

Профилактика наркомании и алкоголизма

Учебное пособие

Авторы: доктор медицинских наук, профессор Н.А. Сирота; доктор медицинских наук, доцент В.М. Ялтонский. 299с.

Исследования авторов, лежащие в основе данного учебного пособия, проводились при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) проект № 02 – 06 – 80114.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты формирования наркомании и алкоголизма.

- 1.1. Факторы риска наркомании и алкоголизма.
- 1.2. Концепции риска приобщения к употреблению наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ.
- 1.3. Этиологические концепции аддикции.
- 1.4. Я-концепция и формирование зависимости от алкоголя и наркотиков.
- 1.5. Влияние субъективного контроля на формирование зависимости от наркотиков и алкоголя.
- 1.6. Когнитивный компонент поведения, ведущего к наркотической и алкогольной зависимости.
- 1.7. Влияние коммуникативных личностных ресурсов на формирование зависимого от наркотиков и алкоголя поведения.

Глава 2. Наркотики, алкоголь и другие психоактивные вещества. Общая характеристика.

- 2.1. Легальные и нелегальные психоактивные вещества. Юридическая и личная ответственность.
- 2.2. Немедленное и отсроченное воздействие психоактивных веществ на организм человека.
 - 2.2.1 Алкоголь
 - 2.2.2 Никотин
 - 2.2.3 Конопля (каннабис)
 - 2.2.4 Стимуляторы
 - 2.2.5 Опиоиды
 - 2.2.6 Галлюциногены

2.2.7 Летучие ингалянты

2.3. Новые тенденции в употреблении наркотиков молодежью.

Глава 3. Формирование зависимости от алкоголя и наркотиков.

3.1. Общая характеристика симптомов и синдромов зависимости от алкоголя и наркотиков.

3.2 Формирование зависимости от алкоголя

3.3. Формирование зависимости от опиоидов (опия, героина и других морфин содержащих наркотиков).

3.4. Формирование зависимости от стимуляторов.

3.5. Злоупотребление коноплей (гашишем).

3.6. Злоупотребление психоделическими препаратами типа ЛСД.

Глава 4. Базовые теоретические концепции профилактики.

4.1. Теория продвижения к здоровью.

4.2. Теория мотивации.

4.3. Теория жизненных навыков.

4.4. Теория альтернативной наркотизации деятельности.

4.5. Концепция социальной поддержки.

Глава 5. Основные понятия профилактики наркомании и алкоголизма.

Концептуальная модель профилактики зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ.

5.1. Программы первичной профилактики зависимости от наркотиков и алкоголя.

5.2. Теоретические основы развития отдельных направлений концептуальной профилактической модели.

5.2.1. Теоретические подходы к развитию стратегии разрешения проблем.

5.2.2. Подходы к развитию когнитивной сферы.

5.2.3. Подходы к развитию социально-поддерживающей системы и социально-поддерживающего процесса.

5.2.4. Подходы к модификации стратегии избегания.

5.2.5. Подходы к развитию эмпатии, аффилиации и социальной компетентности.

5.3. Модель профилактического тренинга.

5.4. Профилактическая работа с детьми и подростками.

5.5. Профилактика употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ в семье.

5.6. Вторичная профилактика наркоманий и алкоголизма.

5.7. Возможности выздоровления

Глава 6. Третичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков.

6.1. Работа с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ.

6.2. Стадии выздоровления от зависимости.

6.3. Профилактика рецидивов.

6.4. Снижение вреда.

Заключение.

Литература.

Приложения:

А) Пример одного занятия профилактической программы для подростков

Б) Пример одного занятия в рамках профилактического тренинга для родителей (сценарная запись).

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость пособия для студентов психологических факультетов вузов и педагогов по профилактике наркомании и алкоголизма очевидна. Она обусловлена тем, что в нашей стране чрезвычайно остра важнейшая, но практически не решенная проблема подготовки и отбора профессиональных кадров в области профилактики. Сегодня становится ясным, что профилактика - не система действий, акций, слов, призывов, и другой хаотической активности. Профилактика – это наука и наука междисциплинарная. Она основана на концепции человека в целом. «Никогда человек не был большей проблемой для себя, чем сейчас. У нас есть научная, философская и теологическая антропология, и они ничего не знают друг о друге. Следовательно, у нас больше нет сколько-нибудь ясного и последовательного представления о человеке. Растущее число отдельных наук, занимающихся изучением человека, только еще больше запутывают и затемняют дело, а вовсе не разъясняют нашу концепцию человека» (Макс Шеллер. Цит. По Р. Мэй в книге «Экзистенциальная психология» под его редакцией. Москва «Эксмо-пресс», 2001, с.125). Применительно к профилактике наркомании и алкоголизма можно добавить, что у нас есть еще и психология, наркология, психиатрия, психотерапия, педагогика, социология и эти науки тоже ничего не хотят знать друг о друге. Большинство представителей этих наук, за очень редким исключением, занимаются тем, что продолжают отстаивать только то, что они знают, только тот методологический аппарат, которым они владеют. Однако нам необходимо вырваться из плена

собственной ограниченности. «...Когда культура бьется в конвульсиях переходного периода, индивидуумы в обществе страдают от чувства духовного и эмоционального крушения. Когда люди обнаруживают, что привычный образ мысли больше не обеспечивает им чувство безопасности, они либо уходят в догматизм и конформизм, переставая осознавать происходящее, либо вынуждены бороться за более высокий уровень самосознания, который позволит им принять их существование с опорой на новые основы» (Р. Мэй. Там же, с. 119.)

Итак, для каждого человека сегодня главное заключается в том, что ему «случилось существовать в данный момент, в этом времени и пространстве» и его проблема - как ему осознать этот факт и что с этим делать.

Поэтому основная наша задача – это помощь человеку, идущему по дороге осознания себя и своего жизненного смысла. Нам важно мастерство процесса поиска себя в лабиринте сегодняшнего времени и пространства. Высоко профессиональный проводник по этому пути, с помощью которого человек сможет ощутить прошлое как ценнейший багаж, будущее, как дорогу в гору и настоящее, как целостность бытия, – вот важнейшая задача специалиста в области профилактики.

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 определенных жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль.

Современная социальная ситуация неизбежно привела молодое поколение к необходимости взятия ответственности за свое будущее на себя, самостоятельного выбора и контроля своего поведения. В то же время совершенно очевидно, что очень многие, находясь под воздействием хронических, непрерывно

возрастающих интенсивных стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и страдают от их последствий. Прогрессивно нарастающие требования социальной среды вызвали появление массовых состояний психоэмоционального напряжения, лавинообразное увеличение форм саморазрушающего поведения, на первое место из которых вышла наркотизация, алкоголизация а также различные виды злоупотреблений психоактивными веществами.

Отсутствие знаний, навыков и современных социально адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения - родителей, педагогов, не позволяет им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку. Молодежь оказалась одинокой и психологически беспомощной в связи с утраченными связями со старшим поколением. Профессиональные группы лиц, работающие с детьми и подростками - учителя, школьные психологи, сотрудники подразделений по работе с несовершеннолетними МВД России и т.д., также нуждаются в выработке совершенно нового подхода к взаимодействию со своими подопечными. Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать необходимыми для этого качествами и демонстрировать их в процессе профессионального взаимодействия с подростками, а во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения способности эффективно преодолевать жизненные проблемы, развивать стереотипы здорового поведения.

Все эти экстремальные, в социально-психологическом смысле, условия приводят к необходимости разработки нового, специфического для данной конкретной ситуации, подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами.

Глава 1. Теоретические аспекты формирования наркомании и алкоголизма.

Профилактика наркомании и алкоголизма рассматривается как одно из важнейших и эффективных направлений профилактики неинфекционной патологии. В основе его лежит интеграция целого ряда теоретических концептуальных подходов. Рассмотрим, прежде всего, ряд этиологических концепций формирования зависимости от наркотиков и алкоголя.

Следует четко определить, что проблема употребления психоактивных веществ – это дуалистическая проблема, связанная с особенностями индивида, воздействием на него среды и характером взаимодействия между ними (R. I. Altman, 1985; S.M. Mirin, 1984). Обследование подростков и молодых людей в различных регионах мира показывают, что у них имеются выраженные факторы риска наркотизации и алкоголизации, лежащие в основе глубоких психосоциальных расстройств, таких как ювенильная депрессия, суицидальное поведение, формирование алкоголизма и наркомании, девиантное и делинквентное поведение, поэтому, говоря об употреблении психоактивных веществ подростками и молодежью мы, прежде всего, говорим о специфическом феномене, представляющем собой конгломерат признаков, включающий множество проблем, таких как семейное неблагополучие, коммуникативные проблемы в семье и со сверстниками, уходы из дома, плохая успеваемость и непосещение школы, ранняя беременность и т.д. Как правило, различные поведенческие, эмоциональные, физические расстройства у подростков и употребление ими психоактивных веществ тесно взаимосвязаны (А.Е. Личко, В.С. Битенский, 1991; D.I.Macdonald, 1984; K.B. Wells, 1981). Исходя из этого, очевидна необходимость единого превентивного

комплекса, основная цель которого – предотвратить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития человека (I. Philips, 1990).

Формирование зависимости от наркотиков и алкоголя, также как и другие психосоциальные расстройства связаны с мультифакторным риском и факторами устойчивости, которые включают индивидуальные, генетические, личностные и средовые факторы, а также индивидуальные варианты взаимодействия между ними. В связи с этим превентивные и лечебные воздействия, основанные на редукции факторов риска и увеличении потенциала факторов устойчивости в определенных условиях среды намного более эффективны, чем превентивные воздействия, основанные только на уменьшении факторов риска.

1. 1. Факторы риска формирования наркомании и алкоголизма.

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивидуума 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, для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактивного вещества. Например, факторами риска употребления психоактивных веществ могут быть:

- * проблемы физического и психического здоровья;
- * рождение и воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией;
- * регулярное общение со сверстниками, употребляющими наркотики, отсутствие устойчивости к давлению сверстников;
- * личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей и т. д.);

- * ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
- * высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;
- * неспособность освоить школьную программу, прогулы в школе;
- * проблемы межличностного общения в семье, школе, со сверстниками;

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

- * семейная стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, близкие отношения с членами семьи;
- * средний и высокий уровень дохода в семье, адекватная обеспеченность жильем;
- * высокое качество медицинской помощи;
- * низкий уровень преступности в регионе;
- * доступность служб социальной помощи;
- * высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- * высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение;
- * соблюдение норм общества в употреблении психоактивных веществ.

Нет единственного фактора, который бы способствовал началу употребления психоактивных веществ конкретным человеком. В процессе жизни на индивида воздействует совокупность, как факторов риска, так и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием аддикции.

Исследованиям факторов риска употребления психоактивных веществ посвящен целый ряд отечественных и зарубежных исследований. В работе

Н.А.Сирота (1990) была разработана классификация факторов риска формирования наркомании в подростковом возрасте.

А. Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности. К ним отнесены:

- патологически протекавшая беременность у матери;
- хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;
- хронические и острые тяжелые психические травмы, действующие на мать в период беременности;
- патологически протекавшие роды у матерей;
- задержки в раннем нервно-психическом развитии;
- нервно-психические отклонения в раннем детстве.

В. Факторы наследственной отягощенности:

- наследственная отягощенность психическими заболеваниями;
- наследственная отягощенность алкоголизмом;
- наследственная отягощенность наркоманией.

С. Факторы нарушенного онтогенеза;

К ним отнесены: черепно-мозговые травмы, психотравмы, тяжелые соматические заболевания в процесса развития ребенка.

Д. Различные нарушения семейного воспитания

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

Е. 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;
- нарушение школьной дисциплины;
- неполноценность коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение);
- конфликтность в отношениях со сверстниками – представителями формально детерминированного коллектива или избегание общения с ними;
- конфликтность с учителями и администрацией школ;
- нарушение принципа социальной обусловленности коммуникативных связей, построение общения со сверстниками преимущественно по «территориальному» принципу;
- уменьшение интенсивности и неустойчивость общения с противоположным полом, выраженные проблемы общения с противоположным полом;
- коммуникативная форма проведения досуга, отсутствие устойчивых увлечений;
- склонность к асоциальным формам поведения.

Г. Психологические факторы:

- зависимость от влияния референтной группы сверстников особенностей личностного реагирования, социальной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции;
- тенденция реализовать эмоциональное напряжение в непосредственное поведение, минуя процесс когнитивного осознания, принятия решения, игнорирование системы социальных установок и ролей;
- нарушения в сфере социальной перцепции (несоответствующая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированная в соответствии с возрастом самооценка, 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 и будущем;
- отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и в связи с этим отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;
- неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в поведении «призыв к помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

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

Отсутствие оптимальной на все времена концепции приобщения к употреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ осознается как отечественными, так и зарубежными исследователями. Скорее всего, она и не может существовать в связи с постоянно изменяющейся средой и характером ее взаимодействия с людьми. Однако существует ряд концептуальных моделей, являющихся наиболее универсальными. Однако и они развиваются и совершенствуются в процессе изменений, происходящих в мире и в соответствии с развитием мировой психологии.

1. Трансакционная модель (Sameroff A.J.,1983).

Данная модель предполагает, что поведение человека детерминируется характеристиками индивида и среды, в которой индивид функционирует. Результатами взаимодействия индивида и среды является развитие и его исходы. Автор модели полагает, что индивидуальные характеристики человека проявляются только при действии специфических состояний среды. На личностное жизненное пространство, психологический и поведенческий

статус влияют контекстуальные факторы среды, которые сами по себе подвластны влиянию индивида. Результаты взаимодействия между личностью и средой описываются в терминах «транзакций». Цель модели – показать, что возможность понять и предвидеть результаты поведения человека зависит от идентификации, анализа и понимания таких транзакций. Это понимание важно, для возможности предупредить и контролировать причины детских и подростковых психосоциальных расстройств, в том числе алкоголизацию и наркотизацию. Транзакционная модель показывает, что риск наркотизации может быть вызван тремя причинами: а) характеристиками индивидуума, имеющего те или иные predispositional особенности; б) характеристиками среды, воздействующей на индивидуума; в) специфическими комбинациями индивидуальных и средовых характеристик. Вместе эти элементы способствуют последовательности событий, которые определяют функциональное или дисфункциональное поведение. Такие последствия называются «этиологическими» изменениями, определяющими эмоциональные и поведенческие исходы, которые превентивные усилия позволяют избежать. Модель рассматривает развитие ребенка как продукт динамических интеракционных состояний и опыта, который он получает в процессе функционирования в семейной и социальной среде. Наиболее важным положением этой теории является то, что ребенок и среда не рассматриваются в отрыве друг от друга, независимо. Они являются взаимозависимыми элементами одной системы, а поведение ребенка строго детерминировано накопленным опытом.

