов, имеющих более высокую активность и наркогенный потенциал, что чрезвычайно трудно доказать; поэтому они не попадают в сферу национального и международного контроля (проблема «дизайнерских»<sup>2</sup> наркотиков);

---

<sup>1</sup> Данный вид наркотиков известен также как группа психотропных препаратов.

<sup>2</sup> «Дизайнерский наркотик» — нелегальный наркотик, преобразованный в другой вид наркотика с похожим эффектом, не фигурирующий в списке запрещенных веществ.

– синтетические наркотики могут производиться в огромных количествах и иметь низкую себестоимость за счет применения неиспользуемого промышленного химического оборудования; этому способствует также отсутствие серьезного контроля за производством химических препаратов на предприятиях;

– технологии производства наркотиков амфетаминовой группы активно распространяются через всемирную информационную сеть Интернет.

Имеется ряд факторов, способствующих распространению синтетических наркотиков:

*экономический* — получение суперприбылей, низкая себестоимость производства, дешевизна рабочей силы, возможность быстрого синтеза в огромных количествах и т.д.;

*юридический* — несовершенство правовой базы; ослабление у населения сдерживающих факторов по отношению к соблюдению законов и к органам правопорядка; отсутствие должного контроля за работой предприятий химической промышленности и т.п.;

*социальный* — нарушение социальных обязательств государства перед гражданами; чрезмерная социальная напряженность в обществе; открытость границ, слабость таможенного контроля, высокий уровень контрабанды;

*личный* — слабая информированность молодежи о действии синтетических наркотиков, подверженность давлению сверстников, феномен подростковой субкультуры, простота употребления.

Рассмотрим синтетические наркотики и их воздействие на организм человека более подробно.

По своему воздействию синтетические наркотики условно могут быть разделены на три категории:

1) стимуляторы (экстази, метамфетамин и т.д.);

2) галлюциногены (ЛСД, кетамин и т.д.);

3) прочие наркотики (жидкий экстази, рогипнол и т.д.); эта категория включает в себя препараты с разными видами воздействия — подавляющие центральную нервную систему, расслабляющие мышечную ткань, уменьшающие тревогу и т.д.

В первую категорию входят препараты, оказывающие стимулирующее действие на функции головного мозга и активирующие психическую и физическую деятельность организма:

**Экстази (MDMA — метилен-диокси-мета-амфетамин**, синтетическое вещество, производное амфетамина); на уличном жаргоне — «X», «чистота», «ясность», «адам», «ХТС». Химическая структура наркотика подобна структуре стимулятора метамфетамина и галлюциногена мескалина, поэтому он оказывает не только стимулирующий, но и галлюцинаторный эффект. Используется, как правило, в виде таблеток, а также в виде порошка (вдыхается); от случая к случаю может выкуриваться; изредка принимается в измененном виде путем инъекции. Интенсивное действие

препарата продолжается от нескольких минут до одного часа и во многом зависит от дозы, способа введения, степени очищенности от примесей и ситуации, в которой он принимается. Стимулирующий эффект проявляется ощущением быстрого нарастания энергии в организме, прогрессирующим чувством удовольствия и уверенности в себе. Эффект расширяющегося объема сознания и обострившегося восприятия как проявление психоделического действия препарата проявляется чувством «присоединения» к другим, сопереживания им и отсутствия закрытости от окружающих.

Вредное влияние экстази на здоровье подобно действию, переживаемому потребителями амфетамина и кокаина. Психологические эффекты действия экстази могут проявляться замешательством, подавленным настроением, расстройствами сна, тревогой и бредом, продолжающимися иногда в течение нескольких недель после употребления наркотика. Физическое воздействие — напряжение мышц, непроизвольным сжатием зубов, затуманиванием зрения, тошнотой, слабостью, ощущением дурноты, ознобом или потливостью.

Прием экстази приводит к учащению сердцебиений, повышению артериального давления, температуры тела и в итоге к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы и почек. Комбинированный прием экстази и алкоголя вызывает очень опасные, а иногда и смертельные осложнения. Длительное злоупотребление экстази может привести к стойкому токсическому изменению головного мозга и быть причиной хронических нарушений памяти, расстройств сна, настроения, аппетита. Стимулирующий эффект наркотиков в сочетании с пребыванием в жарком и стесненном помещении дискотек может вызвать обезвоживание организма, повышение температуры тела и нарушения работы почек и сердца.

Вредные воздействия экстази на организм человека (особенно отдаленные во времени) не являются окончательно установленными; этот вопрос нуждается в дальнейшем интенсивном изучении.

**Метамфетамин** (на уличном жаргоне — «мет», «спид», «скорость», «лед», «стекло», «кристалл») — белый кристаллический порошок, не имеющий запаха, с сильным стимулирующим эффектом. Употребляется путем вдыхания через нос, проглатывания, курения или инъекционно. Наркотик вызывает увеличение двигательной активности, снижает аппетит, оказывает возбуждающий эффект. Из-за своего токсического действия очень опасен для здоровья, вызывает потерю памяти, психозы, агрессию, оказывает вредное действие на сердце.

Препараты второй категории представлены галлюциногенами.

**ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты)**; на уличном жаргоне — «кислота», «бювар», «сахар», «пятнышки», «Л», «кубики».

Является мощным галлюциногеном, принимаемым в таблетках или в жидкой форме, обычно на куске промокательной бумаги или сахара, которые пропитываются жидким наркотиком. Вызывает глубокую патологию сферы восприятия, включая искажения слуха и зрения, а также эмоциональные эффекты — быстрые колебания настроения («качели») от интенсивного страха до эйфории. Воздействуя на психическую деятельность, наркотик порождает бредовые ассоциации, приводящие к помрачению рассудка и утрате восприятия собственной личности; провоцирует сильные приступы депрессии, тревоги, паники и бреда. Такие состояния иногда продолжаются и после приема наркотика, а в некоторых случаях приводят к затяжным психотическим состояниям.

**Кетамин** (каллипсол, кеталар, РСР); на уличном жаргоне — «К», «специальный К», «витамин К», «валиум для кошек», «СТР». Кетамин — средство для наркоза из группы общих анестезирующих препаратов с галлюцинаторным эффектом. Применяется обычно через рот или вдыхается в виде порошка через нос, иногда вводится инъекционно. В жидком виде кетамин пропитывается марихуана или табачные продукты. Кетамин традиционно используется за рубежом как сильное анестезирующее средство в ветеринарной практике. Он оказывает быстрое, но не продолжительное обезболивающее действие, характеризующееся отсутствием чувствительности, угнетением проведения нервных импульсов и повышением порогов всех видов чувствительности без потери сознания. Мощные галлюцинации могут приводить к потере контроля над поведением, что особенно опасно во время вождения автотранспорта. Кетамин вызывает обратную связь с прошлым, тревогу и страх, усиление слюноотделения, повышение артериального давления и учащение сердцебиения; в больших дозах — психозы, потерю памяти; иногда оказывает необратимое действие на дыхательный центр, тормозя его деятельность. Он часто применяется вместо экстази либо в качестве его заменителя. Его прием в шумном и оживленном месте крайне опасен.

Третья категория представлена препаратами с различными спектрами воздействия.

**Жидкий экстази (ГНВ, гаммагидроксипутрат)**; на уличном жаргоне — «G», «домашний грузинский мальчик». Способ применения — через рот. После приема наркотика возникает тошнота, повышается артериальное давление, нарушается дыхание. Его употребление часто сопровождается передозировками, что приводит к быстрой потере сознания, коме и смерти. В преступных целях может добавляться в спиртные напитки; после их употребления человек становится беспомощным и забывает о произошедшем, что затрудняет обнаружение преступника и проведение следственных действий.

**Рогипнол (флунипрозепам)**; на уличном жаргоне — «забудь меня», «Roche». Является успокаивающим веществом из группы бензоди-

азепинов и оказывает снотворное и противосудорожное действие. Выпускается в таблетках или ампулах. Наркотик применяется путем приема через рот, может разводиться пивом или вином. Поскольку это вещество не имеет запаха и вкуса, оно может добавляться в напитки лицам, не знающим о его действии, что нередко приводит к случаям изнасилования. Наркотик вызывает нарушение памяти, поэтому жертва не помнит о произошедшем.

### Контрольные вопросы

1. Какие основные типы психоактивных веществ известны?
2. Какое воздействие оказывает алкоголь на организм человека?
3. Какое действие оказывает никотин?
4. Какое действие оказывает каннабис?
5. Какое действие оказывают стимулирующие средства?
6. Какое действие оказывают опиоиды?
7. Какое действие оказывают депрессанты?
8. Какое действие оказывают галлюциногены?
9. Какое действие оказывают летучие ингалянты?
10. Какие наркотики относятся к синтетическим? Дайте им краткую характеристику.

### Литература

1. *Завьялов В. Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск, 1988.
2. *Иванец Н. Н.* Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения // Вопросы наркологии. — 1997. — № 4. — С. 4—11.
3. *Пятницкая И. Н.* Наркомания: Руководство для врачей. — М., 1994.
4. *Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца.* — М., 2002. — Т. 1.
5. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Наркотики: проблемы и их решение. — М., 2000.

## ГЛАВА 3

# ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ<sup>1</sup>

### 3.1. Формирование зависимости от алкоголя

Одним из первых признаков зависимости от алкоголя является *синдром алкогольного опьянения*. Простое алкогольное опьянение — это состояние, возникающее после приема алкоголя.

Легкая степень алкогольного опьянения характеризуется в основном психическими нарушениями: повышением настроения, многоречивостью, ускорением ассоциаций, снижением самокритики, увеличением амплитуды эмоциональных реакций, неустойчивостью внимания, нетерпеливостью и другими признаками преобладания психического возбуждения над торможением. При этом наблюдаются некоторые неврологические и вегетативные расстройства — нарушение координации тонких движений, нистагм, гиперемия лица, учащение пульса и дыхания, гиперсаливация.

При опьянении средней степени психические реакции утрачивают живость, мышление становится замедленным, непродуктивным, речь смазанной и персеверативной, ослабевает внимание, нарушается ориентировка в окружающем. Резко затрудняются понимание и правильная оценка происходящего вокруг. Эмоциональные реакции огрубляются, приобретают брутальный характер, настроение склоняется к угрюмости, гневливости или тупому равнодушию.

Возникают и грубые неврологические расстройства: нарушения координации движений, артикуляции речи, шаткость походки, ослабление болевой и температурной чувствительности. Гиперемия лица сменяется бледностью. Может возникнуть тошнота и рвота.

Алкогольное опьянение тяжелой степени выражается нарушением жизненно важных вегетативных функций: угнетением сознания, пассивным положением тела, отсутствием реакции на

---

<sup>1</sup> В этой главе использованы материалы из работ И. Н. Пятницкой [1994], И. Н. Пятницкой и Н. Г. Найденовой [2002], а также из «Руководства по наркологии» [2002].

болевыe раздражители, сужением зрачков и вялостью их реакции на свет. При тяжелой степени опьянения может наступить смерть от паралича дыхания.

Клиническая симптоматика алкоголизма разнообразна: это патологическое влечение к алкоголю, утрата контроля за количеством выпитого и ситуацией потребления алкоголя, рост толерантности по отношению к алкоголю и абстинентный симптомокомплекс.

Патологическое влечение к алкоголю — господствующий мотив поведения. При этом потребление спиртного не служит никаким целям, кроме одной — достигнуть состояния алкогольного опьянения.

Патологическое влечение преобладает над другими мотивациями, несмотря на то, что они объективно важны и отражают существенные интересы личности. В результате этого алкоголь потребляется не столько ради чего-либо, сколько вопреки многим отрицательным последствиям, среди которых — нарушение семейных, дружеских, трудовых и других социальных связей, конфликты с законом, ухудшение здоровья и т.д.

Утрата контроля — форма проявления патологического влечения к алкоголю. Она обозначает, что алкоголь употребляется человеком в неконтролируемо больших количествах и в ситуациях, не подходящих для этого.

Осевой синдром алкоголизма — *синдром зависимости*, которому свойственны такие симптомы, как: навязчивое и компульсивное влечение к алкоголю, абстинентный симптомокомплекс, возникающий при прекращении употребления алкоголя, повышение толерантности к алкоголю.

Навязчивое влечение к алкоголю выражается в постоянных мыслях о нем, повышении настроения в предвкушении алкогольного эксцесса, ухудшении настроения при отсутствии алкоголя.

Компульсивное влечение к алкоголю выражается в непреодолимом, не поддающемся никакому контролю стремлении употребить алкоголь любой ценой, невзирая ни на какие преграды.

Абстинентный симптомокомплекс — сочетание психических, неврологических, вегетативных и соматических расстройств, возникающих у человека, зависимого от алкоголя, при резкой его отмене. Он проявляется в повышенной тревоге, треморе пальцев рук и всего тела, нарушении функций сердечно-сосудистой, дыхательной и желудочно-кишечной систем, повышении артериального давления, тахикардии, потере аппетита и тошноте. При тяжелом абстинентном симптомокомплексе возможны алкогольные психозы и смерть от сердечно-сосудистой катастрофы — инфаркта миокарда, инсульта, отека мозга и т.д.

## 3.2. Формирование зависимости от никотина

Один из первых важных симптомов, возникающих при употреблении никотина — никотиновая интоксикация. Она возникает спустя 1—2 мин после начала употребления сигареты и выражается в некотором возбуждении, повышении настроения (легкой эйфории) и ряде вегетативных и неврологических расстройств: в побледнении или покраснении кожных покровов, некотором нарушении восприятия окружающей обстановки, пошатывании при ходьбе, повышении артериального давления, учащении сердцебиения и чувстве тошноты. Спустя 4—5 мин после употребления табака возникает расслабленность и чувство успокоения. Если курение становится постоянным, то вышеперечисленные симптомы несколько сглаживаются, поскольку происходит адаптация к ним организма; иными словами, возникает привыкание, а следом и никотиновая зависимость.

Если курильщик прекращает потребление табака на какое-то время, а затем начинает его вновь, вышеперечисленные симптомы никотиновой интоксикации повторяются с высокой степенью выраженности.

В клинической картине никотинизма выделяются обсессивное (навязчивое) влечение к никотину, утрата контроля за количеством потребляемого табака, абстинентный симптомокомплекс и симптом повышения толерантности к никотину.

Обсессивное влечение к никотину проявляется в навязчивых мыслях о том, чтобы выкурить сигарету — другую, стремлении во что бы то ни стало употребить табак, изменении настроения (снижении, неустойчивости, плаксивости, гневливости и т.д.) при его отсутствии.

Утрата контроля за количеством потребляемого табака выражается в частом его употреблении. При этом формируется своеобразный поведенческий стереотип, при котором заядлый курильщик употребляет никотин часто, а порой и практически постоянно.

Абстинентный симптомокомплекс выражается в изменении функционирования психической, неврологической и соматической сферы при отмене поступления в организм никотина. При этом могут происходить расстройства сердечно-сосудистой системы в виде нарушения ее деятельности — понижения или повышения артериального давления, снижения тонуса сосудов, головокружения, расстройства координации движений, изменения настроения при отсутствии никотина, трудности сосредоточения внимания на конкретных вещах и т.д.

Симптом повышения толерантности проявляется в росте дозы никотина, необходимой для достижения искомого состояния психосоматической удовлетворенности.

### 3.3. Формирование зависимости от наркотиков

Одним из первых признаков зависимости от наркотиков является *синдром наркотического опьянения*. Наркотическое опьянение — это состояние, возникающее после приема наркотического средства. Синдром состоит из психопатологических и телесных симптомов, изменяющихся во времени. Эти симптомы могут оцениваться как в субъективных ощущениях, так и объективно, т. е. быть доступными для регистрации.

Один из осевых симптомов наркотического опьянения — эйфория. Она выражается в повышении эмоционального фона и сопровождается рядом субъективно воспринимаемых психических и соматических изменений. Каждый наркотик вызывает особый вид эйфории. Так, эйфория, возникающая при употреблении опиатов, слагается из ощущения соматического наслаждения и эмоционального покоя, блаженства. Эйфория, возникающая при введении стимуляторов, дает ощущение эмоционального подъема. Эйфория, возникающая при введении галлюциногенов, отличается выраженными расстройствами восприятия в сочетании с нарушениями сознания. Отмечается три вида расстройств восприятия при эйфории: обострение восприятия (при введении стимуляторов), избирательность восприятия (при введении опиатов) и снижение восприятия (при введении седативных препаратов). Кроме того, отмечаются качественные расстройства восприятия в виде иллюзий (нарушение восприятия реально существующих предметов или объектов), галлюцинаций (ложное восприятие не существующих в реальности предметов или объектов), метаморфозисов (изменение формы, цвета предметов, расстояния до них и т. д.).

Нарушения сенсорного синтеза проявляются в ощущениях де-реализации (восприятии действительности как нереальной), деперсонализации (восприятии собственного тела или его частей как не соответствующих реальности), а нарушения интерорецепции — в ощущении тепла, легкости или тяжести, изменении схемы тела, восприятии его положения в пространстве и т. д.

Мышление в состоянии наркотического опьянения также изменяется. Эмоциональные расстройства определяют отбор впечатлений, их переработку и умозаключение.

Дефектность восприятия сочетается с нарушением процесса осмысления.

Отмечаются нарушения сознания разного типа и глубины. Обычно для эйфории характерна «двойная ориентировка» во времени и пространстве. Это проявляется в том, что опьяневший частично ориентируется в реальной обстановке, осознавая ее выборочно, и в то же время погружен в собственные ощущения и переживания.

Выражены соматоневрологические проявления эйфории, прежде всего вегетативные симптомы. При введении стимуляторов происходит расширение зрачков, при введении опиатов и гипнотиков — сужение. Кроме того, выражены бледность или покраснение кожи, гипертермия, пото- и слюноотделение. Изменяется частота сердечных сокращений, дыхания, показатели артериального давления.

Изменение поведения, как правило, бывает неадекватным. Опьяневшие слишком возбуждены или, наоборот, заторможены. На окружающую обстановку реагируют с большими затруднениями, бывают излишне навязчивы в общении или, напротив, замкнуты, погружены в себя и собственные ощущения; плохо соразмеряют длину своих шагов и расстояние, поэтому у них нарушена координация движений. Присутствует необычный фон настроения (повышенное настроение, восторженность в сочетании с заторможенностью или, напротив, с возбужденностью; неадекватная злобность со вспышками агрессивного поведения). Часто поведение отражает испытываемые опьяневшим расстройства восприятия (иллюзии или галлюцинации). Потребители наркотиков, имеющие большой стаж их употребления, переживающие на своем опыте изменения эйфоризирующего эффекта наркотика, могут вести себя более адекватно и с большим успехом контролировать свое состояние, однако необычность поведения все равно не может остаться незамеченной. В данном случае обращают на себя внимание необоснованно резкие перепады настроения, вспышки гневливости и раздражительности, сменяющиеся безразличием и внезапным успокоением, либо наоборот — заторможенность, апатия, сменяющаяся эмоциональным подъемом, интеллектуальным и двигательным возбуждением.

В клинической картине формирующейся зависимости от наркотика выделяют *синдром изменения реактивности*. Одним из симптомов является изменение толерантности к наркотику, т. е. увеличение требуемой для эйфории дозы наркотика, повышение его переносимости. Так, на высоте зависимости от опиоидов толерантность превышает изначальную физиологическую в 100—300 раз. Другой симптом — исчезновение защитных реакций (рвоты после введения наркотика) и изменение формы опьянения.

Следующим осевым синдромом при наркомании является *синдром зависимости*. Ему свойственны: симптом психической зависимости, при котором больной испытывает навязчивое влечение к наркотику, постоянно думает о нем и о путях его приобретения и употребления, и симптом физической зависимости. Эта зависимость определяется компульсивным, непреодолимым стремлением употребить наркотик и абстинентным симптомокомплексом — выраженным состоянием психосоматического неблагополучия, возникающим при отмене наркотика.

Далее рассмотрим клиническую картину зависимости от наркотических веществ и особенности течения некоторых наиболее распространенных ее вариантов.

### 3.3.1. Формирование зависимости от опиоидов

Наркотический эффект проявляется в первые 10—30 с после внутривенного введения наркотика. Первоначально отмечается покраснение лица, которое впоследствии сменяется бледностью, сужение зрачков, сухость во рту, зуд кончика носа, подбородка и лба. Сознание сужено. Опьяневший сосредоточен на телесных ощущениях и двигательнo заторможен. В течение 2—3 часов после введения наркотика опьяневший остается вялым, малоподвижным и сонливым. По выходе из опьянения часто отмечается плохое самочувствие, головная боль, беспричинное беспокойство, тревожность, тоска, тошнота, головокружение, рвота.

Отличительными признаками опьянения наркотиками, содержащими опиаты, являются сужение зрачка, бледность, сухость кожи и слизистых, снижение артериального давления и частоты сердечбиений, благодушный эмоциональный настрой.

Первое введение наркотика опиийного ряда может вызвать защитные реакции (рвоту). Осознание влечения появляется позже. При употреблении героина уже 2—5 проб могут вызвать влечение к наркотику. При возникновении влечения наркотизация становится регулярной.

Формирование зависимости от наркотических веществ, содержащих опиий и его производные, происходит в три стадии.

На первой стадии физиологическое действие наркотика не изменено. Введение вызывает выраженную эйфорию. Больной мало спит, его сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Аппетит подавлен, но сохраняется влечение к сладкому и жирному. Уменьшается количество мочи, отмечается задержка стула, отсутствует кашель (даже при наличии простудных заболеваний).

В течение месяца эйфорическое действие прежней дозы наркотика угасает, и для достижения прежнего эффекта больной вынужден ее повышать. Исчезает характерный зуд, который сопровождал прием наркотика вначале. При отсутствии наркотика через сутки—двое появляются психические расстройства в виде чувства напряженности, психического дискомфорта, стремления достать и ввести наркотик. Формируется психическая зависимость от наркотика. Длительность первой стадии заболевания — 1—3 месяца.

Вторая стадия заболевания представлена полностью сформированным синдромом измененной реактивности. Синдром психической зависимости достигает высоты своего развития. Наркотизация регулярная. Образуется индивидуальный ритм введения. Толерантность к наркотику продолжает повышаться. Меняется фор-

ма опьянения. Эйфория от введения наркотика перестает быть столь выраженной. Нормализуется диурез и стул, восстанавливается ритм сна. Зрачок при опьянении постоянно остается суженным. Психическое влечение к наркотику становится очень выраженным и навязчивым. Интенсивно формируется синдром физической зависимости. Компульсивное влечение становится очень сильным и определяет всю дальнейшую жизнь наркомана, не оставляя места ни для чего другого.

Абстинентный синдром тоже формируется очень быстро. Уже после первых систематических введений наркотика в его структуре отмечается усиление влечения к нему, все возрастающее состояние неудовлетворенности и напряженности. Расширяются зрачки, появляется зевота, слезотечение, насморк, чихание, «гусиная кожа», исчезает аппетит, возникает бессонница. В дальнейшем появляется озноб, сменяющийся чувством жара, приступы слабости и потливости, боль в суставах, мышцах и костях. Острый период абстиненции длится 2—3 недели. При этом наиболее тяжелое состояние продолжается около 10 дней. Остаточные явления выражаются в периодически возникающем компульсивном влечении к наркотику, подавленном настроении, ощущении «пустоты», тоски, одиночества, неудовлетворенности, повышенном аппетите, неустойчивом ритме сна, периодическом чихании, ознобе и потливости, боли в суставах, неспособности к психическим и физическим нагрузкам и длятся в течение четырех месяцев.

Третья стадия заболевания характеризуется тем, что признаки психической зависимости подавляются признаками физической. Отмечается систематическое употребление наркотика. Меняется форма интоксикации. Наркотик оказывает преимущественно поддерживающий эффект. В этой стадии действие наркотика становится стимулирующим, а не седативным, как в первой стадии. Аппетит резко нарушен. Больной может употреблять пищу только в начале действия наркотика. Вкус становится избирательным, употребляется преимущественно сладкая и жирная пища. Вне интоксикации больные очень слабы и порой даже не способны передвигаться. Абстиненция становится очень тяжелой. Она наступает через 4—5 часов после отнятия наркотика. Во время абстиненции выражены страх, озноб, зевота, сердцебиение, обездвиженность, падение сердечно-сосудистой деятельности. Депрессивный аффект сочетается с адинамией. Часто больные лежат в одной позе, отвернувшись к стене. Они не переносят шума, смеха, страдают от бессонницы. У них снижен мышечный тонус и частота сердцебиений. Часто абстиненция сопровождается расстройствами деятельности желудочно-кишечного тракта, отмечаются поносы с кровью.

Последствиями хронической интоксикации наркотическими препаратами опийного ряда являются сниженная работоспособ-

ность, которая в процессе заболевания падает до нуля, сниженный интерес к реальной жизни, к любому занятию. Интеллектуальные процессы требуют большого усилия и вызывают утомление. Снижается концентрация внимания, изменяется эмоциональная сфера, развивается депрессия. Возникает соматическое истощение, которое сопровождается сильным кариесом (с зубов сходит эмаль), тромбозами. Нарастает опустошенность личности.

### 3.3.2. Формирование зависимости от стимуляторов

Для всех психостимуляторов, применяющихся с целью достижения эйфории, характерно симпатомиметическое действие (действие, вызывающее раздражение симпатических нервов). В связи с этим отравление психостимуляторами, в частности кокаином, сопровождается острым возбуждением, тахикардией с последующим развитием больших судорожных припадков, поражением почек.

При опьянении стимуляторами возникает выраженное двигательное и интеллектуальное возбуждение, повышается настроение, отличается бессистемная суетливость, разговорчивость. Начинаяшему употреблять психостимуляторы такое состояние контролировать трудно. Ему безразлично, с кем говорить, и он навязчиво обращается с разговорами к окружающим. После нескольких интоксикаций бессмысленная суетливость проходит, у больных появляется желание заниматься какой-либо творческой или интеллектуальной деятельностью, причем не свойственной им ранее. В опьянении больные выглядят очень характерно: бледное лицо, расширенные зрачки, сухие губы. Объективно отмечаются тахикардия, гипертензия, порывистость движений, легкое нарушение координации, мелкий тремор пальцев рук.

**Эфедрон.** На начальной стадии употребление эфедрона носит эпизодический характер. Однако положительный эмоциональный фон, свойственный интоксикации стимуляторами, способствует быстрому формированию психической зависимости, которая развивается после 2—3 инъекций при внутривенном введении. С появлением психической зависимости наступает быстрое изменение формы потребления и рост толерантности к наркотику. Вырабатывается своеобразный ритм интоксикации. Привычная разовая доза концентрированного эфедрона не увеличивается, так как это приводит к ухудшению состояния (появляется дрожь в теле, озноб, покалывание в руках и ногах, боли в затылке, повышается артериальное давление), однако учащается прием, поскольку эйфорическая фаза укорачивается с 6 до 4 ч и заканчивается вялостью, упадком сил, сердцебиением, сухостью во рту, влечением к повторному приему. Поэтому наркотик начинает приниматься 2—3 раза в сутки, реже — 5 раз с интервалом 3—5 ч без перерыва на сон. Суточная доза наркотика увеличивается в 6—

10 раз. Через 2—3 суток влечение к эфедрону постепенно снижается и возникает постинтоксикационное состояние. При этом наблюдается апатия, резь в глазах, тошнота, головокружение, неспособность к физическим и психическим нагрузкам, бессонница. Спустя 3—6 дней после последней интоксикации резко нарастает влечение к эфедрону. Его отсутствие вызывает тягостное чувство неудовлетворенности, психический дискомфорт. Продуктивная умственная работа становится невозможной. Мысли возвращаются к наркотизации. С приемом эфедрона состояние нормализуется. Больные легко и быстро выполняют работу, которая до опьянения казалась сложной. В процессе заболевания резко меняется характер опьянения.

На спаде интоксикации нарастают явления общей слабости, разбитости в теле, вялости в мышцах, головная боль, нарушения сна и аппетита. В этом состоянии начинает появляться тревожность, подозрительность, вздрагивания всем телом. Наступают стойкие нарушения сна.

На второй стадии заболевания разовая толерантность к наркотику возрастает в 5—6 раз, а суточная — в 50—60. Отмечается «хрупкость» эйфории, которая исчезает от внешних воздействий. Выражена абстиненция с характерной раздражительностью, грубостью, злобностью, подозрительностью, безотчетной тревогой, бессонницей, выраженным компульсивным влечением. Спустя 12—24 часа вспыльчивость, взрывчатость, грубость несколько ослабевают и на первый план выходят апатия, вялость, сниженное настроение. Периодичность злоупотребления наркотиком становится более четкой. Эфедрон принимается непрерывно 3—6 дней, после чего следует короткий перерыв в 2—5 дней. С течением заболевания светлые промежутки укорачиваются, а периоды интоксикации удлиняются до 10—15 дней. Вместо эйфории появляется возбужденность, пугливость, страх. Прилива сил не происходит. Нарастает физическая усталость, вялость, апатия, стойкая бессонница. Вне интоксикации больные выглядят также очень характерно: узкие зрачки, сухость во рту, повышенное артериальное давление, учащенный пульс, потливость. Язык становится ярко малиновым, «лакированным», его мышцы подергиваются.

Злоупотребление эфедрона приводит к выраженному психическому снижению, быстрому соматическому разрушению. Для больных характерны грубые эмоции, черствость, раздражительность, подозрительность, значительные нарушения волевой сферы (неспособность к сколько-нибудь длительным волевым усилиям). У них изменена иерархия мотивов. Поведение подчиняется стремлению немедленно удовлетворить любые желания. Выражены нарушения интеллектуальной сферы и памяти. Третьей ст а д и и не возникает. Больные часто погибают в результате вне-

запной смерти из-за нарушений сердечного ритма, кровоизлияний в мозг и важнейшие органы жизнеобеспечения организма.

**Кокаин.** При острой интоксикации кокаином опьянение также характеризуется возбуждением преимущественно интеллектуальной сферы. Течение мыслей облегчено, но само их направление становится неустойчивым и определяется целиком окружающей обстановкой. Все трудности, создаваемые действительностью, при этом исчезают из сознания, и в своих «воздушных замках» кокаинист представляет себя в наиболее благоприятном для него варианте. Обостряется восприятие. Длительность опьянения — 1—1,5 ч. После этого начинается фаза физического и психического расслабления. Кокаинист чувствует необыкновенную усталость и полное безволие при отсутствии стремлений и потребности во сне, что ведет к полной неподвижности. Настроение подавленное, характерны самобичевание, тяжелое угнетение, тоска или полная душевная пустота. Затем наступает тяжелый сон.

Зависимость от кокаина развивается очень быстро. Психическая зависимость может возникнуть после нескольких дней систематического вдыхания или первых инъекций. Последствия и осложнения хронической интоксикации возникают после первых месяцев злоупотребления наркотиком. Особенностью является ранняя социальная декомпенсация. Возникают значительные психические изменения. Снижаются активное внимание и интеллект, нарушается произвольное воспроизведение, отсутствует критическое отношение к своей болезни, наблюдаются личностные расстройства.

Выражены нейротрофические нарушения, которые проявляются в сухости и дряблости кожи, ломкости ногтей и волос. У нюхальщиков кокаина встречаются изъязвления и прободения носовой перегородки, западение хрящевой части спинки носа. Любые повреждения заживают очень медленно и с трудом.

### 3.3.3. Злоупотребление гашишем

Гашиш (в Европе), или марихуана (в Америке), имеет также целый ряд других названий. Это смолистое вещество, получаемое из листьев, побегов и цветов дикорастущей конопли (индийской или американской). Гашиш обычно курят или принимают внутрь. В европейских странах распространено преимущественно курение гашиша в смеси с табаком.

Действие гашиша, больше чем других наркотиков, зависит от установки на ожидаемый эффект. У лиц, ожидающих такого эффекта после выкуренной сигареты, часто развивается чувство страха и тревожной подозрительности, затем появляется расслабление, легкость и благодушие. Однако вместо этого эффекта могут появиться злобность, переходящая в агрессивность, а также рас-

стройства восприятия (пространства, освещенности, размеров объектов, цветов, интенсивности и характера звуков, времени, схемы собственного тела).

Характер проявления расстройств восприятия индивидуален. По мере наступления интоксикации мышление приобретает эмоциональное содержание, меняется в своем качестве и темпе. Изменяется также оценка текущих, прошедших и ожидаемых событий. Легкость решений, беспечность и безответственность в действиях свидетельствуют не только об эмоционально положительном фоне, но и о поверхностности мышления, падении способности предвидения. Течение мыслей меняет скорость. Мышление утрачивает последовательность и становится отрывочным. Порог восприятия повышается; сознание сужается. Наблюдается неспособность к концентрации внимания. С углублением интоксикации мышление приобретает черты бессвязности; оно может иметь элементарно бредовое содержание. В этом состоянии часто насильственно имитируются эмоциональные состояния окружающих — смех, плач, агрессия и т. д. В связи с этим в состоянии гашишного опьянения возможны групповые правонарушения и насильственные действия.

Проявления гашишной интоксикации позволяют оценить ее как временное нарушение деятельности коры головного мозга. Это подтверждается интенсивным и хаотическим выражением подкорковой деятельности и слабым выражением деятельности высших отделов головного мозга. При гашишной интоксикации интеллектуальная продукция резко снижена. Она диктуется восприятием и аффектом и ограничивается представлением, не поднимаясь до уровня умозаключения.

Объективно при опьянении наблюдаются беспорядочность поведения, покраснение или неестественная бледность кожи, блеск глаз, покраснение век и склер, расширение зрачков (иногда зрачки могут быть различной величины). Выражены сухость во рту и глотке, першение, чувство жажды, учащение пульса и дыхания. Часто наблюдаются головокружение, головная боль, иногда с рвотой, звон и шум в ушах и голове, пошатывание, дрожание пальцев рук, заплетающаяся речь.

Передозировка гашиша выражается в вегетативном возбуждении: зрачки резко расширены, на свет не реагируют, резко покрасневшее лицо, видимая сухость губ и полости рта, хриплый голос, повышенные давление и частота сердечных сокращений, нарушенная координация, дрожь пальцев рук. Психика резко нарушается вплоть до выраженного расстройства сознания с галлюцинациями; эмоции «скачут». Опьяневший переживает ужас и растерянность, сменяющиеся приступами неудержимого веселья. Такое психотическое состояние может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней.

Гашиш вызывает патологическое пристрастие. При его постоянном употреблении выражена психическая зависимость. Возможность формирования физической зависимости зависит от конкретного состава наркотика, т. е. от содержания наркотенных каннабинолов. Однако не вызывает сомнения наличие выраженного интоксикационного эффекта при употреблении гашиша, а также функциональных и часто органических нарушений деятельности центральной нервной системы. Абстинентный синдром развивается медленнее, чем при хроническом употреблении наркотиков опиоидного ряда. Первая его фаза проявляется зевотой, ознобом, вялостью, мышечной слабостью, беспокойством, дисфорией, исчезновением сна и аппетита. Эта фаза развивается спустя 4—5 часов после курения гашиша. Вторая фаза начинается с присоединения симптомов компульсивного влечения. Общее вегетативное возбуждение нарастает, мышцы напряжены. Появляется мелкий тремор, подергивания отдельных мышечных пучков. Повышается артериальное давление, учащаются пульс, дыхание, усиливается тревога, появляются слюно- и слезотечение, «гусиная кожа», болевые ощущения в мышцах. Эта фаза развивается к концу первых суток.