II. *Модель антисоциального поведения* (G. E. Patterson, 1985).

Модель основывается на транзакционной модели и исходит из того, что в процессе развития детей существуют периоды несогласованной активности. Если взрослые неуместно стремятся дисциплинировать детей, они создают контекст, в котором ребенок усиленно обучается

принудительному поведению. Родители, неуместно постоянно следящие за детьми, контролирующие их действия, требующие выполнения строгих дисциплинарных установок, снижают позитивные усилия ребенка и уменьшают для себя вероятность вовлеченности в общение с ребенком. В ответ на действие родителей у ребенка развивается неуступчивое поведение, выражающееся в плаче, криках, стремлении передразнивать воспитывающих лиц, разнообразных видах протестного поведения. Такое поведение вызывает у родителей негативный ответ, который усиливает в свою очередь протест ребенка. Таким образом, между родителями и ребенком устанавливается взаимодействие на основе скрытого или открытого насилия и агрессии. Когда часто и интенсивно проявляется протестное поведение ребенка, которое сопровождается неуместным нормативным давлением родителей, ребенок обучается ригидным поведенческим стереотипам, которые будут использоваться им и в дальнейшей жизни, при общении со сверстниками, в школе. Одновременно происходит и торможение обучения ребенка лабильным, более подвижным и чувствительным адаптивным стратегиям. Когда протестное, неуступчивое, ригидное поведение используется ребенком при общении со сверстниками и учителями в школе, на него неизбежен агрессивный ответ или избегание общения. Результатом этого является снижение самооценки, плохая успеваемость, избегание школы и общения со сверстниками, формируются негативные трансакции, последствием которых является употребление алкоголя, наркотиков и другие формы саморазрушающего и антисоциального поведения.

III. Модель поведения риска (R. Jessor, 1987, 1991). Модель основана на психосоциальных концепциях риска и проблемного поведения и рассматривает факторы риска психосоциальных расстройств, алкоголизации и наркотизации с точки зрения двух доминант – социальной среды и поведения. При этом среда рассматривается как носитель такого

доминирующего фактора как стресс, а само поведение индивида в ситуациях стресса – как возможный фактор риска. Концепция R. Jessor привлекает внимание к потенциальным исходам и последствиям и позволяет рассматривать поведение того или иного индивида как неоднозначное, 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 превентивные программы разных видов поведения риска важно строить, понимая, что эти виды поведения выполняют разные функции для подростков, и просто их устранить невозможно, а необходимо предложить удовлетворяющую альтернативу поведения. В связи с этим основной целью превенции должно быть именно построение поведения. Курение, алкоголизация, употребление наркотиков, ранняя сексуальная активность могут быть инструментами налаживания связи со сверстниками, своеобразной социализации, установления автономности от родителей, отвержения авторитетов, норм, ценностей, попыткой утверждения собственной зрелости, выхода из детства, приобретения более взрослого статуса. Вышеприведенные характеристики – это характеристики обычного психосоциального развития, при котором поведение риска пытается выполнить функции рычага необходимых и естественных изменений. Модель поведения риска связана с личностным развитием, психосоциальной адаптацией в подростковом возрасте и свидетельствует, что определенные формы поведения могут подвергать опасности нормальное развитие. Однако, следует изменить лишь форму поведения, оставив прежними цели развития. В результате успешный компромисс между психосоциальными и личностными аспектами развития подростка может быть найден. Модель подросткового поведения риска

включает в себя ряд параметров: социальная среда, восприятие среды, личность, поведение, биологические и генетические параметры, которые подразделяются на риск-факторы и факторы протективные, препятствующие поведению риска, а также учитывает формы и исходы поведения. Она отражает общие уровни в структуре организации различных форм поведения подростков. Она связана с концепцией жизненного стиля (M.E. Sobel, 1981).

Современные концепции психопрофилактики социальных расстройств и наркотизации у детей и подростков обращают особое внимание на важность проведения превентивного влияния в определенное время, учитывая возрастные особенности человека, а также необходимость использования *буферных систем* (R. P.Lorion et. al.). Трансакциональная модель предполагает, что поведение и эмоциональный статус в какой-то определенной точке нарушаются в связи с нарушением синергизма между индивидуумом и средой, что означает, что уровень риска наркотизации и алкоголизации различен во времени. R.Q. Bell (1986) считает, что в зависимости от индивидуальных, семейных и средовых обстоятельств ребенок, подросток может быть предохранен в ряде случаев от злоупотребления психоактивными веществами путем управления влиянием факторов риска. N.Gamezy и M. Rutter (1983) в связи с этим выдвинули гипотезу о *превентивных буферах* или протективных факторах, которые способствуют снижению чувствительности к стрессу и развитию адаптивного поведения. В качестве примера превентивного буфера часто приводят социальную поддержку (K. Heller, R.W. Swindle, 1986; P.A. Thoits, 1986).

L.M. Scheier (2001) в результате многолетних этиологических исследований факторов риска приобщения подростков к наркотикам, алкоголю и другим психоактивным веществам выделяет шесть доминирующих сфер, в которых может разворачиваться ситуация риска

наркотизации для подростка. Они включают: социальное влияние сверстников, процессы, происходящие в семье (при взаимодействии ребенка с родителями), ожидания (когнитивные мотивации), социальные навыки, стратегии самоуправления и личностные факторы. В результате многоаспектного и мультиэтнического изучения этих сфер факторов на различных популяциях подростков автор приходит к выводу 1) о необходимости создания многосторонней модели развития уязвимости и 2) о необходимости использования знаний об этиологических факторах формирования зависимости от психоактивных веществ с целью повышения эффективности профилактических действий.

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

На основании социально-психологических исследований теории проблемного поведения (R. Jessor, et al., 1991), были выделены три интегративные личностные структуры, имеющие отношение к риску наркотизации: мотивационно-действенная, структура личностных убеждений и структура личностного контроля. Мотивационно-действенная структура включает направленность в достижении цели, ориентацию в личностных целях и смыслах, систему ценностей и ожиданий, независимость (движение к личностной автономии от родительского контроля) и склонность к аффективному заражению в среде сверстников (подростковая аффектация).

Процессы семейной и родительской социализации. 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, толерантность к детским отклонениям и какими поведенческими моделями являются родители).

Сверстники и связанные с ними социальные влияния. В этом направлении важно исследование влияния сверстников на решения и выбор поведения подростка: оказывают ли сверстники социальную поддержку или подавляют личность, употребляют ли они наркотики и алкоголь и каково отношение подростка к этому потреблению, какими ролевыми моделями являются сверстники для подростка.

Социальные и личностные навыки самоуправления. В данной области важными являются навыки асертивности и отказа от предложения употребить психоактивные вещества. Эти умения базируются на жизненных навыках и ресурсах личности подростка (навыки постановки целей, принятия решения, групповой дискуссии, навыки персональной и социальной компетентности, навыки разрешения проблем).

Ожидания, связанные с алкоголем и наркотиками. 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 интересной является концепция «когнитивных медиаторов», выдвинутая L. Scheier и G.J. Botvin, заключающаяся в том, 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 является управляемым, что позволяет оптимистически относиться к грамотно построенным превентивным программам.

1.3. Этиологические концепции аддикции.

Понятие аддикции в настоящее время определяется как поведение, при котором индивид утрачивает контроль над потреблением алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, в связи, с чем у него возникают тяжелые последствия, выражающиеся в нарушении функционирования головного мозга, организма в целом, психических процессов, психологической и социальной адаптации.

Аддикция в типичных случаях начинается с приобщения к потреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ, так называемого поискового поведения. Обычно человек вступает на путь поиска ощущений, которые могли бы избавить его 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.

В настоящее время существует множество этиологических моделей аддикции. Часть из них базируется на поведенческих и социальных теориях, другая часть – на биологических теориях и концепциях. В свою очередь они подразделяются на теории, фокусирующиеся на эффекте аддиктивного

стимулирования, индивидуальной чувствительности, средовых факторах, выздоровлении и рецидиве. Приведем несколько примеров. Так к поведенческим и социальным теориям относятся теории когнитивной реинтерпретации событий в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (Bradizza et al, 1994), научения и мотивации (Logan, 1993), гомеостатическая модель при опиатной аддикции (Shuitris & Koob, 1996), иерархическая модель опиатной аддикции. Нарушения саморегуляции как центральный аспект формирования зависимости от наркотиков. К биологическим теориям – теория опиатного повторяющегося и усиливающегося процесса - мультиплицидного механизма (Bozard, 1994), теория транспорта опиоидных пептидов в центральной нервной системе (Egleton et al, 1998), теория эндогенных опиоидных систем при алкогольной зависимости (Hertz, 1997), теория токсически индуцированной потери толерантности – теория развития аддикции (Miller, 1997) и т.д. В настоящее время насчитывается более 150 всемирно известных теорий аддикции.

В данном руководстве мы остановимся на ведущих моделях аддикции, одна из которых раскрывает биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости, а другие – психологические механизмы.

Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости. (Нижеприведенный материал базируется на работах И.П.Анохиной, 1974; 1984; 1988; 2002).

Влияние наркотиков, алкоголя, других психоактивных веществ на организм человека, его жизнедеятельность и функции, проявляется в трех различных направлениях.

1. Психоактивные вещества специфически влияют на определенные системы и структуры мозга, вызывая, таким образом, развитие синдрома зависимости,

который является ведущим, стержневым в клинической картине наркологических заболеваний.

2. Наркотики и алкоголь обладают токсическим воздействием практически на все внутренние органы и системы организма.
3. Сегодня уже представляется несомненным влияние наркологической патологии родителей на потомство. Многочисленными медико-генетическими исследованиями доказано, что у детей, родившихся от больных алкоголизмом и наркоманиями, 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 базируются на стволовых и лимбических структурах мозга, в тех областях, где располагается так называемая система подкрепления. Эта система участвует 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 позволяют сделать заключение, что именно влияние психоактивных веществ на нейрохимические процессы мозга является основой развития синдрома зависимости. При этом массивное воздействие наркотических веществ приводит к дисфункции почти всей нейрохимической системы мозга, однако далеко не все эти нарушения имеют связь с развитием 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 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 депо в этих отделах мозга нейромедиаторов из группы катехоламинов, в первую очередь дофамина, а, следовательно, 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 недостаточно выраженным возбуждением системы подкрепления при поступлении «нормального» импульса. У человека это выражается падением настроения, ощущением вялости, слабости, переживанием скуки, эмоционального дискомфорта, депрессивными симптомами. Прием психоактивных веществ на этом 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, ухудшению психоэмоционального состояния и соответственно к стремлению вновь использовать наркотик.

Этот «порочный круг» лежит в основе формирования психической зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Описанные механизмы

являются ведущими, но они сопровождаются и многими другими расстройствами нейрхимических процессов, функций мозга и поведения.

При длительном употреблении алкоголя и наркотиков может развиваться дефицит нейромедиаторов, угрожающий жизнедеятельности организма. В качестве механизма компенсации этого явления выступают усиленный синтез катехоламинов и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь моноаминоксидазы и дофамин - бетагидроксилазы, 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, то есть в период абстиненции, усиленное высвобождение катехоламинов из депо не происходит, но остается ускоренный их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом, в головном мозге) накапливается один из катехоламинов – дофамин. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков синдрома, развивающегося при отмене наркотика или алкоголя.

Основные психологические механизмы формирования зависимости от наркотиков и алкоголя.

Развитие хронического алкоголизма рассматривалось в конце XIX века как возникшее в результате злоупотребления алкоголем болезненное состояние организма, проявляющееся определенными психическими признаками. В 1862 г. L.V. Marse обнаруживал у пьяниц начало интеллектуальной слабости, делающей невозможным для них какое-либо усилие воли. Он считал, что страдание воли является самым главным признаком хронического алкоголизма. С.С. Корсаков (1887) к больным алкоголизмом относил всех тех, у кого

удавалось обнаружить расстройство деятельности организма, включая и психическую сферу, и сопровождающееся многократными приемами алкоголя. К числу основных расстройств психической сферы С.С. Корсаков относил моральную и интеллектуальную деградацию пьяниц. В.П. Сербский (1906) к изменениям личности у больных алкоголизмом относил раздражительность, аффекты, периоды мрачного настроения.

А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая (1973) выделили четыре типа патологического развития личности при алкоголизме;

1. Астенический, характеризующийся повышенной раздражительностью, легкой возбудимостью, гневливостью, обидчивостью, суетливостью, склонностью в бурным аффективным реакциям, преобладанием пассивного внимания над активным, развитием в процессе заболевания заторможенности, вялости, апатии, сниженного настроения, относительной инертности аффекта, быстрой истощаемости при умственных и физических нагрузках.
2. Истерический, характеризующийся демонстративностью, искусственностью в поведении, самоукрашательством, бравадой, лживостью, легкомысленностью, неискренностью, склонностью к истерическим реакциям.
3. Эксплозивный, в основе которого лежит эмоциональная неустойчивость, взрывчатость, злобность, эгоистичность, цинизм, жестокость, трусливость, повышенная внушаемость.
4. Апатический, характеризующийся вялостью, безынициативностью, резким снижением круга интересов, безразличием к своей судьбе.

Авторы, рассматривая изменения личности при алкоголизме в динамике, указывали на определенную закономерность в трансформации этих изменений с прогрессированием заболевания – от астенического, истерического и эксплозивного к апатическому.