В третьей фазе на вторые сутки после прекращения приема наркотика появляются болевые ощущения тяжести и сдавленности в груди, сжатия и сдавливания головы, боль и тяжесть в сердце. На коже и под кожей ощущаются жжение, неприятное покалывание, дергание. Больные испытывают неопределенные неприятные ощущения во всех внутренних органах. На 3—5 сутки воздержания может развиваться психоз.

Наиболее тяжелые последствия хронического употребления гашиша проявляются в нарастающей энцефалопатии, переходящей в слабоумие. Это связано с тем, что при употреблении гашиша патологический процесс в мозге носит характер токсикодистрофической энцефалопатии с сосудистыми нарушениями. У гашишистов наблюдается грубая соматическая патология: миокардиодистрофия, неспецифические гепатиты, почечная недостаточность. Наблюдается интеллектуальная и нравственная деградация.

### **3.3.4. Злоупотребление галлюциногенами**

Галлюциногены (психоделические препараты типа ЛСД) вызывают изменения сознания, расстройства восприятия, мышления, дезорганизуют психику до степени психоза.

Изменения сознания часто представлены делириозной формой, хотя возможны и онейроидные расстройства сознания с космической, религиозной, мистической тематикой переживаний. Восприятие характеризуется искажением, насыщенной или, наобо-

рот, ослабленной эмоциональностью. Меняется восприятие времени, теряются различия между болезненными представлениями и реальностью. Часто появляются галлюцинации. Как правило, эйфория не включает соматический компонент удовольствия, а переживания, даже сильные, не соответствуют двигательной активности. Психические процессы становятся автоматическими, неуправляемыми, сноподобными. Концентрация внимания невозможна. Динамика формирования наркотической зависимости сходна с гашишной.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие симптомы и синдромы характеризуют зависимость от алкоголя и наркотиков?
2. Какие симптомы и синдромы характеризуют никотиновую зависимость?
3. Как происходит формирование зависимости от опиоидов?
4. Каковы признаки зависимости от депрессантов?
5. Как формируется зависимость от галлюциногенов?
6. Как формируется зависимость от летучих ингалянтов?
7. Каковы признаки зависимости от стимуляторов?
8. Как формируется зависимость от препаратов конопли (гашиша)?
9. Какова клиническая картина злоупотребления психоделическими препаратами типа ЛСД?

### **Литература**

- Пятницкая И. Н.* Наркомания: Руководство для врачей. — М., 1994.  
*Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г.* Подростковая наркология. — М., 2002.  
Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.

## ГЛАВА 4

### **БАЗОВЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ**

В настоящее время существует множество теоретических разработок в области профилактики алкоголизма и наркомании. Основными из них являются: теория продвижения к здоровью, теория мотивации, теория жизненных навыков, теория деятельности альтернативной наркобизации, получение социальной поддержки. Рассмотрим важнейшие положения этих теорий.

#### **4.1. Теория продвижения к здоровью**

В последние годы произошли большие изменения в разработке концепции человеческого здоровья и болезни. Исследователи предпочитают подход «моделирование здоровья» подходу «моделирование болезни» как более перспективный. Модель здоровья основывается на понятии продвижения к здоровью как профилактике, а точнее — превенции болезней. Понятие превенции — более широкое и предполагает не только уход от болезни, но и развитие протективных факторов, способствующих здоровью. Социально-когнитивные теории и прежде всего работы А. Бандуры и Р. Лазаруса являются базисом для понимания того, что состоянием своего здоровья и благополучия человек способен управлять сам [Bandura A., 2000; Lazarus R., 1980].

Развитие концептуальной модели здорового поведения основывается на интеграции различных теорий, таких, как модель здоровых убеждений, социально-когнитивная теория, теория осмысленных действий и теория протекции мотивации. Таким образом, в теоретической концептуальной модели здорового поведения рассматриваются мультикомпонентные причинные факторы как здоровья, так и болезни. В мультикомпонентной модели причинности рассматривается важность таких когнитивных составляющих, как самоэффективность и целеполагание с учетом их влияния на развитие личностных структур. Взаимодействие личностных и средовых конструкторов формирует человеческую мотивацию, регулирует ее и определенным образом направляет: либо на уве-

личение благополучия, либо, наоборот, на саморазрушение. Для того чтобы мотивационная активность действовала в направлении здоровья, необходимо углублять процессы осознания своего поведения. Для того чтобы профилактические действия были эффективными, человек должен иметь:

1) адекватные знания о факторах риска и рисковом поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения;

2) убеждение в возможности влиять на свое здоровье и в эффективности (самоэффективности) этого процесса. Это — центральная идея социально-когнитивной теории. Восприятие своей эффективности определяет уверенность в способности организовать свое поведение, мысли, чувства в благоприятном для себя направлении, несмотря на то, что на человека воздействуют различные стрессовые события, и жизнь его постоянно меняется, предъявляя ему все новые и новые требования и сюрпризы. Вера в свою эффективность — существенная основа для действий. Потеря же веры в себя может повлечь за собой эффект дезорганизации поведения в случае столкновения человека с трудностями, а также с изменениями окружающей действительности, что в принципе неизбежно [Vandura A., 2000].

## 4.2. Теория мотивации

Если человек не приходит к пониманию необходимости постоянных изменений своего мышления и стиля жизни, его жизнь сложится неудачно. Иными словами, он обречен на психическую и социальную дезадаптацию. Как будет проявляться эта дезадаптация — вопрос обстоятельств, скорее внешних, чем внутренних. Ясно одно, что риск приобщения его к наркотикам и другим психоактивным веществам резко увеличивается, проблема формирования зависимости от них становится более актуальной, а если зависимость уже сформирована, то лечение и реабилитация будут сопровождаться большими трудностями.

В связи с этим становится очевидной необходимостью *работа с мотивацией на позитивное изменение и развитие* на всех этапах и стадиях жизни человека, а тем более его выздоровления.

Методы работы с мотивацией здоровых людей в процессе профилактики, а также зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ в процессе лечения стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование мышления и образа жизни здорового человека, а также лечение пациентов, не готовых к изменению своего жизненного стиля, не приводит к позитивным результатам. В то же время стал очевидным факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества или еще не переступившие этого порога,

имеют право на помощь в формировании мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения, жизненного стиля и выздоровление.

Сформулируем основные положения, характеризующие мотивацию к позитивному изменению в наркологии.

1. Мотивация (побуждение) — первоначальный и ключевой элемент в изменении поведения человека.

2. Мотивация имеет сложную многокомпонентную структуру.

3. Составные компоненты мотивации могут быть определены и измерены современными психодиагностическими методами.

4. Мотивация — не статическое состояние, а динамический процесс, колеблющийся во времени и пространстве в зависимости от состояния личности и среды.

5. Мотивация находится под влиянием внешних и внутренних воздействий, причем ведущим, как правило, является внутреннее воздействие (внутреннее побуждение). Внешние воздействия выступают в виде «социальной почвы».

6. Мотивация может быть изменена.

7. Мотивация на изменение поведения и жизненного стиля в целом может изменяться под влиянием родителей, педагогов, врача, психолога, консультанта, социальной среды.

8. Стиль взаимодействия психолога всегда влияет на мотивацию к изменению.

9. Задача психолога — определить уровень мотивации человека к изменениям в его жизни и укрепить ее в позитивном направлении.

10. Мотивация на изменение зависит от того, готов ли человек к изменениям и в какой степени.

Рассмотрим принципы, лежащие в основе формирования мотивации на позитивные изменения.

*Повышение осознания* — наиболее широко используемый путь изменения. В настоящее время большинство профессионально грамотных профилактических и психотерапевтических методик направлено на повышение уровня самосознания человека, увеличение количества доступной информации о нем самом, об окружающей его среде и о природе его проблем, и таким образом на увеличение вероятности того, что он примет разумное решение относительно необходимости своих изменений. Зависимость от наркотиков и алкоголя должна быть осознана.

*Социальная поддержка* предполагает наличие внешних условий, которые могут способствовать началу и продолжению попыток человека измениться.

Из-за того что социальная поддержка — это внешняя сила, человек будет воспринимать ее различно в зависимости от того, на какой стадии изменений он находится. Социальная поддержка не только делает некоторые действия возможными, но и повыша-

ет самоуважение людей, которые начинают верить в свои силы и возможность измениться.

*Высвобождение эмоций* используется во многих профилактических и психотерапевтических техниках для того, чтобы помочь человеку осознать собственные защитные механизмы против изменений. Высвобождение эмоций происходит параллельно процессам осознания, но на более глубоком, чувственном уровне, и — что очень важно — на начальных этапах изменения. Более известное как катарсис высвобождение эмоций — это яркое, часто внезапное эмоциональное переживание, связанное с проблемой. Это — энергетически мощный процесс. Высвобождение эмоций часто происходит в результате реальных жизненных переживаний. Очевидно, что предпочтительнее вызывать эмоции с помощью специальных методов.

*Обязательства, или внутренний контроль.* Если уж человек решил измениться, то он берет на себя ответственность за эти перемены. Такая ответственность существует в виде груза обязательств, которые в некоторых случаях называют внутренним контролем, или ответственностью. Это осознание того, что только сам человек способен говорить и действовать за себя и нести ответственность за свои действия. Первый шаг в принятии на себя обязательств — это принятие внутреннего решения измениться. Второй шаг — это информирование о принятом решении окружающих.

*Противодействие.* Наше поведение зависит от внешней среды. Почти любая здоровая активность может стать эффективной техникой противодействия. Существует множество техник противодействия. Важно отыскать ту, которая подходит именно данному человеку.

*Внешний контроль.* Как и противодействие, внешний контроль деятельностно ориентирован. Однако в этом случае человек не пытается овладеть своими внутренними реакциями, вместо этого он изменяет окружающую обстановку, чтобы снизить вероятность событий, приводящих к возникновению проблем.

Противодействие меняет реакции индивида на внешние стимулы; внешний контроль — это регуляция самих стимулов. Внешний контроль очень прост: например, не общаться с теми, кто употребляет наркотики, не хранить дома наркотики или алкоголь.

*Поощрение.* Наказание и поощрение — две стороны одной медали. Можно наказывать за нежелательное поведение (хотя это редко приводит к успешным изменениям) или поощрять за желательное. Однако наказание часто ведет к временному подавлению проблемного поведения, а не к реальным переменам.

Поощрение, наоборот, очень часто приводит к успешным переменам в поведении. Повышение самооценки — одна из простейших форм поощрения. Поощрение может контролироваться и другими людьми.

*Поддерживающие отношения.* Изменение себя — это собственные попытки модифицировать свое поведение. Однако важно избежать устаревшего мнения о том, что изменять себя человек должен в одиночку. Поддержка может исходить не только от профессионала, но и от друзей или родственников, если человек информирует их о своих чувствах. В любом случае поддерживающие отношения должны обеспечивать заботу, поддержку, понимание и принятие. Помогать — это не просто. К сожалению, многие люди не обладают даже простейшими навыками помощи, такими, как выслушивание и рефлексия. Однако именно на них и основывается мотивационная терапия.

В наркологии рассматриваются пять стадий изменения человека, идущего по пути преодоления проблемы зависимости от наркотиков. Каждая из этих стадий может быть предсказана или достаточно четко определена. Она занимает определенный период времени и задает серию задач, которые должны быть выполнены перед тем, как становится возможным переход на следующую стадию. Каждый предыдущий этап вовсе не обязательно ведет к следующему — на каждом из них возможно застревание. Но осознание всей последовательности стадий и понимание специфических задач на каждой из них позволит контролировать долгий путь изменений, идти по нему быстрее и эффективнее, с меньшими затратами и страданиями.

Однако путь развития и изменений должен пройти каждый человек, а не только зависимый от наркотиков. Особенно важно понимать, что такой путь — главнейшая, если не основная, составляющая подготовки специалистов в области профилактики и психотерапии зависимости от наркотиков.

Именно изменение собственного поведения является не только моделью, но и функцией взаимодействия врача с пациентом, родителя с ребенком. Это взаимодействие в динамике развития.

Д. Прохазка и К. Ди Клементе [1992] выделяют шесть стадий изменения поведения. Однако шестая стадия — «завершение» — является теоретической. В наркологической практике используется пятистадийная модель.

1. Стадия стабильного поведения (предваряющая). Готовность изменить существующее положение вещей отсутствует.

2. Размышление о необходимости изменения своего поведения.

3. Подготовка. Совершение первоначальных небольших действий (шагов) по изменению своего поведения.

4. Активное действие. Действия, направленные на изменение своего поведения.

5. Сохранение результата. Осознание происходящих изменений и их поддержка.

Рассмотрим каждую из стадий более подробно.

Человек, находящийся на предваряющей стадии, обычно не имеет никакого намерения изменить свое поведение и отрицает само наличие проблемы. Почти все хотят менять не себя, а окружающих. Люди сопротивляются всякому изменению. Характерно также приписывание всей ответственности за происходящее *внешним факторам* (генетический код, привыкание, семья, общество или «судьба»). Человек ощущает, что он не властен над этими факторами и не может их контролировать.

На предваряющей стадии люди не желают говорить и думать о своей проблеме из-за того, что ситуация кажется им безнадежной. Однако одним из замечательных свойств такого состояния является возможность противопоставить ему какое-либо конструктивное решение. При этом следует учитывать, что как пациент, так и профессионал могут одновременно испытывать растерянность и фрустрацию. Также деморализованными являются родители ребенка, проявляющего отклоняющееся поведение или начавшего употреблять наркотики; учителя в ситуации взаимодействия с «трудными» подопечными; специалисты, решившиеся заняться профилактикой.

На стадии размышления люди осознают наличие проблемы и начинают серьезно задумываться о ее решении. Для них становится важным понимание проблемы, причин ее возникновения, возможных путей разрешения. Многие люди на этой стадии имеют весьма неопределенные планы и реально очень далеки от того, чтобы предпринимать конкретные действия. Часто размышляющий отчетливо видит перед собой цель и даже представляет себе пути ее достижения, но не чувствует себя готовым что-либо предпринять. Многие люди остаются бездейственными долгое время. Страх перед неудачей заставляет размышляющих снова и снова исследовать все, что связано с их проблемой, в надежде, что лучшее понимание поможет ее преодолению. Подобное промедление может стать бесконечным. Профессионал также может находиться на стадии размышления вместе со своим пациентом длительное время и не знать, как и куда можно двигаться. Кроме того, он может представлять собой человека, склонного замешать действия размышлениями и находиться в плену хронической пассивности в отношении пациента.

При переходе от стадии размышления к стадии подготовки в мыслительных процессах человека начинаются определенные изменения. Во-первых, он начинает фокусироваться *не на проблеме, а на ее решении*. Во-вторых, он перестает думать о прошлом и начинает думать о *будущем*. Окончание стадии размышления характеризуется ожиданием, активностью, тревогой и возбуждением.

На стадии подготовки большинство людей планируют конкретные действия в пределах нескольких ближайших месяцев, проделявают последние приготовления перед тем, как начать целенаправленно изменять свое поведение. На этой стадии очень важ-

но заявить окружающим о своем намерении. Но, несмотря на то, что люди предпринимают конкретные действия и выглядят готовыми к переходу на следующую стадию, им не всегда удается преодолеть внутреннюю амбивалентность. Им все еще приходится убеждать себя сделать активный шаг. На стадии подготовки многие уже начинают совершать активные действия. Степень осознания высока и ожидания почти осязаемы. Нельзя искусственно сокращать стадию подготовки, не завершив ее в виде обсуждения намерений и разработки детального плана. Нужно быть уверенным, что пациент уже достаточно знает о процессе изменений, чтобы благополучно добраться до стадии сохранения результата и завершения.

На стадии активного действия люди начинают открыто изменять свое поведение и свое ближайшее окружение. Они активно противостоят своим страхам и совершают те действия, к которым так долго готовились. Это самый деятельный период, требующий максимального вложения сил и времени. Происходящие изменения гораздо заметнее для окружающих. Опасность заключается в том, что многие, в том числе и профессионалы, часто путают активное действие и изменение в целом, умаляя значимость не только критики по отношению к себе, предшествующей действию, но и в такой же степени необходимой (и часто более сложной) деятельности, направленной на закрепление и сохранение достигнутого результата. Ослабление поддержки происходит именно тогда, когда в ней особенно нуждаются: во время предварительной стадии и стадии размышления, а также когда стадия активного действия уже позади. Те профессионалы, которые склонны путать стадию активного действия с изменением в целом, разрабатывают программы, ориентированные только на изменение поведения. Однако программы должны быть нацелены на все стадии, а не только на стадию действия. Несмотря на то, что изменение поведения — это наиболее очевидное изменение, оно не является единственным. Точно так же необходимо менять степень осознания проблемы, эмоции, представления о себе и т. д. И большая часть этих изменений должна произойти раньше, чем наступает время для активных действий.

На стадии сохранения результата необходимо сохранить и укрепить результаты, достигнутые ранее, одновременно стремясь избежать срывов и рецидивов. Изменения никогда не прекращаются на стадии действия. Важно их продолжение, которое длится всю оставшуюся жизнь.

Если к сохранению результата не относиться со всей серьезностью, то гарантирован срыв, причем, как правило, происходит возвращение на предварительную стадию или на стадию размышления. Сохранение изменений — долгий процесс.

К стадии завершения стремятся все, проходящие через цикл перемен. Появляется уверенность в том, что рецидива

уже никогда не будет. Однако в случае зависимости от алкоголя и наркотиков такая уверенность обманчива. Большинство людей остаются на стадии сохранения результатов, и чем дольше это происходит, тем лучше. Но окончательной точки в выздоровлении от зависимости или в развитии человека ставить нельзя.

Неверно считать, что все изменения по стадиям выглядят линейно: предварительная стадия — размышления — подготовка — активные действия — сохранение результата — завершение.

В реальности все происходит сложнее. Линейное движение возможно, но осуществляется не так уж часто. Большинство людей «срываются» в какой-нибудь точке, возвращаясь к стадии размышления, а иногда даже к предварительной стадии, после чего снова возобновляют свои попытки. Практика показывает, что человек, вставший на путь изменения себя, вынужден не один раз возвращаться к пройденным этапам. Преодоление непростого пути от стадии размышления до стадии сохранения результата требует непрерывной работы, выработки стратегий борьбы с рецидивами и правильного понимания процессов изменения. Несмотря на лучшие намерения, рецидив остается скорее правилом, чем исключением. При этом человек думает, что потерпел полный провал и все его тяжкие усилия потрачены впустую. Однако это — не движение по кругу, а восходящая спираль.

Следует обратить внимание еще на некоторые важные моменты.

Понятие *готовности к изменениям* предполагает учет еще двух понятий — *необходимости* и *уверенности*, которые позволяют объяснить пациенту степень его мотивации к изменению. Когда психолог или терапевт понимают эти чувства пациента, у них есть возможность проникнуть в самую их суть и определить комплекс усилий, которые должны сопутствовать изменению поведения.

Готовность к изменению поведения отражает степень побуждения индивида к изменению паттернов проблемного поведения и инициирует эти изменения. Задача специалиста, занимающегося профилактикой зависимости от алкоголя и наркотиков, заключается в создании конгруэнтности своей деятельности со степенью готовности пациента.

Человек может находиться на разных стадиях готовности к изменениям. Стадия А — не готов к изменению. Стадия В — не уверен в готовности. Стадия С — готов к изменению. «Перепрыгивание» через стадию ошибочно. Если специалист дискутирует с человеком, находящимся на стадии А, но думающим, что он находится на стадии С и готов к действию, то у него возникают негативные эмоции и желание прекратить работу. Это заставит его задуматься о том, как соотносить тему беседы со степенью готовности клиента к изменению.

Итак, для того чтобы человек был готов к изменению, нужно, чтобы он осознавал его необходимость и был уверен в своих силах.

### 4.3. Теория жизненных навыков

Жизненные навыки — личные, межличностные и физические — позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, развивать умения жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую социальную среду. Данная теория базируется на понятии о необходимости постоянного развития человека и позитивного изменения поведения. Этот теоретический подход был сформулирован на стыке двух этиологических теорий — теории социального научения А. Бандуры [2000] и теории проблемного поведения Р. Джессор [1992]. Первая связывает данный подход с направлением социальных влияний, вторая — с социально-психологическим направлением, учитывающим проблемы, которые являются актуальными в подростковом возрасте, в том числе употребление наркотиков, раннее сексуальное поведение, делинквентность и т. д.

Впервые профилактические программы развития жизненных навыков были разработаны Д. Ботвином [1999] и продолжают развиваться и совершенствоваться под его руководством. Цель этих программ — повысить устойчивость подростков к различным социальным влияниям, в том числе и к употреблению наркотиков, а также индивидуальную компетентность путем обучения личностным и социальным навыкам.

Программы развития жизненных навыков имеют три компонента.

Первый компонент — информационный. Он заключается в изложении информации о здоровье, о вреде употребления наркотиков, социальной недопустимости их употребления. Вторым компонентом представляет собой развитие самоуправляемого поведения, сфокусированного на выбранном жизненном стиле, разработку планов самосовершенствования, развитие самооценки, социальной чувствительности и личностного контроля, обучение стратегиям принятия решений, устойчивости к влияниям социальной среды и давлению наркотизирующихся сверстников. Участники программ также обучаются различным техникам, редуцирующим тревогу, способствующим самоуправлению и релаксации, когда это необходимо. Третий компонент — обучение различным социальным навыкам. Это навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, а также отказа от предложений употребить психоактивное вещество и отстаивания своей позиции, персональных границ и поддержания дружеских связей.

Оценка эффективности профилактических программ, основанных на этом подходе, показала хорошие результаты. В сравнении с другими подходами данная модель рассматривается как имеющая шансы быть наиболее успешной. Этот подход хорошо разработан

и демонстрирует в различных исследованиях постоянную эффективность с точки зрения формирования позитивных изменений в поведении молодежи. Отмечается редукция первого экспериментального курения, прекращение курения в начальной фазе аддикции. Полученные результаты свидетельствуют о существенных изменениях в знаниях и отношениях: повышается субъективный контроль над своим поведением, возрастает уверенность в себе и чувство самоэффективности от адекватных решений, принятых самостоятельно, и изменений жизненного стиля в сторону укрепления здоровья.

Главными достоинствами теории жизненных навыков являются концептуальная четкость и простота, эмпиризм и рациональность, высокая и наглядная эффективность методов.

#### **4.4. Теория деятельности, альтернативной наркотизации**

Теоретическая концепция альтернативы наркотикам базируется на следующих позициях:

— психологическая зависимость от наркотика является результатом его заместительного эффекта;

— многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, — результат изменения настроения или сознания личности;

— люди не прекращают употреблять психоактивные вещества, улучшающие настроение, или искать удовольствия до тех пор, пока не имеют возможности получить что-то лучшее;

— альтернативы наркотикам являются и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

В данном направлении подчеркивается важная роль среды и делается попытка уменьшить риск употребления наркотиков посредством развития специфической активности. Концепция альтернатив направлена на развитие осведомленности личности, ее значимых интерперсональных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности.

В целом выделяют четыре варианта программ альтернативной активности:

1. Предложение специфической активности (например, путешествия с приключениями), которая предполагает преодоление различных препятствий среды.

2. Комбинация специфических потребностей со специфической активностью (например, потребность в поиске ощущений, свойственная людям, рискующим быть вовлеченными в употребление наркотиков или алкоголизацию, удовлетворяется посредством занятий экстремальными видами спорта (прыжки с парашютом и т. д.).

3. Поощрение участия во всех видах специфической активности.

4. Создание групп поддержки молодых людей, заботящихся о своей жизненной позиции.

Данные программы особенно эффективны при работе с группами высокого риска употребления психоактивных веществ.

#### **4.5. Концепция социальной поддержки**

Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укреплении здоровья стремительно возрастает. Проведенные исследования показали, что люди, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них лиц, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания [Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995; Мосос Р.Н., 1994]. Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, сохраняет здоровье и благополучие человека, облегчает его адаптацию и способствует развитию. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым развитием-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления. Термин «социальная поддержка» широко используется в западной клинической психологии и смежных науках, связанных со здоровьем человека.

Многочисленные определения социальной поддержки не лишены недостатков. В зависимости от позиции исследователя в них подчеркиваются специфические, личностные или социальные связи, а также другие компоненты. Обычно социальная поддержка рассматривается как информация, приводящая субъекта к убеждениям, что его любят, ценят, о нем заботятся, он является членом социальной сети и имеет с ней взаимные обязательства. Социальная поддержка — это обмен ресурсами между двумя (по крайней мере) индивидами, воспринимающимися как донор и реципиент. Т. Виллс [Wills T.A., 1990] выделяет три компонента социальной поддержки: 1) структура (семья, число друзей, межличностные связи: с родственниками, с членами формальных и неформальных объединений и т.д.); 2) функция (эмоциональная, оценочная, информационная, ресурсная); 3) эффект (удовлетворение поддержкой).

А. Ваукс [Vaux A., 1990] рассматривает социальную поддержку как сложный конструкт, состоящий из нескольких компонентов: 1) ресурсов поддерживающих сетей (размер, структура и т.д.); 2) специфических поддерживающих действий (совет, практическая помощь в решении задачи, похвала и т.д.); 3) субъективной оценки поддержки (восприятие поддержки). Восприятие поддержки характеризуется уверенностью личности в том, что ее потребность в поддержке, информации, обратной связи осуществ-

ляется. Большинство современных исследователей считают, что определение восприятия поддержки как качественного метода измерения является более эффективным подходом к определению психосоциального статуса личности, чем объективные измерения социально-поддерживающей сети.

Социальная система поддержки, с одной стороны, и удовлетворенность этой системой, с другой — различные, но важные для преодоления стресса переменные, требующие разных подходов к их изучению. Не вызывает сомнения, что знание субъективной оценки адекватности получаемой социальной поддержки значительно важнее для психологического состояния индивида, чем его информированность о числе поддерживающих лиц или о качестве оказываемой поддержки.

Т. Виллс [Wills T.A., 1990] выделяет четыре типа социальной поддержки: 1) эмоциональная (интимная) — забота о другом, доверие и сопереживание ему; 2) инструментальная (материальная) — финансовая помощь, помощь коллег по работе друзей и т. д.; 3) информационная — содействие в разрешении проблем путем предложения важной информации, совета; 4) обратная связь (поддержка в форме оценки) — оценка поведения, эффективности разрешения проблемы и т. д.

Существует несколько моделей, объясняющих связь социальной поддержки с исходами психологического и физического здоровья.

**Модель основного (главного), или направленного, эффекта.** Согласно этой модели наличие социальной поддержки само по себе непосредственно влияет на сохранение здоровья. Отсутствие поддержки или ее слабость приводят к ухудшению здоровья. Поддержка может вызывать поведенческие паттерны, которые увеличивают или снижают риск возникновения болезни, и может продуцировать биологические ответы, которые оказывают влияние на заболевание или поведение и воздействуют на риск болезни. Генерализованный полезный эффект социальной поддержки возникает в результате того, что социальные сети обеспечивают отдельных своих членов регулярными позитивными переживаниями и комплексом стабильных, социально одобряемых ролей.

Поддержка может быть связана с благополучием в целом, обеспечивая позитивное воздействие, создавая чувство предсказуемости и стабильности в определенных жизненных ситуациях и признании самооценности индивида. Интеграция в социальную сеть также помогает избежать негативных переживаний, которые в противном случае будут увеличивать вероятность психологических или физических расстройств.

Данный вид социальной сетевой поддержки может быть связан с исходами физического здоровья посредством эмоционально

вызванных эффектов функционирования эндокринной или нейрогуморальной систем, а также поведенческих паттернов, таких, как курение, употребление алкоголя или наркотиков. Модель главного эффекта постулирует, что рост социальной поддержки в результате будет увеличивать благополучие.

**Буферная модель.** Механизм, связывающий стресс с болезнью, включает серьезные нарушения нейроэндокринной или иммунной систем и предполагает внесение изменений в поведение, наносящее вред здоровью (неправильное питание, употребление алкоголя, табака, наркотиков и т. д.). В ситуации стресса высокой интенсивности выраженная социальная поддержка выступает как буфер между стрессором и человеком, амортизирует негативное воздействие стресса, что позволяет сохранить хорошее здоровье.

Низкий уровень социальной поддержки при стрессе высокой интенсивности не оказывает смягчающего действия на организм и поведение, в результате чего здоровье ухудшается, а поведение индивида становится проблемным, резко повышается риск формирования аддиктивного компонента. Следовательно, буферный эффект проявляется не постоянно, а только при высоких степенях стресса и выраженной эффективности социальной поддержки. Воздействие стресса низкой интенсивности при наличии слабой социальной поддержки не включает действие ее смягчающих механизмов. В этом случае используются другие механизмы совладания со стрессом.

Согласно данной модели дистресс вызывает болезнь путем негативных нейроэндокринных ответов или путем выработки патогенных форм поведения, либо посредством комбинации того и другого. Социальная поддержка может играть роль буфера в двух различных местах причинной цепи, связывающей стресс и болезнь.

**Во - п е р в ы х,** между стрессогенным событием (или ожиданием этого события) и реакцией на стресс путем ослабления или смягчения оценки дистресса. Таким образом, восприятие стресса другими (поддерживающими) лицами будет обеспечивать необходимыми ресурсами, проявляющимися в форме переосмысления потенциала стрессовой ситуации или поддержания убежденности в собственной способности совладания с проблемой или навязываемыми требованиями, а следовательно, препятствовать оценке ситуации как высоко стрессогенной.

**Во - в т о р ы х,** между переживаниями стресса и началом патологического исхода путем редуцирования или устранения стрессовой реакции. Поддержка в данном случае может изменять оценку стрессовой ситуации, обеспечивать разрешение проблемы, редуцировать восприятие важности проблемы, оказывать содействие здоровому поведению и нормализовать функционирование ней-

роэндокринной системы. В буферной теории наиболее важным компонентом социально-поддерживающего процесса является восприятие социальной поддержки, так как именно она обладает наиболее выраженным влиянием на здоровье.

**Модель ненаправленного эффекта.** Согласно этой модели позитивное воздействие социальной поддержки на здоровье оказывается не направленным, а опосредованным, например, через самооценку.

Высокая социальная поддержка повышает самооценку, которая определяет сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка формирует негативную самооценку, которая негативно влияет на здоровье.

Социальная поддержка — динамичная характеристика, ее формы, качество и потребность в ней меняются вслед за изменением жизненной ситуации и самой личности. Она может оказывать как позитивное, так и негативное воздействие. Ее избыток подавляет творчество, самовыражение личности, а недостаток — ослабляет мотивацию, поиск, инициативу. Она существует в разнообразных формах и имеет свои особенности в зависимости от культуры. Цели оказания поддержки, ее характер (постоянный или временный), личностные особенности и отношения «донора» и «реципиента», их намерения и другие факторы будут определять эффект ее воздействия.

Навязываемая, незапрашиваемая социальная поддержка, постоянный контроль ситуации со стороны того лица, которое ее намерено осуществить, могут восприниматься как социальное давление, формировать негативное отношение к так называемому «донору» или зависимость от него и, как следствие — зависимое поведение от других лиц, факторов и обстоятельств. Поведение, оцениваемое «донором» социальной поддержки как поддерживающее, может не восприниматься «реципиентом» таковым. Помощь партнеров по наркотизации в поиске и приобретении наркотиков нередко воспринимается больным как социальная поддержка, а попытки членов семьи направить его на лечение — как стремление нанести вред.

Необходимость изучения социальной поддержки и влияния социальных сетей в области наркологии не вызывает сомнения — это важная точка приложения терапевтического и профилактического воздействия. Особого внимания заслуживает включение социальной поддержки в различного рода профилактические программы.

Социальная поддержка, оказываемая друг другу подростками, не имеющими опыта участия в профилактических программах, последовательно и позитивно связана с приобщением к табакокурению, употреблению алкоголя и наркотиков. У подростков, получающих выраженную социальную поддержку сверстников,

злоупотребляющих наркотиками, повышается вероятность употребления психоактивных веществ.

В то же время поддержка родителей и других значимых взрослых, не употребляющих психоактивные вещества, негативно связана с употреблением табака, алкоголя подростками. Слабая родительская поддержка делает подростков более чувствительными к неблагоприятному влиянию социального окружения сверстников, а употребление наркотиков родителями еще более усиливает это влияние.

Люди со слабой социальной поддержкой более уязвимы и подвержены риску употребления наркотиков. Социально поддерживающее поведение может влиять на увеличение или уменьшение потребления психоактивных веществ и оказывать терапевтическое воздействие на больных алкоголизмом и наркоманией.

Проведенные нами исследования [Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995] показали неэффективность социально-поддерживающего процесса у больных наркоманией и алкоголизмом, количественное уменьшение и качественное негативное изменение структуры социальных сетей, изменение их ориентации на асоциальную и антисоциальную. Естественно, что распад социальных сетей, неэффективность поиска социальной поддержки и ее качества определяют субъективную оценку ее восприятия как низкую. Полученные результаты показывают, что людям с алкогольной или наркотической зависимостью недостаточно только пройти курс лечения в стационаре, так как это не окажет влияния на социальную среду, в которую больной возвращается.

Динамическое терапевтическое воздействие должно быть направлено на эволюционное изменение жизненного стиля больного, включение его в постоянную поддерживающую среду единомышленников — семьи, друзей, членов неформальных объединений выздоравливающих от зависимости. Здесь крайне необходима помощь государственных структур, которые могли бы оказать им социальную поддержку (к сожалению, такие структуры в нашей стране практически отсутствуют). Появление у больного мотивации, отражающей потребность осуществить кардинальные изменения своего зависимого поведения после столкновения с серьезными проблемами, связанными с употреблением наркотиков, должно получить неформальную помощь социальной среды.

Программы первичной и вторичной профилактики также должны быть направлены на создание, укрепление, санацию социально-поддерживающей среды детей и подростков.

Без этого важнейшего компонента они не могут быть эффективными.

### Контрольные вопросы и задание

1. В чем смысл теории продвижения к здоровью?
2. Определите основные положения теории мотивации.
3. В чем практическая важность теории жизненных навыков?
4. Какова суть теории альтернативной наркотикам деятельности?
5. Как может быть использована концепция социальной поддержки в профилактике алкоголизма и наркомании?

### Литература

Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.

*Сирота Н. А.* Копинг-поведение в подростковом возрасте: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1994.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // *Обозр. психиатр. и мед. психол.* — 1994. — № 1. — С. 63—74.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ // *Вопросы наркологии.* — 1996. — № 4. — С. 59—67.

## ГЛАВА 5

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

Концептуальная теоретическая модель профилактики зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ имеет ряд важнейших направлений. Это развитие поведенческих стратегий разрешения проблем, когнитивной сферы социально-поддерживающей системы и социально-поддерживающего процесса, модификации поведенческой стратегии избегания, а также навыков эмпатии, аффилиации и социальной компетентности. Каждое из этих направлений имеет свое теоретическое обоснование.

#### 5.1. Развитие стратегии разрешения проблем

Теоретическим основанием развития стратегии разрешения проблем как одной из важнейших структур формирования функционального адаптивного поведения — основного жизненного навыка — служит модель разрешения социальных проблем Т.Дзуриллы и М.Гольфрида [D'Zurilla T., Goldfried M., 1971], впервые описавших модель. Разрешение социальных проблем рассматривается как когнитивно-поведенческий процесс, путем которого личность вырабатывает эффективные стратегии преодоления проблемных ситуаций, встречающихся в повседневной жизни. В результате происходит открытие широкого круга альтернативных решений, которые способствуют общей социальной компетентности. В то же время разрешение социальных проблем рассматривается как составляющая копинг-процесса.