Многие авторы указывают на повышенную тревожность больных алкогольной зависимостью и появление у них черт характера, которые им не были присущи до болезни. К ним относят чрезмерную общительность, различные формы не критичности, лживость, несдержанность, аффективность, безволие, потребность в извращенных формах самоутверждения.

Первой этиологической психологической концептуальной моделью формирования хронической алкогольной зависимости в России явилась **психологическая модель формирования патологической потребности в алкоголе** (Б.С.Братусь, 1974; 1981; 1988)

Проведенный автором анализ историй болезни, жизненного пути больных алкоголизмом показал, что «истинная коммуникабельность больного снижается, круг друзей сужается до компании собутыльников», также отмечается снижение уровня личностной критичности, которое тесно связано с мотивационной сферой. Поэтому, как пишет Б.С. Братусь, «... алкоголик не сознает своей трагедии, не критичен к своему состоянию не вследствие одного интеллектуального снижения, мозговой слабости, но и потому, что иерархия его мотивов глубоко изменена и наиболее ценным, личностно значимым для него становится то, что ведет к удовлетворению возрастающей потребности в алкоголе. Остальное бледнеет, лишается эмоциональной окраски и личной значимости...» (Б.С.Братусь, 1970, стр. 133). По мере аномального развития 3

у алкоголика меняется вся система оценок, вся направленность личности, все те «принципы, на основе которых производится оценка своих и чужих поступков» (Б.С. Братусь, 1970, стр. 134).

Экспериментально-психологические исследования позволили Б.С.Братусю сделать вывод, что систематическое злоупотребление алкоголем приводит не к появлению сначала признаков биологической зависимости

организма, а затем – признаков токсической энцефалопатии, а напротив, изменения в эмоционально-волевой сфере, потребностях и мотивах происходит до появления биологических признаков болезни. В более поздних исследованиях Б.С. Братуся (1981), посвященных изучению особенностей личности при алкоголизме, рассматривается два аспекта. 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). Таким образом, социальный мотив, побуждающий к употреблению алкоголя, есть желание человека отметить праздник, а не как ни сам алкоголь. Однако когда злоупотребление начинает принимать угрожающие размеры, то человек фиксируется на результате принятия алкоголя – его эйфоризирующем эффекте, который становится более значимым, чем желание просто отметить традицию. Человека начинают привлекать не сами события, а возможность выпить под их предлогом. Мотивом деятельности постепенно становится алкоголь, приобретающий все больший вес 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 им, 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 деградации личности (Б.С.Братусь, 1988; В.Ю. Завьялов, 1988).

Б.С. Братусь показал, что основным психологическим механизмом формирования патологической потребности в алкоголе является 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 меняется их структура: они становятся все менее опосредованными.

Чем более опосредован характер мотивов и потребностей, тем выраженнее их иерархическая связь и больше возможности для проявления замещающих действий, что в свою очередь, затрудняет жесткую фиксацию на определенном способе или средстве удовлетворения потребности (А.Н.Леонтьев, 1971; В.К. Вилюнас, 1983). Именно явное осознание дальней цели, всех многообразных, варьирующих в зависимости от обстоятельств путей удовлетворения потребности дает человеку возможность сознательно управлять своим поведением, регулировать его. При алкоголизме имеет место извращенное, уродливое расширение сфер деятельности, суть которого заключается в постепенном выделении некогда вспомогательных действий (способов нахождения средств на выпивку) в круг основных. На выполнение этих действий начинает уходить со временем вся сознательная активность больного: алкоголь окончательно становится смыслообразующим мотивом поведения. По мнению Б.В.Зейгарник этот процесс обусловлен механизмом сужения и стабилизации круга смысловых образований (1980;1986).

По мере расширения «алкогольной» деятельности происходит свертывание «неалкогольных» форм поведения, и, прежде всего, деятельностей, требующих сложной и длительной организации. При алкоголизме бывшие ведущие мотивы по значимости приравниваются ко всем остальным потребностям, то есть для больных алкоголизмом все кроме

алкоголя, становится одинаково незначимым. Деятельность, направленная на удовлетворение уравненных, одинаково незначимых потребностей, становится также одинаково незначимой для больного. Отсюда может быть объяснена та легкость, с которой больные меняют виды деятельности. В ходе болезни алкогольная деятельность не просто «надстраивается» над прежней иерархией деятельностей и потребностей, но преобразует эту иерархию, преобразует сами мотивы и потребности личности. Новая иерархия как бы «придавливает» ранее существовавшую, составляя лишь несложные, примитивные потребности. В итоге такого переформирования постепенно разрушается прежняя, до болезни сложившаяся мотивационно-смысловая иерархия, на «развалинах» которой строится качественно новая иерархия.

К.Г. Сурнов (1982), специально исследовавший вопрос о способах организации алкогольной деятельности, показал, что важнейшей особенностью алкогольного способа удовлетворения потребностей является подмена результатов реально осуществляемых действий субъективными переживаниями. Иначе говоря, для реальной деятельности остается все меньше времени и места, меняется ее суть и функция для больного. Так, если для здорового человека цели и мотивы его деятельности лежат по преимуществу в области объективных изменений объективного мира, то больной алкоголизмом сосредотачивает главное внимание на субъективных эмоциональных переживаниях, обычно сопровождающих предметную деятельность и ее результат. Достигает же он этих желательных эмоциональных переживаний с помощью алкоголя, то есть посредством не реальной, иллюзорно-компенсаторной деятельности. Происходит смещение смыслового центра деятельности: достижение состояния опьянения начинает казаться жизненно необходимым. Следствием этого процесса становится резкое сужение круга продуктивных, адекватных деятельностей больного, иерархия которых дробиться.

В совокупности описанные закономерности обуславливают проявление и закрепление в структуре личности определенных установок и способов восприятия деятельности, которая и определяется как алкогольный стереотип поведения или алкогольное мировоззрение. Именно алкогольное мировоззрение начинает определять все, в том числе и «неалкогольные» аспекты поведения больного, порождать специфические для алкоголиков характерологические черты, отношение к себе и к окружающим.

В.М. Ялтонским в 1995 году были описаны психологические особенности формирования наркомании у подростков. Автором было доказано, что для подростков с аддиктивным поведением характерно преобладание преморбидного эпилептоидного, лабильного, неустойчивого и истероидного типов акцентуаций характера, психологическая склонность к делинквентности и высокая психологическая склонность к алкоголизации, изменение характера по органическому типу и отчетливые признаки социальной дезадаптации.

Патохарактерологическими особенностями подростков больных наркоманией являются наслоение 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, ее деформации. Наиболее нарушенной, отражающей углубляющиеся в процессе наркотизации внутренние конфликты подростков, является сфера «Я», в которой реализуется негативный опыт нарушения коммуникативных процессов. Глубоко

нарушается интерперсональное общение и в сферах отношения к отцу, матери, семье в целом, ко всем мужчинам и женщинам.

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

У наркотизирующихся 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 укорочение дистанции распространяется на общение с большинством коммуникантов.

Сокращение дистанции межличностного общения с микросоциальным окружением и существование выраженных конфликтных отношений с ним у больных наркоманией подростков свидетельствует о рассогласовании между осознаваемой и неосознаваемой составляющими коммуникативного поведения подростков, возникающим под влиянием наркотизации еще на этапе аддиктивного поведения и наиболее выраженного на этапе сформированной наркомании, что может быть определено как феномен когнитивного диссонанса в процессе социальной адаптации и межличностного общения наркотизирующихся подростков.

Самооценка подростков с аддиктивным поведением отражает дезадаптивный уровень интерперсональных отношений в неформальном и формальном микросоциальном окружении, меньшую уверенность в себе, большую уступчивость, подчиняемость, более слабое стремление к

независимости и самостоятельности, чем у подростков, не употребляющих психоактивные вещества и успешно социально адаптирующихся. Структурные компоненты самооценки (Я-реальное, Я-идеальное и Я-прогностическое) совпадают, что отражает отсутствие стремления к самоусовершенствованию. Реальный и идеальный образы коммуникантов тоже совпадают. Данные особенности свидетельствуют о ригидности ролевых позиций личности, незрелости и недифференцированности самооценки, нарушении механизмов социальной перцепции.

Самооценка подростков, больных наркоманией, отражает 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 негативным опытом деятельности в условиях наркотизации.

Модель дисфункционального копинг-поведения (Н.А.Сирота, 1994; В.М.Ялтонский, 1995; Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, 1996).

Полагая, что биологические основы формирования наркомании и алкоголизма являются базисом развития болезненной зависимости, авторы данной концептуальной модели считают, что при современном уровне развития науки психосоциальные факторы при наркологических заболеваниях более податливы в плане целенаправленных и эффективных изменений. Связанные с наркотизацией проблемы индивида – это одновременно и проблемы среды, общества, и решать их необходимо, воздействуя как на индивида, так и на среду, используя одновременно как личностные, так и средовые ресурсы. Болезненное пристрастие к наркотикам, помимо прочего, является формой патологии поведения, и его анализ с позиций когнитивно-поведенческих теорий необходим не только с теоретической, но и с практической точек зрения.

Наркотики, изменяя структуру поведенческих реакций, проявлений эмоционального дистресса, устраняют аверсивные стимулы, связанные с лишением наркотика при сформированной зависимости к нему, и редуцируют психоэмоциональное напряжение, вызываемое негативным воздействием среды (Э.Э. Звартау, 1988).

С целью объяснения процессов адаптации в процессе формирования и течения наркологических заболеваний авторы в основе своей концептуальной модели используют *транзакционную когнитивную теорию 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 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 или изменить интенсивность влияния стрессора, изменить стрессовую связь с собственной физической или социальной средой, рассматривается как *активное копинг поведение*. *Пассивное копинг-поведение* представляют интрапсихические формы преодоления стресса, являющиеся защитными механизмами и предназначенные для снижения эмоционального возбуждения раньше, чем изменится ситуация. 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, именуются *копинг-ресурсами* (R.S.Lazarus, 1976; 1980; R.S. Lazarus, S. Folkman, 1984).

Социальная поддержка, как потенциально необходимый ресурс, обеспечиваемый членами семьи, друзьями и «значимыми другими» в процессе совладания со стрессом, и социальные сети в целом являются важными средовыми (социальными) копинг-ресурсами (Brehm S.S. et al.,1990). В свою очередь Я-концепция, эмпатия, субъективное восприятие социальной поддержки, локус контроля и другие психологические конструкты относятся к личностным копинг-ресурсам.

Выделяется две функции копинга. Функция, направленная на разрушение стрессовой связи личности и среды, называется «сфокусированной на проблеме». Функция, направленная на управление эмоциональным дистрессом, названа «сфокусированной на эмоциях». Мы используем обе эти функции фактически при любой необходимости совладания со стрессовой ситуацией. Следует подчеркнуть неадекватность упрощенного понимания копинга только как психологической защиты или только как направленного на разрешение проблемы поведения. Стресс может преодолеваться когнитивно (интеллектуально), эмоционально или поведенчески, но обычно существуют многочисленные и неповторимые комбинации всех трех этих компонентов. Поэтому при оценке копинга должны определиться все его функции. Пропорциональное представительство каждой из них меняется в зависимости от того, как стрессовые ситуации оцениваются переживающей их личностью. Копинг, нацеленный на эмоции, определяется как когнитивные, эмоциональные или поведенческие усилия, с помощью которых индивид пытается редуцировать эмоциональное напряжение, эмоциональный компонент дистресса.

Исходя из теории копинг-поведения, можно предполагать, что употребление психоактивных веществ более вероятно, когда степень жизненного стресса высока и когда копинг-ресурсы истощены. Хотя оно может обеспечить временное облегчение в ситуации стресса, опора на наркотик как копинг-механизм может препятствовать развитию альтернативных копинг-механизмов,

приводит к интерперсональным конфликтам и социальным, в том числе юридическим проблемам и, в конце концов, ухудшить здоровье. Изменению поведения, связанного с наркотизацией, уменьшению вреда от употребления наркотиков способствует когнитивный копинг, направленный на выработку решения в отношении минимизации негативных аспектов проблемы, увеличивающий осведомленность индивида о негативных аспектах проблемы, 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 (Т. А. Wills, 1985).

Результаты исследования более 1000 подростков и взрослых от 15 до 40 лет, которые составили 3 группы: здоровые; лица с аддиктивным поведением; больные с разными формами алкоголизма и наркоманий, - явились базой для разработки трех теоретических моделей копинг-поведения здоровых и больных наркоманией и алкоголизмом.

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 с помощью целенаправленного воздействия превентивного обучающего процесса на формирование активных функциональных копинг-стратегий (базисные стратегии разрешения

проблем и поиска социальной поддержки) и использования личностных и средовых копинг-ресурсов, являющихся психологическими факторами резистентности к стрессу и определяющих способность сохранить здоровье. При этом каждый из структурных элементов копинг-поведения – как блока копинг-стратегий, так и блока копинг-ресурсов – может являться мишенью превентивного воздействия.

Адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие компоненты:

- Сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки.
- Сбалансированность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения и достаточное развитие когнитивно-оценочных механизмов у данной личности.
- Преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса.
- Достаточные личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие позитивный психологический фон для преодоления стресса и способствующие 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 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 итоге, определяет его исход в социальную интеграцию и конструктивную адаптацию.

II. Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения, разработанная на основании результатов исследования лиц с аддиктивным поведением, предполагает развитие двух полярных (позитивного и негативного) вариантов исхода такого поведения, определяемых разной эффективностью функционирования сопряженных блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Характеристики основных признаков данной модели копинг-поведения таковы:

- 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 свойственных более молодому возрасту (детских и подростковых) специфических копинг-стратегий; 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 редуцию психоэмоционального напряжения; подчиненность среде и псевдокомпенсаторный характер поведенческой активности.
- Низкая эффективность блока личностно-средовых копинг-ресурсов как в целом, так и отдельных компонентов его структуры: неустойчивая, негативная, искаженная Я-концепция; неравномерно распределяемое по

сферам и низкого уровня восприятие социальной поддержки; неоднозначная по интенсивности и получаемая, прежде всего от неадекватных социальных сетей – в том числе, наркотизирующихся – 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.

Рассматриваемый вид копинг-поведения носит псевдоадаптивный характер. Разрешение жизненных проблем лицами с аддиктивным поведением часто ассоциируется с разрешением проблемы доступности наркотизации, а сам наркотик воспринимается ими как средство преодоления проблем одиночества, нарушенной коммуникации, плохого самочувствия и т.д. Кроме того, фармакологический механизм реализации базисной копинг-стратегии избегания, используя психоактивные вещества с целью изменения своего психофизического состояния, на время устраняет ощущение контроля среды над собой, позволяет добиваться ощущения «отчуждения» ее и таким образом снимать психоэмоциональное напряжение. 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, субъективное 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, способствующим редукции аддиктивного поведения и препятствующим его переходу в наркоманию, относятся: направленность восприятия социальной поддержки не только в сторону наркотизирующейся группы, но и на просоциальные поддерживающие сети; наличие реальной социальной поддержки со стороны семьи, друзей, «значимых других», развитые эмпатия и аффилиация.

Развитию аддикции и формированию наркомании способствуют следующие факторы: 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 резистентности к стрессу, способствующих редукции аддикции, формирует позитивный вариант исхода копинг-поведения, определяет переходящий характер, транзиторность аддикции. Факторы самопроизвольного прекращения употребления наркотиков на донологическом этапе общеизвестны, однако стихийный, неконтролируемый процесс транзиторной аддикции может стать управляемым на основе использования модели адаптивного

копинг-поведения, что позволит значительно увеличить число лиц, прекративших наркотизацию.

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

III. 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.

Модель характеризуется следующими признаками:

- 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 копинг-поведения, неразвитость когнитивно-оценочных копинг-механизмов; дефицит социальных навыков разрешения проблем; интенсивное использование несвойственных 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 дисфункционального дезадаптивного копинг-поведения больных наркоманией повышают их индивидуальную чувствительность к стрессу и рассматриваются нами как психологические факторы риска деструктивного копинг-поведения. Среди выявленных психологических характеристик больных наркоманией мы практически не обнаружили таких, которые способствовали бы сохранению психического здоровья, то есть психологических факторов резистентности к стрессу, - что, вероятно, во многом предопределяет социальную дезадаптацию этого контингента.

Зависимость от наркотиков и алкоголя в контексте данной концептуальной модели рассматривается как малоадаптивное, паллиативное стресс совладающее поведение, в основе психологических механизмов, формирования которого

лежит 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 когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов проблем разрешающей функции психики человека. Она становится тесно связанной с приоритетной проблемой наркотизации (или алкоголизации). В связи с этим все проблем преодолевающее поведение переориентируется на решение проблемы поиска и употребления 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 развивающейся абстиненции проблем разрешающая функция становится трудно контролируемой сознанием, кататимно окрашенной и импульсивной, а на фоне опьянения временно дезактуализируется. Таким образом, формируется психофармакологический способ иллюзорного разрешения жизненных проблем и преодоления стресса, временно позволяющий снять психоэмоциональное напряжение, но не воздействующий на источник проблемы, фактически являющийся инструментом ухода от социальных отношений, изоляции и саморазрушения. Силь поведения больных алкоголизмом или наркоманией, основанный на доминировании в поведении стратегии избегания, становится основным аспектом их жизненной позиции. Служит целям псевдоадаптации и приводит к разрушению мотивообразующих и волевых психических компонентов, социальной и психической дезинтеграции. Эффект данного стиля обеспечивается преимущественно за счет амортизирующего дистресс 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. Таким образом, обуславливается 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.

Предложенный подход не только способствует углублению представлений о причине формирования наркомании, он является весьма перспективным с практической точки зрения. Обучение, как здоровых лиц, так и лиц с аддиктивным поведением и больных наркоманией навыкам адаптивного копинг-поведения и развитие копинг-ресурсов личности человека позволяет предупреждать развитие аддикции и препятствовать развитию заболевания наркоманией и алкоголизмом на любой стадии, не допускать рецидивов. На основании данной концептуальной модели создаются профилактические программы, направленные на формирование обеспечивающего здоровье поведения, усиление факторов резистентности к стрессу и изменение поведенческих стилей на такие, при которых нормальное развитие не подвергается опасности. На основании этой модели развиваются программы вторичной и третичной профилактики наркомании и алкоголизма, психотерапевтические подходы, теоретические и практические основания профилактики рецидивов и реабилитации в целом.

1.4. Я – концепция и формирование зависимости от алкоголя или наркотиков.

Юность человека – это не только прекраснейшая пора его жизни, это ещё и соприкосновение с новыми требованиями среды, необходимость выработки новых стратегий поведения и реагирования на эти требования, новых

поведенческих форм приспособления к жизни. С одной стороны, юность для того и дана человеку, чтобы по-новому, более прогрессивно, более адаптивно научиться взаимодействовать с миром, его окружающим, с другой стороны, 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, данный для того, чтобы человек создавал своё новое равновесие более высокого уровня. С другой стороны, юность – это период, в котором формируются основные направления новых форм адаптации и развития, период активного формирования механизмов 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 всё новые и новые требования. Таким образом, развитие тех или иных форм поведения, адаптивность или дезадаптивность в социальной среде и, в конечном итоге, подверженность или устойчивость к психосоциальным расстройствам, в том числе и наркомании, зависит от уровня развития личностных ресурсов, поведенческих стратегий и навыков.

Сформированная в детстве **концепция Я** в результате быстрых изменений физического и психического состояния должна быть заменена на новую, соответствующую особенностям нового возраста. С точки зрения формирования адаптационных механизмов следует рассмотреть 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, отражает как возрастные, так и индивидуальные особенности и

включена 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 её у молодых людей, употребляющих алкоголь или наркотики, как они себя оценивают? Прежде всего, отмечается недостаточная осознанность семейных, социальных и даже сексуальных проблем, неизбежно возникающих у молодых людей, у которых формируется зависимость от психоактивного вещества. 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 испытывающих ощущения социальной идентичности среди сверстников. Их самооценка отражает нарушенный уровень реагирования на воздействия требований социальной среды. На фоне неустойчивого, часто сниженного вне наркотизации настроения, эти люди испытывают чувство вины, страха, тревоги, связанные с социальной реакцией окружающих на их образ жизни, нарушенными семейными, межличностными отношениями. Они, как правило, не уверены в себе и адекватности своего поведения, отмечают повышенную тревожность и страх. Среди страхов доминирует страх быть отвергнутыми значимыми лицами, «попасться» с наркотиками. Употребляющие наркотики страдают от острого и постоянного чувства одиночества, порою не осознанного, но губительного, толкающего на всё новые и новые употребления психоактивного вещества. Часто чувство одиночества проявляется ощущением неполноценности, подавленности, отчуждённости, изолированности. Растёт тревога по поводу своего физического состояния. Она ещё больше способствует нарушениям поведения.

Особенно выражены проблемы оценки социальных отношений в Я-концепции лиц, злоупотребляющих наркотиками. Разрываются социальные связи, почти не остаётся в окружении лиц, воспринимаемых как социально и психологически поддерживающих. Злоупотребляющие наркотиками всё больше изолируются от окружающих, не хотят и не умеют обратиться к ним за помощью и поддержкой. Они имеют только один запрос – запрос на наркотик.

В Я-концепции лиц, зависимых от наркотика, явственно проявляется «феномен двойной морали»: склонность к демонстративному соблюдению норм там и тогда, где и когда это может быть выгодно, и их игнорировании 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 моральные конфликты с семьёй 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 направленных усилий на повышение своего образовательного уровня и в большинстве своём не имеют истинного желания профессионально самоопределяться. Ориентация планов на более или менее отдалённое будущее отсутствует.

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 наркотизирующихся людей, в

соответствии с существующими в них нормами поведения. Сексуальные контакты используются как форма преодоления неуверенности в себе, самоутверждения, являются формой компенсации неудовлетворённости своим физическим Я. Половые контакты осуществляются на фоне наркотического опьянения или вне его, и сопровождаются различного рода сексуальным экспериментированием. Отношение к сексуальным партнёрам 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 неё не способными. Сексуальные хаотические контакты резко ограничиваются, а связь с партнёром, если она есть, замещается совместной наркотизацией и переживанием физических, социальных и юридических проблем с ней связанных. В последствие и такие контакты распадаются. Чаще всего человек, зависимый от наркотика, остаётся один.

Нет сомнения в том, что нарушения семейного Я в структуре Я – концепции наркотизирующихся молодых людей влияют на их вовлечение в наркотизацию и формирование наркомании. Об этом свидетельствуют данные интервьюирования, по которым большинство наркотизирующихся лиц сообщали, что воспринимают отношение семьи к себе как отчуждённое, безразличное, недоброжелательное.

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 резкие «ножницы» между очень не высоким представлением о себе и неким 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 и демобилизует ресурсы личности, снижает уровень её притязаний и мотивацию на достижение успеха, переводит личность на более низкий уровень функционирования. В результате возникают всё новые и новые нарушения отношений личности со средой, усиливается эмоциональное напряжение, используются пассивные формы совладания со стрессом. Иными словами, всё чаще и чаще употребляется наркотик.

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

1.5. Влияние субъективного контроля на формирование зависимости от наркотиков и алкоголя.

Субъективный контроль собственного поведения – **локус контроля** – является личностным ресурсом, на основе которого формируется поведение человека. Именно от этого ресурса во многом зависит выбор варианта адаптации к социальной среде и жизненный стиль человека.

По определению D. Rotter, локус контроля представляет собой «определённую степень восприятия людьми событий, зависящих либо от собственного поведения (интернальный локус контроля) или от других людей, судьбы, удачи (экстернальный локус контроля), а также понимается как «степень понимания человеком причинных взаимосвязей между собственным поведением и достижением желаемого». Выделяется четыре различных категории контроля: поведенческий, когнитивный, информационный и ретроспективный. **Поведенческий контроль** определяется как убежденность в возможности того, что поведение человека может влиять на стрессовую

ситуацию; **когнитивный контроль** – как уверенность в том, что когнитивные стратегии позволяют контролировать воздействие стрессоров; **информационный контроль** связывается с тем, что помощь информации от среды позволяет личности справиться со стрессовым событием; **ретроспективный или атрибутивный контроль** включает казуальную атрибуцию стрессовых состояний, то есть 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 зависимости от требований среды подходящие стратегии поведения, организовывать и контролировать свои социальные контакты, определять вид и объём социальной поддержки. Ощущение контроля над средой способствует эмоциональной устойчивости, социальной активности, осознанным профессионально-образовательным устремлениям, принятию на себя ответственности за собственную жизнь и происходящие в ней события.

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

других. Причины неудач не рассматриваются как результат социальной некомпетентности, и личность не предпринимает никаких попыток изменить своё 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 убеждённость в том, что эффективно справиться с жизненными трудностями невозможно. Это усиливает ожидания негативного ответа со стороны среды и увеличивает чувствительность к стрессу. Новые неудачи ещё более нарушают отношения со средой, снижают контроль над ней, приводят к новым конфликтам.

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

1.6. Когнитивный компонент поведения, ведущего к наркотической и алкогольной зависимости.

Локус контроля, также как и Я-концепция тесно связаны с когнитивным развитием личности. Когнитивное развитие базируется на изменениях Я-концепции и формировании зрелого стиля мышления. При этом необходимо учесть, что в подростковом и юношеском возрасте когнитивные процессы не статичны, а представляют собой динамический процесс, ведущий от 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 ребёнок, 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 более адекватными творческими и эмпатическими навыками во взрослом периоде. Самоуважение, самооффективность, являющиеся продуктом развития когнитивных процессов, создают возможность адекватно реагировать на стрессовые ситуации и справляться с ними, ведут к формированию высоко функционального поведения.

У лиц, употребляющих наркотики, процесс развития когнитивных функций нарушен. В связи с этим они проявляют инфантильное, неадекватное поведение, провоцирующее усиление стрессогенного давления социальной среды.

Когнитивная оценка проблемных жизненных ситуаций

Когнитивная оценка – процесс, посредством которого личность оценивает различные препятствия. Она подразделяется на *первичную, вторичную и переоценку*.

Первичная оценка включает заключение о стимулирующем событии как о благотворном, вредном или нейтральном. Когда событие оценивается как положительное или благотворное, оценка вызывает позитивные эмоции и соответствующее им поведение. Напротив, если событие оценивается как потенциально негативное, вредное, возникает отрицательные эмоции, на

которые индивид реагирует активно (нападение, атака, разрешение проблем) или пассивно (избегание).

Вторичная оценка включает рассмотрение альтернатив совладания, 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, 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 своём восприятии.

Переоценка – является результатом пересмотра жизненного события и продолжения мыслей о нём. Новые основания могут изменить мысль о событии. Переоценка события может повлечь за собой открытие новых ресурсов личности и среды.

Первичная оценка у лиц, употребляющих наркотики, преимущественно однотипна – стрессовое событие, как правило, оценивается негативно, как угрожающее, и влечёт 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 даёт возможности переоценить стрессовую ситуацию или использовать когнитивное совладание с ней. В результате выбор поведения становится весьма ограниченным, ригидным. Отсутствие самокомпетентности и самоэффективности, слабая развитость интернального контроля, как результат слабого когнитивного развития, обеспечивают поведению низкую функциональность и ограниченность.

1.7. Влияние коммуникативных личностных ресурсов на формирование зависимого от наркотиков и алкоголя поведения.

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

Аффилиация неразрывно связана с эмпатией, которая определяется как постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Это – целостный процесс, включающий физиологический, кинестетический, аффективный, когнитивный и мотивационный компоненты, существенно и положительно влияющий на качество общения и позитивные личностные изменения. Она является одним из ключевых факторов в развитии социального взаимопонимания, про социального поведения и важнейшим ресурсом преодоления стресса.