Выделяют пять специфических этапов в процесса разрешения проблемы:

- 1) ориентация в проблеме (когнитивный и мотивационный комплекс, приводящий к ознакомлению с проблемой в целом);
- 2) определение и формулирование проблемы (описание проблемы в конкретных терминах и идентификация специфических целей);
- 3) генерация альтернатив (разработка исчерпывающего перечня возможностей разрешения) проблемы;

4) принятие решения (системное развитие цепи альтернативных решений проблемы, рассмотрение последствий и выбор оптимальных альтернатив);

5) выполнение решения; проверка, подтверждение и наблюдение за развитием его результатов.

На этапе ориентации в проблеме происходят следующие шаги научения:

– точное узнавание и идентификация проблемы, когда она возникает;

– принятие веры в то, что проблемы — нормальное и неизбежное явление в жизни;

– выработка убежденности в существовании эффективных способов решения проблемы;

– разрушение и модификация негативного комплекса разрешения проблемы, заключающегося в когнитивной оценке проблемной ситуации как «угрозы», а не как «вызова» или «изменения»; в сохранении нерационального убеждения в том, что «проблема у меня никогда не может возникнуть»; в развитии ощущения глобальности и стабильности проблем; в безответственности и беспомощности при столкновении с ними; в преувеличении ценности существующей проблемы и напряженности социальной ситуации.

На этапе определения и формулирования проблемы необходимо правильно оценить проблему и сформулировать реальную цель или задачу ее разрешения. Эта операция включает пять шагов:

– поиск всей имеющейся информации о проблеме;

– внимательное описание всех связанных с проблемой фактов в ясных и конкретных терминах;

– дифференциацию относящейся к делу информации от посторонней, объективных фактов, выводов, оценок, интерпретаций от необъективных;

– определение фактов и обстоятельств, которые делают ситуацию проблемной, т. е. настоящих препятствий к достижению цели; определение конфликта между целями, наличия негативных эмоций (ощущения угрозы, чувства фрустрации и т. д.);

– постановку реалистической цели разрешения проблемы с описанием деталей желательного исхода.

На этапе генерации альтернатив происходит создание альтернативных подходов. Интерпретируются личные альтернативные варианты разрешения проблемы и максимизируется осознание вероятности того, что наиболее эффективные среди них будут возможны. Используются два основных принципа, содействующие процессу: отсроченного решения и количественного порождения качества. Принцип отсроченного решения предполагает, что более зрелые и адекватные альтернативы могут быть получены, если личность приостанавливает, откладывает некоторые

типы формирования ответов до более поздней точки в проблем-разрешающем процессе.

Принцип количественного порождения качества предполагает, что, чем больше альтернатив генерализуется, тем выше вероятность выбора из них наиболее эффективных.

На этапе принятия решения происходит развитие имеющихся возможностей разрешения проблемы и выбор альтернатив, которые: а) эффективно разрешают ситуацию; б) в дополнение к разрешению проблем максимизируют позитивные последствия в целом и минимизируют негативные. Большое внимание отводится оценке выбранной альтернативы и ее последствий. Ошибки в принятии решения могут включать чрезмерную стимуляцию или недооценку вероятности негативного эффекта, неточную оценку особенностей данного варианта решения. Другой тип ошибок в принятии решения — невнимание к широкому кругу последствий, связанных с каждой альтернативой.

Могут быть рассмотрены четыре категории последствий: *прямые, долговременные, личностные* (направленные на себя) и *социальные* (направленные на других). Личностные последствия проявляются в эмоциональных издержках, нарушении этических, моральных стандартов, риске потери физического благополучия. Социальные последствия — это воздействие на семью, друзей, коллег по работе и общество в целом. Как личностные, так и социальные последствия бывают прямыми или долговременными. Оценка вероятности и ценности этих последствий помогает вести человека к пониманию того, что выбор определенных альтернатив будет наиболее эффективным. Однако наряду с тщательным взвешиванием последствий принятия решений следует учитывать и здоровое стремление к осознанному риску.

Этап выполнения решения и его проверки включает четыре специфические операции:

- 1) эффективное выполнение разрешающего ответа;
- 2) изучение актуальных последствий;
- 3) оценка эффективности решения;
- 4) самоподкрепление (поощрение за то, что проблема эффективно разрешена).

## 5.2. Развитие когнитивной сферы

Развитие когнитивной сферы предполагает формирование интернального контроля, умение управлять ситуацией и выбором своего поведения в ней, противодействовать давлению среды, развитию самоконтроля, самоэффективности, социальной компетентности и самоуважения.

В целом когнитивное развитие фокусируется на изменениях Я-концепции и на формировании зрелого стиля мышления. При

этом следует учитывать, что у детей и подростков когнитивные процессы не статичны, это динамическое движение, ведущее от незрелости к зрелости. На когнитивные процессы влияют биологические и индивидуальные факторы, а также опыт взаимодействия со средой.

Процесс когнитивного роста происходит на различных уровнях и начинается со способности критически и концептуально мыслить. Ж. Пиаже [Piaget J., 1932] описал эволюцию формального операционального мышления, в процессе которого у детей и подростков формируется концептуализация понятий о себе и о мире. В процессе развития конкретного мышления и получения эмпирического опыта ребенок приобретает способность мыслить абстрактными категориями, символами и гипотетическими понятиями. В то же время, как правило, формируются и более реалистические планы на будущее.

Когнитивные процессы имеют место в становлении личностной идентичности. Способность формировать альтернативные объяснения и рассматривать различные перспективы приводит к социальной адаптации и помогает разрешать проблемы взросления. Когнитивные процессы способствуют повышению социальной самокомпетентности и развитию способности противостоять среде. Персоноцентрические особенности подросткового взгляда на мир и проблемы сменяются социоцентрическими. Подростки, считающие, что весь мир разделяет их идеи и заблуждения, интенсивно осознают результаты своего поведения, являющегося следствием этих заблуждений. Это формирует у них более объективную точку зрения на мир.

Г. Шродт и В. Фитцджеральд [Schrodtt G., Fitzgerald B., 1987] рассматривают процесс когнитивного развития как продвижение в области когнитивных способностей от конкретного к абстрактному, от реального к возможному, от состояния «здесь и сейчас» к будущему, от буквального понимания к использованию символики, от восприятия общего к дискриминантному.

Согласно данному принципу в области социального познания когнитивное развитие происходит от экстернального локуса контроля к автономии; от эго- и персоноцентричности к развитию мировоззрения, взгляду на мир как целостную систему; в области эмоций — от интенсивного проявления аффекта к его смягчению.

В области разрешения проблем и межличностной эффективности развитие происходит от негибкости к адаптивности, творческому подходу; от восприятия собственных ошибок как причины дискомфорта — к восприятию ошибок как причины для обратной связи со стороны социальной среды, от центрированности на себе к эмпатии.

В области жизненной философии — от отчуждения к осознанию обязательств и привязанностей; от наказания к совестливо-

сти; от стремления немедленно редуцировать напряжение и реализовать его в непосредственном поведении к регулированию самооценки, самоконтролю, самоэффективности, самокомпетентности и самоуважению; от некритического принятия системы отношений и ценностей, убеждений и целей к устойчивой и постоянной собственной позиции.

### **5.3. Развитие социально-поддерживающей системы и социально-поддерживающего процесса**

Теоретические подходы к развитию данного направления в практике превенции злоупотребления наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами определяют понятие социально-поддерживающего процесса как важнейшего психосоциального звена в формировании физического и психического здоровья человека или, напротив, ведущего к болезни.

Социально-поддерживающий процесс, или социальная поддержка, в целом состоит из трех компонентов: социальных сетей, восприятия социальной поддержки и копинг-стратегии поиска социальной поддержки.

Социальные сети развиваются из социальных интеракций, которые одни индивиды, согласно их взглядам и интересам, имеют с другими. Социальные сети являются источником социальной поддержки и определяют ее эффект. Этот эффект зависит также от личностного ресурса восприятия социальной поддержки. Чем лучше развит этот ресурс, тем выше эффект. Уровень развития копинг-стратегии также влияет на общий эффект. В целом социальная поддержка оказывает буферный эффект при воздействии стрессовой ситуации на личность, прямой и не прямой эффекты, связанные с воздействием на самооценку.

Таким образом, целью профилактики является развитие каждого из компонентов социально-поддерживающего процесса, т. е. обучение восприятию, поиску и оказанию социальной поддержки, модификации, формированию и созданию социально-поддерживающих сетей.

Предполагается, что обученные в группах социальной поддержки лица будут передавать свои знания и фасилитировать поведенческие навыки другим; с одной стороны, служить нормативной социальной моделью, а с другой — противодействовать вхождению подростка в асоциальные наркотизирующиеся группировки, оказывающие вместо социальной поддержки социальное давление.

Развитие социально-поддерживающих сетей с целью первичной, вторичной и третичной профилактики предполагает подготовку «доноров» социальной поддержки — субспециалистов, основанную на получении определенной информации и обучении

поведенческим навыкам. В процессе обучения происходит осознание собственного опыта преодоления психосоциальных проблем. В целом субспециалисты (взрослые и молодые люди), пройдя отбор и тщательную подготовку, выполняют поддерживающие функции, включаясь в групповые процессы в среде детей и подростков, проявляющих поведение риска или аддиктивные формы поведения, а также имеющих непреодоленные серьезные проблемы.

Такого рода вмешательство аналогично психотерапевтическому воздействию и должно проводиться под руководством специалиста.

#### **5.4. Модификация стратегии избегания**

При формировании аддиктивного поведения стратегия избегания становится одной из ведущих поведенческих стратегий. При этом формируется тенденция к немедленному снятию, избеганию возникающего в стрессовых ситуациях эмоционального напряжения путем использования психоактивных веществ. Однако избегание — это вынужденный механизм поведения, основанный на недостаточно развитой системе личностно-средовых копинг-ресурсов и активных стратегий. Это стратегия, направленная на совладание со стрессом, способствующая его редукции, но обеспечивающая развитие и функционирование индивида на более низком уровне.

Избегание может носить адекватный либо неадекватный характер по отношению к ситуации, фазе реагирования индивида на эмоциональный стресс, его возрасту и состоянию ресурсной системы.

В процессе формирования аддикции избегание может обеспечить и необходимые для совладания с зависимостью формы поведения, например: избегание ситуаций, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, построение системы самоограничений и т. д.

В связи с этим основным принципом модификации стратегии избегания в программах первичной профилактики является принцип развития личностно-средовых ресурсов и активных стратегий совладания со стрессом (разрешение проблем, поиск социальной поддержки).

В программах вторичной и третичной профилактики предусматривается тренинг специфических форм стратегии избегания ситуаций, связанных с наркотизацией, антиципационный тренинг — обучение навыкам предвосхищения возможных нежелательных стрессовых ситуаций и их последствий, а также ситуаций, связанных с давлением наркотической среды, искушением употребления алкоголя и наркотиков.

## 5.5. Развитие навыков эмпатии, аффилиации и социальной компетентности

Эмпатия и аффилиация тесно связаны с формированием различных форм поведения. **Аффилиация**, т.е. стремление человека быть в обществе других людей, усиливается в ситуациях, оцениваемых индивидуумом как угрожающие их благополучию, в стрессовых ситуациях. Блокирование аффилиации вызывает чувство одиночества, отчужденности, порождает и усугубляет стресс, а также способствует развитию неадекватных поведенческих форм реагирования на него.

Аффилиация неразрывно связана с **эмпатией**, которая является многокомпонентным, но целостным процессом, включающим физиологический, кинестетический, аффективный, когнитивный и мотивационный компоненты, существенно и положительно влияющим на качество общения и способствующим позитивным личностным изменениям [Kalliopuska M., 1991]. Низкий уровень развития эмпатии способствует формированию пассивного поведения, направленного на самоизоляцию, закрепляет негативную самооценку и в связи с этим способствует формированию зависимости от алкоголя и наркотиков.

С эмпатией и аффилиацией тесно связана **коммуникативная компетентность**, представляющая собой сумму знаний и навыков о партнерах по общению и о коммуникативном процессе в целом и определяемая предшествующим опытом. Все эти составляющие представляют понимание аффилиативно-эмпатийных ресурсов в более широком и комплексном смысле как социально-психологического конструкта, регулируемого когнитивным, аффективным и поведенческим компонентами и организованного в систему эмоционального и межличностного понимания. В качестве модели профилактического тренинга эмпатии нами используется трехкомпонентная модель Н. Фишбаха [Feshbach N., 1978]. Первый компонент — аффективная проницательность, которая рассматривается как когнитивный навык, дающий возможность человеку устанавливать более эффективные взаимоотношения с окружающими.

Умение представлять себя в роли другого человека и оценивать перспективы его поведения рассматривается как второй когнитивный фактор, который отражает более продвинутый уровень когнитивно-поведенческого комплекса.

Третий компонент — аффективный, отражает готовность к эмоциональному восприятию и поддержке.

### Контрольные вопросы и задание

1. Расскажите об основных этапах развития стратегии разрешения проблем.

2. Как происходит развитие когнитивной сферы в процессе проведения профилактических программ?

3. Как профилактические программы предусматривают развитие социально-поддерживающей системы и социально-поддерживающего процесса?

4. В чем сущность модификации стратегии избегания?

5. Как происходит развитие навыков эмпатии, аффилиации и социальной компетенции?

### **Литература**

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ // Вопросы наркологии. — 1996. — № 4. — С. 59—67.

*Ялтонский В. М.* Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1995.

## ГЛАВА 6

# ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

### 6.1. Виды профилактики

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ — одно из важнейших и эффективных направлений профилактики неинфекционной патологии. Основой концептуальной модели профилактики зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ являются рассмотренные выше превентивные подходы [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994].

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ может быть первичной, вторичной и третичной. Рассмотрим каждую из них.

*Первичная профилактика* наркомании и алкоголизма имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями: а) развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует; б) направление процесса осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды; в) усиление адаптационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни; г) воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения; д) развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самоосознанием, поведением, изменением, развитием); е) развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее воздействия направлены на общую популяцию детей, подростков и молодых людей.

В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирование числа лиц, у которых может быть начат патологический процесс,

что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет прежде всего на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Первичная профилактика алкоголизма и наркомании проводится посредством нескольких стратегий.

Первая стратегия — информирование населения о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Контингенты воздействия — дети и подростки, посещающие школу; учащаяся молодежь; родители (семья); учителя; внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы; дети, не посещающие школу; дети, лишенные родителей и постоянного места жительства; неорганизованные группы населения.

Вторая стратегия — формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Контингенты воздействия — семья (родители); учителя; дети, подростки в школьных коллективах и вне их; дети, не посещающие школу; дети, лишенные семьи и постоянного места жительства.

Третья стратегия — развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Контингенты воздействия — дети, подростки, молодежь в учебных заведениях и вне их; учителя; родители (семья).

Четвертая стратегия — развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

Контингенты воздействия — дети, подростки и молодежь в учебных коллективах и вне их; учителя; родители (семья).

В приведенных выше стратегиях используются специальные технологии.

*Социальные и педагогические технологии* первичной профилактики:

- воздействие средств массовой информации;
- антинаркотическое обучение;
- использование альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;
- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации и т.д.);
- проведение антинаркотических мотивационных акций;

— организация деятельности социальных работников и волонтеров;

— деятельность системы ювенальной юстиции.

*Психологические* технологии первичной профилактики:

— развитие личностных ресурсов;

— формирование социальной и персональной компетентности;

— развитие адаптивных стратегий поведения;

— формирование функциональной семьи.

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

Рост числа потребителей психоактивных веществ и лиц, проявляющих поведение риска — социального резерва роста заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, определяет поле воздействия вторичной профилактики.

Главная цель *вторичной профилактики* — изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные предиспозиции личностных, поведенческих и других расстройств; характеристиками среды, воздействующей на индивида; специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик.

При этом среда рассматривается в качестве носителя такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды является стрессом; в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на это поведение), а само поведение индивида — как фактор риска наркомании или алкоголизма.

Вторичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением различных стратегий.

Первая стратегия — формирование мотивации на изменение поведения.

Контингенты воздействия — дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

Вторая стратегия — изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Контингенты воздействия — дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

Третья стратегия — формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Контингенты воздействия — дети и взрослые (семья, учителя, специалисты, непрофессионалы).

В этих стратегиях используются специальные технологии.

*Социальные и педагогические технологии:*

- формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;
- формирование мотивации на изменение поведения;
- развитие проблем-преодолевающего поведения;
- формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

*Психологические технологии:*

- преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
- осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
- развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем-преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);
- анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций когнитивного развития, интернального локуса контроля; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

*Медицинские технологии* заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

**Третичная профилактика** наркомании и алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые. Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье — обязательное условие проведения третичной профилактики.

Третичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

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

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ. В процесс мотивационной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

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

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ. В процесс данной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

Третья стратегия — осознание ценностей личности.

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ.

Четвертая стратегия — изменение жизненного стиля.

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ.

Пятая стратегия — развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ.

Шестая стратегия — формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Контингенты воздействия — члены семьи, другие значимые лица, члены групп само- и взаимопомощи и т.д.

В этих стратегиях используются различные технологии.

*Социальные и педагогические технологии:*

— формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;

— формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления психоактивных веществ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;

— развитие навыков копинг-поведения, социальной компетентности, преодоления искушения наркотизации или алкоголизации;

— формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддерживающих сетях.

*Психологические технологии:*

— осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;

— осознание личных целей и путей их достижения;

— осознание влечения и зависимости;

- формирование копинг-стратегий преодоления влечения и зависимости;
- изменение жизненного стиля в целом;
- развитие коммуникативной и социальной компетентности;
- развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;
- развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.

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

Все виды профилактической деятельности, реализуемые в обществе, разделяются на ряд направлений:

- профилактика в учебных заведениях (школьные программы);
- профилактика, основанная в семье (семейные и родительские программы);
- профилактика в организованных общественных группах населения;
- профилактика с помощью средств массовой информации;
- профилактика, направленная на группы риска в учебных заведениях и вне их;
- систематическая подготовка специалистов в области профилактики;
- мотивационная профилактическая работа;
- профилактика рецидивов;
- терапия социальной средой;
- профилактика последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ.

В соответствии с этими стратегиями строятся профилактические программы.

## **6.2. Программы первичной профилактики**

Концептуальная модель первичной профилактики зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ базируется на решении представленных выше целей профилактики зависимости от психоактивных веществ.

Она предусматривает развитие ресурсов личности человека и социальной среды и предполагает внедрение целого ряда профилактических программ для детей, подростков, молодежи, а также для родителей, учителей и специалистов в области профилактики.

Задачи этих программ универсальны, хотя и имеют свою специфику. Программы первичной профилактики для детей и подростков предусматривают решение следующих задач.

1. Формирование здорового стиля жизни, высокофункциональных стратегий поведения, препятствующих злоупотреблению наркотическими и другими психоактивными веществами.

2. Информирование о действиях и последствиях злоупотребления наркотическими и психоактивными веществами, причинах и формах заболеваний, связанных с ними, путях к выздоровлению; о связи злоупотребления наркотиками и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями его преодоления.

3. Направленное развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

- Я-концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);

- собственной системы ценностей, целей и установок; способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;

- умения общаться с окружающими, понимать их поведение и его перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;

- потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

4. Развитие навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего злоупотреблению психоактивными веществами:

- принятия решения и преодоления жизненных проблем;

- восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;

- оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;

- отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;

- защиты Я, само- и взаимоподдержки;

- избегания ситуаций, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ и с другими формами саморазрушающего поведения;

- использование альтернативных употреблению психоактивных веществ способов преодоления стресса, получения радости и удовольствия;

- бесконфликтного и эффективного общения.

Программы первичной профилактики для родителей предусматривают решение следующих задач:

1) обеспечение знаниями психологических особенностей ребенка, подростка; особенностей семейных взаимоотношений, се-

мейных стрессов и поведения, направленного на их преодоление (формирование семейного проблем-преодолевающего поведения); эффектов психоактивных веществ;

2) помощь в осознании собственных личностных, семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутри-семейных проблем и проблем взаимоотношения с детьми в семье;

3) определение направления и стратегии развития личностных, семейных и социально-средовых ресурсов;

4) определение направления и стратегий развития личностных ресурсов у детей (как взаимодействовать с ребенком, чтобы его личностные и семейные ресурсы развивались, а не подавлялись, как сделать свою семью социально и психологически поддерживающей, а не подавляющей системой);

5) обучение навыкам социально и психологически поддерживающего и развивающего поведения в семье и в процессе взаимоотношений с детьми;

6) выявление родителей, нуждающихся в индивидуальной консультативной помощи;

7) выявление родителей, готовых осуществлять консультативную поддержку другим семьям; обучение их основам оказания социально-психологической и консультативной помощи другим родителям.

В программах первичной профилактики для учителей существенное место отводится обучению педагогов созданию психологически грамотной, развивающей системы взаимоотношений со школьниками, основанной на взаимопонимании и взаимном восприятии друг друга. Учителя обучаются навыкам формирования адекватной Я-концепции, эмпатии, аффилиации, разрешения проблем, оказания психологической поддержки в процессе их взаимодействия со школьниками и коллегами.

Программы предусматривают теоретические и практические занятия: лекции-беседы, обсуждения, ролевые игры и другие психотехнологии, направленные на осознание процессов взаимного психологического развития учителя и ученика.

При проведении профилактической работы очень важно установить в группе доверительные, честные, эмоционально и социально поддерживающие отношения. Занятия с младшими подростками должны проводиться преимущественно в игровой форме, но также содержать и элемент серьезной интеллектуальной и психологической работы.

В рабочей группе необходимо выработать обязательные правила. Важнейшими из них должны быть умение слушать, оказывать взаимное доверие, проявлять уважение, соблюдать конфиденциальность, возможность открыто высказывать свое мнение и обозначать свою позицию, принимать на себя ответственность за ак-

тивность и успешность работы группы. Необходимо поддерживать согласованность в выполнении участниками заданий, а также решений, принимаемых группой.

Очень важным компонентом работы являются домашние задания, которые предназначены прежде всего для включения в профилактическую активность членов семьи, друзей. Это способствует улучшению взаимоотношений членов семьи с их социальным окружением и позволяет включаться в программу. Кроме того, выполнение домашних заданий способствует самостоятельному осмыслению опыта, полученного на занятиях и в жизни.

Еще одним важным компонентом профилактических программ является использование эффектов группового взаимодействия и развития. Это означает, что процесс занятий в группе представляет собой развивающуюся систему взаимоотношений, в которой происходит получение и осмысление информации и жизненного опыта. Члены группы действуют в направлении взаимного понимания и поддержки. Таким образом, происходит развитие важнейших качеств личности, позволяющих человеку управлять своим поведением и эффективно решать социальные проблемы, а впоследствии обучить этому других — друзей, членов семьи и т. д.

В процессе проведения программ выделяются группы волонтеров для дальнейшей профилактической работы: подростков, учителей и родителей. Участники этих групп в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Важным моментом программы является работа с учителями школ, призванными в дальнейшем активно сотрудничать в профилактической работе. Предусматривается также проведение круглых столов для администрации региона и комиссий по делам несовершеннолетних.

В зависимости от поставленных целей используются как долгосрочные, так и краткосрочные программы. Однако следует понимать, что краткосрочные программы будут значительно менее эффективны. Они используются в первую очередь для того, чтобы сформировать мотивацию на здоровое поведение и обеспечить возможность проводить в дальнейшем долгосрочные программы на основе делового и доверительного сотрудничества (иногда, если предварительная работа не проводится, такие программы встречают сопротивление со стороны администрации школ и некоторых общественных групп).

В начале и в конце профилактической программы предусматривается проведение межведомственных круглых столов для анализа и подведения итогов работы.

В профилактической работе применяются следующие методы:

- тренинг поведения;
- когнитивная модификация и терапия;
- личностный тренинг;

- дискуссии;
- мозговые штурмы;
- беседы;
- лекции;
- ролевые игры;
- психогимнастика;
- элементы психодрамы;
- элементы индивидуальной и групповой психотерапии;
- круглые столы;
- совещания;
- супервизии;
- проведение методических занятий с супервизорами.

Любая профилактическая программа требует объективной оценки ее эффективности. Необходим выбор соответствующих критериев эффективности, а также строгого, но простого в применении измерительного аппарата — батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих в результате профилактического вмешательства изменениях, корректировать действия, изменять направления работы, ее форму и содержание, если это необходимо.

В настоящее время существует много профилактических программ, не соответствующих профессиональному уровню. Для того чтобы программа была действительно результативной, она должна отвечать следующим критериям:

- наличие концептуальной основы и ее адекватность современным направлениям профилактики;
- четкость и реалистичность в постановке цели и задач программы;
- направленность на усиление протективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска;
- направленность на работу со всеми психоактивными веществами как основная цель;
- развитие ресурсов личности;
- развитие социальной среды: включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике детских и подростковых программ, для инициации внутрисемейного обсуждения и выработки четкой внутрисемейной политики;
- формирование эффективных стратегий поведения;
- применение интерактивных и тренинговых методов работы: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь и т. п.;
- соответствие возрастным категориям;
- сопровождение в СМИ;
- содержание блока правового регулирования — повышение правовой компетентности;

- привлечение общественного внимания к проблеме;
- возможность дальнейшего распространения знаний, навыков и умений среди других групп населения;
- долгосрочность, цикличность, повторяющееся воздействие программ;
- интенсивность и четкий алгоритм действий;
- учет местной специфики;
- развитие местных ресурсов для обеспечения программы: подбор и обучение кадров; информационное и методическое обеспечение;
- мониторинг и контроль над эффективностью программы;
- конкретность формулировки ожидаемых результатов;
- оправданность экономических затрат.

До начала программы и после ее завершения предполагается проведение экспериментально-психологического обследования ее участников по вышеназванным критериям. Проводится также отсроченное (спустя 6—8 месяцев после проведения программы) тестирование.

Если профилактическая программа соответствует выбранным критериям, то могут ожидать такие результаты.

1. Уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других психоактивных веществ у детей, подростков и молодежи.
2. Формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у участников программ.
3. Развитие системного подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами в обществе.
4. Развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

### **6.3. Программа вторичной профилактики**

Вторичная профилактика наркомании и алкоголизма, как правило, проводится с детьми и подростками, проявляющими поведение риска употребления психоактивных веществ или уже употребляющими их, но еще не имеющими сформированного заболевания или статуса больного. Обычно контингент вторичной профилактики имеет выраженные поведенческие расстройства или, по крайней мере, симптомокомплекс, проявляющийся рядом поведенческих отклонений, связанных с употреблением психоактивных веществ. Этиология этих расстройств может быть различна. Иногда их причиной является врожденная или приобретенная психическая патология (и тогда эти расстройства могут проявляться достаточно рано — в 6—7 лет) либо психосоциальная дезадаптация, связанная с нарушенным воспитанием, проблемами в семье, психическими травмами или насилием, перенесенным в детстве и подростковом возрасте (тогда эти расстройства могут

проявиться в более старшем возрасте — пубертате). В любом случае они могут по-разному протекать и иметь характер девиантного и делинквентного поведения или выражаться каким-либо иным образом.

Важно одно: как правило, они никогда не бывают моносимптомными и не могут рассматриваться как проблема сугубо наркологическая. Скорее всего в рамках вторичной профилактики наркомании и алкоголизма мы сталкиваемся с психолого-психиатрическими проблемами развития ребенка и подростка.

Чаще всего специалист, занимающийся вторичной профилактикой, сталкивается с целым комплексом проблем.

#### 1. Индивидуальные характеристики:

- низкий уровень навыков вербального общения;
- поведенческие стратегии, связанные с антисоциальными формами поведения;
- психопатологические симптомы (единичные или в комплексе);
- не соответствующее возрасту когнитивное развитие; когнитивные предубеждения в отношении других: преувеличение их значимости или, напротив, агрессивное отношение к ним; зависимость от других или эмоциональное и социальное одиночество.

#### 2. Семейные характеристики:

- низкий уровень родительского мониторинга;
- неэффективные и неадекватные дисциплинарные меры;
- недостаток тепла и эмоциональной поддержки во внутрисемейных отношениях;
- родительские проблемы — злоупотребление алкоголем, наркотиками, психопатологические состояния, криминальность и др.

#### 3. Характеристики взаимоотношений со сверстниками:

- сверстники с асоциальным, девиантным поведением или наркотизирующиеся;
- слабые навыки межличностного взаимодействия со сверстниками, низкий уровень социальной компетентности;
- слабый контакт со сверстниками с просоциальным поведением.

#### 4. Характеристики, связанные со школой:

- плохая успеваемость;
- пропуски занятий;
- слабая ответственность по отношению к школьным заданиям и обязательствам;
- слабая структурированность и хаотичность связей с социальной средой.

#### 5. Характеристики территориального поведения:

- высокая мобильность;
- низкий уровень восприятия социальной поддержки со стороны семьи, взрослых, другого социального окружения (родственников, соседей);
- высокая дезорганизованность;

— контакты с представителями криминальных и наркоманических субкультур.

При проведении вторичной профилактики необходимо соблюдать следующие принципы.

1. Основной задачей является идентификация проблем ребенка или подростка и их связи с психологическим контекстом социальных систем, в которых он развивается и с которыми взаимодействует.

2. Терапевтический контакт с ребенком должен быть позитивным, основанным на осознании и развитии его личностных и средовых ресурсов, использовании систематической стратегии формирования и усиления мотивации на изменение поведения.

3. Психотерапевтическая работа включает развитие у членов семьи ответственного поведения и уменьшение безответственности. В данном контексте ответственное поведение понимается как ответственность не только за ребенка, но и за собственное поведение, изменение и развитие.

4. Работа всегда основывается на эмоциональной и социальной поддержке ребенка, сочетающейся с идентификацией проблем и их терапией.

5. Терапевтические действия всегда соответствуют, а не противоречат возрастным потребностям ребенка или подростка.

6. При терапевтическом воздействии всегда оценивается его эффективность с точки зрения многоаспектных изменений. Это необходимо для того, чтобы определить сферы, в которых произошло улучшение, и барьеры, препятствующие позитивным изменениям, с целью наиболее успешной терапии.

7. Вторичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков — всегда длительный и непрерывный процесс изменений, следующих за друг другом, включает в себя работу с личностью ребенка, его семьей и социальной средой в целом.

Возможно ли выздоровление в случаях зависимости от наркотических веществ? Возможно. Но это длительный процесс, длиною во всю жизнь. Он, разумеется, предусматривает специфическое медикаментозное лечение, связанное с необходимостью детоксикации и купирования психопатологических симптомов и синдромов, определенное психотерапевтическое воздействие, медицинскую и социальную реабилитацию, но самое главное — он связан с *психологией преодоления болезни*.

Человеку, зависимому от алкоголя или наркотика, очень важно осознать процесс развития его болезни и понять, что ему необходимо делать, чтобы идти по пути выздоровления, как накапливается опыт выздоровления, как пройти этот путь.

Основная ошибка зависимых от наркотиков — желание немедленно получить результат. Человек должен сам осознанно продвигаться к здоровью, изменить свое мышление и представление о

жизни и о мире, обучаться навыкам здорового поведения и жизни в обществе. Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, лечение не будет удачным.

Так как зависимость от наркотиков является комплексной — личностной, организменной, психологической и социальной — проблемой, лечение — это работа во всех этих областях. Именно в них возникают определенные обстоятельства, которые могут привести к срыву и возвращению к прежней болезни, изменениям поведения и жизненного стиля, препятствующим выздоровлению.

Тип лечения зависит от:

- актуальных физических, психологических и социальных проблем;
- стадии и типа зависимости;
- стадии и типа выздоровления;
- личностных особенностей и социальных навыков;
- других социальных факторов, которые могли бы быть причиной стресса.

#### **6.4. Модель профилактического тренинга**

Разработанная авторами модель профилактического тренинга [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О.В. и др., 2001] относится к первичной и вторичной профилактике и основывается на понимании того, что формирование определенных форм поведения человека, в том числе и аддиктивных, является результатом его адаптации к проблемным и стрессовым ситуациям, постоянно возникающим в процессе жизни. При взаимодействии с другими людьми каждый индивид привносит в этот контакт свой опыт, стратегии поведения, ресурсы и возможности. Однако поведение человека далеко не всегда осознается им самим. Неэффективные дезадаптивные формы поведения, как правило, неосознанны и препятствуют продуктивному формированию жизненного стиля. Из-за неспособности решать проблему у человека возникает ощущение собственной безуспешности, беспомощности, неудовлетворенности собой. В результате этого он начинает искать способы ухода от решения проблем, использует алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества. Они приносят временное облегчение, но их употребление формирует дезадаптивные формы поведения и зависимость.

Для того чтобы избежать этого, быть успешной личностью, эффективно преодолевающей стрессы, человек должен объективно оценивать свои возможности, проблемные ситуации и развивать имеющиеся у него ресурсы.

Поэтому в процессе тренинга его участники должны осознать (а тренер должен им в этом помочь) следующие важные моменты:

1) эффективное профилактическое воздействие возможно на основе формирования стрессоустойчивой личности, способной продуктивно строить свою жизнь, эффективно преодолевать трудности и стрессы без употребления психоактивных веществ;

2) необходимо осознать собственные возможности и формы поведения, иметь мотивацию на дальнейшее личностное развитие и обучение навыкам стресспреодолевающего поведения;

3) каждый человек способен актуализировать имеющиеся у него ресурсы и эффективно использовать их в жизни, мотивируя окружающих людей на здоровый жизненный стиль без злоупотребления наркотиками и алкоголем.

В процессе работы участники группы часто становятся в позицию другого человека — ребенка, подростка, родителя, учителя — и на собственном опыте проживают чувства и проблемы других людей. Тренер актуализирует возможности участников в понимании себя и окружающих, мотивирует их на личностный рост и продолжение дальнейшей работы над собой и на принятие поддержки окружающих, обучает навыкам формирования здорового жизненного стиля, дает знания, необходимые для дальнейшей жизни, свободной от психоактивных веществ.

Выделяют пять стадий работы с группой.

#### 1. *Мотивация на эффективное участие в работе.*

Каждый участник группы приходит на тренинг с определенными ожиданиями и желаниями (порой неосознаваемыми). Поэтому очень важно, чтобы с самого начала он смог определить для себя цели нахождения в тренинговой группе: каких результатов или изменений он хочет достичь, какими возможностями для этого обладает и что ему нужно изменить в своем поведении для достижения эффективного результата. Задача тренера — помочь в этом. Для этой цели он просит членов группы рассказать о том, почему они считают для себя важным включиться в программу. Обычно у участников выявляются сходные запросы, потребности, проблемы. Это помогает снять напряжение в группе. Тренер дает возможность участникам почувствовать понимание со стороны окружающих, создает атмосферу взаимопринятия, заключает с группой соглашение о плане работы. Более эффективным является заключение соглашения на отдельные этапы работы, когда цели ставятся на короткий период времени (например, на один день тренинга). Это дает возможность участникам достичь определенных результатов, почувствовать себя успешными в достижении поставленных краткосрочных целей, позволяет тренеру гибко реагировать на процессы, происходящие в группе.