Человек, зависимый от наркотиков, вынужден использовать оборонительную позицию в своём поведении, осознанно или неосознанно выбирать эгоцентрическую мотивацию своих поступков, то есть заботиться прежде всего о собственных интересах в ущерб интересам других, что подавляет развитие эмпатических навыков. Эгоцентрическая мотивация в условиях хронического стресса изменяет поведение потребителя наркотика. 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 в результате хронической наркотизации не позволяют эффективно использовать эмпатию в ситуациях общения. В

результате отсутствует чувство удовлетворённости общением и потребность в эмпатии дезактуализируется. Дефицит навыков эмпатии, игнорирование моральных норм благоприятствует развитию у потребителей наркотиков ауто и гетероагрессивного поведения, саморазрушению личности, остановке её 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 процессов, Я-концепции, личностного контроля, когнитивных ресурсов, а также активных стратегий поведения, направленных на решение жизненных проблем и преодоления стресса. Поведение становится преимущественно избегающим, основанным на иллюзиях и манипулятивных стратегиях, ещё более осложняющих взаимодействие зависимого человека с окружающей его социальной средой. Таков сложный эффект наркотиков на психику человека.

1.8. Другие современные отечественные психологические исследования этиологии алкоголизма и наркомании.

В настоящее время отечественная клиническая психология шагнула вперед в области этиологических исследований наркомании и алкоголизма. Так Т.С.Бузина (1998) выявила высокие показатели поле зависимости у больных с опийной наркоманией. Эта когнитивная особенность свидетельствует об ориентации больных на внешние (полевые) признаки, а не на собственный когнитивный опыт. Кроме этого ею 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. Интересной находкой в диссертационном исследовании Т.А. Бузиной было доказанное наличие склонности к рисковому

поведению и поиску ощущение у больных опийной наркоманией. И.В. Белокрылов (2001), изучая личностную предрасположенность к зависимостям от психоактивных веществ, наряду с характерологическими девиациями у больных наркоманией выявил особенности функционирования эго психической, мотивационно-потребностной, аффективной и соматопсихической сфер личности, являющиеся признаками пограничного расстройства по критериям классификации психических расстройств DSM-IV. При этом, как сообщает автор, признаки психического расстройства чаще регистрируются в преморбиде алкоголизма, в то время как в плане патологической отягощенности «почвы» при наркомании больший удельный вес имеют признаки нарциссического расстройства. Степень выраженности и структура нарциссических расстройств соотносятся с возрастом начала и прогрессивностью болезни. Н.А. Грюнталь и С.П. Елшанский (2001) обнаружили, что больные героиновой наркоманией имеют склонность к деструктивному поведению в социальной сфере и нарушению существующих морально-этических запретов. Причиной этой склонности является дефицитарность механизмов контроля, которая препятствует опосредованному отреагированию 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 начала и развития наркотизации. А.Ш.Тхостов и С.П.Елшанский (2001) определили искажения категориальной структуры интрацептивного словаря у больных опийной наркоманией.

Контрольные вопросы к главе I :

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 Вы знаете факторы риска формирования наркомании в подростковом возрасте?*
4. *Перечислите концепции риска приобщения к употреблению наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. В чем их суть?*
5. *Какие Вы знаете этиологические концепции аддикции?*
6. *Какие основные биологические механизмы принимают участие в формировании алкогольной и наркотической зависимости?*
7. *Какие основные психологические механизмы принимают участие в формировании зависимости от наркотиков и алкоголя?*
8. *Расскажите о функциональной, дисфункциональной и псевдофункциональной моделях копинг-поведения?*
9. *Какова роль Я-концепции в формировании зависимости от алкоголя и наркотиков?*
10. *Каково влияние субъективного контроля на формирование зависимости от наркотиков и алкоголя?*
11. *Расскажите о когнитивном компоненте поведения, ведущего к наркотической зависимости.*
12. *Расскажите о влиянии коммуникативных личностных ресурсов на формирование зависимого от наркотиков поведения.*

Рекомендуемая литература.

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости. // Руководство по наркологии. Под ред. член. – кор.-ра РАМН, проф. Н.Н. Иванца. – М., 2002. – С.33 – 41.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 422с.
3. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974. – 96с.
4. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198с.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Наркотики: проблемы и их решение. М., МГУ, 2000.

Глава 2. Наркотики, алкоголь и другие психоактивные вещества.

Общая характеристика.

2.1 Психоактивные вещества.

Психоактивное вещество — любое вещество, которое при введении в организм человека может изменять восприятие, 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

№ п/п	Тип веществ	Вещества
1.	Алкоголь	Пиво, вино, крепкие спиртные напитки, некоторые медицинские средства и сиропы, некоторые парфюмерные изделия
2.	Никотин	Папиросы, сигареты, сигары, трубочный жевательный, нюхательный табак, махорка
3.	Конопля	Марихуана, анаша, гашиш
4.	Стимуляторы	Кофе, чай, амфетамины, продукты кокки, синтетические наркотики типа экстази
5.	Опиоиды	Кодеин, героин, опиум, морфин, метадон
6.	Депрессанты	Успокаивающие средства, снотворные, барбитураты, бензодиазепины
7.	Галлюциногены	ЛСД, мескалин
8.	Нитриты	Вдыхаемые стимуляторы на основе амилнитрита
9.	Летучие ингалянты	Аэрозоли в баллонах, газ бутан, бензин, клей, растворители, разжижители красок
10.	Другие вещества	Кава, орех бетеля

2.2. Легальные и нелегальные психоактивные вещества.

Юридическая и личная ответственность.

Психоактивные вещества делятся на «легальные» и «нелегальные». К легальным психоактивным веществам относятся вещества, не запрещённые законом к употреблению, хранению и распространению, однако это не зависит от степени их вредного влияния на психику и организм человека. Скорее, это связано с тем, что продажа этих веществ приносит доход, употребление их исторически обусловлено и объявление их «вне закона» сложно воспринимается обществом. При этом большинство легальных психоактивных веществ оказывают чрезвычайно вредный эффект на организм человека и губит множество жизней.

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

Кофеин действует на центральную нервную систему возбуждающе, поэтому частое и обильное употребление крепкого чая и кофе, не очищенного от кофеина, вредно воздействует на организм.

Никотин очень вреден для человека и употребление его в любых дозах не безопасно. Тем ни менее в разных странах существует индустрия, направленная на изготовление изделий из табака и торговлю ими, потому что у населения всё ещё существует спрос на них. 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, хотя у многих людей употребление его носит ритуальный характер. Однако зависимость от алкоголя развивается незаметно и достаточно быстро, поэтому наиболее развитые общества стремятся значительно ограничить потребление алкоголя, а наиболее грамотные люди – не употреблять его.

Легальные психоактивные вещества употребляются некоторыми людьми 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 расчёт не принимается. Поэтому *каждый человек, употребляющий легальные психоактивные вещества несёт за это личную ответственность. Он сам отвечает за своё здоровье и последствия, которые возникают при употреблении легальных наркотиков.*

К *нелегальным психоактивным веществам* относят производные каннабиса (конопли) – марихуану, гашиш, анашу 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. Существует целый список веществ, утверждённый правительством страны, употребление, распространения и хранение которых является противозаконным. Человек, занимающийся хранением, распространением таких веществ, склоняющий к употреблению других, а также злобно уклоняющийся от лечения по поводу зависимости от них, подлежит 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 ни мыслить, ни контролировать своё поведение, ни принимать решения, ни работать, ни расти, ни общаться, ни иметь семью, ни жить, как все люди. В связи с такой разрушительной силой эти вещества во всех странах мира признаны противозаконными.

Однако существует нелегальный, преступный бизнес наркотиками. Наркодельцы заинтересованы в том, чтобы всё большее и большее число молодых людей, подростков и даже детей стали жертвами наркомании, так как, став зависимыми от наркотика, они начнут покупать его постоянно.

2.3 Немедленное и отсроченное воздействие психоактивных веществ на организм человека.

Алкоголь.

Воздействие алкоголя на различных людей является различным. Оно зависит от того, сколько принято и как быстро принимается алкоголь, от размеров тела человека, возраста, пола, общего состояния здоровья, веса и состояния питания, принимается ли алкоголь вместе с пищей, либо после тяжелой физической нагрузки. Дети, молодые люди и женщины обычно более подвержены влиянию алкоголя, чем взрослые мужчины.

Немедленное воздействие. Алкоголь вызывает алкогольное опьянение. Обычно оно сопровождается эйфорией – благодушным повышенным настроением. Однако у многих людей существуют иные формы опьянения, например – дисфорическая форма, связанная с повышенным возбуждением и агрессивностью, дистимическая форма, связанная с повышенной слезливостью, чувством отчаяния и т.д. Такие формы опьянения носят название патологических. При обильной алкоголизации у человека может происходить потеря физической координации, нечеткое видение, бессвязная речь, он принимает неправильные решения, имеет выраженные нарушения памяти. Чрезмерное употребление в течение короткого периода времени алкоголя может вызывать головную боль, тошноту, рвоту, потерю сознания и смерть.

Долгосрочное воздействие. Регулярное употребление алкоголя в больших количествах в течение продолжительного периода времени может вызвать потерю аппетита, недостаточность витаминов, проблемы с кожей, потерю сексуального влечения, нарушение печени, нарушения головного мозга – это признаки алкогольной дегенерации тканей органов и сосудов их кровоснабжающих.

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

Опасные последствия. Обильное принятие алкоголя может привести к потере физической координации и даже вызвать остановку дыхания.

Никотин.

Никотин - психоактивное вещество, содержащееся в табаке - вызывает зависимость от его употребления. После того, как человек начал употреблять табак, он, скорее всего, будет продолжать его употреблять в течение длительного времени. Принятие обществом веществ, которые содержат никотин, создает условия к тому, чтобы большинство людей рано начинали и продолжали его употреблять.

Немедленное воздействие. Человек испытывает чувство тревоги сразу же после употребления табака, а затем наступает релаксация. Происходит увеличение частоты сердечных сокращений и временное повышение кровяного давления. Возникает также головокружение, тошнота и уменьшение аппетита.

Долгосрочное воздействие. Долгосрочное воздействие включает заболевания сердца и легких, закупорку артерий (заболевание периферических сосудов), гипертензию, бронхит, рак легких, раковые заболевания полости рта (при курении трубки и жевании табака). У человека повышается толерантность и быстро формируется зависимость от никотина.

Каннабис.

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

Немедленное воздействие. Ощущение благополучия, релаксации, отсутствие запретов, потеря мышечной координации и концентрации внимания. Могут произойти учащение сердцебиения, покраснение глаз и повышение аппетита. Большие количества могут вызвать панику, галлюцинации, беспокойство и дезориентацию.

Долгосрочное воздействие. Регулярное употребление в течение длительного времени повышает вероятность зависимости, вызывает нарушение когнитивной функции и может ухудшить существующие психические проблемы.

Стимулирующие средства.

Они усиливают или повышают активность центральной нервной системы. К стимуляторам относится широкий диапазон средств от кофеина, который содержится в чае или кофе до более сильных средств, таких как кокаин и амфетамины.

Немедленное воздействие. Человек обычно испытывает краткое интенсивное чувство интоксикации и преувеличенное чувство уверенности в себе. Затем настроение быстро изменяется к худшему и может стимулировать человека к повторению дозы. Кофеин в кофе и чае быстро распространяется по организму и оказывает на человека возбуждающее воздействие. Слишком большое количество может вызвать усиление сердцебиения, чувство беспокойства, расстройства сердечно-сосудистой системы и желудка.

Долгосрочное воздействие. Стимуляторы могут вызвать нарушение сна, раздражительность, проблемы психического здоровья, чувство подозрительности и недоверия к другим, а также галлюцинации. Употребление кофе и чая в течение длительного периода времени может вызвать у пользователя нарушение сна усиление чувства беспокойства,

депрессию и расстройство желудка. У человека повышается толерантность и быстро формируется зависимость от этих веществ.

Опиоиды.

Опиоиды обладают способностью облегчать физическую боль и/или действовать в качестве депрессантов. Некоторые из них используются в качестве медицинских препаратов, тогда как другие используются как незаконные вещества. Они могут синтезироваться искусственно или производиться из опийного мака (опиаты).

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

Долгосрочное воздействие. Психоактивные вещества в этой группе быстро приводят к зависимости.

Опасные последствия. Высокая вероятность чрезмерной дозы, которая может вызвать смерть. Опиоиды обычно инъецируются в вену. Инъекции веществ с помощью не стерильных или общих игл могут передавать ВИЧ, гепатиты В и С. Эти состояния и болезни легко распространяются от одного человека к другому через кровь, остающуюся на игле, или в смеси с препаратом, если этой иглой пользовался инфицированный человек.

Депрессанты.

Вещества этой группы производятся синтетически и не существуют в природе. Они понижают активность нервной системы организма. Медицинские работники часто предписывают их для лечения бессонницы и беспокойства.

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. Они вызывают состояние «похмелья», сонливость и проблемы координации после прекращения воздействия интоксикации. Небольшие дозы уменьшают чувство беспокойства, тогда как более сильные дозы вызывают сонливость. Алкоголь повышает их воздействие, а повторные дозы вызывают отравление из-за того, что вещество быстро не преобразовалось в результате обмена веществ. При употреблении депрессантов распространены несчастные случаи и самоубийства.

Долгосрочное воздействие. Психоактивные вещества в этой группе могут привести к зависимости. Продолжительное и значительное употребление может вызвать проблемы с памятью, неспособность к обучению, проблемы с двигательной координацией и после вывода вещества могут вызвать конвульсии.

Галлюциногены.

Галлюциногены могут изменять настроение человека, влиять на восприятие им окружающей среды, изменять ощущения своего тела. При этом изменяется восприятие внешнего вида, запаха, звука, вкуса или других ощущений. Человек может видеть, чувствовать запах, вкус, или слышать предметы и звуки, которые не существуют. Галлюциногены существуют в природе или производятся химическим путем.

Немедленное воздействие. Немедленным воздействием является изменение восприятия, человек видит различные цвета, свет, картинки и ощущает явления, происходящие внутри и вне его тела. Может возникнуть также ощущение паники, страха или беспокойства. Понятие «дурное путешествие» обычно относится к неприятному или раздражающему ощущению. Среди пользователей распространены несчастные случаи и самоубийства.