#### 2. *Изучение поведенческих стратегий и ресурсов участников.*

##### А. Поиск «внутреннего ребенка».

Основная задача данного этапа — создать для участников группы обстановку, в которой они могут раскрыться, проявить свои

естественные состояния. Тренер предлагает им отправиться в путешествие на поиски своего «внутреннего ребенка». Для этого используются техники эмоциональной регрессии из актуального состояния «здесь и теперь» в более раннее детское состояние «там и тогда». Данные техники позволяют перенестись из одного возраста в другой и вызвать из глубин бессознательного ранние детские воспоминания. Этот этап очень важен. Он является ключевым для дальнейшей работы группы. Регрессия на более раннюю стадию развития дает возможность ослабить защитные механизмы участников группы. Вновь ожившие ранние детские переживания помогают отыскать в себе «ребенка»; если это не удастся, то тренер ведет группу таким образом, чтобы открыть для участников возможности к проявлению и осознанию проблем и ресурсов более раннего возраста. Участники начинают вести себя более открыто, естественно, раскрепощенно. Одновременно с этим у них начинают оживать наиболее сильные переживания, присущие детскому возрасту. На данной стадии могут проявляться детские страхи и проблемы, спрятанные глубоко в бессознательном, демонстрироваться защитные механизмы. Основная задача ведущего — прояснить чувства и проблемы участников, поощрить их на рассказ о своих ощущениях. На данном этапе участники начинают обсуждать свои переживания, но еще не готовы сопоставить их с реальными проблемами действительности, понять и принять интерпретации ведущего. Его вмешательство должно быть очень осторожным, помогающим ощутить чувство безопасности и доверия к группе, чтобы дать ее членам возможность самораскрытия.

**Б. Оценка актуальных поведенческих стратегий и ресурсов участников.**

Тренер сосредоточивает внимание на взаимоотношениях участников, выявляет их личностные ресурсы и формы поведения. Он делает наблюдения, которые могут помочь в дальнейшей работе, проясняет, какие проблемы существуют у участников, какие способы поведения могут помочь или помешать их разрешению и какие из имеющихся возможностей следует для этого актуализировать. Это осуществляется при помощи специальных психопрофилактических технологий, которые дают возможность участникам оказаться в позиции другого человека: ребенка, педагога, родителя, подростка, употребляющего наркотики и т.п. При режиссировании этих ролей и в процессе их проигрывания членами тренинговой группы ведущий задает участникам уточняющие вопросы о возникающих у них чувствах и ощущениях. Предпринимаемые действия направлены на то, чтобы приблизить их к осознанию ресурсов своей личности, окружающей социальной среды и форм собственного поведения, а также показать им связь между неэффективными стратегиями поведения и употреблением наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. Этот этап является «мощ-

ным прыжком» из состояния регрессии к прогрессивному эмоциональному, когнитивному и поведенческому развитию, переходом от неосознанных форм поведения к их осознанию.

В. Воссоединение с «внутренним ребенком».

На данном этапе тренер должен особенно внимательно следить за процессами, происходящими в группе. Участники уже открыто обсуждают реальные проблемы и трудности, делятся чувствами по поводу происходящего. Детские ощущения и переживания вновь переживаются ими, но уже из состояния «здесь и теперь» — в ситуации социальной поддержки, взаимопонимания, бережного отношения к себе и к другим членам группы. Переживания могут вызывать у участников очень бурные реакции: слезы, агрессию на ведущего и других членов группы, признание собственной беспомощности или, наоборот — смех, отрицание собственных проблем.

Основная задача тренера — помочь участникам интериоризировать опыт детских переживаний, объединить его со своим актуальным опытом и научиться использовать свои вновь обретенные возможности для разрешения проблем. Он помогает участникам увидеть себя «со стороны», получить обратную связь от окружающих, осознать возможности выхода из кризисных ситуаций.

3. *Осознание собственных стратегий поведения и ресурсов.*

На этом этапе происходит более полное осознание участниками собственных проблем, трудностей и возможностей их разрешения. Участники вплотную подходят к пониманию себя, начинают оценивать свое поведение с разных позиций: «я могу», «я не могу», отношение к своим ошибкам, к еще недостаточной ресурсной состоятельности. Происходит переосмысление системы взаимоотношений с окружающими, начинается поиск новых паттернов поведения.

4. *Переосмысление и модификация стратегий поведения и ресурсов.*

Участники тренинга переосмысливают свои поведенческие стратегии, ищут новые, более адаптивные формы поведения; составляют планы на будущие изменения, которые закрепляются при помощи проведения ролевых игр. Задача ведущего — поддержать у участников мотивацию на изменения, сделать акцент на возможном использовании в жизни имеющихся у них ресурсов. Чтобы добиться этого, ведущий активизирует социально-поддерживающую атмосферу в группе для получения участниками позитивной обратной связи со стороны друг друга. В результате они начинают использовать и развивать позитивные аспекты своей личности. Выявляется группа лидеров, желающих участвовать в дальнейшей профилактической работе.

5. *Систематизация происходящих изменений и полученных знаний.*

В конце тренинга ведущий помогает участникам обобщить весь опыт, полученный на занятиях, и систематизировать его. Он еще

раз проводит параллели между проблемами, возникающими в жизни, неэффективными стратегиями их разрешения и возникновением зависимости от психоактивных веществ, мотивирует участников тренинга на использование имеющихся у них ресурсов, создание у себя в семье и коллективе системы социально-поддерживающих отношений.

Тренер обсуждает с участниками планы на будущее, закрепляет тенденции к изменениям, помогает смоделировать жизненные ситуации, в которых группа смогла бы использовать и закрепить полученные знания и применить новые формы поведения, выясняет удовлетворенность работой.

## **6.5. Профилактическая работа с детьми и подростками**

Профилактическая работа с детьми и подростками относится к программам первичной и вторичной профилактики и может проводиться с использованием различных программ. Главное в ней — соблюдение определенных принципов и требований. Приведем пример одной из подростковых программ, рассчитанных на работу с детьми 12—13 и 14—15 лет. Эта программа имеет свои специфические особенности в зависимости от возраста участников, однако в практике профилактической деятельности может использоваться рассмотренная далее структура [Сирота Н.А., Ялтонский В.М. и др., 2001].

Программа состоит из 18 занятий, которые проводятся в течение двух часов два раза в неделю. Это желательное временное распределение.

До и после цикла занятий проводится тестирование с целью определения эффективности программы и необходимых изменений, которые могут быть в нее внесены в дальнейшем. Обязательно исследуется отношение участников к программе. Очень важно, чтобы оно было позитивным. Если участники рассматривают программу как обычные уроки, значит, ее ведущие используют неверные ролевые позиции и нуждаются в дополнительном инструктировании и обучении. Характер и стиль проведения программы для детей и подростков должен соответствовать их возрасту, быть привлекательным, а само участие в программе — значимым для участников. Если у членов группы возникает сопротивление, следует тщательно проанализировать ситуацию, определить причины и пути их устранения.

### **Темы занятий.**

1. Представление программы, знакомство. Ознакомление с задачами и правилами группы.

2. Понятие личности. Структура моей и твоей личности. Кто *Я*? Кто *Ты*? Что во мне и в тебе есть? Понятие границ личности. Развитие личности.

3. Чувства. Сложности идентификации чувств. Выражение чувств. Отделение чувств от поведения. Формирование умения осознавать, что со мной происходит, анализировать собственное состояние.

4. Отношение к себе, самооценка, развитие и личностный рост. Ценность моей и твоей личности.

5. Информация о действиях и последствиях употребления психоактивных веществ. Понятие зависимости. Зависимость как деструктивная форма защиты личности, как иллюзорный способ ухода от проблем. Мое отношение к алкоголизму и наркомании.

6. Человек как социальное существо. Общение. Формирование навыков общения.

7. Человек как социальное существо. Формирование навыков эмпатии, умения принимать и оказывать поддержку, разрешения конфликтных ситуаций. Самооценка и отношение к другим. Принятие себя и другого как личности.

8. Человек как сексуальное существо. Проблемы общения между людьми разного пола.

9. Семья как единый организм. Понятие здоровой семьи и ее отличие от семьи дисфункциональной. Зависимость от психоактивных веществ в семье. Какой я вижу свою будущую семью?

10. Понятие группового давления и принятие собственного решения. Навыки выражения и отстаивания собственного мнения, поиск компромиссов, умение противостоять групповому давлению. Понятие насилия и права защищать свои границы.

11. Формирование навыков заботы о себе и защиты своего Я. Умение говорить «нет».

12. Развитие зависимости от психоактивных веществ и выздоровление. Выбор и ответственность. Альтернативные употреблению психоактивных веществ способы решения проблем и времяпровождения.

13. Понятие стресса и проблем-разрешающего поведения.

14. Формирование навыков оценки проблемной ситуации и принятия решения.

15. Способы решения проблем, личностных сложностей. Понятие личностных кризисов.

16. Формирование умения ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их.

17. Понятие морали и нравственности, смысла жизни и личностных ценностей.

18. Завершение работы, подведение итогов.

### **Требования, предъявляемые к ведущему группы.**

1. Иметь достаточное представление о проблеме употребления психоактивных веществ, обладать необходимыми знаниями и информацией. Он должен четко понимать, что:

— зависимость от психоактивного вещества — это комплексное хроническое заболевание, имеющее определенные причины, сим-

птоматику и развитие; это болезнь, имеющая биологические, психологические, социальные и духовные корни; это семейное заблуждение;

- подростки имеют определенные физиологические особенности, и они имеют право быть не такими, как взрослые люди;
- существует группа риска в отношении развития зависимости от психоактивных веществ среди подростков и ведущий должен уметь ее определить.

2. Иметь свою собственную определенную позицию по отношению к употреблению психоактивных веществ. Подростки, как никто другой, остро чувствуют ложь и замешательство взрослых. До начала работы по предлагаемым программам ведущий должен прояснить для себя, какое место в его жизни занимают психоактивные вещества и быть готовым говорить об этом с детьми. По нашему опыту, в 80 % случаев ребята на занятиях спрашивают ведущего о том, пьет ли он спиртные напитки, курит ли сигареты, и если да, то зачем. Ведущие должны стремиться к полному исключению психоактивных веществ из своей жизни.

3. Обладать достаточно высоким уровнем личностного здоровья, быть ответственным за свою жизнь, уметь делать выбор, иметь адекватную самооценку и навыки общения и решения своих личных проблем. Это важный момент, потому что иначе ребенок не сможет овладеть необходимыми навыками и решить психологические задачи, которые ставятся перед ним в ходе работы по программе.

4. Обладать определенными профессиональными навыками, а также способностями к работе с детьми и подростками. Далеко не каждый человек, даже обладающий хорошими профессиональными знаниями, способен эффективно работать с детьми, устанавливать с ними партнерские отношения. Ведущий до начала работы должен четко осознать, в каких ролевых позициях он будет выступать перед детьми и к каким последствиям это может привести. Специалисты, имеющие опыт ведения детских и подростковых профилактических групп, выделяют такие важные способности ведущего, как:

- умение войти в мир подростков, не нарушая границ личности (своей и подростка);
- умение создать безопасную и поддерживающую обстановку;
- умение нести знания «между слов», т.е. пользоваться небервальным компонентом общения;
- память о себе и уважение себя в детском и подростковом возрасте;
- знание подростковых стилей и способов овладения материалом; большой «багаж» различных форм активности;
- умение получать удовольствие от работы с подростками и веселиться вместе с ними.

Весьма желательно, чтобы ведущих было несколько (не менее двух). Такая форма работы, как малые группы, предполагает не

более 9—10 участников. Соответственно, если в учебной группе 30 человек, то ведущих должно быть не менее трех. Это значительно облегчает работу тренеров и дает возможность взаимоподдержки, что крайне необходимо в работе с подростками. Кроме того, это помогает анализировать работу ведущих и, что очень важно, предлагает подросткам для наблюдения пример здоровых партнерских отношений между взрослыми людьми.

### **Требования к помещению, в котором проводится профилактический тренинг.**

Помещение должно быть достаточно просторным для проведения подвижных игр, но не слишком большим, чтобы не нарушать ощущения безопасности.

В помещении не должно быть ничего лишнего — предметов, плакатов и т. д.

Не должно быть острых и опасных углов.

Помещение всегда должно быть одним и тем же, иначе нарушается ощущение безопасности.

Помещение должно быть не проходным и не просматриваемым для посторонних.

Стулья должны быть легко перемещаемыми и не скрепленными друг с другом (иногда их приходится отодвигать к стенкам).

В помещении должно быть достаточно светло.

Помещение должно быть достаточно звукоизолировано — в процессе проведения тренинга часто бывает шумно.

В помещение не должны проникать посторонние звуки.

Во время занятий дверь должна быть закрыта.

Оптимально, если есть возможность сидеть и лежать на полу.

Должна быть возможность крепить листы бумаги (ватман) к стенам.

Помещение должно проветриваться.

### **Основные компоненты работы с детьми и подростками.**

Профилактическая работа должна включать в себя три компонента.

#### **1. Образовательный компонент.**

Специфический — знание о действии психоактивных веществ на сознание и организм человека, о механизмах развития зависимости, последствиях, к которым она приводит.

Цель: научить подростка понимать и осознавать, что происходит с человеком при употреблении психоактивных веществ.

Неспецифический — знание и понимание своих чувств, эмоций, а также возможных способов работы с ними и заботы о себе.

Цель: формирование развитой Я-концепции у подростка.

2. Психологический компонент — коррекция определенных психологических особенностей подростка, являющихся факторами риска употребления психоактивных веществ; создание

## Примерная структура одного занятия

Этапы	Время, мин	Задачи	Средства	Роль ведущего
Приветствие	5	Обозначить начало занятия, создать особую атмосферу, подчеркнуть безопасность	Определенные ритуалы	Обеспечить для каждого участника максимально комфортное вхождение в группу
Начало работы	5—10	Самоопределение участников (с чем они пришли на группу, как себя сейчас ощущают)	Ритуализированная форма, которая каждый раз наполняется новым содержанием	Предоставить каждому участнику возможность поделиться своими переживаниями, помочь осознать и принять свои чувства
Разминка	5—10	1. Объединение, сплочение группы 2. Развитие межличностных связей 3. Включение в совместную деятельность	Более или менее подвижные игры с четко определенными правилами	1. Обозначение правил и границ 2. Обеспечение безопасности участников
Работа по теме	30	Задачи соответствуют теме занятия	Самые разнообразные формы активности (игры, рисование, элементы психодрамы и т. д.)	1. Дать определенную информацию в доступной форме 2. Предоставить возможность выразить свои чувства 3. Помочь овладеть новыми навыками, основываясь на полученной информации
Завершение занятия	10	1. Возможность «выплеснуть» накопившееся напряжение 2. Завершение работы в позитивном эмоциональном состоянии	Подвижные и/или релаксационные игры	Обеспечение безопасности участников
Прощание	5	Обозначить конец занятия	Определенные ритуалы	Эмоциональная поддержка детей

благоприятного доверительного климата в коллективе, психологическая адаптация подростков из группы риска и др. Работа с чувствами вины, страха, неуверенности в себе, проблемами ответственности, принятия решений, чувством личной защищенности.

Цели: психологическая поддержка подростка; формирование адекватной самооценки, навыков принятия и выполнения решений; формирование умения сказать «нет», отстоять свои границы, определять и нести ответственность за себя, свои действия и свой выбор, умения обратиться в случае необходимости за помощью.

3. Социальный компонент — помощь в социальной адаптации подростка, овладение навыками общения, решение проблемы занятости и т.д.

Цель: формирование социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни.

Примерная структура занятия приведена в таблице 2.

## **6.6. Профилактика употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ в семье**

Теоретические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ в семье изложены выше, однако следует подчеркнуть, что базовой концепцией семейной профилактики является концепция социальной поддержки. Именно формирование семьи как социально-поддерживающей системы является основой профилактической деятельности. В рамках семейной профилактики используются различные программы первичной и вторичной профилактики.

С родителями детей и подростков, включенных в профилактическую программу, работа ведется в следующих направлениях:

- мотивация на включение в программную деятельность; анализ внутрисемейных отношений; изменение деструктивных паттернов поведения на конструктивные;

- проведение профилактических тренингов (для родителей и всех членов семьи);

- индивидуальная работа;

- организация «родительских экспертных советов», в задачи которых входит экспертиза профилактических программ, проводимых с их детьми, оценка ее эффективности, безопасности; определение замечаний; разъяснение другим родителям и детям смысла и задач профилактической деятельности.

Важность включения родителей в профилактическую активность связана с необходимостью формирования семейной, школьной и общественной антинаркотической политики. Для достижения этой цели родители становятся одной из ведущих и высоко мотивированных групп населения.

В рамках профилактической работы с родителями и семьей в целом весьма эффективны семинары-тренинги, цель которых:

- осознание и понимание смысла детско-родительских отношений;

- осознание ролевых позиций (*Я*-ребенок, *Я*-взрослый, *Я*-родитель) и внутрисемейных стратегий построения взаимоподдерживающих отношений;

- работа с самоидентификацией и *Я*-концепцией родителей;

- разрешение личностных проблем, берущих начало из детства и семейных стереотипов родителей;

- осознание ответственности за собственную позицию в семье и свое поведение, а также за развитие позитивных изменений в семейной системе;

- развитие личностных и личностно-средовых ресурсов, на основании которых может быть сформировано более эффективное поведение и система семейных взаимоотношений;

- развитие поддерживающих стратегий поведения в семье.

Примером таких тренинговых программ могут служить «субботные» семейные программы. Тренинговая профилактическая работа проводится по субботам в течение четырех часов: тренинг с родителями; тренинг с детьми; детско-родительский тренинг; индивидуальные консультации и ответы на вопросы (каждый тренинг длится один час).

Интересным опытом являются программа для учеников 11 классов средней школы «Когда я захочу иметь семью» и программа для студентов высших учебных заведений «Готовность к построению семейных взаимоотношений».

Для семей с разными проблемами и трудностями внутрисемейных взаимоотношений специально подготовленными специалистами проводится системная семейная психотерапия.

Особое место в системе семейной профилактики должны занимать социально значимые программы. Это связано со следующими обстоятельствами.

1. Многие дети из семей с низким достатком становятся не только потребителями наркотиков, но и звеньями в цепи их распространения. Они используются структурами наркобизнеса как «дешевая рабочая сила», способная приблизить наркоторговлю к потребительскому рынку (распространять наркотики в школах, дискотеках, местах развлечений подростков и молодежи). Такие дети, не имея средств к существованию, получают дозу наркотика бесплатно и таким образом расширяют рынок наркопотребителей.

2. По данным ряда исследователей, использование наркотиков и других психоактивных веществ бездомными и беспризорными детьми в семь раз выше, чем детьми, имеющими дом и семью. Поэтому нужны специальные программы для бездомных детей и детей, проводящих основное время на улицах, а также специали-

сты в области социальной работы. Должны создаваться многоступенчатые реабилитационные центры: клубы для детей, проводящих основное время на улицах; стационары дневного пребывания, амбулатории и др.

3. Чрезвычайно загруженные работой родители проводят мало времени со своими детьми, уделяя им недостаточно внимания и слабо осуществляя мониторинг их времяпровождения. Это повышает риск поведенческих проблем и связанной с ними зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ у детей и подростков.

4. В современном обществе существует проблема, связанная с изменением нормативных воспитательных и ролевых позиций в семье; увеличением числа чрезвычайно загруженных работой женщин, в семьях которых смещены родительские роли. Воспитанием детей в таких семьях часто занимаются посторонние люди — воспитатели, няни и т. д., т. е. отсутствует родительская ролевая модель. Это ситуация особого риска поведенческих нарушений.

5. Дети, воспитываемые преимущественно бабушками и дедушками, также менее стрессоустойчивы и адаптивны, чем их сверстники, воспитываемые родителями. У них существует риск деформации Я-концепции и слабого развития личностных копинг-ресурсов.

6. Дети, живущие в семьях с одним родителем, чаще имеют эмоциональные проблемы, трудности успеваемости и адаптации в школе, чем их сверстники, воспитываемые в полной семье, что является выраженным фактором риска формирования зависимости от психоактивных веществ.

7. Дети с нарушенным развитием и формирующейся патологией характера во много раз чаще употребляют наркотики и другие психоактивные вещества.

8. Матери-подростки имеют, как правило, мало адекватной социальной поддержки, менее способны, чем взрослые матери, справляться с кризисами и чаще употребляют наркотики, используя их как паллиативное средство избегания стресса.

С детьми всех этих категорий профилактическая работа должна проводиться по специально разработанным программам с учетом особенностей их семейной и социальной ситуации.

## **6.7. Программы третичной профилактики**

Третичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков, как уже указывалось выше, — это реабилитация, т. е. действия, направленные на формирование и повышение мотивации индивида, на достижение позитивных изменений в своей жизни, прекращение употребления психоактивных веществ, а также на повышение адаптации индивида, прекратившего употреблять нар-

котики, и на профилактику рецидивов. В то же время это действия, направленные на снижение вреда от употребления наркотиков у тех лиц, которые по каким-либо причинам не имеют сформированной мотивации на прекращение их употребления.

Одним из важнейших условий эффективной терапии и реабилитации больных наркоманией и алкоголизмом является включение их в терапевтическую среду, примерами которой могут служить терапевтические сообщества (ТС), 12-шаговая терапевтическая модель, системная резидентная семейная реабилитация. Данная модель основывается на компонентах нескольких различных моделей терапии средой приближающихся к понятию терапевтического сообщества, но имеющих свои особенности, изложенные в конкретных принципах.

Прежде всего следует подчеркнуть, что терапевтическая среда, о которой идет речь, является психологически и социально поддерживающей средой, необходимым элементом и психосоциальным условием интернализации норм здоровой среды, фокусирующейся не на болезни, а на восстановлении. Эта среда важна для взаимодействия с зависимым от наркотика человеком не как с пассивным объектом терапии, заботы, подавления или манипулирования, а как с активным участником процесса, несущим полную ответственность за собственное выздоровление. Это является идеологией и условием эффективной терапии. Важный аспект реабилитации, который предусматривается в условиях терапевтической среды, — реинтеграция потребителей наркотиков в первичную социальную систему, существующую на основе ценностных ориентаций и норм здорового общества, но отражающую и актуальные потребности больных, помогающую их удовлетворению и решению насущных проблем. Это первый шаг в восстановлении коммуникации и реинтеграции, построении здорового жизненного стиля.

В настоящее время явно ощущается недостаточность информации, психологического содержания по вопросам третичной профилактики зависимости от алкоголя и наркотиков. В связи с этим рассмотрим принципы третичной профилактики более подробно<sup>1</sup>.

1. *Процесс реабилитации как процесс совместной деятельности пациента и персонала.* Данный принцип предполагает следующее. Во-первых, реабилитация в условиях терапевтической среды рассматривается как восстановление полноценных взаимосвязей личности зависимого от наркотиков человека и социальной среды, процесс восстановления способностей человека к нормальному функционированию в среде, его личностных ресурсов, социально-ролевой идентификационной структуры. Все это, а не только достижение физического и психического благополучия понима-

---

<sup>1</sup> См.: Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М., 2002.

ется под процессом реабилитации. При этом очевидно, что восстановление не имеет конечной точки, а является лишь целью, в направлении которой будет двигаться зависимый человек на протяжении всей его жизни. Во-вторых, взаимодействие пациента и персонала подразумевает принятие ответственности за процесс восстановления не только персоналом, но и прежде всего пациентом. При этом развивается взаимная ответственность за позитивные изменения в совместной коммуникативной, терапевтической и прочих видах деятельности.

2. Процесс выздоровления строится с учетом жизненной ситуации пациента и его социальной сети (семьи, значимых других лиц и иного социального окружения). Реабилитация планируется каждым пациентом совместно с персоналом и членами терапевтической среды с учетом индивидуальных ресурсов и проблем человека, которые могут быть им использованы или должны быть преодолены в процессе восстановления. К состоянию ресурсной системы относятся знания, возможности и способности человека; его система отношений со значимыми другими; наличие или отсутствие семейных связей; характер семейных проблем и взаимоотношений внутри семьи; проблемы, связанные с законом и возможной криминальной активностью в прошлом.

3. Главные цели реабилитационного процесса:

а) восстановление здорового жизненного стиля, продвижение по пути к здоровью, которое понимается как многоаспектная характеристика (это физическое и психическое восстановление, а также восстановление и дальнейшее развитие когнитивного функционирования — умения думать, оценивать социальные и индивидуальные ситуации и перспективы, принимать решения и решать проблемные ситуации, ставить краткосрочные и перспективные цели, планировать свою жизнь);

б) изменение и развитие более функционального и эффективного поведения, наличие постоянной мотивации к этому процессу, что ведет к повышению уровня психосоциальной адаптации и жизни в целом;

в) развитие эмоциональной составляющей человека, осознание им своих эмоций, принятие их, понимание их причин и умение управлять ими как на когнитивном (понятийном), так и на поведенческом уровне;

г) восстановление и позитивное развитие социального функционирования, т. е. новых межличностных связей, наполнение их позитивным человеческим смыслом, духовным содержанием, а также восстановление либо построение новой здоровой социальной сети. Важнейшей структурой в этом процессе является семья, взаимодействие с которой в этот период приобретает особое значение.

4. Направление процесса реабилитации идет по линии развития у пациентов внутреннего личностного контроля над своим поведением

и собственной активностью в процессе выздоровления. Данный принцип основывается на понимании того, что процесс восстановления личности и ее взаимодействия с окружающей средой — главная цель реабилитации. Она может быть достигнута только тогда, когда пациент становится активным участником процесса терапии, берет на себя ответственность за собственное выздоровление, а не является пассивным объектом. Это возможно в том случае, когда пациент усваивает убеждение в том, что его поведение, действия и поступки определяют его будущее, и он сам постоянно делает выбор своих решений. При этом важно не только следовать за движением социальной среды и поддаваться ее давлению, но и принимать осмысленное решение.

Очень важным является формирование личностной возможности пациента противостоять негативному давлению социальной среды, определять его и отличать негативное давление от позитивного. Пациент учится работать с конфронтацией, принимая ее как обратную связь, либо отвергая, избегая ее как возможный фактор, препятствующий собственному продвижению к здоровью. При этом формируются умения сопротивляться давлению наркотизирующегося или криминального окружения и выбирать социальную поддержку в том окружении, которое в соответствии с новыми формирующимися самостоятельными убеждениями необходимо для поддержания процесса выздоровления. Внутренний контроль — это важнейший ресурс личности, способствующий преодолению психологической и социальной зависимости от наркотиков. Такой эффект терапии средой возможен при наличии эмпатического, поддерживающего, но в то же время конфронтационного ее воздействия, которое понимается пациентом как обратная связь, не унижает его достоинства, способствует росту самооффективности в процессе выздоровления, критическому взгляду на свое поведение при формировании позитивной самооценки и установлении разумных личностных границ. Без сформированного внутреннего личностного контроля активное взаимодействие пациента с окружающей средой будет невозможным, а следовательно, и процесс выздоровления может прерваться.

5. Неотъемлемой частью процесса выздоровления является формирование мотивации на выздоровление и позитивное изменение поведения в целом. Для процесса восстановления требуется не только желание самого пациента, но и сформированная мотивация, которая является осознанной необходимостью, определяет стремление пациента к выздоровлению. Однако это стремление должно быть осмысленным, понятным и продуманным. Мотивация — не раз и навсегда сформированная позиция. Это постоянно развивающаяся и меняющаяся составляющая в процессе выздоровления. Нельзя сформировать мотивацию на выздоровление раз и навсегда. Это — непрерывный процесс постоянных позитивных измене-

ний, который и является выздоровлением. Мотивация на включение в лечение еще не означает мотивацию на прекращение употребления наркотиков, мотивация на прекращение употребления наркотиков или на изменение своего поведения, связанного с наркотиками, еще не означает мотивацию на преодоление болезни, работу с влечением к наркотику, преодоление искушения. Мотивация на преодоление болезни еще не означает мотивацию на личностный рост и развитие, восстановление утраченных ресурсов и формирование новых, а последняя еще не означает мотивацию на социальную и коммуникативную активность, на преодоление стрессов, трудностей, психологических и социальных проблем в настоящее время и всегда в будущем. Таким образом очевидно, что основой реабилитационного процесса должна быть помощь пациенту в формировании и поддержании различных мотивационных установок и уверенности в возможности и необходимости достижения целей выздоровления, связанных с ними.

6. *Практическое достижение общих целей реабилитации строится с учетом конкретных ресурсов региона.* Очевидно, что построить единую реабилитационную модель для всех регионов России невозможно, так как в каждом из них есть свои ресурсы (экономические, интеллектуальные, профессиональные, физические и т. д.) и проблемы. Поэтому конкретные модели реабилитации могут быть разнообразными по форме, но не по содержанию. Важно, чтобы реабилитационный процесс был направлен на достижение единых целей и соответствовал определенным принципам.

7. *В связи с мультидисциплинарным характером проблем, возникающих в процессе реабилитации, для достижения целей выздоровления* в процессе реабилитации должна участвовать команда различных специалистов, являющихся носителями собственных знаний, умений и жизненного опыта. Врач-нарколог, имеющий медицинское образование; психологи, имеющие психологическое образование; социальные работники — специалисты в области социальной реинтеграции в общество и консультанты — специалисты в области консультирования зависимых от наркотиков по вопросам преодоления симптомов болезни и совладания с проблемами адаптации на основе собственного и/или профессионального опыта — необходимый минимум специалистов в реабилитационной структуре. Число членов профессиональной команды может быть различным в зависимости от возможностей реабилитационного учреждения. Они должны взаимодействовать с пациентами, проявляя не только профессиональные знания, но и подлинные личностные свойства, на основе взаимного понимания и взаимных усилий по модификации и развитию новых здоровых ресурсов личности, норм и ценностей, а также форм поведения. Очень важны личностно-профессиональные качества членов команды: способность к сопереживанию, отзывчивость, ответственность и другие развитые

личностные ресурсы (способность к пониманию и оценке проблем, принятию решений, коммуникативная и социальная компетентность, сформированная Я-концепция, профессионально-личностная и ролевая идентификационная структура, эмпатия и аффилиация), а также собственное проблем-преодолевающее поведение. Члены команды так же, как и пациенты, должны иметь общую философскую ориентацию и ясные цели.

8. *Работа в команде позволит преодолеть ограниченную компетентность каждого ее члена и обеспечить достижение целей выздоровления.* Очень важно понимание ограниченной индивидуальной профессиональной и личностной компетентности каждого из ее членов. Однако преодолеть эту ограниченность можно, только используя общий командный ресурс знаний, умений, опыта личностных качеств и поведенческих особенностей. Это дает возможность осуществлять конгруэнтную и слаженную деятельность, повышает чувствительность членов команды по отношению друг к другу и пациентам.

9. *Опыт работы в команде ведет к формированию общей системы координат, которая обеспечивает взаимопонимание и эффективное взаимодействие персонала, пациента и его окружения.* В данном случае целесообразно говорить о коллективном опыте взаимодействия друг с другом и окружающей средой, который помогает преодолеть разобщенность и одиночество, усилить индивидуальные личностные ресурсы за счет воссоединения их в коллективные. Это способствует более эффективному процессу преодоления зависимости, совладания с жизненными стрессами и проблемами, модификации поведения и развития здорового жизненного стиля.

10. *Общая система координат позволяет руководствоваться в командной работе общей философией, существенным моментом которой является выработка и закрепление позитивных ценностных ориентаций.* Этот принцип подчеркивает важность общей философской позиции команды и пациентов, единение на этой основе, что позволяет не только декларировать необходимость выработки позитивных ценностных ориентаций и личностно-социальных норм, регулирующих поведение, но и принимать их, идентифицировать себя с ними, понимая личностный смысл каждого участника процесса как активной единицы общего позитивного развития.

11. *Команда персонала, пациент и его окружение в процессе реабилитации образуют единую систему, позволяющую оказывать взаимную помощь и осуществлять взаимную поддержку.* Данный принцип отражает еще один аспект терапевтической субкультуры — необходимость социальной поддержки, которая важна каждому зависимому человеку. Эта поддержка носит многосторонний характер, являясь психологической, интеллектуальной, инструментальной, действенной, материальной и т.д. В рамках единой системы социальной поддержки любой ее член может не только рассчитывать на конкретную помощь, но и, что не менее важно,

свободно и активно запрашивать, воспринимать и использовать ее. Таким образом, формируется первичная социально-поддерживающая система, являющаяся необходимым условием и мощным ресурсом преодоления зависимости.

12. *Реабилитационный процесс подразумевает изменение и развитие как самого пациента, так и его окружения и персонала.* Было бы крайне ошибочным считать, что зависимый человек будет эффективно и позитивно изменять свою жизнь вне связи с окружающей действительностью и той социальной средой, которая создает лечебно-реабилитационную субкультуру. В связи с этим персонал так же, как и пациенты, должен осознавать необходимость постоянного позитивного развития на основе приобретаемого опыта взаимодействия в реабилитационной среде, так как члены профессиональной команды служат позитивными ролевыми моделями, на основе которых пациенты усваивают новые формы поведения. Однако, принимая во внимание важность ресоциализации как составной части реабилитации, персоналу необходимо заботиться и о том, чтобы окружение пациента, которое встретит его в жизни после стационарного и/или амбулаторного этапа реабилитации, тоже изменялось и позитивно развивалось. Поэтому необходима работа с этим окружением, т.е. с семьей, рабочим коллективом, значимыми другими лицами. Однако лица, зависимые от наркотиков, часто не имеют реального социально и психологически поддерживающего окружения. В таком случае процесс реабилитации должен предусматривать его организацию или внедрение пациента в новую позитивную систему межличностных и трудовых отношений (группы само- и взаимопомощи, трудовые вспомогательные учреждения и т. д.).

13. *На определенном этапе реабилитации выздоравливающие пациенты могут вовлекаться в реабилитационный процесс как члены команды, выступая в качестве ролевых моделей для остальных пациентов.* Этот принцип касается выздоравливающих пациентов, работающих в профессиональной команде в качестве консультантов. Деятельность таких консультантов — весьма полезный и эффективный элемент реабилитационного процесса. Зачастую эффективность первых этапов мотивационной работы зависит от возможности консультанта поделиться собственным опытом и аргументами в пользу принятия решения изменить свое поведение относительно наркотиков, включиться в лечение. Опыт когнитивной работы над проблемами зависимости, осознания собственных эмоций, управления ими, преодоления болезни в целом, а также социальной адаптации является бесценным. Кроме того, консультанты из числа выздоравливающих зависимых пользуются особым доверием пациентов и способствуют развитию лечебной среды. Однако при этом очень важно строго соблюдать условия, выраженные в следующих двух принципах.

14. *Ролевые модели должны быть не ригидными и авторитарными, а поддерживающими, обладающими высоким уровнем внутреннего контроля и создающими атмосферу взаимной заботы.*

15. *Ответственность и полномочия члена профессиональной команды выздоравливающий пациент может получить только в случае продолжительной стойкой ремиссии, после соответствующей подготовки и отбора.* Важность этих условий определяется тем, что зависимая личность далеко не всегда проявляет последовательное конструктивное адаптационное поведение, особенно в ситуации искушения возможностью влиять на других, принимать решения относительно их, т. е. проявлять власть. Это связано с недостаточной развитостью личностных ресурсов и сформированностью копинг-поведения, а также с недостаточной интериоризацией нравственных ценностей и позитивных социальных норм.

16. *Реабилитационный процесс должен быть четко сконструирован не только по времени, но и по форме и содержанию деятельности пациентов.* Реабилитационный процесс, как процесс совместной деятельности персонала и пациентов, должен быть четко понят и осознан теми и другими. Поэтому персонал вместе с пациентами должен постоянно обсуждать цели и задачи процесса реабилитации, а также пути и методы их достижения, так как по мере продвижения процесса или включения в него новых членов появляются совершенно новые аспекты. Можно определить отдаленные (перспективные) и ближайшие (актуальные) цели. Однако по мере продвижения вперед и/или переживания тех или иных индивидуальных и групповых кризисных и проблемных ситуаций перспективные цели будут вырисовываться все отчетливее, звучать и пониматься конкретнее, а актуальные — меняться, представляя собой череду ступеней продвижения вперед. Этот процесс должен быть осознан командой и пациентами.