Долгосрочное воздействие. Многие пользователи сообщают о воздействии вещества, спустя несколько дней или даже месяцев после его принятия. Это

явление часто называется «флешбэк». Регулярное употребление галлюциногенов может ухудшить память, способность к концентрации внимания и создать проблемы психического здоровья.

Летучие ингалянты.

Ингалянты включают широкий диапазон распространенных препаратов, таких как аэрозоли, летучие растворители и газы. Подобно алкоголю, они сначала вызывают у человека чувство отсутствия всех запретов, а затем сонливость. Если человек продолжает вдыхание ингалянта, он, в конечном счете, начинает испытывать галлюцинации.

Немедленное воздействие. Ощущение эйфории, релаксации, сонливости, плохой мускульной координации, невнятная речь, раздражительность и беспокойство. Наиболее непосредственной опасностью для пользователя является «внезапная смерть при вдохе».

Долгосрочное воздействие. Регулярное долгосрочное употребление может привести к носовым кровотечениям, высыпаниям на коже и 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 мозга.

2.4. Синтетические наркотики.

Синтетические наркотики¹ с конца 80-х годов постепенно занимают все более важное место на рынке нелегальных наркотиков западных стран. С начала 90-х годов отмечен их мощный прорыв на пространстве бывшего СССР. Ежегодное появление все новых и новых, как правило, более опасных для здоровья препаратов, создаваемых преимущественно за счет дальнейшего совершенствования химического синтеза, является характерной тенденцией

¹ **Синтетические наркотики** – наркотики полученные путем химического синтеза и относящиеся, как правило, либо к стимуляторам (экстази), либо к галлюциногенам (ЛСД, кетамин).

незаконного распространения наркотиков в конце 20 века. Стимуляторы амфетаминового² ряда получают все большее распространение. Ситуация с контрабандой наркотиков на границе с Россией свидетельствует о том, что через Западные и Северо-западные регионы России, из Нидерландов, Польши и Германии в нашу страну ввозятся синтетические наркотики. Вывод о том, что **синтетические наркотики будут представлять наибольшую опасность в ближайшем будущем** обусловлен следующими причинами:

- Синтетические наркотики, особенно опасны для здоровья и их потенциальный риск в этой сфере еще не осознан в полной мере, хотя возникающая от них зависимость, как правило, не бывает физической;
- Высокая фармакологическая активность, относительная дешевизна, возможность производства в различных лекарственных формах, простота введения (вдыхание порошка, глотание капсул, реже - инъекция), легкость сокрытия;
- Производство синтетических наркотиков может осуществляться во всем мире в близи мест конечного потребления, тем самым обходя таможенные барьеры;
- Возможности оперативного синтеза новых модификаций препаратов, имеющих более высокую активность и наркогенный потенциал которых чрезвычайно трудно доказать в связи с чем они не попадают под национальный и международный контроль (проблема «дизайнерских наркотиков»)¹;
- Синтетические наркотики могут производиться в огромных количествах, и иметь низкую себестоимость за счет применения не используемого промышленного химического оборудования и привлечения высококвалифицированных и низко оплачиваемых

² **Амфетамины** – группа препаратов с мощным стимулирующим действием на центральную нервную систему. На уличном жаргоне они часто именуется «Спид» (скорость).

¹ **Дизайнерский наркотик** – преобразованный нелегальный наркотик в другой вид наркотика с похожим эффектом, не фигурирующий в списке запрещенных веществ.

фармацевтов; отсутствие серьезного контроля на предприятиях за производством химических препаратов также способствует этому;

- Технологии производства наркотиков амфетаминовой группы активно распространяются через всемирную информационную сеть Интернет.

Наибольшая опасность синтетических наркотиков обусловлена воздействием разных групп факторов, среди которых выделяются:

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

б) юридический – несовершенство правовой базы, ослабление сдерживающих факторов у населения в отношении соблюдения законов и по отношению к органам правопорядка, отсутствие должного контроля, за работой предприятий химической промышленности и т.п.;

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

г) личностный – подверженность давлению сверстников, слабая информированность молодежи о действии синтетических наркотиков, феномен «подростковой» субкультуры, простота употребления.

Краткая характеристика синтетических наркотиков.

Название «синтетические наркотики» было введено для того, чтобы отличать их от наркотиков, имеющих растительную основу (производные конопли, героин, получаемый из опийного мака, кокаин из листьев коки). Данный вид наркотиков также известен, как группа психотропных препаратов.

По своему воздействию синтетические наркотики условно могут быть разделены на 3 категории:

- Стимуляторы (МДМА¹, «экстази», метамфетамины и т.д.);
- Галлюциногены² (ЛСД, кетамин и т.д.)
- Прочие наркотики (ГНВ, «жидкий экстази», рогипнол и т.д.). Эта категория включает в себя препараты с разным видом воздействия – подавляющим, либо успокаивающим деятельность центральной нервной системы, расслабляющим мышечную ткань, уменьшающим тревогу и т.д.

Препараты, входящие в первую категорию оказывают стимулирующие действие на функции головного мозга и активируют психическую и физическую деятельность организма.

1. «Экстази» (МДМА – метилendioксиметамфетамин, синтетическое вещество, производное амфетамина). Уличное название препарата – X, чистота, ясность, адам, ХТС. Его химическая структура подобна структуре стимулятора метамфетамина и галлюциногена мескалина и поэтому оказывает не только стимулирующий, но и вызывающий галлюцинации эффект. Как правило, используются таблетки, которые принимаются через рот, также наркотик вдыхается в виде порошка, от случая к случаю может выкуриваться, но редко принимается в измененном виде путем инъекции. Интенсивное действие препарата продолжается от нескольких минут до часа и во многом зависит от дозы, способа его введения, и степени очищенности от примесей и окружающей среды, в которой «экстази» принимается. Стимулирующий эффект проявляется ощущением быстрого нарастания энергии в организме, прогрессирующим чувством удовольствия и уверенностью в себе. Эффект

¹ Метилен-диокси-мета-амфетамин, МДМА или «экстази» - стимулятор, вызывающий «обратную связь с прошлым» без потери контроля над сознанием, вызывающий обезвоживание повышение температуры и развитие депрессии, и истощение при повторных приемах.

² Галлюциноген – химический агент который вызывает изменения в восприятии, мышлении и чувственной сфере. Примером является диэтиламид лизергиновой кислоты, ЛСД.

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 аналогичному действию, переживаемому потребителями амфетамина и кокаина. Психологические эффекты действия «экстази» могут проявляться замешательством, подавленным настроением, проблемами со сном, тревогой и бредом, продолжающимися иногда неделями после употребления наркотика. Физическое воздействие может проявляться напряжением мышц, непроизвольным сжатием зубов, затуманиванием зрения, тошнотой, слабостью, ощущением дурноты, охлаждением или потливостью.

Прием «экстази» является причиной учащения сердцебиений, повышения артериального давления и может приводить к подъему температуры тела и в итоге к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы и почек. Если прием «экстази» комбинируется с приемом алкоголя, то это может привести к очень опасным, а иногда и к смертельным осложнениям. Длительное злоупотребление «экстази» может вызвать стойкое токсическое изменение 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 приводить к обезвоживанию организма, повышению температуры тела и проблемам в работе деятельности почек и сердца.

Вредное воздействие «экстази» на организм человека, особенно отдаленные во времени последствия не являются окончательно установленными и нуждаются в дальнейшем интенсивном изучении.

2. Метамфетамин. Данный препарат имеет уличные названия – «мет, спид, скорость, лед, стекло, кристалл». Препарат является белым кристаллическим

порошком, не имеющим запаха, с сильным стимулирующим эффектом. Употребляется путем вдыхания через нос, проглатывания, курения или инъекционно. Наркотик вызывает увеличение степени двигательной активности, снижает аппетит, возбуждает речь. Из-за своего токсического действия обладает опасными для здоровья эффектами, включая агрессию, насилие, потерю памяти, психозы и вредные действия на сердце.

Препараты второй категории представлены галлюциногенами.

- 1. Диэтиламид лизергиновой кислоты, ЛСД.** Данный препарат имеет уличные названия – «кислота, бювар, сахар, пятнышки, Л, кубики». ЛСД является мощным галлюциногеном, принимаемым в таблетках или в жидкой форме, обычно на куске промокательной бумаги, кусочках сахара, которые пропитываются жидким наркотиком. Препарат открыт в 1943г. швейцарцем Альбертом Хоффманом. Наркотик вызывает глубокую патологию сферы восприятия, включая искажения звука и зрения, эмоциональные эффекты, которые создают быстрые колебания настроения («качели») от интенсивного страха до эйфории. Кроме зрительных галлюцинаций ЛСД вызывает притупление чувства времени. Воздействуя на психическую деятельность, наркотик порождает бредовые ассоциации, приводящие к помрачению рассудка и утрате восприятия собственной личности. Он провоцирует сильные приступы депрессии, тревоги, паники и бреда. Такие состояния иногда продолжаются и после приема наркотика и в некоторых случаях приводят к затяжным психотическим состояниям.
- 2. Кетамин** (синонимы: каллипсол, кеталар, РСР). Другие уличные названия препарата – «К, специальный К, витамин К, валиум для кошек, STP (спокойствие – расслабление – мир)». Кетамин является средством для наркоза из группы общих анестезирующих препаратов с галлюцинаторным эффектом. Применяется обычно через рот или вдыхается через нос, иногда вводится инъекционно. В виде белого порошка кетамин может вдыхаться

подобно кокаину. 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 действие характеризующиеся отсутствием чувствительности, угнетением проведения нервных импульсов и повышением порогов всех видов чувствительности без потери сознания, а также обезболивающим действием. Мощные галлюцинации могут приводить к потере контроля над собой, что особенно опасно во время вождения автотранспорта. Кетамин вызывает «обратную» связь с прошлым, тревогу и страх. Он часто применяется в место «экстази», либо в качестве его заменителя. Его прием в шумном и оживленном месте крайне опасен. После приема препарат вызывает повышенное слюноотделение, повышение артериального давления и учащение сердцебиения. В больших дозах он вызывает психозы, потерю памяти и иногда необратимое действие на дыхание.

3. Третья категория представлена препаратами «гаммагидроксibuтерат» и «рогипнолом».

1. GHB – gamma – hydroxybutirate, гамма – гидроксibuтерат, «жидкий экстази». Уличные названия препарата – G, домашний грузинский мальчик. Препарат представляет собой прозрачную, без запаха и вкуса жидкость с сильным анестезирующим, эйфоризирующим и успокаивающим центральную нервную систему действием. Он вызывает психическую и физическую зависимость. Способ применения – через рот. Побочное действие наркотика характеризуется тошнотой, высоким артериальным давлением, нарушением дыхания. Он является причиной отравлений и передозировок. Передозировки препарата могут приводить к быстрой потере сознания, коме и смерти. Частое использование и индивидуально высокая доза наркотика может стать очень вероятной причиной передозировки. В качестве анестезирующего вещества на

Западе разрешено употребление препарата при лечении алкогольного абстинентного синдрома. В преступных целях наркотик может добавляться в спиртные напитки, после употребления которых, жертва становится беспомощной и забывает о произошедшем, что затрудняет обнаружение преступника и проведение следственных действий. За первую половину 1998 года в США зарегистрировано 28 смертельных случаев после приема «жидкого экстази».

2. Рогипнол (синоним - флунитрозепа́м). Уличное название наркотика – «забуди́ меня, Roche». Он является успокаивающим веществом из группы бензодиазепинов и оказывает снотворное и противосудорожное действие. Формы выпуска: таблетки и ампулы. Наркотик применяется путем приема через рот или разводится пивом. Поскольку это вещество не имеет запаха и вкуса, вызывает нарушение памяти, оно может добавляться лицам, не знающим о его действии, что нередко приводит к случаям изнасилования и другим видам сексуального насилия.

2.5. Социальные, психические, физические и юридические последствия употребления психоактивных веществ.

Воздействие психоактивных веществ может быть как **непосредственным**, возникающим сразу после приёма вещества, так и **долговременным**, проявляющимся в виде поражения различных органов и систем организма, формирования психической и физической зависимости, нарушения социального функционирования человека, разрушения его личности и связей с другими людьми, а также асоциального и антисоциального поведения, которое является неотъемлемой частью поведения, связанного с приобретением, хранением и употреблением наркотика, и за которое человек несёт юридическую ответственность.

Характеристики воздействия психоактивного вещества зависят от психического состояния лица, принимающего вещество, его ожиданий в отношении данного вещества и прошлого опыта, так и от характера самого вещества, его дозы, степени «чистоты» и способа приёма. Воздействие изменяется в зависимости от обстановки, условий приёма того или иного вещества и обязательно изменяется в связи с длительностью приёма этого вещества.

Социальные последствия употребления психоактивных веществ.

Нарушение социального развития и функционирования – способности общаться с другими без психоактивного вещества, налаживать дружеские связи, любить, понимать других, учиться, накапливать здоровый жизненный опыт, решать повседневные проблемы, делать успехи, преодолевать трудности. Другие последствия – конфликты в семье, в школе, на работе, с коллегами, с одноклассниками, с учителями, с родителями, пропуски занятий, прогулы, финансовые трудности, нарушение закона, необходимость постоянно лгать себе и другим людям, одиночество.

Психические последствия употребления психоактивных веществ

Проблемы с организацией умственной деятельности, нарушение внимания, памяти, умения думать, понимать, воспринимать новую информацию; эмоциональные нарушения – раздражительность, лёгкая возбудимость, склонность к сниженному настроению, агрессивность, злость, падение активности; нарушения мышления – подозрительность, изменение темпа и функций мышления; галлюцинации, чувство безнадежности, мысли самоубийстве, действия, направленные на самоповреждение, попытки самоубийства, совершённые самоубийства.

Последствия, связанные с физическим здоровьем

Проблемы, связанные с нарушением работы органов и систем организма, разрушением внутренних органов. Внешне это выражается в нарушениях сна (бессонница и сонливость), выраженной утомляемости, дрожании рук, нарушении аппетита (потеря его перемежается с приступами обжорства), головных болях, изменении цвета лица (серый цвет, желтоватый, коричневатый), появлении угревой сыпи, прыщей, фурункулов на коже, выпадении волос, разрушении зубов (с зубов сходит эмаль). Болезни – заболевания внутренних органов, СПИД, гепатиты В и С, кровоизлияния в мозг, инфаркт миокарда, внезапная остановка сердца, отравления наркотиком, туберкулёз и другие инфекции, желудочно-кишечные кровотечения, ранняя смерть.

Юридические последствия

Задержка правоохранительными органами и осуждение за хранение или распространение наркотического вещества; дорожно-транспортные происшествия; участие в незаконном обороте наркотиков; потеря собственности; финансовые долги; воровство; заключение в тюрьму.

Контрольные вопросы к главе 2:

1. *Расскажите об основных типах психоактивных веществ.*
2. *Какие психоактивные вещества относятся к легальным?*
3. *Какие психоактивные вещества относятся к нелегальным? Почему?*
4. *Какова юридическая и личная ответственность при употреблении легальных и нелегальных психоактивных веществ?*
5. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии алкоголя.*
6. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии никотина.*
7. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии каннабиса.*
8. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии стимулирующих средств.*
9. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии опиоидов.*
10. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии депрессантов.*
11. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии галлюциногенов.*
12. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии летучих ингалянтов.*
13. *Какие наркотики относятся к синтетическим? Дайте им краткую характеристику.*
14. *Каковы социальные, психологические, физические и юридические последствия употребления психоактивных веществ?*

Рекомендуемая литература:

1. Руководство по наркологии. Том 1. Под ред. Н.Н. Иванца. Москва, 2002.
2. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения // Вопросы наркологии. – 1997. - №4. – С.4-11.
3. Пятницкая И.Н. Наркомании (руководство для врачей). Москва. «Медицина», 1994.
4. Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский. Наркотики: проблемы и их решение. Москва, 2000.

Глава 3. Хроническое злоупотребление алкоголем.

3.1. Стадии алкогольной зависимости.

Выделяется три стадии алкогольной зависимости.

При первой – формируется психическая зависимость от алкоголя – навязчивая потребность в алкоголе, стремление его выпить. Контроль за количеством выпитого снижается. Контроль за своим состоянием в опьянении нарушается. Человек забывает некоторые эпизоды состояния опьянения. При этом у него начинает нарушаться сон, появляется тревога, головные боли.

При второй стадии формируется физическая зависимость от алкоголя. Это значит, что алкоголь включается в биохимические процессы организма. Человек уже не может обходиться без алкоголя и при его отмене у него развивается состояние **абстиненции** – тяжёлого самочувствия с тревогой, страхом, сердечными и сосудистыми нарушениями. В абстиненции у человека развиваются **алкогольные психозы**, при которых возникают галлюцинации и бред. В этой стадии развивается алкогольная энцефалопатия. Растет толерантность к алкоголю. Человек употребляет все большие и большие его дозы. Характер опьянения его меняется. В этой стадии становятся выраженными нарушения внутренних органов.

При третьей стадии у человека снижается способность переносить алкоголь в связи с нарушениями работы организма. Он совершенно не контролирует своё поведение, становится слабоумным. Кроме того, человек, злоупотребляющий алкоголем, всегда обманывает себя и других. Его жизнь становится иллюзорной. Он теряет здоровье, друзей, добрые взаимоотношения с окружающими, приобретает **только зависимость**.

Глава 4. Формирование зависимости от наркотиков.

(При написании этого раздела использованы работы И.Н.Пятницкой и Н.Г. Найденовой, 1976 – 2002 гг.).

4.1. Общая характеристика симптомов и синдромов зависимости от наркотиков

Одним из первых синдромов, требующих рассмотрения является **синдром наркотического опьянения**. Наркотическое опьянение – это состояние, возникающее после приёма наркотического средства. Синдром состоит из психопатологических и телесных симптомов, меняющихся во времени. Эти симптомы могут выражаться как в субъективных ощущениях, так и быть объективными, то есть доступными для регистрации со стороны.

Одним из осевых симптомов наркотического опьянения является **эйфория**, которую следует относить, прежде всего, к расстройствам эмоций, ощущения и восприятия. Эйфория выражается в повышении эмоционального фона и сопровождается рядом субъективно воспринимаемых психических и соматических изменений. Каждому наркотику свойственна своя индивидуальная эйфория. Эйфория, возникающая при употреблении опиатов, складывается из ощущения соматического наслаждения и эмоционального покоя, блаженства. Эйфория, возникающая при введении стимуляторов, даёт ощущение эмоционального «подъёма». 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), метаморфозий (изменение формы, цвета предметов, расстояния до них и т.д.).

Нарушения сенсорного синтеза проявляются в ощущениях дереализации (восприятии действительности как не реальной), деперсонализации (восприятии собственного тела или его частей как не соответствующих реальности), а нарушения интерорецепции - в чувстве тепла, лёгкости, тяжести, нарушении схемы тела, восприятия 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 разного типа и глубины нарушения сознания. Обычно для эйфории характерна «двойная ориентировка» во времени и пространстве. Это проявляется в том, что опьяневший ориентируется частично в реальной обстановке, осознавая её выборочно, и в то же время погружён в собственные ощущения и переживания.

Выражены соматоневрологические проявления эйфории. Это – прежде всего вегетативная симптоматика. Расширение зрачков происходит при введении стимуляторов, сужение – при введении опиатов и гипнотиков. Кроме того, выражены бледность или наоборот покраснение кожи, повышенная теплопродукция, гипертермия, пото - и слюноотделение. Изменяется частота сердечных сокращений, дыхания, показатели артериального давления.

Следует обратить внимание на изменение поведения опьяневшего, которое, как правило, бывает неадекватным. Опьяневшие слишком возбуждены или наоборот заторможены. На окружающую обстановку реагируют с большими затруднениями, бывают излишне навязчивы в общении или наоборот замкнуты, погружены в себя и собственные ощущения, плохо соразмеряют длину своих шагов и расстояние, поэтому у них нарушена координация движений, обращает на себя внимание не обычный фон

настроения (блаженство в сочетании с заторможенностью, повышенное настроение, восторженность в сочетании с возбуждённостью, может быть 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 своём опыте изменения эйфоризирующего эффекта наркотика, могут вести себя более адекватно окружающей обстановке и с большим успехом контролировать своё состояние, однако необычность поведения всё 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 подъёмом, интеллектуальным и двигательным возбуждением.

Для синдромов формирующейся зависимости от наркотика характерен **синдром изменения реактивности**. Он проявляется, прежде всего, в **изменении толерантности**, то есть увеличении требуемой для эйфории дозы наркотика, повышении его переносимости. Так на высоте зависимости от опиоидов толерантность превышает изначальную физиологическую в 100 – 300 раз.

К симптомам синдрома изменения реактивности относят также исчезновение защитных реакции (рвоты после введения наркотика), изменение формы опьянения.

Следующим осевым синдромом наркомании является **синдром зависимости**. Синдром зависимости состоит из двух синдромов: синдрома психической зависимости, при котором больной испытывает навязчивое влечение к наркотику, постоянно возвращается в мыслях к нему и путях его приобретения и употребления, и синдрома физической зависимости, который

складывается из компульсивного, непреодолимого стремления употребить наркотик и абстинентного синдрома – выраженного состояния психосоматического неблагополучия, возникающего при отмене наркотика.

Рассмотрим клиническую картину и особенности течения некоторых, наиболее распространённых вариантов зависимости от наркотических веществ.

4.2. Формирование зависимости от опиатов (опия, героина и других морфин содержащих наркотиков).

Наркотический эффект проявляется в первые 10 – 30 секунд 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 двигателью заторможен. В течение двух-трёх часов после введения наркотика опьяневший остаётся вял, малоподвижен и сонлив. 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, снижение частоты сердцебиений, благодушный эмоциональный настрой.**

Первое введение наркотика опийного 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 опиум и его производные, происходит в три стадии. При **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, несмотря на наличие простудных заболеваний.

В течение месяца эйфорическое действие прежней дозы наркотика угасает, и больной вынужден её повышать для достижения прежнего эффекта. Исчезает характерный зуд, который сопровождал приём наркотика вначале. При отсутствии наркотика через сутки – двое появляются психические расстройства в виде чувства напряжённости, 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 изменённой реактивности. Синдром психической зависимости достигает высоты своего развития. Наркотизация регулярная. Образуется индивидуальный ритм введения. Толерантность продолжает повышаться. Меняется форма опьянения. Эйфория от введения наркотика перестаёт быть столь выраженной. Нормализуется диурез и стул, восстанавливается ритм сна. **Зрачок при опьянении постоянно остаётся суженным.** Психическое влечение к наркотику становится очень выраженным и навязчивым. Интенсивно формируется синдром физической зависимости, который выражается компульсивным влечением и абстинентным синдромом. Компульсивное влечение отличается очень высокой интенсивностью. Оно определяет всю дальнейшую жизнь наркомана и не оставляет места ни для чего другого в его жизни.

Абстинентный синдром формируется очень быстро. Уже после первых систематических введений в его структуре отмечается усиление влечения к наркотику, всё возрастающее состояние неудовлетворённости и напряжённости. Расширяются зрачки, появляется зевота, слёзотечение, 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 тяжёлое состояние продолжается около 10 дней. Остаточные явления выражаются в периодически возникающем компульсивном влечении к наркотику, подавленном настроении, ощущении «пустоты», тоски, одиночества, неудовлетворённости, повышенном аппетите, неустойчивом ритме сна, периодическом чихании, ознобе и потливости, боли в суставах, неспособности к психическим и физическим нагрузкам и длится в течение четырёх 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 это было 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 тяжёлой. 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 работоспособность, 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 и изменяется эмоциональная сфера. Развивается депрессия. Возникает соматическое истощение, которое сопровождается обильным кариесом (с зубов сходит эмаль), тромбофлебитами. Нарастает опустошение личности.

4.3. Формирование зависимости от стимуляторов.

Для всех психостимуляторов, применяющихся с целью достижения эйфории, характерно **симпатомиметическое действие**. В связи с этим отравление психостимуляторами, в частности кокаином, характеризуется острым возбуждением, тахикардией с последующим развитием больших судорожных припадков, поражением почек.

При опьянении стимуляторами возникает выраженное двигательное и интеллектуальное возбуждение, повышается настроение, бессистемная суетливость, разговорчивость. Начинающему 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, причём не свойственной им ранее. В опьянении больные выглядят очень характерно: бледное лицо, расширенные зрачки, сухие губы.

Объективно отмечается тахикардия, гипертензия, порывистость движений, лёгкое нарушение координации, мелкий тремор пальцев рук.

Хроническая эфедроновая интоксикация

На начальном этапе употребление эфедрона носит эпизодический характер. Однако положительный эмоциональный фон, свойственный интоксикации стимуляторами, способствует быстрому формированию психической зависимости, которая развивается после 2-3 инъекции при внутривенном введении. С появлением психической зависимости наступает быстрое изменение формы потребления и рост толерантности. Вырабатывается своеобразный ритм интоксикации. Разовая доза концентрированного эфедрона не нарастает, так как увеличение привычной дозы приводит к ухудшению состояния: появляется дрожь в теле, озноб, покалывание в руках и ногах, боли в затылке, повышение артериального давления. Приём учащается, поскольку эйфорическая фаза укорачивается с 6 до 4 часов и заканчивается вялостью, упадком сил, сердцебиением, сухостью во рту, влечением к повторному приёму эфедрона. Поэтому приём становится 2-3 суточный, реже 5 –суточный с интервалом 3-5 часов 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 неудовлетворённости, психический дискомфорт. Продуктивная умственная работа становится невозможной. Мысли возвращаются к наркотизации. С приёмом 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.

Во второй стадии заболевания разовая толерантность наркотика возрастает в 5-6 раз, а суточная – в 50 – 60. Отмечается «хрупкость» эйфории, которая исчезает от внешних воздействий. Выражена абстиненция. Для неё характерны раздражительность, грубость, злобность, подозрительность, безотчётная тревога, бессонница, выраженное компульсивное влечение. Спустя 12-24 часа вспыльчивость, взрывчатость, грубость несколько ослабевают и на первый план выходят апатия, вялость, сниженное настроение. Периодичность злоупотребления становится более чёткой. 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 взбудораженность, 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 малинового цвета, «лакированный», его мышцы подёргиваются.

Злоупотребление эфедромом приводит к выраженному психическому снижению, быстрому соматическому разрушению. Для больных характерны грубые эмоции, черствость, раздражительность, подозрительность, значительные нарушения волевой сферы. Больные не способны 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 стадии не возникают. Больные часто погибают в результате внезапной смерти из-за нарушений сердечного ритма, кровоизлияний в мозг и важнейшие органы жизнеобеспечения организма.

Хроническая интоксикация кокаином

При острой интоксикации кокаином опьянение характеризуется также возбуждением, преимущественно интеллектуальной сферы. Течение мыслей облегченно, 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 часа. После этого начинается фаза физического и психического расслабления. Кокаинист чувствует необыкновенную усталость и полное безволие при отсутствии потребности во сне. Отсутствие стремлений ведёт к полной неподвижности. Настроение подавленное, характерны самобичевание, тяжёлое угнетение, тоска или полная душевная пустота. Затем наступает тяжёлый 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. Особенностью является ранняя социальная декомпенсация. Возникают значительные психические изменения. Снижается активное внимание, нарушается произвольное воспроизведение, интеллект снижается, отсутствует критика к своей болезни, наблюдаются расстройства личности.

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

4.4. Злоупотребление гашишем.

«Гашиш» - в европейской литературе, или «марихуана» - в американской. Он также имеет целый ряд других названий, представляет собой смолистое вещество, получаемое из листьев, побегов и цветов дикорастущей конопли (конопля индийская или американская). Действующее начало содержит каннабинолы. Собственно наркотическим эффектом обладает дельта-6-тетрагидроканнабинол. Гашиш обычно курят, принимают внутрь. В европейских странах распространено преимущественно курение гашиша в смеси с табаком.