Работа по осознанию данного процесса есть важнейшая стратегия реабилитации. В связи с усиливающейся четкостью целей и задач процесса восстановления становится актуальной и понятной структурированность процесса реабилитации по времени. Необходимо иметь четкий план дня и недели, представлять себе фазы реабилитации. Однако важно, чтобы экстернальная (внешняя) ориентация пациентов в этом вопросе сменялась на внутреннюю (интернальную), что, прежде всего, происходит тогда, когда в начале процесса реабилитации пациент подчиняется правилам и нормам окружающей его среды, следует режиму, а затем сам становится активным защитником и творческим автором условий деятельности, способствующей выздоровлению.

Условно процесс реабилитации может быть разделен на фазы, по мере продвижения по которым экстернальный контроль у пациентов сменяется интернальным. Постепенно стирается грань между жизнью по расписанию и свободным временем, которым

пациент начинает все более активно распоряжаться. При этом очень важно учить пациентов проводить свое свободное время: иметь навыки приготовления пищи, рационального расходования денег, ухода за собой и своей одеждой (гигиенические навыки), занятий спортом, умения общаться с окружающими (в том числе и противоположного пола), веселиться и развлекаться без употребления психоактивных веществ, быть последовательным и ответственным, уметь встречаться с ситуациями искушения употребления наркотика, преодолевать и/или избегать их и т. д. В этом обучении важно, чтобы мотивация пациента к нему была сформирована и он отчетливо понимал необходимость этих знаний и навыков для себя. Таким образом создаются предпосылки для обучения пациента жизни вне стационара.

17. *Реабилитация проводится в форме групповой работы с обязательным условием необходимости индивидуализированного подхода к каждому пациенту.* Данный принцип определяет первостепенную важность в реабилитации групповой работы, использования компонентов, принципов и эффектов терапии средой, создания терапевтической субкультуры, однако в такой ситуации опасной ошибкой будет являться отсутствие индивидуального подхода, учета индивидуальных особенностей, различий и потребностей. Ведь каждый пациент имеет индивидуальные особенности развития заболевания и восстановления, индивидуальные клинические и психологические характеристики, даже этапы восстановления структурируются во времени у каждого по-своему. В связи с этим оба подхода — групповой и индивидуальный — в реабилитационном процессе должны развиваться вместе.

18. *На определенных этапах реабилитационного процесса целесообразно использовать элементы конфронтации в целях обратной связи при условии взаимного уважения, принятия и поддержки.* Данный принцип определяет необходимость конфронтации, как важнейшего элемента терапии средой и психотерапии. **Конфронтация** — это «отзеркаливание» поведения пациента таким образом, чтобы он мог увидеть его «со стороны» или услышать критические сообщения по поводу тех форм своего поведения, которые не соответствуют нормам и требованиям терапевтической среды либо вызывают вопросы, сомнения и опасения.

Конфронтация в связи с этим еще называется «обратной связью». Этот компонент терапии важен потому, что любое изменение в поведении следует за осознанием его неэффективности или проблематичности. Для осознания необходима информация о тех впечатлениях и эффектах, которые возникают у окружающих, находящихся во взаимодействии с пациентом. Конфронтация может быть жесткой и даже агрессивной. Однако такой тип конфронтации в ситуации реабилитации зависимых от наркотиков личностей, как правило, не приемлем, так как вызывает крайне не-

гативные последствия. В связи с этим важными условиями конфронтации являются эмпатия (сопереживание и понимание), уважение личности и проявление поддержки. При этом человек, в отношении которого используется конфронтация, должен понимать ее как своего рода информационную поддержку, необходимую для дальнейшего личностного роста и развития. В этом случае он не будет испытывать деструктивных эмоций, разрушающих систему взаимоотношений в терапевтической группе.

19. *Важным компонентом реабилитации является профилактика рецидивов, которая включает работу не только с самим пациентом, но и с его окружением.* Необходимо понимать, что рецидив — весьма вероятная вещь в процессе лечения и реабилитации зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ лиц. При этом профилактика рецидива является важнейшей составной частью реабилитации. Использование опыта пациента, перенесшего рецидив, критическое его рассмотрение, осознание причин, его спровоцировавших, и путей восстановления — очень важная сторона реабилитационного процесса. Профилактика рецидивов включает работу по формированию самоотношения личности, ее идентификации, интериоризации норм здоровой жизни, работу с поведением пациента, направленную на развитие ресурсов личности и среды и навыков копинг-поведения. Особый раздел профилактики рецидивов — работа с окружающей пациента жизненной средой (семьей, значимыми другими) с целью формирования социально поддерживающей сети и здоровых паттернов взаимоотношений.

20. *Сроки резидентского пребывания пациентов в реабилитационных структурах определяются индивидуально и могут варьироваться от нескольких месяцев до нескольких лет. Этот процесс включает различные стадии и фазы реинтеграции пациента в общество, что является основной задачей третичной профилактики.* В зависимости от ресурсов региона и типа учреждения, а также индивидуальных потребностей пациента невозможно ограничить процесс реабилитации какими-то конкретными и неизменными сроками. Они могут быть различными. Важно, чтобы они соответствовали потребностям восстановления пациентов и предусматривали все фазы реабилитации.

**I фаза** — лечение. Ведется интенсивная работа, направленная на преодоление физической зависимости и стабилизацию физических проблем.

Важнейшими задачами этой фазы являются: укрепление мотивации на восстановление и реабилитацию, а также укрепление коммуникативных связей персонала с пациентами. В этой фазе пациенты ограничены в самостоятельной активности, но интенсивно готовятся ко второй, в которой ответственность и активность значительно повышаются.

**II фаза** — реабилитация. Ведется интенсивная работа над собственными личностными и межличностными проблемами, обна-

ружением и пониманием эмоциональных проблем, неадекватных защитных механизмов, блокирующих осознание себя и процесс выздоровления в целом, деструктивных вариантов копинг-поведения.

В этот период ведется очень интенсивная работа по формированию самоидентификации, т. е. по определению себя как эффективной и позитивной личности, не употребляющей наркотики и занимающей свое достойное место в жизни. Иными словами, это работа по формированию новой Я-концепции — представления о себе как о социально, физически, сексуально, психически и психологически уникальном и состоятельном человеке, проблемы которого будут разрешаться в зависимости от его собственного участия в своей судьбе и процессе постоянного развития и усовершенствования. Длительность этой фазы различна. Она зависит прежде всего от того, какими личностными ресурсами обладает пациент, от его личностной «зрелости», а также от направления работы, профессионализма и мастерства персонала, терапевтического воздействия окружающей социальной среды.

III фаза — подготовка к жизни вне реабилитационного учреждения. На этой стадии наиболее интенсивно проводится работа по профилактике рецидивов (тренинг эффективного копинг-поведения, социальных навыков, умений, межличностной и коммуникативной компетентности, противодействия давлению социальной среды, избегания и противодействия искушению наркотизации и т. д.). В этой фазе пациент все чаще и более продолжительное время находится вне учреждения, готовясь к тому, чтобы полностью и самостоятельно преодолевать жизненные проблемы и трудности в будущем.

IV фаза — возврат в общество. Эта фаза осуществляется постепенно. В ее реализации возможно несколько вариантов:

- жизнь в учреждении, но работа в обществе;
- жизнь в обществе, но работа в учреждении;
- постепенный, «шаг за шагом», выход из учреждения (дневной стационар).

V фаза — послелечебная. Это регулярные встречи с пациентом с продолжительностью не менее 1—2 часов, осуществляемые в групповой или индивидуальной форме. Эти встречи необходимо четко планировать и определять вместе с пациентом их цели и задачи. С течением времени интервалы между встречами увеличиваются. В этот период очень важную роль играют группы самопомощи — «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы».

21. *Реабилитационный процесс предполагает использование медицинской, психологической, социальной диагностики и мониторинга состояния пациентов (а при необходимости — и их окружения) и соответствующее применение адекватных вмешательств. Очень важным компонентом реабилитационного процесса является мониторинг различных составляющих состояния пациента, динами-*

ки и успешности процесса его восстановления и развития, изменения паттернов его взаимодействия с окружающей средой. С этой целью необходима разработка оригинальных или адаптация уже имеющихся инструментов оценки состояния и динамики процесса. Это клиническое наблюдение; наблюдение за поведением пациента в процессе группового взаимодействия, другой деятельности; оценка успешности его взаимодействия с членами семьи и значимыми другими; оценка динамики отношения членов семьи к пациенту; наличие либо отсутствие социально поддерживающей сети. Кроме этого используются короткие методы — психометрические зонды, своеобразные «градусники» (по результатам измерения можно заметить проблемы и/или успехи пациента в реабилитационном процессе).

*22. При формировании реабилитационных групп должны учитываться такие факторы, как пол, личностные характеристики и возраст пациентов.* Формирование реабилитационных групп — сложный и весьма деликатный процесс. Следует учитывать, что наличие нескольких чрезмерно деструктивных личностей в реабилитационной группе, сексуальные отношения между ее членами и слишком большой возрастной диапазон могут поставить под угрозу весь реабилитационный процесс.

## **6.8. Снижение вреда от употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ<sup>1</sup>**

История движения «снижение вреда» началось в середине 80-х гг. XX в. и неразрывно связана с началом эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в США, Западной Европе и других странах. Потребители должны были обезопасить себя и своих друзей, а медицинские работники ознакомить их с информацией по профилактике. Последнее было сложной задачей, так как потребители наркотиков являются закрытой и труднодоступной группой населения. Стало ясно, что если не предпринимать каких-либо экстренных профилактических мер, остановить стремительное развитие эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков будет невозможно.

В Великобритании, Австралии, Германии, Швейцарии, Нидерландах, Канаде и ряде других стран начали работу национальные программы обмена шприцев и помощи потребителям наркотиков, получившие государственную поддержку и финансирование. В связи с угрозой эпидемии ВИЧ-инфекции в этих странах стали разрабатываться различные модели программ, которые должны были бы стать привлекательными для потребителей наркотиков, и отвечали бы их реальным нуждам. Созданные на этой основе

---

<sup>1</sup> См.: Врачи без границ: Сб. статей. — М., 2000.

службы получили название «Программы снижения вреда». Были выработаны базисные принципы этих программ.

1. Поскольку немедицинское использование психоактивных веществ — неизбежное явление в любом обществе, которое имеет к ним доступ; политика в отношении наркотиков не должна базироваться на утопической идее о том, что немедицинское употребление наркотиков в обществе можно прекратить полностью.

2. Немедицинское потребление наркотиков неизбежно вызывает социальный и индивидуальный вред.

3. Политика в отношении наркотиков должна быть прагматичной, т.е. оцениваться на основе актуальных последствий, а не на символически правильных или неправильных посланиях.

4. Потребители наркотиков составляют единое целое со всем обществом. Следовательно, для защиты здоровья всего общества необходима защита здоровья потребителей наркотиков, а для этого не нужно обществу пытаться изолироваться от них.

5. Потребление наркотиков наносит индивидуальный и социальный ущерб самыми разными способами, поэтому программы должны иметь различные направления воздействия: для лиц, склонных к потреблению; для потребителей наркотиков, которые лечатся от наркозависимости; для потребителей, которые пока не способны прекратить наркотизацию (с целью помочь прекратить или переключиться на относительно более безопасные способы приема наркотиков).

Внедрение программ снижения вреда в ряде стран позволило усилить мотивационную работу с зависимыми лицами, ориентировать их на прекращение употребления наркотиков более успешно либо установить сотрудничество между медицинскими работниками и потребителями наркотиков в рамках продвижения к более безопасному стилю жизни.

Однако отношение к программам снижения вреда в разных странах различно. В США они встретили мощный отпор. Тем не менее в конце 80-х гг. XX в. в некоторых городах США была начата работа нелегальных программ по обмену шприцев. В настоящее время ситуация в Америке кардинальным образом меняется.

В 1992 по 1993 г. Калифорнийским университетом (Беркли) по заказу Государственного центра по контролю за заболеваемостью США было проведено общенациональное исследование существующих программ обмена шприцев с целью изучить влияние программ обмена шприцев на общественное здравоохранение. Это исследование показало, что программы обмена шприцев и снижения вреда от употребления наркотиков существенно снижают риск инфицирования ВИЧ среди потребителей наркотиков и являются эффективным инструментом профилактической работы.

Один из главных выводов этого исследования: программы обмена шприцев ни в какой мере не способствуют увеличению числа

людей, употребляющих наркотики, и в частности наркотики путем инъекций. Напротив, при правильной постановке вопроса программы обмена шприцев служат средством мотивации потребителей наркотиков к увеличению обеспокоенности по поводу собственного здоровья, к обращению их в медицинские службы и программы лечения наркозависимости (детоксикация, реабилитационные программы).

В начале 90-х гг. XX в. проблема распространения наркомании и ВИЧ-инфекции стала актуальной и для стран Восточной Европы и СНГ. Вспышка ВИЧ-инфекции разразилась на территории Украины, в некоторых городах России, таких, как Калининград, Ростов, Новороссийск и др. Сейчас в России ведется внедрение профилактических программ по снижению вреда от наркозависимости, однако эти работы еще не приобрели должного охвата, носят единичный, а не общенациональный характер.

Из-за стремительного увеличения употребляющих наркотики в некоторых городах России (в 1999 г. к списку этих городов добавились Москва и Московская область) стало ясно, что если не принять экстренных профилактических мер, в нашей стране может развиться эпидемия СПИДа. Проекты по снижению вреда, развивающиеся в России, включают в себя информационные программы; медицинское и психологическое консультирование, а также предоставление инъекционным потребителям наркотиков направлений в медицинские учреждения и материалов личной профилактики.

Программы снижения вреда получают все большую поддержку мирового сообщества и Всемирной организации здравоохранения.

Рассмотрим основные принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций (составлены по материалам Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения).

1-й принцип. *Информационная работа и образование.*

Главным условием эффективной профилактики является информирование населения о риске ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, а также об особом риске, связанном с употреблением наркотиков путем инъекций. Именно в таком широком контексте должны проводиться просветительские программы по вопросам здоровья и мотивационные обучающие программы по снижению рискованного в плане ВИЧ-инфекции поведения.

Этот принцип предполагает следующее:

1) просвещение всего населения без стигматизации групп высокого риска;

2) определение групп высокого риска;

3) просветительскую работу среди употребляющих наркотики и их ближайшего социального окружения, направленную на предупреждение поведения, связанного с высоким риском употребления наркотиков;

4) обучение работников служб здравоохранения и социальной помощи с акцентом на первичные звенья медико-санитарной помощи.

Предлагаются соответствующие действия:

– создание учебных модулей и программ по профилактике ВИЧ-инфекции и включение их в общие программы начального и среднего образования;

– обучение работников средств массовой информации, проводящих образовательные кампании в области здравоохранения, а также педагогов и работников служб здравоохранения и социальной помощи;

– регулярное информирование всего населения о последствиях употребления наркотиков с использованием имеющихся средств массовой информации и в контексте работы по укреплению здоровья населения в масштабах всего государства;

– включение вопросов профилактики ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний в основные программы обучения медицинских работников и персонала служб социальной помощи высших и средних учебных заведениях;

– просвещение употребляющих наркотики и их ближайшего социального окружения с целью предупреждения рискованного поведения (включая тему более безопасных способов употребления наркотиков). Во всех возможных случаях следует применять подход, основанный на личном контакте. В этот процесс могут быть с успехом привлечены после соответствующего обучения бывшие потребители наркотиков.

2-й принцип. *Обеспечение легкой доступности социальных служб и служб здравоохранения.*

Лица, имеющие повышенный риск ВИЧ-инфицирования или уже инфицированные, должны иметь легкий доступ к существующим службам, выполняющим определенную роль в профилактике ВИЧ-инфекции.

Данный принцип предполагает:

1) доступность служб с точки зрения их местоположения, отдаленности и возможностей общественного транспорта;

2) доступность служб неотложной помощи и кризисного вмешательства с минимальными ограничениями во времени;

3) доступность служб, обеспечивающих конфиденциальность и защиту данных о потребителях наркотиков;

4) доступность служб для всех потенциальных пациентов независимо от их возраста, пола, расовой, этнической, культурной, идеологической или религиозной принадлежности;

5) доступность служб независимо от соматического или психического состояния пациента;

6) доступность служб независимо от платежной способности пациентов и их социально-экономического или трудового статуса;

- 7) доступность служб независимо от правового статуса пациентов;
- 8) доступность служб консультирования и оказания помощи по поводу профилактики ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков, находящихся в заключении.

Для осуществления этого принципа предлагаются следующие действия:

- определение препятствий, ограничивающих доступность социальных служб и служб здравоохранения для потребителей наркотиков и максимально возможное их устранение;
- развитие терапевтических программ с низким порогом включения в них пациентов, что позволяет употребляющим наркотики лицам установить контакт с терапевтическими службами уже на ранних этапах зависимости;
- консультирование и лечение с соблюдением должного уважения к потребностям и правам клиентов;
- введение процедур, обеспечивающих конфиденциальность информации;
- адаптация терапевтических методов в соответствии с имеющимися стандартами лечения, например, со стандартами, разработанными Всемирной организацией здравоохранения;
- обучение и подготовка работников служб здравоохранения и социальной помощи с целью повышения доступности этих служб;
- включение функций оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи употребляющим наркотики в систему первичной медико-санитарной помощи;
- принятие специальных законодательных актов, гарантирующих доступность и качество терапии (предпочтительно в форме общего закона о здравоохранении, применение которого распространяется также и на терапевтические службы, оказывающие помощь потребителям наркотиков).

*3-й принцип. Активная работа среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций.*

Значительное число употребляющих наркотики лиц, не обращающихся к службам здравоохранения и социальной помощи, должны быть вовлечены в разные программы снижения вреда посредством стратегии активной работы с ними. Эти стратегии должны основываться на личном контакте с употребляющими наркотики и их окружением и на предоставлении информации о риске ВИЧ-инфекции и профилактических мерах, защищающих от инфицирования как самих употребляющих наркотики, так и тех, кто контактирует с ними. Стратегии активной работы среди потребителей инъекционных наркотиков не предполагают «приклеивания ярлыков» или регистрации, что позволяет установить необходимый уровень доверия и создать требуемую мотивацию для позитивных изменений в употреблении наркотиков и в сексуальном поведении.

Этот принцип предполагает:

1) установление контакта со скрытыми популяциями употребляющих наркотики;

2) информирование о рискованном в плане ВИЧ-инфекции поведении, включая информацию о безопасном сексе и менее опасных способах употребления наркотиков;

3) предоставление стерильных игл, шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов представителям групп высокого риска, а также сбор использованных инструментов и приспособлений для инъекций и приготовления наркотиков;

4) предоставление специальных услуг лицам, употребляющим наркотики (касающихся проблем с жильем, правовых проблем, финансовых проблем, семейного консультирования, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции, тестирования на ВИЧ-инфекцию и т. п.);

5) нацеленность программ на особые группы населения (например, лиц, продающих свои сексуальные услуги, и употребляющих наркотики);

б) создание прочных связей с соответствующими общественными группами и службами для того, чтобы способствовать интеграции лиц, употребляющих наркотики, в здоровые социальные структуры.

Для осуществления этого принципа предлагаются такие действия, как:

– официальное признание программ активной работы в среде употребляющих наркотики;

– создание таких программ в районах повышенного риска (обычно — в больших городах), где проблемы с наркотиками проявляются или находятся вне контроля системы здравоохранения и деятельности терапевтических служб;

– обучение работающих в рамках таких программ для того, чтобы они могли: получить доступ к скрытым группам лиц, употребляющих наркотики; распознать их особенности и специфические нужды; завоевать их доверие путем установления адекватных личных контактов, основанных на искренних и реалистичных отношениях; помочь изменить поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования;

– создание механизмов сотрудничества со службами здравоохранения, социальной помощи и другими группами, действующими на местном уровне, а также механизмов мониторинга и оценки.

**4-й принцип. Обеспечение потребителей инъекционных наркотиков стерильными инъекционными инструментами и дезинфицирующими материалами.**

Стерильные инъекционные инструменты и дезинфицирующие материалы должны быть легко доступны с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции через кровь.

Основная часть ВИЧ-инфекций и гепатитов среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, обусловлена совместным использованием игл, шприцев или зараженных приспособлений для приготовления наркотиков. Если пока невозможно убедить применяющих наркотики лиц отказаться от их употребления и отсутствует тенденция к быстрым изменениям в этом направлении, стоит серьезно рассмотреть любые возможные действия, помогающие снизить распространение ВИЧ-инфекции. Есть общее мнение, что одним из факторов риска, в наибольшей степени связанным с совместным использованием инъекционных инструментов, является малодоступность стерильных игл и шприцев. Всем потребителям инъекционных наркотиков должен быть дан убедительный совет не использовать совместно иглы и шприцы, а при инъекциях и приготовлении наркотика применять только стерильные или дезинфицированные инструменты и приспособления. Этот совет часто оказывается неэффективным, если не подкрепляется доступностью стерильных инъекционных инструментов или дезинфицирующих материалов. Более того, программы обмена игл и шприцев становятся важным каналом для предоставления потребителям наркотиков информации консультативных услуг, что может помочь предупредить ВИЧ-инфекцию, а также другие инфекции и заболевания, связанные с употреблением наркотиков.

Этот принцип предполагает:

- 1) обеспечение доступности стерильных игл, шприцев и дезинфицирующих материалов с помощью программ бесплатного обмена, продажа без рецептов в аптеках; создание терапевтических программ с низким порогом включения пациентов, а также программ активной работы с употребляющими наркотики; других служб и учреждений с неосуждающим отношением;
- 2) обеспечение доступа к иглам, шприцам и дезинфицирующим материалам без ограничений или каких-либо обязательных условий (например, уточнения личности клиента);
- 3) предупреждение нежелательных последствий проводимых программ (например, путем сбора использованных игл и шприцев и помещения их в безопасные места утилизации);
- 4) обеспечение доступности адекватных дезинфицирующих материалов и создание программ обмена игл для потребителей инъекционных наркотиков в местах заключения.

Для осуществления этого принципа предлагаются следующие действия:

- создание правовой и организационной структуры для реализации программ обмена игл на национальном и местном уровнях;
- включение в национальные и местные стратегии и программы по профилактике злоупотребления наркотиками пункта о предоставлении стерильных шприцев и дезинфицирующих материалов потребителям инъекционных наркотиков;

- развитие программ обмена игл во всех районах риска, где выявлена практика инъекционного введения наркотиков;
- проведение обучения по вопросам организации программ обмена игл с минимальными стандартами среди сотрудников служб, занимающихся проблемами снижения вреда от употребления наркотиков;
- поощрение продажи игл, шприцев и дезинфицирующих материалов через аптечную сеть без рецептов;
- поощрение потребителей наркотиков к уменьшению риска посредством вовлечения их в программы обмена игл и шприцев;
- мотивация вовлеченных в программы обмена игл и шприцев потребителей наркотиков на лечение, ориентированное на полное воздержание от психоактивных веществ;
- сбор и утилизация использованных игл и шприцев безопасным путем для предупреждения возможности негативных последствий программ по их обмену;
- предоставление адекватных дезинфицирующих материалов потребителям наркотиков, находящимся в местах заключения, и в перспективе организация для них программ обмена игл.

5-й принцип. *Предоставление потребителям инъекционных наркотиков возможности получить заместительную терапию.*

Заместительная терапия имеет не только преимущества, но и недостатки. Так, к замещающим опиоиды медикаментам относятся препараты с наркотическим эффектом. Различия прежде всего в том, что в случае заместительной терапии инъекционные наркотики замещаются на неинъекционные. В связи с этим включение программ заместительной терапии в общую национальную стратегию в отношении наркотиков в качестве одного из полезных вариантов происходит не во всех странах. В частности, в России пока существуют лишь отдельные экспериментальные программы, действующие в районах с высокой распространенностью употребления героина или других опиоидов и ВИЧ-инфекции.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Расскажите о целях, задачах и методах первичной профилактики алкоголизма и наркомании.
2. Расскажите о принципах построения программ первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ.
3. Каковы особенности вторичной профилактики зависимости от алкоголя и наркотиков?
4. Что такое выздоровление от алкогольной и наркотической зависимости?

### **Литература**

- Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Программа формирования здорового жизненного стиля. — М., 2000.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* и др. Профилактика наркомании и алкоголизма у подростков. От теории к практике. — М., 2001.

## ГЛАВА 7

# ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Основой психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, является работа с мотивацией на изменение поведения и продвижение в сторону выздоровления, а также профилактика рецидивов.

### 7.1. Работа с мотивацией

Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, то, как уже говорилось, его лечение и реабилитация не будут удачными.

Преодоление зависимости — это продолжительный по времени процесс, состоящий из нескольких специфических стадий. На каждой стадии должны быть разрешены определенные задачи и развиты определенные навыки. Если пациент не готов постоянно прогрессировать в этом направлении, истощающим образом выполнять поставленные перед собой задачи и достигать целей, если он избегает постоянной работы в направлении изменений и не настроен эффективно преодолевать болезнь, то срыв неизбежен. В связи с этим становится очевидной необходимость работы с мотивацией пациента на всех этапах и стадиях его выздоровления.

Методы работы с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние 10 лет, когда выяснилось, что лечение пациентов, не готовых к изменению своего жизненного стиля, не дает позитивных результатов. Стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества, имеют право на помощь в виде формирования мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения и жизненного стиля.

Основой метода мотивационной терапии являются работы Д. Прохазки и К. Ди Клементе [Prochaska D., Di Clemente C., 1992], С. Рольника и др. [Rollnick S. et. al., 1999], В. Миллера [Miller W., 2000].

**Сопротивление изменениям** — нормальный человеческий феномен. Любой человек, который сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания появляющихся преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления, которое может быть открытым и скрытым.

Примеры *открытого* сопротивления:

- отрицание проблемы;
- агрессивное поведение по отношению к лицу, которое объявляет о необходимости изменений;
- инициация открытой дискуссии о предполагаемых изменениях.

Примеры *скрытого* сопротивления:

- опоздание на встречи с последующими извинениями, пропуски, беспечное отношение к встречам;
- возражения против вмешательства посторонних лиц;
- сомнения в компетентности терапевта;
- постоянный поиск альтернативного мнения или другого терапевта;
- нежелание предоставлять информацию о себе и своем состоянии или предоставление неполной информации.

Сопротивление — это прежде всего проявление страха, связанного с необходимостью осознать бессознательные процессы. В связи с этим важно помнить, что в мотивационной терапии нет места осуждению, а само сопротивление следует рассматривать как мотивационный фактор. Таким образом, и пациент, и терапевт должны быть свободны от чувства вины за неудачу.

Одним из наиболее часто встречающихся источников сопротивления, связанных с терапией, является отсутствие *раппорта* (эмпатийного контакта) между врачом и пациентом. Это часто связано с недостаточностью навыков эмпатии у терапевта либо его неспособностью понять, что пациент, сопротивляясь, пытается избежать интенсивной тревоги. Так, употребляющий психоактивные вещества человек может опасаться, что при отказе от них ему придется заново пересматривать свое поведение в обществе, свою сексуальность, пережить чувство безнадежности и собственной беспомощности.

Часто пациенты сопротивляются принятию решения о прекращении употребления психоактивных веществ, потому что извлекают из этого определенную условную «выгоду», например стремятся не нести полной ответственности за свое поведение.

Сопротивление может быть вызвано неадекватным использованием психотерапевтических техник, которые терапевт применяет в отношении пациента. Обычно это связано с недостатком опыта или подготовки терапевта или началом терапии без достижения понимания пациентом сути того или иного метода.

Сопротивление может увеличивать намеренное противодействие (явное или неявное) других людей — членов семьи, друзей

и т. д. В данном случае помимо работы с проблемой употребления наркотиков пациентом терапевт может принять решение работать также с членами его семьи, которые способствуют возникновению нездоровых зависимых отношений.

Чаще всего факторы сопротивления бывают связаны с пациентом. У него могут иметься свои «скрытые планы», способные мешать успеху терапии. Когда пациент соглашается на лечение только благодаря внешнему давлению со стороны семьи, значимых других лиц, обстоятельств, то сам он может не быть по-настоящему заинтересован в успехе и не прилагать необходимых усилий, продолжая придерживаться устоявшихся представлений в отношении самого себя и негативного настроения на будущее. Так, пациент может придти на лечение, чтобы подтвердить правильность своего мнения о том, что он не способен добиться положительного результата.

Иногда пациенты проявляют низкую толерантность к фрустрации (при отсутствии уверенности в исходе терапии, сомнениях в собственных силах, высоком уровне субъективного ощущения беспомощности). Это в дальнейшем приводит к поведению, направленному на собственное поражение.

Иногда сопротивление может проявляться как попытка отсрочить получение помощи. Например, пациент может называть самые разные причины, такие, как слишком высокая стоимость или слишком большая длительность терапии.

Терапевт должен понимать, что демонстрирующий сопротивление пациент предоставляет ему очень важные сведения, и именно этим определяется модель межличностного общения пациента и терапевта.

Причиной сопротивления часто служит неспособность терапевта «синхронизироваться» с пациентом, который приходит с определенным набором убеждений (одно из которых состоит, например, в том, что он настолько сломен, или болен, или несчастен, что никто не в состоянии ему помочь). Терапевт при этом может быть убежден, что он во что бы то ни стало (и очень быстро) обязан добиться успеха в работе с каждым пациентом. Такая «асинхронность» вызывает сопротивление и негативные эмоции у самого терапевта, что, в свою очередь, усиливает сопротивление пациента. Терапевт должен изучать свое сопротивление и свои эмоции, вызванные конкретной терапевтической ситуацией и понимать, что любой терапевтический процесс схож с процессом роста, и что пациент будет проходить все его этапы.

В традиционной терапии или консультировании сопротивление должно быть «интерпретировано». Если терапевт или консультант не может предложить каких-либо интерпретаций, он иногда объясняет это неготовностью пациента к получению пользы от терапии. Однако сопротивление может быть умело использовано

терапевтом, если он сумеет обращаться с ним в соответствии с принципом дзюдо: вместо того чтобы сопротивляться удару, лучше принять и усилить его, что лишит противника равновесия. Этот прием несложен; благодаря поощрению в поведении пациента начинают происходить изменения. Когда кого-то побуждают сопротивляться, у него есть возможность выбрать одно из двух: либо согласиться (и как только он соглашается, сопротивление перестает быть таковым), либо не согласиться (что приводит к тому, что человек перестает оказывать сопротивление).

Терапевт не должен забывать о том, что пациент пришел за помощью. При установлении терапевтического контакта с пациентом приходится принять его поведение и способствовать проявлению этого поведения. Роль терапевта заключается в том, чтобы показать пациенту, что его поведение может быть использовано ему же во благо. Таким образом, важно не одобрение терапевтом поведения пациента, а возможность использования пациентом своего поведения для успешного разрешения любой ситуации.

Сопротивление — это не плохо и не хорошо. Оно просто существует и требует уважения, так как является проявлением многолетнего опыта приспособления, с которым пациент был вынужден жить и от которого он теперь должен отказаться.

Пациент имеет право сопротивляться или не сопротивляться, сотрудничать или не сотрудничать. Пациента нельзя осуждать или отвергать за его сопротивление, и терапевт должен принять тот факт, что на данном этапе сопротивление пациенту необходимо.

Терапевт должен уважать сопротивление, понимая, что его проявление означает, что он как терапевт двигается слишком быстро и ожидает слишком быстрых перемен. Проявление сопротивления символизирует начало изменений.

Рассмотрим один из стилей консультирования — **мотивационное интервьюирование**. Это направляющий, клиент-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи пациенту в изучении и расширении противоречий между своими жизненными потребностями и теми результатами, которых он достигает в связи с реализацией своего зависимого поведения. По сравнению с недирективным консультированием оно более фокусированное и целенаправленное. Исследование и разрешение противоречий (амбивалентности пациента) является главной задачей мотивационного интервьюирования, и терапевт намеренно направляет пациента к достижению этой цели.

Крайне важно отличать сущность мотивационного интервьюирования от техник, которые мы предлагаем для проявления этой сущности. Клиницисты и психологи, которые излишне сосредоточиваются на вопросах техники, могут потерять из виду саму сущность и стиль, которые для этого подхода являются ос-

новополагающими. Сколько клинических случаев, столько будет и вариантов использования техник. Однако сущность метода более постоянна и может быть охарактеризована несколькими ключевыми положениями.

*Мотивация к изменениям исходит от пациента, а не навязывается ему со стороны.* Другие мотивационные подходы делают акцент на принуждении, убеждении, конструктивной конфронтации и использовании внешних обстоятельств. Такие стратегии могут быть использованы для вызова изменений, но они сильно отличаются от мотивационного интервьюирования, которое основывается на выявлении и мобилизации внутренних ценностей и целей пациента для стимуляции изменения поведения.

*Сформулировать и разрешить свою собственную амбивалентность — это задача пациента, а не консультанта.* Амбивалентность может принимать форму конфликта между двумя линиями поведения (например, потакание собственным желаниям и самоограничение), с каждой из которых ассоциируются определенные выгоды и усилия. У многих пациентов никогда не было возможности выразить зачастую сложные, противоречивые и очень личные стороны этого конфликта. Задача терапевта — способствовать выявлению всех сторон амбивалентного тупика и направить пациента к приемлемому решению, которое станет триггером изменения.

*Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности.* Есть искушение попытаться оказать «помощь» пациенту, убеждая его в срочной необходимости решить проблему и преимуществах изменения. Однако такая тактика усиливает его сопротивление.

*Стиль консультирования в основном спокойный и располагающий.* Прямое убеждение, агрессивная конфронтация и аргументация являются концептуальной противоположностью мотивационному интервьюированию и при этом подходе явно противопоказаны. Терапевту, привыкшему находиться с пациентом в конфронтации и давать советы, мотивационное консультирование может показаться безнадежно медленным и пассивным процессом. Однако судить следует по конечному результату. Более агрессивные стратегии, когда терапевтом движет желание противодействовать отрицанию пациента, легко подталкивают пациентов к изменениям, к которым те не готовы.

*Терапевт направляет пациента, помогая ему исследовать и разрешить амбивалентность.* Мотивационное интервьюирование не предполагает обучения пациентов навыкам решения проблемы с помощью поведения (поведенческого овладения проблемой), хотя эти два подхода не являются несовместимыми. Рабочее допущение при мотивационном интервьюировании состоит в том, что основной преградой, которую необходимо преодолеть, чтобы

вызвать изменение, является амбивалентность, или недостаточность решимости. Специфические стратегии мотивационного интервьюирования созданы для того, чтобы выявить, прояснить и разрешить амбивалентность в обстановке клиент-центрированного, уважительного консультирования.

*Готовность измениться — это не характерологическая особенность пациента, а нестойкий результат межличностного взаимодействия.* Таким образом, терапевт должен быть очень внимателен и чуток к мотивационным сигналам пациента. Сопротивление и «отрицание» рассматриваются как обратная связь с поведением терапевта. Сопротивление пациента — часто сигнал того, что консультант предполагает наличие большей готовности к изменениям, чем есть в действительности, и что терапевту нужно изменить стратегии мотивации.

*Терапевтические отношения больше похожи на партнерские, чем на роли эксперта и обследуемого.* Терапевт должен уважать самостоятельность пациента и свободу его выбора, касающегося его собственного поведения.

При такой точке зрения нельзя рассматривать мотивационное интервьюирование как технику или набор техник. Скорее, это межличностный стиль, тонкий баланс между директивным и клиент-центрированным компонентами. Если оно превращается в уловку или манипулятивную технику, значит сущность его потеряна.

Вариант мотивационной терапии для лиц, зависящих от психоактивных веществ, алкоголя и наркотиков, был разработан В. Миллером и впервые применялся в программе «Выявление пьющих», составленной им и его коллегами [Miller W., 2000]. За последние годы мотивационное собеседование претерпело различные модификации и в настоящее время представляется самым автором как терапия, повышающая мотивацию. Здесь приводится специальный вариант этой терапии, ориентированной на лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Терапия, повышающая мотивацию, МЕТ (Motivation Enhancement Therapy), направлена на то, чтобы вызвать у пациента мотивацию на изменение и консолидировать его личные решения и планы с планом изменений и терапии зависимости от наркотиков в целом. Эта терапия также относится к разряду клиент-центрированных, как и терапевтический подход, предложенный С. Рольником, но при этом использует планирование и директивные техники. Еще одним отличием является то, что клиент-центрированная терапия, предложенная Рольником, предназначена преимущественно для врачей общелечебной сети, т. е. для того этапа контакта с зависимым человеком, на котором его зависимость еще не является основным диагнозом, а рассматривается как фактор аддиктивного поведения, требующего изменения. Терапия же

Миллера предназначена для работы с выявленной и установленной зависимостью.

МЕТ имеет целью изменить жизненный стиль клиента в направлении менее опасного и вредного, а также помочь ему прийти к решению о необходимости прекращения употребления наркотиков и планомерного восстановления. Учитывая индивидуальные цели каждого клиента, который еще не является или уже является пациентом, МЕТ приводит его к осознанию своей главной и специфической цели — полному воздержанию от употребления наркотиков, постоянному развитию и изменению по направлению поддержания трезвого состояния. Однако главная цель не всегда достигается быстро. МЕТ может иметь и промежуточные цели, соответствующие личностным особенностям клиента, его актуальной ситуации и степени готовности преодоления зависимости.

МЕТ базируется на принципах когнитивной и социальной психологии. В рамках этих подходов происходит установление связей между поведением пациента (клиента) и его личными целями. МЕТ базируется на теоретических подходах, исследующих самовосприятие, самооценку и Я-концепцию в целом. В этом направлении происходит выявление и закрепление у клиента самотивирующих установок — необходимых и часто наиболее значимых факторов в развитии изменений.

МЕТ использует многие приемы клиент-центрированной терапии К. Роджерса, но более директивна. Она также основывается на подходах когнитивной терапии и терапии реальностью. МЕТ принципиально отличается от различных методов поведенческой терапии, а также от директивных конфронтационных методов.

МЕТ используется как индивидуальная терапия, в процесс которой могут быть вовлечены члены семьи и значимые другие лица.

Наиболее приемлемый вариант — использование МЕТ в условиях терапевтического стационара (сообщества) и вне его, в отрыве и без отрыва пациента от жизненного контекста. Однако нет необходимости во что бы то ни стало стремиться выполнить идеальное условие, так как МЕТ может быть использована во многих различных ситуациях и прежде всего в качестве мотивационной терапии, направленной на включение пациента в лечение.

Сроки и продолжительность МЕТ могут быть различными. В традиционном авторском варианте обычно проводятся 2—4 сессии по 1 часу каждая.

МЕТ может быть прелюдией к другим методам терапии, усиливая сотрудничество с врачом в ее процессе, выполнение всех требований терапии.

МЕТ не противоречит работе групп самопомощи и 12-шаговой методике, поэтому включение пациента в такие группы может быть учтено и вполне поощряемо.

Клиент МЕТ является агентом изменений, которые происходят при поддержке терапевта (или консультанта). При этом принимается во внимание, что употребление наркотика становится для зависимого от него субъекта основной мотивацией, определяющей все его поведение. Однако существуют и другие жизненные потребности, которые также необходимо удовлетворять, и у пациента есть мотивация на их удовлетворение, хотя и «отодвинутая» на второй план в его самосознании. МЕТ направлена на то, чтобы пациент осознал и эти мотивации, а также противоречие между доминантной мотивацией, собственным жизненным стилем и своими жизненными потребностями в целом.

Для того чтобы проводить МЕТ, терапевт или консультант должен обязательно пройти подготовительную программу по технологии самой методики, а также по активизации соответствующих личностных ресурсов и коммуникативных стратегий. Миллер рекомендует для профессионалов 2—3-дневные тренинги с супервизией, на которых необходимо активизировать навыки рефлексивного слушания, актуализации мотивации на изменение, эмпатии.

МЕТ могут заниматься не только врачи и профессиональные консультанты, психологи и психотерапевты, но и субспециалисты-консультанты из числа выздоравливающих зависимых с большим сроком ремиссии.

Лица, испытывающие личные трудности самореализации, не должны принимать участие в работе МЕТ в качестве терапевтов или консультантов. Кроме этого в МЕТ не могут работать лица, склонные навязывать собственные проблемы клиенту (пациенту), а также те, чье восприятие действительности и поведение детерминированы собственными проблемами.

Терапевт или консультант МЕТ должен иметь высокий уровень терапевтической эмпатии, как ее определил К. Роджерс (вчувствование в эмоциональное состояние пациента, понимание его, а также причин, его вызвавших, и жизненных перспектив пациента при полном осознании отличия своего собственного опыта и своего собственного Я от опыта пациента). Эмпатия как чувство сопричастности к сходному опыту — характеристика недостаточная и в большей степени не подходящая. Помимо эмпатии необходимо иметь высокий уровень интерперсональной чувствительности и конгруэнтности.

Общими в поведении терапевтов (консультантов) являются умение задавать «открытые» вопросы; рефлексивное слушание; психологическая подвижность и поддерживающее поведение.

Ключевыми стратегиями являются:

— развитие противоречия между мотивационными позициями личности пациента (клиента) посредством выявления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) им проблем;

- участие в проблемах пациента;
- сопереживание;
- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии пациента;
- оптимизм в отношении изменений;
- умение вовремя вселить уверенность в возможность таковых.

В общении терапевты (консультанты) должны быть максимально резистентными и минимально директивными и конфронтационными. Эмпатия сочетается с поддержкой самооценки клиента для того, чтобы он воспринимал изменения как возможные для себя, а себя — способным на изменения. Часто используется «обратная связь» для усиления мотивации клиента.

Наиболее важно избегать конфронтации, в которой терапевт (консультант) занимает позицию защиты своего мнения по поводу проблемы клиента и необходимости изменения его поведения и мыслей, а клиент доказывает, что у него нет проблем и необходимости в изменении.

Аргументация клиента — основное поле работы терапевта (консультанта); здесь необходимо искать противоречия. Терапевт должен избегать позиции «эксперта», который проводит экспертизу и оценивает позицию и решения клиента.

Терапевт не должен задавать «закрытых» вопросов (т. е. требующих коротких ответов) и особенно избегать того, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

Диагностические «лейблы», характеризующие проблему зависимости, абсолютно неуместны.

В работе терапевта (консультанта) существует необходимость супервизии. Этот процесс может происходить в форме видеозаписи и последующего рассмотрения и обсуждения ее либо в форме наблюдения за работой с последующим обсуждением.

Главная роль терапевта (консультанта) — выявлять и усиливать внутреннюю, присущую клиенту, мотивацию на изменение. Эта фасилитаторская роль может включать аккуратно встроенные в беседу элементы обучения на основе сотрудничества. Таким образом, терапевт является фасилитатором (повторяющим усилителем), учителем и сотрудником. Роль эксперта или советника является неприемлемой. Однако, когда персонал нуждается в обратной связи для решения вопроса, насколько правильно проводится мотивационная терапия, терапевт выступает в роли обучающего, но только для персонала, а не для клиента (пациента).

Клиент должен говорить более половины времени на протяжении всего разговора, особенно периода, когда он лично реагирует на «обратную связь», которую терапевт давал в роли «основательного разъяснителя».

Сессии МЕТ являются клиент-центрированными, но директивными. Терапевт систематически использует стратегию «аккуратного» давления. Однако сессии МЕТ бывают успешными только тогда, когда это давление настолько аккуратно, что пациент его совершенно не ощущает и воспринимает информацию терапевта как мнение, в крайнем случае, — не более чем совет. Директивность обычно сопровождает процесс задавания «открытых вопросов» и обсуждения ответов на них в сочетании с селективной рефлексией.

В тех случаях, когда терапевт и клиент поставлены друг другом в тупик, используются метафоры. Если терапевту необходимо что-либо записывать и записи помогают ему конструировать работу с клиентом, терапевт кладет лист, на котором ведет записи на стол рядом с клиентом так, чтобы клиент мог его видеть, и тогда это не вызывает лишнего беспокойства клиента.

МЕТ включает в себя структурированную оценку такой информации, как история развития (темп, влияющие факторы и т. д.) зависимости, последствия потребления психоактивного вещества (в различных сферах здоровья и жизни), формирование поведения, приведшего к зависимости, индивидуально личностные, интерперсональные и социальные факторы, влияющие на формирование зависимости, семейная история и другие факторы риска, актуальное психическое и физическое состояние и социальный статус.

Для оценки этих данных могут быть использованы различные инструменты. Они должны быть чувствительны как в ранних, так и в последующих стадиях мотивационной терапии и предоставлять возможность для достаточно глубокого и серьезного анализа. Эти данные используются в процессе мотивационного интервью как опорные. Данная оценка должна быть структурирована и включена в первые три сессии терапии.

На первой сессии может быть осуществлен первый контакт и короткое мотивационное интервью для того, чтобы подготовить клиента к оценке.

На второй сессии может быть проведена структурированная оценка факторов личностно-средового взаимодействия, истории и последствий зависимости клиента.

Быстрое установление рабочего альянса — важная цель МЕТ, достижение которой создает базисную основу не только для проведения мотивационной терапии, но и лечения в целом. Достижение альянса базируется на «открытых вопросах» и рефлексивном слушании. Поддерживающие и развивающие стратегии снижают резистентность клиента и делают его готовым к изменениям.

В зависимости от степени готовности клиента к изменениям данный метод может быть по-разному эффективен, однако он

провоцирует и развивает готовность. Метод успешно апробирован у больных с алкогольной, гашишной и героиновой зависимостью и способен вызывать изменения даже на наиболее ранних стадиях процесса формирования готовности; он эффективен даже у трудно мотивируемых лиц, зависимых от наркотиков, с выраженными саморазрушающими тенденциями.

Темы мотивационной сессии обычно определяются терапевтом, но специфический контекст создает в процессе работы клиент. Примеры тем могут быть следующими:

- приятные и не очень приятные стороны употребления наркотиков (алкоголя, других психоактивных веществ);
- типичный день, включающий употребление наркотика;
- причины для того, чтобы не меняться или измениться;
- мысли по поводу того, как можно измениться и изменить свою жизнь.

Обычно сессии начинаются с «открытых вопросов» и заканчиваются подводящей итоги рефлексией. Сессии заранее планируются, хотя в процессе проведения их структура может изменяться. Важно не менять позиции и сохранить центрированность на клиенте.

Ситуации срыва и рецидива также должны использоваться терапевтом как позволяющие значительно усилить мотивацию клиента на изменение. В этих случаях используются «открытые вопросы», открытое проявление эмоций и чувств, мыслей, позиций клиента. При этом активно используется рефлексивное слушание. Необходимо тщательно избегать различного рода «приговоров» и жестких выводов. Достигается восприятие клиентом срыва или рецидива как опыта, на основании которого строится план дальнейших изменений и убежденность в том, что этот план ничего изменить не сможет.

Значимые другие могут вовлекаться в МЕТ. Совместные сессии могут быть полезными для формирования мотивации и построения плана изменений. При этом следует вести совместные сессии таким образом, чтобы значимые другие не оказывали на клиента давления. Значимые другие предоставляют лишь обзорную информацию ситуации, основанную на собственном восприятии, фокусирующуюся на клиенте, которая может оказать влияние на его мотивацию. Часто именно включение значимых других может быть для клиента наиболее важным. Однако в совместных сессиях терапевту следует проявлять особое мастерство, так как близкие люди могут пытаться обвинять клиента, перекладывать на терапевта или клиента свои проблемы. Следует учитывать, что их мышление, эмоции и поведение далеко не всегда управляемы ими самими. Поэтому такие сессии следует проводить после тщательной подготовки как клиента, так и его значимых других. Никогда не следует забывать, что существует только одна главная цель — *побудить клиента к изменению.*

Рассмотрим, что «можно» и что «нельзя» в мотивационном консультировании.

### **Можно.**

*Снижать привлекательность употребления психоактивных веществ.* Важно в одном из первых ознакомительных разговоров с пациентом выяснить, в чем для него проявляются преимущества и недостатки употребления психоактивных веществ. Большинство пациентов скажут, что удовлетворение и позитивное воздействие уже давно в прошлом, и что на самом деле они сталкиваются только с недостатками. Тем не менее, снижение или прекращение употребления психоактивных веществ кажется на данной стадии невозможным. Вследствие тревоги из-за ожидаемых последствий, незнания того, как жить без ПАВ, страха конфронтации с непосредственным социальным окружением, чувства вины и т.д. Употребление ПАВ на данный момент необходимо, чтобы в какой-то степени справиться с этими чувствами, и, следовательно, является большим преимуществом.

*Подчеркивать личную ответственность.* Ответственность — это то, что страдающий зависимостью человек не брал на себя в течение длительного времени. Все вокруг несут ответственность за его нынешнюю ситуацию, и он считает себя жертвой, не оказывающей сопротивления. Терапевт повторяет то, что говорит пациент; таким образом пациент часто сам начинает осознавать, насколько серьезна ситуация и постепенно приходит в себя.

*Поддерживать поиск альтернативных вариантов поведения.* В течение длительного времени потребители ПАВ не были по-настоящему озабочены поиском альтернативы своему нынешнему существованию. Да и к чему? Такое пассивное поведение является самой сутью роли жертвы.

### **Пример.**

*Пациент:* Мне на самом деле уже все равно.

*Терапевт:* Вы уже не боитесь даже смерти?

*П.:* А что мне остается? Только посмотрите, до чего меня довели наркотики.

*Т.:* Вы хотите сказать, что можно продолжить употребление наркотиков, что смысла все равно больше нет. Так?

*П.:* Да, я об этом часто думаю.

*Т.:* Довольны ли Вы тем, что находитесь в зависимости от наркотиков, если считаете возможным продолжить их употребление?

*П.:* У меня все полностью под контролем, но я все реже бываю в этом уверен.

*Т.:* Значит, все-таки так бывает? Тогда все не так плохо. О чем Вы думаете в такие моменты?

*П.:* Ну, о своих детях, конечно.

*Т.:* Давайте уточним: обычно Вы не видите никакого выхода, и одна из немногих вещей, которые Вас поддерживают, это Ваши дети. Может

быть, Вам удастся увидеть другие возможности? И Вы смогли бы воспользоваться моей помощью для рассмотрения этих возможностей?

*Разъяснять задачи.* Когда пациент приходит к терапевту, у него обычно заготовлена целая история, основанная на том, что, по его мнению, хочет услышать терапевт. Пациент обычно перечисляет множество проблем. Важно выяснить, какие проблемы основные, и вместе с пациентом сформулировать задачи, которые ему по силам. Формулирование задач — одна из наиболее сложных целей терапевта. Цели должны быть специфическими, измеримыми, приемлемыми, реалистичными для пациента и относящимися к определенному периоду времени.

Цели могут быть определены во всех областях: касаться эмоциональных и психологических проблем, например: «Я хочу научиться считать свои чувства важными» или «Я хочу научиться говорить о своих чувствах тревоги и вины»; релаксации: «Я хочу научиться, как можно лучше засыпать»; информационные: «Я хочу получить информацию о том, какие будут физические последствия, если я перестану употреблять наркотики»; жизни: «Я хочу осмыслить все свои практические проблемы и поставить в известность об этой ситуации семью и друзей»; рецидива: «Я хочу знать, какие мне нужны навыки, чтобы продолжать не употреблять психоактивные вещества».

*Демонстрировать эмпатию (сочувствие).* Если терапевт с очевидностью придерживается эмпатического подхода, то пациент чувствует, что его принимают, и его самооффективность возрастает. Взаимодействие между пациентом и терапевтом будет более успешным, так как сопротивление будет меньше. Пациент с большей вероятностью сообщит информацию, из-за которой он иначе испытывал бы стыд и чувство вины. Эмпатия в отношениях генерирует большее количество материала для работы, из которого могут извлечь пользу и пациент, и терапевт.

*Поддерживать обратную связь.* Нельзя проявлять обратную связь, не продумав ее. Люди очень болезненно воспринимают неприятную информацию о своем поведении. Однако, когда в отношениях терапевта и пациента важную роль играют принятие и эмпатия, проявление обратной связи служит подтверждением правильности понимания. Если постоянно повторять сказанное пациентом и спрашивать, правильно ли вы его поняли, пациент захочет услышать что-нибудь о своем поведении, отношении и проблемах. В данном случае будут актуализированы скрытые ожидания пациента.

### **Нельзя.**

*Осуждать пациента.* В жизни пациента многое уже произошло до того, как он пришел за помощью. Социальное окружение уже серьезно осудило его. Много негативных для него событий произошло в семье, на работе, в отношениях с друзьями, в финансо-

вой и юридической областях. Пациент наверняка переживает чувство вины, стыда и беспомощности, даже если демонстрирует прямо противоположное поведение (это — защитные поведенческие стратегии). Вот почему очень важно, чтобы терапевт не занимал по отношению к пациенту осуждающей позиции. Задача терапевта — не судить поведение пациента, а помочь вызвать изменения. Самая важная задача для терапевта — избавиться от сопротивления и добиться полной откровенности со стороны пациента.

*Обвинять пациента.*

*Оспаривать мнение пациента.*

*Подвергать сомнению, противостоять точке зрения пациента.*

*Вешать на пациента «ярлык».*

*Неверно оценивать роль психоактивных веществ для пациента.*

Если эта роль для пациента не проясняется, в ходе лечения из-за этого может возникнуть серьезное непонимание. Терапевт и пациент должны быть в достаточной степени ориентированы относительно серьезности злоупотребления психоактивных веществ и степени зависимости.

*Неадекватно направлять.* Избыточная директивность ведет к сопротивлению. Недостаточная директивность может создать у пациента ощущение, что у терапевта слишком мало опыта и знаний. Таким образом, постоянная переоценка темпа работы, степени директивности и оценка прогресса терапии является крайне важной.

Большое внимание в мотивационном консультировании уделяется также процедуре приема. Первый контакт с терапевтом для пациента является разведывательным. Он очень важен для выбора между возможностью существования мотивации на изменение по ходу процедуры и продолжением употребления ПАВ. Если контакт происходит по телефону, то пациент вслушивается в голос на другом конце провода — дружелюбный, заинтересованный, резкий, торопливый, незаинтересованный.

За первым контактом следует процедура приема. В это время происходит своеобразная «подстройка» терапевта и пациента и определяются рабочие отношения. Важно собрать всю информацию, чтобы определить, как следует использовать и проводить терапию.

Сбор информации — это не только выполнение терапевтом активной роли. Именно все навыки терапевта по интервьюированию «запускают» процесс мотивации. Помимо сбора информации не следует забывать о том, что ее следует также и давать. На раннем этапе процесса необходимо осуществлять синхронизацию «спроса и предложения», чтобы избежать возможного непонимания и разочарований.

Должны учитываться объективные (возраст и стаж наркотизации, личностные особенности пациента), а также субъективные

факторы: чувство безнадежности и беспомощности; снижение чувства собственного достоинства и заниженная самооценка; вина и стыд; отсутствие ощущения социальной безопасности.

План терапии должен составляться вместе с пациентом. Он включает в себя несколько стадий.

1. Список терапевтических задач должен охватывать все сферы внимания, т. е. те сферы, в которых пациент отмечает наличие хотя бы одной проблемы. Например: потребление психоактивных веществ, взаимоотношения, работа, социальное окружение, образование, эмоции и т. д.

2. В каждой сфере внимания должны быть сформулированы основные цели. На более поздней стадии эти цели формулируются как специфичные, измеримые, приемлемые, реалистичные и относящиеся к определенному периоду времени.

3. После того как сформулированы сферы внимания и цели, совместно с пациентом исследуются возможности активного изменения. Эта стадия называется стадией планирования. Тот факт, что процесс терапии происходит по стадиям, дает пациенту возможность спокойно обдумать процесс, не рассчитывая на немедленный результат. Тем временем терапевт и пациент работают над установлением хороших рабочих взаимоотношений.

4. Осуществление плана происходит шаг за шагом. Принимаются совместные решения о том, в каком направлении и в какой сфере внимания следует осуществлять работу. Становится понятным, в чем заключается вклад пациента и конкретные интервенции консультанта.

5. Оценка составляет важную часть всего процесса. Подробно исследуется активный вклад консультанта и пациента.

Хороший план терапии необходим для определения наличия прогресса, успеха или стагнации. Постоянное информирование и стимулирование пациента и, при необходимости, функциональные советы будут обеспечивать взаимную эффективность.

Благодаря поощрению пациента к принятию на себя как можно большей ответственности, может возрасти уверенность в своей компетентности. Активное участие в процессе позволяет мотивации усиливаться.

## 7.2. Профилактика рецидивов

**Рецидив** — возврат к употреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости.

Различают рецидив и срыв, под которым понимается отдельный случай употребления наркотика или психоактивного вещества.

Главной задачей лечения и реабилитации зависимых от алкоголя и наркотиков является не только помощь пациенту в прекра-

щении употребления этих веществ, но и обеспечение стабильности изменений образа жизни на продолжительное время. Эта точка зрения обусловлена рядом теоретических и практических исследований, посвященных поиску детерминант рецидива и разработке терапевтических программ, которые должны помочь пациентам противостоять срывам и рецидивам.

Определены психологические принципы преодоления зависимости от наркотиков, при нарушении которых возникает срыв и развивается рецидив болезни.

1-й принцип. *Саморегуляция.* Риск срыва уменьшается в соответствии с повышением возможности пациента самому регулировать мысли, чувства, воспоминания, жизненно важные решения и процесс развития его личности и поведения.

2-й принцип. *Интеграция.* Риск срыва уменьшается в соответствии с повышением уровня осознания, понимания и оценки жизненных ситуаций и событий, а также использования стратегий избегания риска возвращения к наркотизации.

3-й принцип. *Понимание.* Риск срыва уменьшается в соответствии с процессом понимания основных факторов, которые его вызывают.

4-й принцип. *Развитие.* Риск срыва уменьшается при постоянном развитии ресурсов личности и стресс-преодолевающего поведения.

5-й принцип. *Социальная поддержка.* Риск срыва уменьшается при постоянной активности, направленной на построение социально-поддерживающей сети и развитие навыков восприятия и использования социальной поддержки.

6-й принцип. *Социальная компетентность.* Риск срыва уменьшается при постоянном повышении знаний об окружающей социальной среде, развитии навыков эмпатии и аффилиации.

7-й принцип. *Самозффективность.* Риск срыва уменьшается при постоянном развитии стратегий эффективного поведения и понимания себя как эффективной личности.

Рассмотрим некоторые модели рецидива, на основе которых разрабатываются базисные подходы к их предотвращению.

В когнитивно-поведенческой модели рецидив рассматривается с точки зрения понимания его терапевтом и пациентом. С традиционной дихотомической («черно-белой») точки зрения возобновление употребления наркотиков или алкоголя является «провалом» лечения. Однако такой взгляд неверен. Следствием его является прекращение пациентом попыток к возобновлению процесса восстановления и выхода из зависимости после происшествия срыва. Более конструктивна другая точка зрения на суть рецидива — как на ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Важнейшей основой дан-

ной модели является профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел. Особое место уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции, и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию копинг-навыков для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение при столкновении с ситуациями риска, то результатом будет снижение ощущения самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика или алкоголя в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотик и алкоголь менее вероятно будут использованы. Данная модель получила дальнейшее развитие в работах Д. Тукера [Tucker D. et. al., 1990; 1991]. В этой модели исход ситуации зависит от эффективности копинг-поведения человека. Само же копинг-поведение зависит от того, как воспринимается и оценивается пациентом ситуация риска, каков уровень развития копинг-ресурсов (уверенности в себе, компетентности, понимания проблемы, умения осознавать и контролировать свои эмоции, нести ответственность за выбор своего поведения).

Когнитивно-поведенческая модель имеет много общего с личностно-ситуативной моделью, определяющей важность индивидуального репертуара копинг-навыков у человека, находящегося в ситуации риска и его индивидуального восприятия своих навыков как эффективных или неэффективных. Модель когнитивной оценки фокусируется на индивидуальном восприятии и оценке ситуации риска. В контексте данной модели важнейшим является умение когнитивно оценивать стрессовые, проблемные и рискованные ситуации. Все эти модели базируются на теории социального научения и самоэффективности А. Бандуры [Bandura A., 2000].

Итак, в соответствии с когнитивно-поведенческой моделью процесс рецидива происходит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения. В результате у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. Если индивид не дает эффективного копинг-ответа, у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик, затем следует эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя как потерявшего контроль. Вследствие этого проблемы рецидива нарастают.

Для профилактики рецидивов проводится необходимая работа, как-то:

- повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска;

- тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска;
- повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего Я в ситуациях высокого риска;
- работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость;
- тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска;
- работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением;
- тренинг избегания ситуаций высокого риска;
- в случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска используется релаксационный тренинг;
- обучение управлять стрессом и обучение навыкам копинг-поведения в стрессовых ситуациях параллельно с развитием ресурсов копинг-поведения;
- в случае снижения ощущения самоэффективности используется работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях;
- работа с мотивацией; обучение ежедневной работе с собой по преодолению зависимости.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется медицинская программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать:

- представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающем зависимость;
- навыки совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями;
- навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к наркотику и совладания с ним;
- самоэффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива;
- умение обсуждать позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;
- способность к самонаблюдению как инструмент самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций; важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реаль-

ной жизни, проводить их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению;

– умение анализировать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы — таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения (важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рискованных к более и оценить выраженность риска для себя в балльной системе);

– навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень, чувствовал себя эффективным — таким образом будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива;

– навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);

– умение адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самоэффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций;

– умение проводить микроанализ срыва или рецидива (если он произошел); пациент должен понять, что у него была возможность выбора варианта поведения. Необходимо проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта. Почему это произошло? Каких ресурсов не хватило у личности? Возник ли кризис мотивации? Какие факторы препятствовали эффективному преодолению ситуации риска? Что необходимо изменить, что развить, что доработать для того, чтобы последующие попытки преодоления ситуаций риска были эффективными? Произошедший срыв необходимо использовать как опыт. Были ли какие-то сигналы в мыслях, поведении к тому, что срыв может произойти? Что заставило не обратить внимание на эти сигналы?

Для профилактики рецидива проводится следующая работа:

1) обучение навыкам копинг-поведения (когнитивно-поведенческое развитие);

2) когнитивное переконструирование. Рассмотрение срыва как опыта; как процесса обучения тому, чтобы не совершать подобных ошибок в будущем; как примера для понимания того, как изменить свое мышление, систему оценок, управление эмоциями и поведением;

3) работа со стратегиями самоконтроля и достижение сбалансированного образа жизни. При этом пациент должен быть ответствен за формирование сбалансированного образа жизни и самоконтроля. Кроме того, ему необходима «обратная связь» — воз-

возможность объективно взглянуть на себя «со стороны». Конечная цель этого процесса — осознать возможность выбора, повысить чувства уверенности в себе и самооффективности.

С точки зрения *проблемы самоконтроля* ситуация высокого риска рецидива может развиваться следующим образом.

Неустойчивость мотивационного статуса, несоответствие стиля жизни требованиям сбалансированности постепенно переходит в желание потворствовать своим слабостям. На этом фоне возрастают потребности и актуализируется влечение к наркотику. Однако оно не осознается, так как включаются защитные механизмы рационализации «ничего страшного не произойдет», «зачем нужна такая мерзкая жизнь без удовольствий», «я и так слишком много сделал, я заслужил это» и т.д., вытеснения, отрицания. Решение и поступок, связанный с возобновлением наркотизации, кажутся легкими и незначительными. В этот момент возникает ситуация высокого риска.

Какие действия необходимо совершить, чтобы подобная патологическая цепь не развивалась? Какие **стратегии самоконтроля** нужно применить?

На этапе неустойчивого равновесия требуется формировать комбинацию установок на стабильный жизненный стиль, жизненное равновесие с элементами позитивной зависимости (бег, занятия спортом, работа, медитация, уход за телом, интеллектуальный и эстетический рост и т.д.).

На этапе формирования желания потворствовать своим слабостям необходимо сформировать позитивные желания (например, творческой деятельности, занятий искусством, эстетического и физического самосовершенствования).

На этапе актуализации влечения нужно интенсивно тренировать копинг-навыки преодоления влечения, техники контроля за своим эмоциональным и психическим состоянием.

На этапе формирования решения может быть использована техника матрицы принятия решения, представляющая собой запрограммированный в воображении рецидив и рассмотрение его последствий. Ситуация возникновения срыва и рецидива может быть проговорена или проиграна в ролевой игре с целью осознания того, что же действительно происходит и что может случиться дальше. Какие действия необходимо совершить, какие решения принять, что изменить? Использование данной техники — работа, требующая высокого мастерства, сопряженная с риском резкой актуализации влечения и неуправляемости поведения пациента. Поэтому она должна проводиться преимущественно в группе с развитым высоким эмпатическим потенциалом, в ситуации взаимного доверия и поддержки, когда пациент имеет возможность отрефлексировать свои эмоции и получить «обратную связь» и поддержку. Это работа в технике разгадывания шиф-

ра («key exposure») — проявления вовне неосознанных потребностей и проблем с целью их отреагирования и осознания.

В ситуации высокого риска необходима интенсивная проработка стратегий избегания социальных ситуаций, связанных с риском использования наркотиков, и вся вышеописанная работа.

В работах Д. Тукера [Tucker D. et. al., 1990; 1991] основное внимание уделяется роли копинга в профилактике рецидивов (опыта совладания со стрессовыми и кризисными ситуациями). Выделяются три вида копинга — *когнитивный*, *поведенческий* и *копинг принятия веры*, — и прослеживается их динамика.

Каждый из перечисленных видов копинга может носить как позитивный, так и негативный смысл с точки зрения вероятности формирования рецидива в зависимости от того, в какой фазе развития процесса рецидива используется та или иная копинг-стратегия. Несомненно, негативную роль будут носить такие когнитивные копинг-стратегии, как преуменьшение значимости срыва и игнорирование признаков неблагополучия в случае возобновления приема психоактивных веществ.

Позитивными будут такие копинг-стратегии, как реструктурирование событий срыва, рецидива или состояния, характеризующего явные признаки неблагополучия с точки зрения потери контроля над собственным поведением; рост устойчивости и сопротивления приему наркотика; увеличение осведомленности о негативных эффектах наркотиков и о позитивных аспектах воздержания; оказание внутреннего сопротивления искушению употребить наркотик.

С точки зрения поведенческого копинга негативными эффектами будут обладать такие стратегии, как зависимость от социальных отношений в окружающей среде, подверженность социальному давлению, поиск ощущений и развлечений, невыполнение режима, бездеятельность, неумение разрешать стрессовые и проблемные ситуации, неумение общаться, стремление к самоизоляции, одиночеству.

Позитивными эффектами будут обладать такие стратегии, как уменьшение и полное исключение контактов с наркотизирующимися сверстниками, оживление общения с ненаркотизирующимися людьми и/или устойчиво выздоравливающими зависимыми, общительность, готовность запросить помощь и совет у профессионалов или лиц, имеющих опыт преодоления зависимости, разрешение проблем, снижение негативного влияния стресса посредством собственных действий или обсуждения проблемы с поддерживающими лицами.

С точки зрения копинга принятия веры негативными эффектами будут обладать принятие норм, ценностей, перспектив и ожиданий лиц, употребляющих наркотики; принятие философии группы наркотизирующихся; ощущение безысходности и неверие в

положительные перспективы, в возможность выздоровления от зависимости и позитивной, интересной и счастливой жизни; неверие в свои силы и возможности преодолевать проблемы и стрессовые ситуации, совладать с собой, своими эмоциями и влечением к наркотику.

Позитивными эффектами будут вера в свои возможности преодолеть зависимость; вера в себя, в социально-поддерживающее окружение (если оно не является поддерживающим наркотизацию); в возможность эффективной и счастливой жизни и совладания с негативными эмоциями, влечением к наркотику; в возможность контролировать собственную жизнь, вера в то, что ощущение бессилия преодолимо; вера в Бога.

**Тренинг копинг-навыков** в профилактике рецидива может проводиться в форме ролевой игры. Рассмотрим небольшой фрагмент такого тренинга.

*Ситуация 1. Фрустрация, гнев. Понедельник. Утро. Вы никак не можете найти работу. Деньги быстро тают. У вас нет никакой надежды исправить положение. Вы уже даже и не надеетесь, что сможете где-либо устроиться.*

Вопросы, которые вы должны себе задать и на которые необходимо найти ответ. Что вы чувствуете? Вы не знаете, что делать? Вы озабочены, расстроены, ощущаете безвыходность положения? Это ошибка, что вам необходимо действовать немедленно! Сейчас необходимо просто подумать. Какие пути поиска работы можно предпринять? Придумайте множество самых «глупых» и невероятных путей. Главное, чтобы их было много. Выберите из всех наиболее вероятные. Проработайте для начала хотя бы один. Опишите в деталях, что вы будете делать для этого.

*Ситуация 2. Другие негативные эмоции. В среду вечером вы остро почувствовали, что вы одиноки и у вас отвратительное настроение.*

*Вопросы.* Попробуйте определить, что вы должны сделать, чтобы почувствовать себя лучше. Быть может, вы найдете старых друзей или заведете новое знакомство? Тщательно продумайте и работайте в деталях решение. Куда пойти? Что сказать? Что может вас порадовать или облегчить ваше состояние? Генерируйте самые разнообразные идеи. Пусть сначала они вам покажутся нелепыми. Что это может быть — хобби, работа, спорт, какая-либо другая активность? Выберите из этих вариантов наиболее подходящий.

*Ситуация 3. Физическое состояние, вызванное предыдущим употреблением наркотика. Прошло немало времени после того, как вы последний раз употребляли наркотик. Но вы внезапно почувствовали «тягу». Это состояние нарастает.*

*Вопросы и действия.* Остановитесь! У вас нет потребности употребить наркотик или другое психоактивное вещество! У вас есть

только ощущение! Что-нибудь произошло с вами за последнее время? Что могло так повлиять на вас? Вы переживаете стресс, связанный с какими-то событиями в вашей жизни? Что происходит в вашей жизни? Вы вспомнили о днях, когда употребляли наркотик? Если это так, то попытайтесь избавиться от этих воспоминаний. Подумайте о насущных проблемах вашей жизни. Что необходимо сделать сейчас? Может быть, стоит с кем-то поговорить? Сходить куда-нибудь? Заняться спортивными упражнениями?

С целью профилактики рецидива необходимо учитывать ситуации высокого риска рецидива. К ним относятся:

1) негативные эмоциональные состояния (гнев, фрустрация, тревога и депрессия, связанные с интраперсональными конфликтами и/или реакцией на социальные стрессоры);

2) интерперсональные конфликты (конфликты со значимыми другими, членами семьи, друзьями, сослуживцами);

3) социальное давление (направленное прямо — предложение употребить наркотик, выпить или косвенно — пребывание в компании наркотицизирующихся или алкоголицизирующихся лиц).

Существует и расширенный перечень ситуаций риска.

Интраперсональные детерминанты:

— негативные эмоциональные состояния (депрессия, фрустрация, тревога, гнев);

— негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь, физическое состояние, сходное с абстиненцией);

— позитивные эмоциональные состояния (внезапная радость, восторг, подъем, предвкушение успеха, приятного события);

— проверка собственного контроля («Смогу ли контролировать дозу психоактивного вещества, если снова, всего лишь раз, его употреблю?») или «Ничего страшного. Я — сильный человек. Это я себе и другим уже доказал, прекратив употребление наркотиков. Теперь я смогу спокойно контролировать их употребление как зачочу»);

— сильная тяга и искушение употребить психоактивные вещества.

Интерперсональные детерминанты:

— интерперсональный конфликт;

— социальное давление;

— позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением.

Анализ рецидива производится посредством построения поведенческой цепи, приводящей к срыву. Таким образом достигается понимание последовательности событий. Интервьюирующий поощряет пациента к исследованию и прояснению своих реакций, подводя его к пониманию причин возникшего или возможного срыва. Процесс интервьюирования требует активного взаимодействия, сотрудничества. Лечебный смысл его заключается в

том, что пациент должен получить новую информацию о собственной динамике рецидива и обучиться адекватным стратегиям предотвращения рецидива — копинг-навыкам для достижения и сохранения трезвости.

**Пример поведенческой цепи.** Посмотрел объявления о работе. Сделал несколько звонков, но места уже были заняты. Поссорились и подрались дети. Рассердился на детей и на жену. Почувствовал свою беспомощность. Отправился к брату. Поссорился с ним из-за того, что не нашел работу. Ушел от брата подавленным. Подумал: «Кому все это нужно?». Почувствовал желание как-то поднять настроение, ощутить «кайф»: «мне станет лучше». Остановился рядом с домом друга. Подошел партнер с дозой героина. Употребил героин вместе с другом. Почувствовал себя еще более виноватым и подавленным.

Далее идет совместная с пациентом оценка ключевых внутренних и внешних факторов, приведших к срыву, а также определение уровня эффективности использования копинг-стратегий.

Наши исследования больных героиновой наркоманией, ранее не принимавших участия в процессе реабилитации и профилактике рецидивов, показывают практическое отсутствие у них сформированных копинг-навыков и соответственно возможностей их использования. Скорее всего, это связано с тем, что психотерапевтическое воздействие редко является направленным на их формирование, так как возможности их использования и эффективность в работе с зависимыми больными в большинстве случаев неизвестны. Как психотерапевтическая задача, в работе это не формулируется, а если и происходит, то стихийно. У тех больных, которые все-таки используют копинг-навыки, отмечаются более выраженные и стойкие улучшения состояния.

Определим копинг-навыки, необходимые для предотвращения рецидива.

*Альтернативная деятельность:*

- физические упражнения;
- отвлечение;
- расслабление;
- хобби;
- молитва.

*Подкрепление неупотребления наркотиков:*

- чтение списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению;
- составление списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению;
- вознаграждение себя за воздержание;
- получение дополнительной информации о том, как поддерживать себя.

*Избегание деятельности, связанной с повышенным риском:*

- избегание провоцирующих ситуаций;
- избегание знакомства с лицами, употребляющими наркотики;
- избегание районов «повышенного риска».

*Социальная поддержка:*

- помощь самому себе;
- звонок другу или члену семьи;
- поддержка кого-то, кто в свое время прекратил употреблять наркотики;
- поддержка окружающих;
- посещение специальных групп самопомощи (AA, NA).

*Отношения в социуме — позитивные последствия:*

- мысли о поддержке друзей;
- мысли о том, что ваш партнер будет счастлив после вашего отказа от наркотиков;
- мысли о детях: желание подать им хороший пример.

*Отношения в социуме — негативные последствия:*

- мысли о том, насколько вы будете отвратительны для окружающих;
- мысли о близких, которые будут очень расстроены;
- мысли о том, что друзья будут думать, что вы не способны бросить употреблять наркотики.

*Здоровье — негативные последствия:*

- мысли о том, насколько сильно связаны наркотики с вашими болезнями;
- мысли о том, что употребление наркотиков может привести к смертельному исходу;
- мысли о других рисках для здоровья, связанных с наркотиками.

*Мотивирование себя:*

- отрицание, что наркотики вам необходимы;
- рассмотрение причин бросить употреблять наркотики.

*Сила желания:*

- твердо принято решение бросить. Вы сжимаете зубы и заставляете себя не думать о наркотиках.

*Каждодневное напоминание:*

- активное вытеснение мыслей о наркотиках из сознания.

*Закон:*

- мысли о том, что употребление наркотиков влечет за собой нелегальную деятельность;
- мысли о несении уголовной ответственности в случае поимки;
- мысли о том, что вы не сможете заботиться о своих детях.

*Обесценивание наркотика: обращение к себе:*

- «нет ничего хуже этого»;
- «это страшный наркотик»;
- «я просто болен».

### *Напоминание себе:*

- наркотики не могут решить проблем;
- наркотики не могут ничего исправить;
- наркотики не помогут мне чувствовать себя лучше.

### *Позитивные обращения к себе:*

- вера в себя: «Я могу это сделать»;
- достижение: «Посмотри, как прекрасно я с этим справился»;
- надежда: «Мне станет лучше (легче)»;
- базовое позитивное отношение к себе.

### *Переопределение себя:*

- мысли о себе как о человеке, свободном от зависимости.

На основании суммарной модели профилактики срыва Т. Горски [Gorski T., 2000] разработана модель терапии профилактики рецидивов — СМРТ. Эта модель является многосторонним методом профилактики возврата к употреблению наркотиков и алкоголя у зависимых от них лиц, прошедших первичное лечение и начавших выполнять программу выздоровления.

В модели выделяют пять целей.

1. Восстановление и/или формирование общего (глобального) жизненного стиля, препятствующего рецидиву. Развитие комплексного самовосприятия собственной жизни, зависимости и истории срыва (или срывов).

2. Разработка личного списка признаков угрожающего рецидива, в котором должна прослеживаться логика формирования срыва и причины перехода от стабильного выздоровления к срыву.

3. Формирование и развитие стратегий управления (преодоления) симптомами рецидива.

4. Развитие и структурирование программы выздоровления, направленной на формирование самоидентификации пациента и критическое управление признаками рецидива.

5. Развитие плана ранней профилактики рецидива, который будет воплощаться в жизнь пациентом и его значимыми другими лицами шаг за шагом для предотвращения возврата к употреблению алкоголя или других наркотиков.

Этот метод основан на принципах когнитивной, аффективной, поведенческой и социальной терапии и состоит из пяти первичных компонентов.

1. Оценка.
2. Определение признаков нарушения процесса идентификации.
3. Определение стратегий управления рецидивом.
4. Планирование выздоровления.
5. Тренинг профилактики рецидивов.

Основные *психологические сферы*, в которых проводится работа: мышление (когнитивная); чувство (аффективная); действия (поведенческая).

### Основные социальные сферы:

работа;

друзья;

интимные взаимоотношения.

Самое важное — помочь пациенту наладить функционирование с каждой из этих сфер.

По мнению автора данной модели, изменения — нормальная и необходимая часть жизни, но и главная причина стресса. Изменение легко может вызвать реакцию, которая «выбросит» человека из процесса выздоровления в динамику срыва, если человек не отдает себе отчет в происходящем или не готов справиться с этим.

Обычно изменения, которые часто «запускают» динамику срыва, начинаются с изменения установок, в частности, отношения необходимости следовать программе выздоровления.

Однако, по мнению автора, динамика срыва обратима, если пациент получает подходящее лечение. Главный компонент профилактики — обучение пациентов распознаванию предвестников срыва, которые появились в их жизни.

Динамика срыва происходит в такой последовательности жизненных изменений:

1. Внешнее событие, которое заставляет пациента менять распорядок дня и таким образом усиливает стресс и запускает внутренние изменения установки.

2. Стресс возрастает. Зависимый человек имеет к стрессу низкую толерантность.

3. Происходит реактивация защитной стратегии отрицания. Когда уровень стресса нарастает и становится критическим, появляется тенденция отрицать его присутствие, т. е. вновь включать механизмы отрицания, сопровождающего болезнь. Когда отрицается стресс, включаются другие, связанные с отрицанием, мыслительные процессы.

4. Нарастающий стресс усиливает постабстинентный синдром. По мере того как усиливаются его симптомы, проявляющиеся в мышлении, эмоциях, памяти, уровень стресса еще более повышается.

5. Пациент начинает вести себя иначе, чем раньше. Его поведение отражает нарастающий стресс.

6. Изменение поведения влечет изменение отношений с людьми. Следует разрыв социальных связей.

7. Структура жизни начинает рушиться. Планы выздоровления заброшены. Ежедневные привычки и режим дня изменены.

8. Недостаток структурированности и поддержки со стороны других людей, а также усиливающийся постабстинентный синдром приводят к замешательству, беспорядку и неспособности решать проблемы и принимать решения. Происходит потеря здравого мышления.

9. Потеря контроля над своими мыслями и поведением. Человек перестает совершать разумные выборы и не способен прервать или изменить свои действия.

10. Зависимый человек приходит к убеждению, что он больше не может контролировать свою жизнь и начинает верить в то, что единственным доступным выходом для него является безумие, физический или эмоциональный коллапс, самоубийство или употребление психоактивных веществ.

11. Возвращение к употреблению наркотика или алкоголя. У человека может развиваться психосоматическая болезнь или серьезное нарушение психики, он может совершить самоубийство или стать подверженным несчастным случаям.

Профилактика срыва включает следующие шаги:

- стабилизация;
- оценка;
- обучение пациента;
- определение предвестников срыва;
- пересмотр программы выздоровления;
- обучение инвентаризации;
- прерывание динамики срыва;
- вовлечение значимых людей;
- последовательное выполнение и подкрепление.

Т. Горски определяет понятия терапевтический и нетерапевтический срыв. **Терапевтический срыв** увеличивает шансы на выздоровление. Он обычно бывает коротким и имеет слабые последствия. В результате пациент понимает тот неопровержимый факт, что он — зависимый человек и не может употреблять психоактивные вещества. Он определяет истоки своего срыва, которые, вероятно, не смог бы определить, не имея опыта обучения.

Стабилизируя пациента после терапевтического срыва, важно оценить понесенный ущерб вместе с ним. Пациент склонен преувеличивать ущерб и часто убежден, что срыв обесценил его работу по выздоровлению. Лечебный персонал должен помочь ему преодолеть ошибочные убеждения. Пациент уже достиг многих позитивных результатов. В действительности срыв был шагом на пути роста, и дальше пациент пойдет с ускорением. Важно разработать план для содействия пациенту в работе с его чувствами (смущение, беспомощность, замешательство, вина, желание самоизоляции).

Как только пациент стабилизируется, он должен продумать структурированный план поддержки выздоровления на период от 3 до 5 месяцев.

**Нетерапевтический срыв** затрудняет выздоровление. Обычно он длится так долго, что прежние болезненные симптомы, привычки и стиль мышления не только возвращаются, но и усугубляются. Но и короткий нетерапевтический срыв может нанести серьез-

ный ущерб физическому здоровью, мыслительным и эмоциональным процессам, социальным связям и способности пациента регулировать свое поведение. Если такой срыв диагностирован, часто бывает необходимым планировать начальную стабилизацию так, если бы это было первое обращение пациента к лечению. Пациент должен быть достаточно стабилен, чтобы понимать лечебные планы и извлекать из них пользу.

С наступлением стабильности необходимо тщательно оценить следующее:

1. Имеющиеся проблемы. Оценивая их, терапевт фактически завершает первую фазу лечения, на которой выполняются задачи, связанные с *мотивационным кризисом*, который возник в результате срыва. Пациент должен прийти к пониманию подлинной сущности этого кризиса и тех осложнений, которые активизировали динамику срыва.

2. Текущую динамику срыва. Решающее значение имеет подробное исследование пациентом точной последовательности событий, которые разворачивались до срыва. Это очень трудный процесс, потому что именно в этот период возникают симптомы-предвестники срыва. Активация симптомов-предвестников — неосознаваемый процесс. В результате у пациента есть «белые пятна» или «провалы в памяти», относящиеся к периоду между началом абстиненции и возвращением к пьянству. С помощью интервьюирования и прямых вопросов можно заставить пациента «извлечь на поверхность» и реконструировать те события, которые он осознает.

3. Историю срыва. Определяется, есть ли у пациента прогресс в лечении в целом, или эффективность лечения постоянно уменьшается. Срыв — не всегда знак неудачного лечения. Если история пациента включает удлинение периодов трезвости, за которыми следуют срывы все меньшей продолжительности и с меньшими негативными последствиями, то он фактически находится в процессе выздоровления. Важно определить, что показывает история срывов — улучшение или ухудшение.

4. Уровень завершенности лечения. Фазы развития выздоровления используются как путеводитель, помогающий пациенту исследовать свой предшествующий прогресс в лечении.

5. Факторы, осложняющие выздоровление. Осложняющие факторы рассматриваются вместе с пациентом.

6. Личностный стиль пациента — способ реагирования на трезвость (крайне зависимый, крайне независимый, скрытый зависимый и функциональный зависимый).

Модель обучения пациента включает подробнейшую информацию, которую ему необходимо знать о срыве, а также обзор программы дальнейшего выздоровления.

При прерывании динамики срыва пациент должен осознать присутствие предвестников срыва и предпринять действия по устранению их из своей жизни:

- идентифицировать (определить) проблему;
- прояснить (исследовать) проблему;
- определить альтернативные варианты ее разрешения и вероятные последствия каждой из альтернатив;
- принять решение мысленно;
- выполнить решение (предпринять действия);
- довести действие до конца и оценить его результат.

Данные действия, впервые разработанные Т.Дзуриллой и М.Голдфридом [Dzurilla T., Goldfrid M., 1971], являются универсальными принципами тренинга решения проблем, применяющегося в профилактике рецидивов.

Важнейшим шагом в прерывании динамики срыва является вовлечение значимых других и создание вместе с ними «команды выздоровления» — действенной социально-поддерживающей пациента сети.

Успешная работа по профилактике рецидива должна быть завершена и подкреплена. Для этого необходимо:

- разработать дальнейший план предотвращения срыва и план выздоровления, используя работу в лечебной среде;
- объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи;
- объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем заключается работа с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ?
2. На каких теоретических позициях основывается профилактика рецидивов наркомании и алкоголизма?
3. Какие практические подходы можно использовать в профилактике рецидивов наркомании и алкоголизма?

### **Литература**

- Валентик Ю. В., Сирота Н. А.* Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М., 2002.
- Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология. — Л., 1991.
- Пятницкая И. Н.* Наркомании: Руководство для врачей. — М., 1994.
- Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г.* Подростковая наркология. — М., 2002.
- Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### Пример одного занятия профилактической программы для подростков

*Тема:* Понятие личности. Структура моей и твоей личности. Кто Я? Кто Ты? Что во мне и в тебе есть? Понятие границ личности. Развитие личности.

*Цель:* сфокусировать внимание участников на собственном мироощущении, прикоснуться к понятию ценности каждой личности. Ощутить похожесть и индивидуальность отдельных людей.

1. Начало работы. Продолжительность — 15 мин.

*Цель:* обозначение перехода к особой атмосфере в группе, введение в тему занятия.

*Методы:* обмен чувствами; 10 определений «Кто Я?»; обсуждение и повторение правил.

*Оборудование:* бумага, ручки.

#### Материалы для тренера

##### *Упражнение «Кто Я»*

Участники пишут 10 определений, отвечающих на данный вопрос. Техника направлена на осознание и формирование Я-концепции, помогает разобраться в себе, дает возможность подросткам самопрезентироваться; может вызвать бурные реакции участников — слезы, смех и т. п.

2. Разминка. Продолжительность — 10 мин.

*Цель:* разрядка, сплочение.

*Методы:* «Я никогда не...» или любая подвижная игра

*Заметки для тренера:* в качестве разминки можно использовать любую подвижную игру.

##### *Упражнение «Я никогда не...»*

Участники по очереди говорят фразу, начинающуюся со слов «Я никогда не...». (Например — «Я никогда не прыгал с парашютом»). Остальные участники загибают по одному пальцу на руке, если для них утверждение не верно (т.е. они, например, прыгали с парашютом). Тренер заранее говорит, что фразы должны соответствовать реальности. Выигрывает тот, у кого останется последний не загнутый палец на руках. Уп-

ражнение дает возможность завязать знакомство в игровой форме, разряжает обстановку.

3. Работа по теме занятия. Продолжительность — 25 мин.

*Цель:* осознание себя как ценной личности.

*Методы:* мозговой штурм на тему «Из чего состоит личность».

*Материалы:* ватман, маркеры.

*Заметки для тренера:* важно следить за соблюдением правил мозгового штурма, главное из которых — признание ценности любого мнения.

4. Разминка. Продолжительность — 10 мин.

*Цель:* формирование позитивной «Я-концепции».

*Методы:* рисунок «Что мне нравится в себе».

*Оборудование:* бумага, фломастеры.

*Заметки для тренера:* важно поддерживать участников в поиске позитивных сторон личности.

#### *Рисунок «Что мне нравится в себе»*

Рисунок на чистом листе на данную тему или надписи на бланках (например, на листе нарисованы пустые шарики, звездочки и т.д., которые надо заполнить информацией о себе на заданную тему). По желанию можно показать рисунок группе и рассказать о нем. Помогает формированию позитивной самооценки, внимания к собственной личности и к особенностям другого.

5. Работа по теме занятия. Продолжительность — 20 мин.

*Цель:* осознание собственных границ и права защищать свои границы.

*Методы:* игра в границы: «Скажи стоп!»

*Заметки для тренера:* собственное участие в игре не обязательно.

#### *Игра в границы «Скажи стоп»*

Участники по очереди подходят друг к другу. Тот, к кому подходят, должен сказать «Стоп», когда, на его взгляд, партнер приблизился на оптимальное расстояние. Игра направлена на осознание собственных физических и психологических границ.

6. Завершение работы. Продолжительность — 10 мин.

*Цель:* сплочение группы, навык разговора о чувствах.

*Методы:* завершающий обмен впечатлениями.

## *Приложение 2*

### **Пример одного занятия в рамках профилактического тренинга для родителей (сценарная запись)**

Данное занятие посвящено *психологическому развитию ребенка и влиянию родителей на формирование основ его личности.*

#### **Теоретическая часть**

На пути формирования личности ребенка встречается множество «лоушек» и трудностей. Существует ряд факторов, которые могут повлиять на его развитие — позитивно или негативно. Попробуем представить пе-

риод, когда человек только что зародился и находится в утробе матери. Что чувствует этот ребенок? Он находится в безопасной для него среде, питающей его? Или ему больно (если беременность носит патологический характер)? На данной стадии развития наблюдается полный симбиоз матери и ребенка, у ребенка еще нет собственных границ, они растворены внутри другого существа. Самочувствие матери передается ребенку, самочувствие ребенка — матери. После того как ребенок родился, он оказывается отделенным от матери, между ними появляется граница, они становятся двумя отдельными биологическими существами. Однако на данном этапе Я ребенка еще не выражено, имеются только биологические предпосылки развития его личности.

Рассмотрим стадии развития личности ребенка (по Э. Эриксону).

На первой стадии (от рождения до 18 месяцев) у ребенка закладываются основы личностного развития. В этот период ребенок должен приобрести чувство доверия к окружающему миру. Это является основой формирования позитивного самоощущения. Нарушения взаимоотношений с миром на ранних стадиях развития приводят к возникновению проблем в будущем — неспособности доверять самому себе и окружающим.

Вторая стадия длится от 1,5 до 3—4 лет. Картина мира ребенка постепенно начинает усложняться, он начинает осознавать себя активно действующим существом. Ослабевает его симбиотическая связь с матерью. Фигура отца становится более заметной, чем в период младенчества. Ребенок начинает ходить и активно обследовать окружающий мир. На этом этапе постепенно начинают появляться границы Я ребенка. Основная проблема этого этапа — получение ребенком автономии или, наоборот, зависимости от родителей, сопровождающееся чувством стыда перед ними, сомнениями и нерешительностью в своих действиях. Если данная проблема разрешается позитивно, у ребенка начинает формироваться дифференциация его собственных границ, развивается чувство самостоятельности. Негативный путь развития — возникновение грандиозного Я с неразделенными границами себя и других, возникновение чувства стыда, формирование деструктивных форм поведения.

Третья стадия продолжается от 3—4 до 7 лет. Основная проблема этой стадии — формирование инициативы и чувства эффективности своей деятельности или чувства вины.

Ребенок в этом возрасте очень непоседлив, инициативен, активен, любознателен. Бурная энергия ребенка встречает сопротивление со стороны взрослых. Если родители проявляют по отношению к ребенку поддержку и понимание, его инициатива поощряется, у него формируется ощущение самоэффективности. В случае если взрослые ставят ребенку слишком много ограничений, он начинает испытывать чувство вины за свою любознательность и активность, которое может подавить инициативу. Нарушения на этой стадии развития приводят к формированию зависимого поведения.

Четвертая стадия развития охватывает младший школьный возраст — от 7 до 12 лет. Основная проблема — формирование трудолюбия и продуктивности или чувства неполноценности. На этом этапе развития ребенок начинает приобщаться к труду, включается в систематическую школьную деятельность. Он начинает вступать во взаимодействие с раз-

ными людьми за пределами семьи. Развитие ребенка в школьном возрасте существенно влияет на представления человека о себе. Он должен научиться принимать собственную компетентность и некомпетентность. При нормальном развитии у ребенка на этой стадии должны сформироваться трудолюбие, продуктивность, навыки ответственного поведения, которые в дальнейшем помогают сформировать позитивную Я-концепцию. Если на данном этапе в развитии ребенка произошли нарушения, у него формируется чувство неполноценности, неспособность нести ответственность за собственную жизнь, могут развиваться формы защитно-манипулятивного ролевого поведения.

Теперь посмотрим, какие роли выполняют дети в *дисфункциональных семьях*.

Условно можно выделить четыре типа ролей, которые формируются у детей в дисфункциональных семьях.

1. *«Герой семьи»* — ответственный ребенок, который начинает выполнять несвойственные его возрасту обязанности: сам заботится о себе, играет роль родителя по отношению к младшим братьям и сестрам и пр. Для того чтобы продемонстрировать успешность, такие дети берут на себя очень большую ответственность, которая может оказаться для них непосильной. Они пытаются заработать любовь и одобрение окружающих, предлагая свою помощь. Такая помощь скорее напоминает вариант покупки по принципу: «дай мне свою любовь, я тебе еще пригожусь».

Стратегия взаимодействия с этими детьми — дать им возможность осознать собственную значимость вне зависимости от успехов и достижений, предоставить право на ошибки, показать, что их любят и принимают просто потому, что они существуют. Необходимо помочь им получить представление о степени собственной ответственности (какие проблемы относятся к их компетенции, а какие должны решаться другими людьми: родителями, учителями и т.д.).

2. *«Козел отпущения»* — бунтарь, который привлекает к себе внимание, демонстрируя негативные, протестные формы поведения (неформальные молодежные движения — металлисты, рокеры, хиппи и др.). Эти дети бросают вызов обществу, надевая на себя маску, за которой прячется обида, чувство злости, ощущение несправедливости мира по отношению к ним. Такие дети очень агрессивны, с ними сложно налаживать отношения. При этом у них есть ресурсы — честность и жажда справедливости, которые можно использовать, чтобы помочь их личностному росту.

Стратегия взаимодействия с такими детьми должна быть направлена на принятие и разъяснение их личностных особенностей, обучение навыкам нормативного выражения агрессии, конструктивного взаимодействия с окружающими.

3. *«Шут»* — ребенок, который пытается привлечь к себе внимание шутовством, клоунадой. Эти дети всегда готовы высмеять ситуацию, сделать из нее спектакль. Им очень страшно выразить свои настоящие чувства, осознать трагизм происходящего. Они стараются избежать прямых столкновений с действительностью, «уходят» от самих себя. Под маской улыбки прячется боль, одиночество. Эта маска может стать заменой реальной личности ребенка.

Стратегия взаимодействия с этой категорией детей — показать им необходимость принятия плюсов и минусов окружающей действительности, научить их другим формам общения, помочь войти в контакт со своим истинным Я — пробудить желание любви, тепла, близости и доверия к окружающим.

4. «*Потерянный ребенок*» — ребенок, который отказался от контактов с окружающей действительностью, живет в своем внутреннем мире фантазий и грез. Такие дети находятся в самой уязвимой позиции. Они незаметны в классе, как бы растворяются среди других детей. Присутствует некая оболочка ребенка, а его личность глубоко спрятана и избегает контакта с другими людьми.

Эффективной стратегией взаимодействия в этом случае будет развитие способностей неординарно видеть мир и использование их в творческой деятельности. При поддержке окружающих такие дети могут стать интересными личностями: художниками, писателями, музыкантами. Если среда, в которой оказываются эти дети, неблагоприятна, и рядом нет взрослого, который мог бы оказать им поддержку, они могут использовать крайние варианты избегающего поведения — стать зависимыми от людей и обстоятельств (зависимость от алкоголя или наркотиков, брак с людьми, зависимыми от психоактивных веществ, ранняя детская проституция и т.п.).

— **Формы манипулятивного ролевого поведения** возникают как вынужденная мера защиты своего подлинного Я. Возможно, эти дети были отвергнуты, не приняты как личности, или они оказались в какой-то ситуации насилия (эмоционального, физического, сексуального). Когда ребенок живет в атмосфере систематического насилия (серьезные семейные проблемы; насилие, совершаемое над ним сверстниками и др.), у него возникает необходимость приспособливаться к ситуации. Ребенок еще не может реально противостоять обидчикам, поэтому он начинает защищаться психологически, в результате чего его подлинное Я оказывается спрятанным под маской, не позволяющей осознать реальное положение вещей, заглянуть в свой внутренний мир. Для этих детей очень важным является позитивный опыт общения с взрослым человеком. Этот контакт должен дать им ощущение непрерывности их бытия. Они должны научиться верить, что их не бросят, не предадут, отнесутся к ним серьезно, протянут руку помощи в нужный момент. Самое трудное для этих детей — вновь научиться доверять другим людям. Если мы сможем дать им это ощущение, у нас появится возможность вступить в контакт с их истинным Я, у них — шанс изменить свое будущее.

## Практическая часть

**Тренинг «Дети и их родители (роль семьи в развитии личности)».**

На этом этапе тренинга надо попытаться решить несколько задач:

- создать условия для перехода от социально-ролевого к личностному, открытому, общению;
- создать доверительную атмосферу в кругу участников;
- создать условия для актуализации личностного статуса «Ребенок» в каждом из участников с целью его исследования и развития;

– предусмотреть возможность гибкого и плавного перехода из личного статуса «Ребенок» в личностный статус «Взрослый», а также внутреннего диалога между ними.

Просим группу разбиться на пары. Один человек в паре на время погружается в роль «Ребенка» при помощи игрушечных персонажей, второй — в роль «Родителя». «Ребенок» вступает в контакт со своим «Родителем». Потом происходит обмен ролями. Задача участников соотнести возникающее между ними взаимодействие с одной из четырех ролевых позиций: «герой семьи», «козел отпущения», «шут», «потерянный ребенок» — и поделиться своими ощущениями.

В е д у щ и й. Вы побывали в роли своего «Ребенка» и своего «Взрослого». Какой у Вас был опыт общения? Что Вы при этом чувствовали? Возникло ли у Вас осознание, от имени какого персонажа Вы говорите?

М. («Ребенок»). Я играла старшего ребенка в семье. Мама все заботы на меня переложила, младших детей, семейный быт. Вначале это была роль ребенка-«героя». Я все делаю, а мать всем недовольна, говорит, что дети не накормлены, в квартире еще не убрано. Я начала оправдываться. Возникло чувство вины, а потом чувство ненужности. Мой ребенок перешел в роль «потерянного».

В е д у щ и й. А что Вы чувствовали в роли родителя?

О. («Родитель»). Усталость, ненужность жизни. Нет помощи ни от кого, нет радости, ничего нет.

С о в е д у щ и й. Что происходило, когда вы поменялись ролями?

О. Этого не получилось. Я не смогла быть ребенком. Может быть потому, что с детства я в такой роли не была. Сама была родителем.

С о в е д у щ и й. Вы забыли свою роль ребенка?

О. Да.

С о в е д у щ и й. Если бы Вы были ребенком, какая роль была бы Вам наиболее близка?

О. Думаю, что из этих четырех типов — роль «героя».

С о в е д у щ и й. Это роль ребенка, который находится в позиции взрослого, родителя по отношению к своим родителям, у которого нет детства.

В е д у щ и й. Спасибо, снимите с себя эти роли.

### **Тренинг «Путешествие в страну детства».**

Одной из важнейших особенностей данного тренинга является актуализация у его участников внутренней коммуникации между психологическими статусами «Ребенка» и «Взрослого» и эта ролевая игра по своей форме наиболее соответствует этой психологической задаче, прежде всего потому, что сохраняет все атрибуты игры как особого вида деятельности, т.е.:

- ее целью является процесс коммуникации, а не результат;
- в процессе игры актуализируются паттерны поведения, характеризующиеся спонтанностью и креативностью;
- она осуществляется по определенным правилам, согласно инструкции, заданной ведущими;
- она воссоздает новую модель реальности по принципу «как будто бы», что позволяет уходить от стереотипов привычной, обыденной жизни и экспериментировать, развивая другие модели поведения.

Итак, мы выкладываем в центр нашего круга множество разнообразных кукол — Аленушка, Бабка, Дедка, Волк, Крокодил, Паучок и т.д.

*Инструкция:*

«Выберите себе куклу, рассмотрите ее, представьте, как она разговаривает, какой у нее голос, как она двигается, где живет, с кем общается. Может быть, она вам что-нибудь хочет сказать? Поговорите с ней, а затем посмотрите на ваших соседей ее глазами. Поздоровайтесь, познакомьтесь с ними, поговорите о них и расскажите о себе».

Большинство участников быстро находит «своих» кукол. У некоторых студентов это задание вызывает напряжение и растерянность. Однако после того как все куклы оказались в руках, в группе возникает оживление, участники представляют своих кукол, говоря от их имени:

– Я — Баба-Яга. Но я добрая Баба-Яга. У меня все зависит от моего настроения. Если у меня плохое настроение, то и другим плохо. Когда у меня хорошее настроение, доброе, я тоже добрая и веселая, всех люблю. Такая я.

– Привет! Я — девочка Синеглазка. Я живу на берегу моря, поэтому у меня глаза голубого цвета. Я очень люблю собирать камушки и слушать прибой.

– Меня зовут Аленушка. *Пауза. Вдох.*

– Вдохнула-то как!

– Ну, я живу в лесу (*пауза*), пошла с подружками в лес и заблудилась. А сейчас я живу в избушке, подружилась со всеми обитателями леса, я даже научилась разговаривать с ними. С птичками разговариваю...

– Ку-ку, Петрушка!

– Может, не Петрушка совсем.

– Нет, я — Петрушка, я — Петрушка!

– Привет, Петрушка!

– Сам себя уговаривает: я — Петрушка, я — Петрушка!

– Я — Петр Иванович. (*Очень тихо*).

– Здравствуй, Петр Иваныч.

– Здравствуйте. Вот вы все рассказываете, я вас слушаю и все прихожу к выводу, что все у вас в жизни лучше, чем у меня. Потому что у меня уж плохо как ни у кого.

– Я — волчок, меня зовут Серж, потому что я серый.

– Меня зовут Жучок-Паучок-Верчунок. Я живу в большом бревенчатом просторном доме.

– Я — собака Тузик. Очень этим счастлива, потому что я всех люблю, всяких пауков там, крокодилов всяких тоже люблю, и Бабу-Ягу тоже, эх, люблю. Вот я такая собака.

Называя себя именем куклы, рассказывая ее историю в первом лице, участники начинают все больше идентифицировать себя с этими персонажами, одновременно проецируя на них свои чувства, включая образы кукол в сюжеты, которые оказываются тесно связанными с глубинными, возможно, даже не всегда осознанными, собственными жизненными сценариями. В этих сценариях прописаны и детские, и взрослые роли. Говоря от имени кукол, участники чувствуют свою защищенность. Это снижает тревожность, помогает самораскрытию. Игровая ситуация, сказочные персонажи способствуют психологическому регрессу участников.

Образы, фантазии, связанные со статусом «Ребенка», актуализируют особое — магическое — восприятие мира, которое обусловлено когни-

тивными схемами, построенными на эмоционально-субъективной основе. Это позволяет оживить детский опыт, «когда все деревья были большими». В этом психологическом статусе чрезвычайно важен эмоциональный настрой на восприятие переживаний друг друга — переживаний, связанных со стремлением к общению, к пониманию и принятию себя и других, к возможности изменений своего Я.

– Ой, думаю, будет корабль, и я отправлюсь в далекие страны.

– А кто на корабле будет?

– На корабле будут очень хорошие люди.

– А как они узнают о тебе?

– С помощью голубей.

– Ты им посылала голубей?

– Нет. Они посылали. А я кидала записки в бутылках в море.

– А что ты писала?

*Пауза.*

– Ну, я писала... сегодня светит солнце. Песок такой чистый и крупный. Мы поймали большую рыбу... Такую записку написала и бросила.

\*\*\*

– Я сейчас я живу в избушке, подружилась со всеми обитателями леса, я даже научилась разговаривать с ними. С птичками разговариваю...

– А домой-то чего не идешь?

– Не знаю дороги.

– А не ищешь-то чего? Не хочешь, небось, уже?

– Нет, я хочу домой. Я просто хочу побыть немного в лесу, пообщаться с обитателями этого леса. Да — с обитателями, ну, с моими друзьями скорее всего. Потому что я их так полюбила... Я с ними подружилась, мы просто понимаем друг друга.

\*\*\*

– Я — козлик. Зовут меня Петрарка. Я в шахматы умею играть, еще умею вязать. Вот. Помогаю бабушке пряжу прясть, я так рожки подставляю... вот. И шкурку ей даю. На варежки и носочки. Козлят воспитываю.

– Твоих, что ль?

*Смех.*

– Нет. Я козлик-одиночка.

– А чьих? А козлят где берешь?

– В соседних домах. Приучаю их к правильному поведению, вожу на лужайку, показываю травку всякую. Вот. Играю с ними. В основном я люблю деда и бабуку.

– А я тебе еще своих детишек тоже подкину.

– С удовольствием. Буду играть с ними в мячик, в салочки.

\*\*\*

– Я — волчок, меня зовут Серж, потому что я серый. Я живу на опушке в лесу и собираю ягоды и грибы.

– Да. Такой необыкновенный волк. Сказочный. Что тебя заставило таким-то стать?

– А я встречал такого волка. В сказке. У Ивана-царевича был серый волк. Он был такой премудрый, и всем помогал. Вот. Так что не все волки плохие.

– Не все волки едят капусту.

*Смех.*

– А что ты еще делаешь, Волк?

– Я помогаю другим зверям. Так мы живем со зверями очень дружно. Даже с зайчиками.

– А с лисами?

– И с лисами тоже дружно. В общем, мы в основном днем играем на полянке. Вот. Собираем всякие травы, ягоды. И все. Это в основном.

Принятие своих персонажей и друг друга создавало в кругу участников атмосферу поддержки и безопасности. Хотя не все были настроены столь благодушно. Сквозь игривый тон прорывалась и скрытая агрессия, и обида, и раздражение. За этими эмоциями узнавались очертания ситуаций, связанных с травмами детства, сложностями взаимоотношений с родителями и другими близкими. В том, как куклы ведут себя в руках участников, можно увидеть сложившийся паттерн поведения уже взрослых людей, научившихся определенным образом справляться с жизненными трудностями: находить решение проблем, искать поддержки у других или убегать от сложных ситуаций в «сказочный лес».

– Я — Петр Иванович. У вас у всех жизнь была лучше, чем у меня. Я жил с мамой. Маму я очень любил. Когда пришло время выбирать профессию, я хотел стать художником. Мама сказала, что художником быть не престижно, а престижно быть инженером. Стал инженером. Мне учеба никогда не нравилась, работа не нравится тоже. Семьи у меня нет. Я стеснялся с девушками знакомиться, а если знакомился, то маме они не нравились. Приходилось выбирать между мамой и девушкой. Я маму выбирал. А сейчас ее уже нет. Мне очень без нее одиноко.

\*\*\*

– Крокодил Федя, а родители у тебя были?

– Были, но я от них устал, потому что они думали только о том, чтобы зарабатывать деньги. Я ушел от них и начал сам зарабатывать. Поэтому я такой зеленый.

– А как же родители твои?

– Так, ушел от них и все.

– И все? И они теперь тебя не знают, и ты их не знаешь?

– Нет, я уехал далеко.

– А... И они тебя не зовут, не ищут?

– Нет.

– И ты им не пишешь?

– Нет. Они просто забыли, наверное, обо мне. Только зарабатывали деньги.

– А ты? А ты забыл?

– Я? Помню.

– Ну ты же становишься точно таким же.

– Не-ет. Наученный горьким опытом, я стану другим.

\*\*\*

– А ты, Зайчик Яша, почему такой грустный?

– Я живу не в лесу, а в квартире, тоже как крокодил. Мы с мамой живем, которая меня очень любит, и я ее люблю. Но мне очень грустно одному бывает, потому что я часто остаюсь дома один, она меня оставляет.

Конечно, ситуации, которые рассказывают участники от имени своих кукол, большей частью выдуманы, но чувства, которые они при этом переживают, вполне реальны. С помощью куклы мы помогаем человеку

прикоснуться к забытым, запятанным чувствам, которые испытывал когда-то маленький мальчик, не знавший, как можно иначе справиться со своей болью, кроме как убежать от нее.

Проходит время, маленький мальчик вырос, стал взрослым, сильным, но вот что удивительно, в ситуациях, когда ему становится больно или обидно, он по-прежнему, как в детстве, убегает, не принимая ответственности за себя, за свою позицию и поведение в отношениях с другими людьми.

Презентации кукол — это прежде всего проекция представлений о себе каждого участника, — каков *Я* по отношению к себе и к другим, каково мое представление о мире, которое в данной игре выражается в символической форме. Мир — это лес, населенный разными зверушками, с некоторыми из них вполне можно дружить; или это одинокий остров, окруженный безбрежным океаном, или это уютный дом с теплой печкой... И еще множество разных миров...

От образа мира, представленного в сознании человека, зависит и способ взаимодействия с ним, поиск контакта, выстраивание отношений со значимыми Другими.

...Окружающий океан слишком велик и мало надежды, что послание достигнет цели... но оно достигает.

— Я писала, что сегодня светит солнце. Песок такой чистый и крупный. Мы поймали большую рыбу... Такую записку написала и бросила. Приезжайте в гости.

— А что писали тебе в ответах?

— Что плывут.

— Знаешь, самое удивительное, что они получали от тебя эти записки.

...А мир Бабы-Яги полностью замкнут на ней: для друзей есть приворотные зелья, для врагов — отворотные. С помощью этих искусственных средств рядом всегда будут нужные ей «герои». Все зависит только от собственного настроения.

— Если я дружу, то я со всеми дружу, а если не дружу, то ни с кем не дружу.

— А я бы у тебя купил зелья. Или ты мне их дашь? По старой дружбе. Или по новой.

— Если оно у меня есть, то, может, я его и дам. А, может, и нет. А может быть, и продам.

— А дорого?

— А друзьям ты тоже продаешь?

— Я его продаю... не за деньги, а за исполнения каких-нибудь моих желаний.

Очень сложный и одновременно цельный образ мира, представленный еще одним героем — Паучком. В уютной избе Хозяйка прядет бесконечную пряжу, и рядом с ней паучок плетет свою паутину, в которой порой сам запутывается...

— Я — Жучок-Паучок-Верчунок. Я живу в большом просторном бревенчатом доме. У меня там такая большая красивая паутина узорчатая. Живу я у хозяйки доброй. Она прядет.

— ...судьбы. (*Вставил кто-то тихо*).

— А я веретено ей кручу — наматываю.

- Ты знаешь, что паутина в доме счастье приносит?
- Да, я это знаю, вот она меня и держит.
- А паутина, говорят, это такая прочная штука. Запутаешься, так не знаешь потом, как из нее выбраться.
- Я сам из нее порой не вылезаяю.
- А-а. Так ты сам тоже в паутине сидишь?
- Да-да. Бывает, там запутаюсь, а выхода нет.

Мы постепенно в процессе игры глубже знакомимся друг с другом, оказываем внимание и поддержку всем участвующим в этом спонтанном представлении.

В таком бережном отношении нуждаемся мы все, но в особенности те, для кого принятие своего статуса «Ребенка» оказалось сложным, что проявилось, прежде всего, в отношении к выбранной кукле. Кукла как будто бы попала «случайно», оказалась не в «тех» руках, она вызвала чувство раздражения и «чуждости».

- Привет, Петрушка!
- А может, я и не Петрушка совсем. Не чувствую я себя Петрушкой. Но я Петрушка несмотря ни на что. Я и моя семья работаем в цирке. Я хорошо выгляжу, веселый. Хотя и сам иногда не понимаю, какое выражение у моего лица. Должность у меня веселая, но не всегда хочется быть веселым. Могу быстро стать грустным.
- Мне так кажется, что тебе сейчас не очень-то хочется быть веселым.
- Да, я устал.
- Да. Устал. Такая у тебя должность, да?
- Да, должность у меня веселая, но я не всегда бываю веселый.
- А что, ты вчера там заработался, да?
- Да, а вчера еще дополнительное представление у нас было, праздники незапланированные. Пришлось нам поработать.
- Ну, это проблемы взрослые, не детские.

Участнику оказалось трудным оставить свои взрослые проблемы и войти в роль этой забавной и смешной куклы. Возможно, и внутренний статус «Ребенка» в общей Я-концепции столь же далек и недоступен осознанному восприятию этой участницы.

Так, разыгрывая этот кукольный спонтанный театр, мы продолжаем строить мостик между психологическими статусами личности «Ребенок» и «Взрослый».

По мере развития игры все больше спонтанности мы можем наблюдать в поведении участников, появляется свобода в выражении себя и доверие друг к другу. Постепенно, шаг за шагом, мы объединились в группу, участники которой открывали друг в друге «Ребенка», учились слышать его, давать ему возможность выражать себя, оставаясь в границах безопасного поведения.

Завершилась эта игра символическим выражением желаний, принадлежащих «внутреннему Ребенку».

Ведущий. Чтобы попасть в страну детства, каждый должен загадать свое желание.

- А я в детстве хотел, чтобы меня взрослые всегда понимали и чтобы я понимал их.
- А я хотела иметь собаку.
- Я бы хотела полетать на воздушном шаре.

– Мне хочется весь свет объездить.

– Я очень я больше всего хотела чтоб меня понимали, это самое детское мое желание.

– Когда я был маленький, я хотел, чтобы хоть один день со мною провели родители. Но это было тогда. Сейчас уже не хочу.

– А я хотела на облачке покататься и всегда смотрела в небо. Самое было мое заветное желание.

Для того чтобы внутренний статус «Ребенка» был более осознанный, включенный в Я-концепцию личности, необходимо проанализировать, что с нами происходило в процессе игры.

Ведущий. Что с Вами происходило, когда Вы говорили от лица Ваших героев? Понравилось ли Вам в стране детства?

«Петрушка». Мне было тяжело. Мое настроение и состояние не соответствовало выражению лица моей игрушки, интонациям ее голоса. Это была не моя игрушка. Хотя я как бы вошла в ее роль. Мне не хотелось ей соответствовать.

Ведущий. А какое у Вас было состояние? Опишите его.

«Петрушка». Сначала было тяжело на душе. Наверное, потому, что я не смогла сразу попасть в детство. Мне пришлось прилагать усилия, чтобы туда попасть. Потом мне стало проще. Я подружилась с другими героями. У меня внутри появился как будто какой-то шар, который все время расширялся и расширялся. Он становился все больше, больше, пока не занял всю аудиторию. А когда мы все решили улететь, мое состояние нормализовалось.

Ведущий. Можно ли назвать это раскрытием, освобождением?

«Петрушка». Думаю, да.

Ведущий. Это очень символично — то, что с Вами произошло. Сначала было чувство замкнутости. А потом внутри возникло ощущение, что внутри что-то расширяется, растет. Это Ваше ощущение может стать Вашим ресурсом, принесенным из детства.

Было заметно, что эта игра оказалось сложной для участницы, но в процессе игры что-то изменилось в ее Я-концепции. Преодолевая внутреннее сопротивление, она все же искала в себе голос «Ребенка» и пыталась установить внутренний диалог с той своей частью личности, которая не включена во взрослые проблемы жизни и осталась там, в далеком детстве. Включение этой части личности в осознанное представление о себе — это расширение внутреннего пространства и обогащение ресурсов личности, которые тем более необходимы при контакте с реальными детьми в процессе профилактической работы.

Для другой участницы также процесс «оживления» детского Я — сложная двойная трансформация как статуса «Ребенка», так и «Взрослого», это избавление от стереотипов и жестких конструкций образа себя и других, развитие позитивной и творческой Я-концепции.

– Вообще-то я по куклам очень соскучилась и не ожидала, что мне так будет близка эта девочка, которая в образе бабки. Мне с самого начала захотелось ее сделать моложе. Я сначала так думала: «Так, бабка, бабка раньше была девочкой. Значит, я сначала стала сама девочкой, ребенком, а потом еще и куклу также сделала ребенком. И мне ее было жалко, когда она говорила какие-то слова о своей жизни, у меня было к ней такое чувство очень и очень большого сожаления, что ей в детстве было не просто. А что-то такое в доме происходило в ее детстве, что ее делало вот такой вот старенькой и грустной. И мне так ее было жалко. Вот. А когда бабка общалась с зайчиком, она переставала быть бабкой, она была все больше девочкой».

Для некоторых участников поиск «внутреннего Ребенка» не был сложным, хотя и потребовал психологических усилий в преодолении уже сложившихся стереотипов восприятия друг друга в определенных ролевых позициях «взрослого Я», которое успешно защищает внутренний мир личности, но при этом делает ее более изолированной от других и одинокой.

- А у меня всегда, когда я возвращаюсь в детство, грусть появляется.
- Вы почувствовали грусть?
- Угу. Уже потом эта грусть действительно исчезла, но сначала была.
- А потом у Вас как-то менялось состояние?

- Да. Состояние менялось, у меня появился какой-то более тесный контакт со всеми.

Важным в этой игре был процесс роста эмпатии и аффилиации у каждого участника. Игра развивала взаимосвязь — не только внешнюю между самими участниками, но и между внутренними статусами «детского Я» и «взрослого Я».

- А у меня, по-моему, детство далеко не уходило.

*Смех.*

- По-моему, каждый с ребенком связан, со своим, конкретным. А вообще, это какие-то особенные ощущения, когда разрешаешь своему «детскому Я» проявиться. Я себя нужным почувствовал, как в детстве с друзьями.

Для многих участников в этой игре было важным достижение состояния внутренней свободы и творчества.

- Это мое любимое состояние... Собачка Тузик мне очень подошла, и мне стало легко, свободно, просто, т.е. это очень хорошее ощущение. И есть еще ощущение того, что внутри этого состояния очень много вкраивается художественных возможностей, сразу по-другому ощущается мир, сразу не хочется спать, сразу хочется что-то творить...

- Если бы была игрушка, у которой фиксированы уже ножки, т.е. как пупсик, я такие игрушки не принимаю. Я люблю театральные игрушки, которые могут свободно любой твой жест выполнить. Вот это мне больше всего понравилось, я сразу начала. И поэтому мне сразу свободно стало, так сразу фантазия включилась, хочется сразу говорить столько всего от его имени, и любовь какая-то. Снимать даже не хотелось.

Игра подошла к своему завершению. Мы достигли целей, намеченных в начале игры. Куклы стали символами «детского Я» каждого участника. Мы заложили основу для дальнейшего личностного роста. Но это только начало.

Теперь мы готовы сделать следующий шаг в исследовании своего Я и того, что его окружает в реальной жизни.

### *Приложение 3*

#### **Пример одного занятия в рамках тренинга для специалистов в области первичной профилактики (сценарная запись)**

##### **Теоретическая часть**

Какой бы правильной, научно обоснованной и глубокой ни была теория, на которой основываются системы профилактики злоупотребления психоактивными веществами, без подготовленных специалистов,

владеющих этой теорией, воплощающих ее в практику, она останется только лишь теорией, в лучшем случае интересной для самих ее создателей. К тому же, профилактика — это область деятельности, в которой человек является и объектом, и субъектом воздействия. От уровня подготовки специалистов, от их профессионального и личностного самосознания, способности, оставаясь взрослыми, понимать и поддерживать тонкие ростки детских душ, зависит очень многое.

Эти специалисты, по сути дела, должны стать проводниками для путешественников, странствующих по маршруту «Детство — Отрочество — Юность». Маршрут этот нелегок, множество препятствий, а порой и опасностей таится на его пути. Поэтому так важно, чтобы рядом были старшие друзья, у которых была бы карта этого маршрута с указанием наиболее сложных переходов и участков. И еще — проводники должны не только по карте знать этот маршрут. Они должны, что называется, «истоптать» его своими ногами, чувствовать и видеть его. Это значит, что специалисты по профилактике должны многое знать о том реальном мире, в котором растут наши дети; о самих детских душах, о психологии детей на разных возрастных этапах; о самих себе — взрослых и бывших детях; специалисты должны многое уметь, прежде всего — уметь быть рядом с ребенком, разделяя его радости и горести роста, обучая его преодолевать сложности и проблемы, овладевать этим миром, а не избегать его, т.е. они должны быть настоящими Проводниками между страной Детства и миром Взрослых.

Конечно, эти задачи глобальные, их невозможно решить полностью ни за один день тренинга, ни за время всего тренинга, даже за цикл тренингов. Эти задачи — на всю жизнь, особенно для тех, кто решил посвятить ее детям.

Но, как говорится, на берегу научиться плавать невозможно. Поэтому мы и проводим тренинги специалистов по обучению профилактике злоупотребления психоактивными веществами.

Наши участники — это молодые люди, психологи, педагоги, которые заканчивали обучение в педагогическом институте и готовились работать с детьми и подростками в школах. Нам вместе предстоит провести 5 дней глубокого погружения в теорию и практику профилактики, знакомясь с этим видом деятельности на собственном опыте.

Начало тренинга — это всегда преодоление большего или меньшего сопротивления, которое проявляется у участников в тревожном ожидании: «Нужно ли мне присутствовать здесь? Что здесь будет происходить? С пользой ли для себя я проведу это время?».

Чтобы справиться с этим фрустрирующим состоянием, большинство участников прячут свои переживания за маски различных социальных ролей. Это помогает им структурировать ситуацию, использовать ритуальные формы общения, прогнозировать поведение окружающих людей. И в основном это роли Учеников. А мы, ведущие, должны соответственно исполнять роли Учителей. Тетрадки, ручки, внимательные ученические глаза устремлены на нас...

Важно не застрять на этапе ролевого восприятия друг друга, а перейти к более открытому личностному общению. Поэтому мы разрушаем стереотип ученического класса и просим всех сесть в круг. Знакомимся:

кто мы, откуда, что мы хотим от этого тренинга, какие чувства испытываем сейчас. Все участники круга представляются; круг становится как будто теснее.

Ведущие также представляются сами и представляют программу, по которой проводится обучение, ее цели, задачи и методы работы.

Далее, прежде чем перейти к практическим заданиям, необходимо дать общее для всех участников понимание, что такое профилактика зависимости от психоактивных веществ (материалы гл. 6). Когда некоторые вопросы, связанные с теорией профилактики обсуждены, мы можем перейти непосредственно к практике.

В тренинге, в отличие от академического обучения, участники имеют возможность на собственном опыте понять и прочувствовать наиболее важные аспекты профилактической работы, овладеть практическими навыками. Тренинг также дает возможность исследовать свои модели поведения и различные аспекты собственной личности, экспериментировать, изменяя что-либо в себе и помогая меняться другим участникам. Но для того чтобы мы могли эффективно использовать эту форму обучения, у участников должно быть чувство защищенности. Это касается работы как с детьми, так и со взрослыми.

Одним из требований тренинга по профилактике является безопасность среды. Речь идет как о физической, так и о психологической безопасности. Безусловно, мы не стремимся создать благодушную бесконфликтную атмосферу «сонного царства». Нет, но то пространство, в котором мы пытаемся прикоснуться к миру детства, исследовать его, возможно, что-либо изменить в нем, *должно быть свободно от насилия!*

Надо очень хорошо осознать одну важную истину, касающуюся как детей, так и взрослых, которая открылась одному приходскому священнику, в течение пятидесяти лет принимавшему исповедь: во-первых, люди куда более несчастны, чем кажется; и еще одна фундаментальная вещь — что взрослых людей на свете не существует.

Это необходимо помнить всем специалистам, помогающим людям; особенно это касается тех, кто работает с детьми.

Большое значение для безопасности имеет принятие совместно выработанных правил поведения в тренинге.

### Практическая часть

Этот его фрагмент называется «*Скульптура семьи*».

*Инструкция:* давайте изобразим семью человека, зависимого от психоактивных веществ. Для этой цели необходимо участие двух добровольцев.

(После того как добровольцы найдены.) Я попрошу одного из вас сыграть роль зависимого от психоактивных веществ, а другого роль его мамы.

Наш герой употребляет алкоголь или наркотики. Он находится в центре внимания всей семьи как страдающее существо, которое неспособно нести ответственность за собственную жизнь. Ответственность за его жизнь берут на себя другие люди (например, мама).

Я приглашаю принять участие в этой сценке остальных членов группы, которые могут играть роли социального окружения нашего героя (начальство, соседи, друзья и пр.)

Ведущий. Как зовут нашего героя? Сколько ему лет? Он работает или нет? Что он употребляет? Есть ли у него семья?

«Зависимый». Меня зовут Вовочка. Мне тридцать лет. Я не работаю и живу с мамой за счет ее пенсии. Холост. Периодически напиваюсь.

Ведущий. А сколько лет маме? Какое отношение к Вовочке, который бездельничает, пьянствует?

«Мама». Он мой самый любимый, самый хороший.

Ведущий. Вам его жалко, наверное?

«Мама». Конечно, жалко. Такой несчастный, женщины его не любят. Начальник к Вовочке придирается, все ругается, грозит увольнением. Соседи по пустякам жалуются.

Ведущий. Давайте изобразим эту ситуацию в виде живой картинки. В центре стоит Вовочка. Рядом с ним мама, которая поддерживает его. Вовочка! Обопрись покрепче на мамочку! Слева начальник в угрожающей позиции, справа — соседка в позе обвинителя.

«Начальник». Ваш сын опять на работу не пришел. Уволю!

«Соседка». Вовочка твой вчера опять драку в подъезде устроил. Когда все это кончится? Я в милицию заявление напишу!

«Мама». Вовочка у меня такой хороший мальчик. Вы на него наговариваете.

Соведущий. Обратите внимание на этот момент. Мама встала между Вовочкой, начальником и соседкой. Она собой заслонила его ото всех неприятностей, за все взяла на себя ответственность.

Ведущий. Вовочка! Кто еще рядом с тобой есть?

«Вовочка». Я вчера девушку привел.

Ведущий. Мама! Какое у Вас отношение к девушке?

«Мама». Плохое отношение. Это она — собутыльница во всем виновата, сбивает Вовочку с пути истинного.

Ведущий. Давайте изобразим это в виде скульптуры. Вовочка стоит наверху на стуле. Мама стоит внизу, возле стула. Вовочка опирается на ее плечи, она его держит. Подружка опирается на Вовочку и на маму одновременно. На маме держится вся эта система. В эту систему стараются вмешаться другие люди: начальник, соседка. Они стоят в угрожающих позах, ругают Вовочку, обвиняют маму в его плохом воспитании.

(Действие продолжается после того, как участники занимают названные позиции.)

«Вовочка». Мама! Ты меня еще терпишь?

«Мама». Ради любимого сыночка на все пойдешь.

Ведущий. Мама! Что Вы сейчас чувствуете?

«Мама». Плохо мне.

Ведущий. Но терпеть можно еще?

«Вовочка». Мама! Я же твой любимый сын. Мы тебе еще ребеночка родим.

Ведущий. Мама! Мне кажется, что еще немного, и ты рухнешь! Пойдем со мной, я тебе помогу! Ты нуждаешься в профессиональной помощи, поддержке других людей, у которых похожие проблемы.

«Вовочка». Мама! Куда это ты ввязываешься? А как же я?

Соведущий. Интересная у нас складывается ситуация. Мама пытается вырваться из системы. Что при этом испытывает система?

«Вовочка». Мамочка! Не бросай меня! Ты же не выгонишь меня на улицу, как мою подругу!

«Мама». Я тебя отселяю!

«Вовочка». (крик, переходящий в визг): Ну, как же я без тебя?

Ведущий. Ну что, мама, пойдем со мной?

«Мама». Да, конечно.

Ведущий. Давай, мама! Отойди от него! Сделай шаг! (Ведущий протягивает маме руку, чтобы она отошла от Вовочки, который держится за ее плечи.)

«Мама». Ой! Он упадет! Я только поддержу его немножко.

Ведущий. Хотите еще немного поддержать? Ему же тридцать лет. Неужели вы думаете, что он упадет?

«Мама» делает шаг вперед, отходит от «Вовочки». Скульптура рушится.

В группе разгорается бурное обсуждение по поводу будущего главного героя сценки Вовочки. Приходим к общему мнению, что единственный выход для него пойти в лечебную программу.

Переходим к обсуждению чувств участников сценки.

Ведущий. Мама! Что Вы чувствовали в самом начале сценки, по ходу, когда события разворачивались, и в самом конце, когда Вы отошли от сына?

«Мама». Вначале мне не было тяжело, хотя Вовочка достаточно прочно сидел на моих плечах. У меня было ощущение, что я нужна ему, без меня он пропадет. Когда появился начальник и стал кричать, ощущение нужности усилилось. У меня возникла неосознанная реакция. Я совершенно искренне стала возмущаться, что «на моего родного сына наезжают», и загородила его собой. Когда соседка появилась с претензиями, а потом еще собутыльница, в голове начался хаос, паника. Это уже терпеть было невыносимо, захотелось все с себя сбросить. Когда мне предложили сделать шаги, я поняла, что могу все легко бросить, кроме ненаглядного сына. У меня появился страх, что если отойду от него, он упадет. Это очень страшно и тяжело сделать — ты уходишь, а за спиной все рушится. Я тридцать лет жила в симбиозе с сыном. Я привыкла к этому состоянию. У меня возникло ощущение пустоты внутри, какой-то утраты. Может быть, там и лучше, куда меня зовут, но я этого еще не знаю.

Ведущий. У Вас было сомнение отойти или остаться?

«Мама». Да. В тот момент, когда я отошла, мне казалось, что надо еще сына за руку поддержать какой-то период времени. Если сразу отпустить, он упадет. А он так стал за руку цепляться, что и не отцепишь.

Ведущий. Что вы смогли вынести из этой сценки?

«Мама». Я сейчас поняла, что это может длиться очень долго. Находясь в роли такой мамы, я могла бы так очень долго стоять, убеждая себя, что еще немножко нужно сыночка поддержать. Их пугает неизвестность, пустота впереди, страх оказаться ненужными.

Сведущий. В данном случае мы наблюдали личностную незрелость двух существ: пожилой мамы и 30-летнего сына. И шаг, который сделала мама — это шаг к взрослению, личностный рост.

Ведущий. Вовочка! Вы что чувствовали?

«Вовочка». Вначале мне было очень хорошо. Мама — такая заботливая, защищает меня от всех. Подруга тоже поддерживает. Вокруг меня стена, никто меня не трогает. Живу сам по себе в свое удовольствие. А потом, когда выгнали подружку, и мать от меня отошла, я почувствовал, что все рушится, как будто какую-то часть отбирают у меня. Началась истерика. Я вижу, что маму спасают. У меня возник вопрос: «А как же Я, кто меня спасет?».

Описанная сценка очень удачно иллюстрирует крайнюю форму ролевого защитно-манипулятивного поведения. Два взрослых человека находятся в тесных симбиотических отношениях. В этих отношениях полностью отсутствует свобода, ответственность за самого себя. Одного человека отрицание собственной свободы приводит к развитию болезни, другого — к развитию зависимости от собственного сына. Подобная структура может устойчиво существовать до тех пор, пока кто-то не выйдет из этой системы. Возможны разные способы ухода: добровольный, при котором человек предпринимает сознательные действия (например, обра-

шение за профессиональной помощью или поддержкой группы само- и взаимопомощи); вынужденный, при котором выход из системы происходит без каких-либо усилий со стороны ее членов (например, гибель одного из них). Поэтому важной задачей профилактической деятельности является развитие у детей и подростков интернального локуса контроля, ответственности за собственную жизнь. Чем раньше мы сможем развить у ребенка этот личностный ресурс, тем меньше у него будет шансов стать зависимым от психоактивных веществ.

## ЛИТЕРАТУРА

*Анохина И. П.* Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.

*Братусь Б. С.* Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. — М., 1974.

*Бузина Т. С.* Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 1998.

*Валентик Ю. В., Сирота Н. А.* Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М., 2002.

*Грюнталь Н. А.* Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 2002.

*Елшанский С. П.* Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 1999.

*Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология. — Л., 1991.

*Пятницкая И. Н.* Наркомании: Руководство для врачей. — М., 1994.

*Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г.* Подростковая наркология. — М., 2002.

Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.

*Сирота Н. А.* Клинико-психологические характеристики гашишной наркомании в подростковом возрасте: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 1990.

*Сирота Н. А.* Копинг-поведение в подростковом возрасте: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1994.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор. психиатр. и мед. психол. — 1994. — № 1. — С. 63—74.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ // Вопросы наркологии. — 1996. — № 4. — С. 59—67.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Наркотики: проблемы и их решение. — М., 2000.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Программа формирования здорового жизненного стиля. — М., 2000.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* и др. Профилактика наркомании и алкоголизма у подростков. От теории к практике. — М., 2001.

*Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Зыков О. В.* и др. Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами. — М., 2001.

*Тхостов А. Ш., Елшанский С. П.* Категориальная структура интрацептивного словаря при различных заболеваниях // Клиническая психология. Материалы первой международной конференции памяти Б. В. Зейгарник. — М., 2001.

*Ялтонский В. М.* Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1995.

*Annis H., Davis C.* Relapse Prevention Training: A Cognitive Behavioral Approach Based on Self-efficacy Theory // J. of Chemical Dependency Treatment. — 1989. — V. 2 (2). — P. 82—103.

*Bandura A.* Self-efficacy. The Exercise of Control. — N.Y., 2000.

*Botvin G. J.* Adolescent Drug Abuse Prevention: Current Findings and Future Directions // Hartel C. R., Glantz M. D. (Eds.) Drug Abuse: Origins and Interventions. — Washington, 1999.

*D'Zurilla T. J., Goldfried M. R.* Problem Solving and Behavior Modification // J. of Abnormal Psychology. — 1971. — V. 78. — P. 107—126.

*Feshbach N. D.* Studies on Empathic Behavior in Children // Mah B. (Ed.) Progress in Experimental Personality Research. — N.Y., 1978. — P. 1—47.

*Gorski T. T.* The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling // NIDA. — 2000. — July. — P. 23—38.

*Jessor R.* Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action // J. of Adolescent health. — 1992. — V. 12. — P. 597—605.

*Kalliopuska M.* Study on the Empathy and Prosocial Behavior of Children in Three Daycare Centres // Psychological Reports. — 1991. — V. 68. — P. 375—378.

*Lazarus R. S.* The Stress and Coping Paradigm // Bond L.A., Rosen J.C. (Eds). Competence and Coping during Adulthood. — Hanover, 1980.

*Miller W. R.* Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling // NIDA. — 2000. — July. — P. 99—106.

*Moos R. H.* Understanding Environments: The Key to Improving Social Processes and Program Outcomes // Amer. J. of Community Psychology. — 1996. — V. 24 (1). — P. 193—201.

*Piaget J.* The Moral Judgment of the Child. — N.Y., 1932.

*Prochaska J., DiClemente C., Norcross J.* In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors // American Psychologist. — 1992. — V. 47. — P. 1102—1147.

*Rollnick S., Mason P., Puller C.* Health Behavior Change. A Guide for practitioners. — Churchill Livingstone, 1999.

*Schrodt G. R., Fitzgerald B. A.* Cognitive Therapy with Adolescents // Amer. J. of Psychotherapy. — 1987. — July. — V. XLI. — № 3.

*Scheier L. M., Botvin G. J. et al.* Social Skills, Competence, and Drug Refusal Efficacy as Predictors of Adolescent Alcohol Use // J. of Drug Education. — 1999. — V. 44. — P. 21—48.

*Tucker J. et al.* Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders // The International Journal of the Addictions. — 1990—1991. — V. 25 (7A & 8A). — P. 1017—1050.

*Vaux A.* An Ecological Approach to Understand and Facilitating Social Support // J. Soc. and Pers. Relationship. — 1990. — V. 70. — P. 507—518.

*Wills T.A.* Multiple Networks and Substance Use // J. of Soc. and Clin. Psychol. — 1990. — V. 9 (1). — P. 78—90.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
Глава 1. <b>Теоретические вопросы наркомании и алкоголизма</b> .....	5
1.1. Факторы риска возникновения и развития наркомании и алкоголизма .....	6
1.2. Концепции риска приобщения к употреблению алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ .....	9
1.3. Этиологические концепции аддикции .....	12
1.4. Я-концепция и формирование зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ .....	24
1.5. Субъективный контроль и формирование зависимости от наркотиков и алкоголя .....	27
1.6. Когнитивный компонент поведения и формирование зависимости от алкоголя и наркотиков .....	28
1.7. Коммуникативные личностные ресурсы и формирование зависимого от алкоголя и наркотиков поведения .....	30
Глава 2. <b>Алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества</b> .....	33
2.1. Легальные и нелегальные психоактивные вещества .....	34
2.2. Воздействие психоактивных веществ на организм человека .....	35
2.2.1. Алкоголь .....	35
2.2.2. Никотин .....	36
2.2.3. Дикорастущая конопля (каннабис) .....	36
2.2.4. Стимуляторы .....	37
2.2.5. Опиоиды .....	37
2.2.6. Депрессанты .....	38
2.2.7. Галлюциногены .....	38
2.2.8. Летучие ингалянты .....	38
2.3. Новые тенденции в употреблении наркотиков .....	39
Глава 3. <b>Формирование зависимости от алкоголя и наркотиков</b> .....	44
3.1. Формирование зависимости от алкоголя .....	44
3.2. Формирование зависимости от никотина .....	46
3.3. Формирование зависимости от наркотиков .....	47
3.3.1. Формирование зависимости от опиоидов .....	49

3.3.2. Формирование зависимости от стимуляторов .....	51
3.3.3. Злоупотребление гашишем .....	53
3.3.4. Злоупотребление галлюциногенами .....	55
<b>Глава 4. Базовые теоретические концепции профилактики .....</b>	<b>57</b>
4.1. Теория продвижения к здоровью .....	57
4.2. Теория мотивации .....	58
4.3. Теория жизненных навыков .....	65
4.4. Теория деятельности альтернативной наркотизации .....	66
4.5. Концепция социальной поддержки .....	67
<b>Глава 5. Теоретические основы концептуальной профилактической модели .....</b>	<b>73</b>
5.1. Развитие стратегии разрешения проблем .....	73
5.2. Развитие когнитивной сферы .....	75
5.3. Развитие социально-поддерживающей системы и социально-поддерживающего процесса .....	77
5.4. Модификация стратегии избегания .....	78
5.5. Развитие навыков эмпатии, аффилиации и социальной компетентности .....	79
<b>Глава 6. Программы профилактики зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ .....</b>	<b>81</b>
6.1. Виды профилактики .....	81
6.2. Программы первичной профилактики .....	86
6.3. Программа вторичной профилактики .....	91
6.4. Модель профилактического тренинга .....	94
6.5. Профилактическая работа с детьми и подростками .....	98
6.6. Профилактика употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ в семье .....	103
6.7. Программы третичной профилактики .....	105
6.8. Снижение вреда от употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ .....	116
<b>Глава 7. Основы психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ .....</b>	<b>124</b>
7.1. Работа с мотивацией .....	124
7.2. Профилактика рецидивов .....	138
<b>Приложения .....</b>	<b>154</b>
<i>Приложение 1</i> .....	154
<i>Приложение 2</i> .....	155
<i>Приложение 3</i> .....	166
<b>Литература .....</b>	<b>172</b>

*Учебное издание*

**Сирота Наталья Александровна,  
Ялтонский Владимир Михайлович**

**Профилактика наркомании и алкоголизма**

**Учебное пособие**

Редактор *М. И. Черкасская*

Ответственный редактор *С. А. Шаренкова*

Технический редактор *Е. Ф. Коржуева*

Компьютерная верстка: *С. В. Иванова*

Корректоры *А. Н. Толстова, О. Н. Тетерина*

Изд. № А-763. Подписано в печать 30.04.2003. Формат 60×90/16.  
Гарнитура «Таймс». Печать офсетная. Бумага тип. № 2. Усл. печ. л. 11,0.  
Тираж 30 000 экз. (1-й завод 1—10 000 экз.). Заказ № 12267.

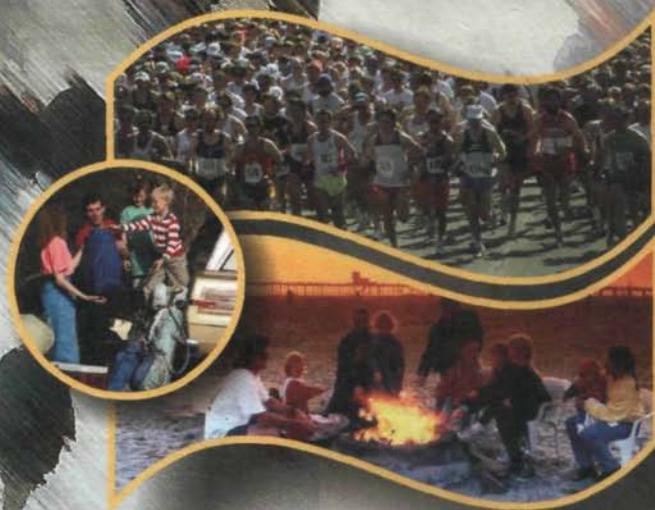
Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия».  
Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.002682.05.01 от 18.05.2001.  
117342, Москва, ул. Бултерова, 17-Б, к. 223. Тел./факс: (095)330-1092, 334-8337.

Отпечатано на Саратовском полиграфическом комбинате.  
410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59.



Н. А. Сирота  
В. М. Ялтонский

# ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА



ACADEMIA

**ПРОФИЛАКТИКА  
НАРКОМАНИИ  
И АЛКОГОЛИЗМА**

ISBN 5-7695-1320-9



9 785769 513206

Центральная  
Городская  
Публичная  
Библиотека  
им. В.В.Маяковского.



300100518616