В гашишном опьянении определяется система. Действие гашиша, больше чем других наркотиков, зависит от установки на ожидаемый эффект. У лиц, ожидающих эффект от гашиша после выкуренной сигареты, часто развивается чувство страха и тревожной подозрительности, затем появляется расслабление, лёгкость и благодушие. Однако вместо этого эффекта может появляться и злобность с агрессивностью. Могут наблюдаться расстройства восприятия. Нарушается восприятие пространства, освещённости и размеров объектов, цветов, интенсивности и характера звуков, времени, схемы собственного тела. Характер проявления расстройств восприятия индивидуален. Мышление по мере наступления интоксикации приобретает эмоциональное содержание, меняется в качестве своём и темпе. Меняется оценка текущих, прошедших и ожидаемых событий. Лёгкость решений, беспечность и безответственность в действиях свидетельствует 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 суживается. Наблюдается неспособность к концентрации внимания. С углублением интоксикации мышление приобретает черты бессвязности. Эта бессвязность может иметь и элементарно бредовое содержание. В этом состоянии могут насильственно имитироваться эмоциональные состояния окружающих – смех, плач, злоба и т.д. В связи с этим в состоянии гашишной интоксикации возможны групповые правонарушения и насильственные действия.

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

Объективно при опьянении наблюдается хаотичность 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, заплетаящаяся речь

Передозировка гашиша выражается в вегетативном возбуждении: зрачки резко расширены, на свет не реагируют, резко покрасневшее лицо, видимая сухость губ и полости рта, хрипота голоса, повышенное давление и частота сердечных сокращений, нарушенная координация, дрожь пальцев рук. Психическая сфера 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 его конкретного состава, то есть от содержания наркотенных каннабинолов. Однако не вызывает сомнения выраженный интоксикационный эффект гашиша, функциональные и часто органические нарушения деятельности центральной нервной системы. Абстинентный синдром развивается медленнее, чем при хроническом употреблении наркотиков опийного 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, возможность подёргивания отдельных мышечных пучков. Повышается артериальное давление, учащается пульс, дыхание, повышается тревога, возникает слюно- и слёзотечение, «гусиная кожа», болевые ощущения в мышцах. Эта фаза развивается к концу первых суток.

В третьей фазе, на вторые сутки после прекращения приёма наркотика появляются болевые ощущения тяжести и сдавленности в груди, боль и сжатие в сердце, сжатие и сдавление головы. На коже и под кожей ощущается жжение, неприятное покалывание, дёргание, ползание. Неопределённые неприятные ощущения испытывают больные во всех внутренних органах. Психоз может развиваться на 3 – 5 сутки воздержания.

Наиболее тяжёлые последствия хронического употребления гашиша проявляются в нарастающей энцефалопатии, переходящей в слабоумие. Это происходит в связи с тем, что при гашишизме патологический процесс в мозгу носит характер токсико-дистрофической энцефалопатии с сосудистыми нарушениями. У гашишистов наблюдается грубая соматическая патология: миокардиодистрофия, неспецифические гепатиты, почечная недостаточность. Наблюдается интеллектуальная и нравственная деградация.

4.5. Злоупотребление психоделическими препаратами типа ЛСД

Психоделические препараты типа ЛСД вызывают изменение сознания, расстройства восприятия, мышления, спутанную, неуправляемую, часто не связанную с внешними раздражителями психопатологическую продукцию. Этот наплыв дезорганизует психику до степени психоза.

Изменение сознания часто представлено делириозной формой, хотя возможны и онирические расстройства сознания с космической, религиозной, мистической тематикой переживаний. Восприятие характеризуется искажением, насыщенной или, наоборот, ослабленной эмоциональностью. Меняется восприятие времени. Теряются различия между болезненными представлениями и реальностью. Обильны галлюцинации. Эйфория не включает, как правило, соматический компонент удовольствия, а переживания, даже сильные, не соответствуют двигательной активности. Психические процессы приобретают автоматичность, становятся неуправляемыми, сноподобными. Концентрация внимания не возможна. Динамика формирования наркотической зависимости сходна с гашишной.

Глава 5. Базовые теоретические концепции профилактики.

К базовым теоретическим концепциям профилактики следует отнести комплекс теоретических разработок, в основе которых лежат: теория социального научения и самоэффективности, а также теория продвижения к здоровью А. Bandura; теория проблемного поведения R. Jessor; концепция здорового жизненного стиля (Всемирная Организация Здравоохранения); теория жизненных навыков J. Botvin; мотивационная теория поэтапного изменения поведения; транзакциональная теория стресса и копинг R. Lazarus и другие. Ряд из этих теорий нами уже были рассмотрены в предыдущих разделах, на некоторых остановимся сейчас.

4.1. Теория продвижения к здоровью.

В последние годы произошли большие изменения в разработке концепции человеческого здоровья и болезни. Исследователи предпочитают подход «моделирования здоровья» подходу «моделирования болезни», как более перспективному. Модель здоровья основывается на понятии продвижения к здоровью, как профилактике, а точнее - превенции болезней. Понятие превенции используется как более широкое и предполагающее не только уход от болезни, развитие протективных факторов, способствующих здоровью. Социально-когнитивные теории и, прежде всего, работы А. Bandura и R. Lazarus, обеспечили хороший базис понимания того, что состоянием своего здоровья и благополучия человек способен управлять сам.

Развитие концептуальной модели здорового поведения основывается на интеграции различных теорий, таких как модель здоровых убеждений (Becker, 1974; Rozenstock, 1974); социально-когнитивная теория (Bandura, 1986, 1997); теории осмысленных действий (Ajzen и Fishbein, 1980) и теория протекции мотивации (Rogers, 1983). Таким образом, теоретическая концептуальная модель здорового поведения рассматривает мультикомпонентные причинные факторы, как здоровья, так и болезни. Так

называемая мультикомпонентная модель причинности рассматривает важность таких когнитивных составляющих как самооффективность и целеполагание с учетом влияния на развитие личностных структур среды, оказывающей фасилитирующий и регулирующий эффекты. Взаимодействие личностных и средовых конструкторов, взаимовлияющих друг на друга, формирует человеческую мотивацию, регулирует ее и направляет в определенном направлении: либо на увеличение благополучия, либо наоборот, на саморазрушение. Для того чтобы мотивационная активность действовала в направлении здоровья, необходима работа с такими факторами как осознание целей и исходов поведения человеком, восприятие, осознание требований, препятствий (стрессоров) среды, фасилитация и направление мотивации на действия, направленные на достижение благополучия. Таким образом, для эффективности профилактических действий необходимо, чтобы человек имел:

- Адекватные знания о факторах риска и рискованных поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения;
- Убеждение в своей эффективности (самоэффективность) в возможности регулировать свое здоровье. 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 сюрпризы и требования. Вера в свою эффективность – огромный базис для действий. Потеря же людьми веры в себя может повлечь за собой эффект дезорганизации в том случае, когда человек будет встречаться с

трудностями и изменениями окружающей действительности, что в принципе неизбежно (А. Bandura, 2000).

5.2. 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. В каком варианте 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 неудачными.

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 лиц в процессе профилактики и зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование здорового человека, а также лечение пациентов не готовых на изменение своего жизненного стиля не приводит к позитивным результатам. С другой стороны стал очевидным и тот 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.

Основные положения, характеризующие мотивацию к 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 готовности человека к изменениям и от стадии готовности, на которой находится человек.

Какие же принципы лежат в основе формирования мотивации на позитивные изменения.

Повышение осознания

Повышение осознания, наиболее широко используемый путь изменения. Сегодня большинство грамотных профилактических и психотерапевтических методик предпринимают попытки повысить уровень самосознания человека, увеличивая количество доступной информации о нем самом, об окружающей его среде и о природе его проблем, и таким образом увеличить вероятность того, что человек примет разумное решение относительно необходимости своих изменений. Зависимость от наркотиков и алкоголя требует осознания. Влечение к наркотику требует осознания и управления им.

Социальная поддержка

Этот процесс предполагает внешние условия, которые могут способствовать началу и продолжению попыток человека измениться. Из-за того, что социальная поддержка – это сила внешняя, человек будет воспринимать ее различно в зависимости от того, на какой стадии изменений он находится. Социальная поддержка не только делает некоторые действия возможными, но она также повышает самоуважение людей, которые начинают верить в свои силы и возможность измениться.

Высвобождение эмоций

Этот важный инструмент используется множеством профилактических и психотерапевтических техник, и может помочь человеку осознать собственные защитные механизмы против изменений. Высвобождение эмоций происходит параллельно процессам осознания, но работает на более глубоком, чувственном уровне, и также, 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 предпочтительней вызывать эмоции с помощью специальных методов.

Обязательства или внутренний контроль.

Если уж человек решил измениться, он берет на себя ответственность за эти перемены. Эта 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 принять внутреннее решение измениться и сказать себе об этом. Второй шаг – это информирование окружающих о принятом решении.

Противодействие

Наше поведение зависит от внешней среды. Почти любая здоровая активность может стать эффективной техникой противодействия. Существует множество техник противодействия. Секрет в том, чтобы отыскать ту, которая подходит именно данному человеку.

Внешний контроль

Так же 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 или поощрять за желательное. Хотя наказание редко приводит к успешным изменениям. Однако, часто наказание вместо того, чтобы привести к реальным переменам, приводит к временному подавлению проблемного поведения.

Поощрение, с другой стороны, 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 означает собственные попытки модифицировать свое поведение. Однако важно избежать устаревшего мнения о том, что менять себя человек должен в одиночку. Поддержка может исходить не только от профессионала, но человек может добиваться ее от друзей или родственников, информируя 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 следует говорить о пяти стадиях изменения человека, идущего по пути преодоления проблемы зависимости. Каждый из этих этапов может быть предсказан или достаточно четко определен. Он 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 этапов возможно застревание. Но осознание всей последовательности этапов и понимание специфических задач каждого из них позволит контролировать долгий путь изменений, идти по нему быстрее и эффективнее, с меньшими затратами и меньшей болью.

Однако этот путь изменений должен проходить не только зависимый от наркотиков человек, но и каждый, тот, кто идет по пути развития. Особенно необходимо понимать, что этот путь – важнейшая, если не основная составляющая подготовки специалистов в области профилактики и психотерапии зависимости.

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

Ж. Prochaska и С. DiClemente выделяют шесть стадий изменений (1994, 1998). Однако шестая стадия – «завершение», является теоретической. В наркологической практике используется пяти стадийная модель.

Пять стадий изменений

- Стадия стабильного поведения. Готовность изменить существующее положение вещей отсутствует (предваряющая стадия).
- Размышление о необходимости изменения существующего поведения.

- Подготовка. Совершение первоначальных небольших действий (шагов) по изменению своего поведения.
- Активное действие. Действия, направленные на изменение своего поведения.
- Сохранение результата. Осознание происходящих изменений и их поддержка.

Практически все изменения начинаются с предваряющей стадии.

Предваряющая стадия.

Обычно человек, находящийся на этом этапе, не имеет никакого намерения изменять свое поведение и отрицает само наличие проблемы. Почти все, кто находится на этой стадии, хотят менять не себя, а окружающих. Эти люди сопротивляются всякому изменению. Для этой стадии характерно *отрицание*, а также *приписывание всей ответственности за происходящее внешним факторам (генетический код, привыкание, семья, общество или «судьба»)*. Все эти факторы являются внешними, и поэтому человек ощущает, что он не властен над ними и не может их контролировать.

Люди на предваряющей стадии 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 вместе испытывать растерянность и фрустрацию. Также деморализованными являются родители ребенка, проявляющего отклоняющееся поведение или начавшего употреблять наркотики, учителя в ситуации взаимодействия с «трудными» подростками, специалисты, решившиеся заняться профилактикой.

Размышление.

На стадии размышления люди осознают наличие проблемы и начинают серьезно задумываться о 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. Многие люди остаются бездейственными на стадии размышления 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 замещать действия размышлениями и находится в плену хронической пассивности в отношении пациента.

Когда начинается переход 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*.

Подготовка.

Большинство людей на стадии подготовки планируют конкретные действия в пределах ближайших нескольких месяцев, проделывают последние приготовления перед тем, как начать целенаправленно изменять свое поведение. На этой стадии очень важно громко заявить окружающим о своем намерении. Но, несмотря на то, что, на стадии подготовки люди предпринимаяют конкретные действия, и выглядят готовыми к переходу на следующую стадию, им не всегда удается разрешить 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 знает достаточно о процессе изменений, чтобы благополучно добраться до стадии сохранения результата и завершения.

Активное действие.

На этой стадии люди начинают, открыто изменять свое поведение и свое ближайшее окружение. Они активно противостоят своим страхам и совершают те действия, к которым так долго готовились.

Активное действие – это самый деятельный период, требующий максимального вложения сил и времени. Те изменения, которые происходят на этой стадии, гораздо заметнее для окружающих, чем те, что имеют место на других этапах. Опасность заключается в том, что многие, включая и профессиональных врачей, часто ошибочно путают активное действие и изменение в целом, умаляя значимость не только критической работы, 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, и тогда, 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. Программы должны быть нацелены на все стадии, а не только на стадию действия. Несмотря на то, что изменение поведения – это наиболее очевидное изменение, оно совершенно не является единственным. Точно также необходимо менять степень осознания проблемы, эмоции, представления о себе, мысли и т.д. И большая часть этих изменений должна произойти раньше, чем наступает время для активных действий.

Сохранение результата.

На этом этапе необходимо сохранять и укреплять результаты, достигнутые раньше, и одновременно стремиться избежать срывов и рецидивов. Изменения

никогда не прекращаются на стадии действия. Необходимо и важно продолжение изменений, которое длится всю оставшуюся жизнь.

Если к сохранению результата не относится со всей серьезностью, то гарантирован срыв, причем, как правило, на предварительную стадию или на стадию размышления. Сохранение изменений – это долгий процесс.

Стадия завершения – это то, к чему стремятся все, проходящие через цикл перемен. В этой стадии существует 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. Окончательной точки в выздоровлении от зависимости или развитии человека ставить нельзя.

Спиральная модель изменений.

Не верно 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 срывается в какой-нибудь точке, возвращаясь к стадии размышления, а иногда даже к предварительной стадии, после чего человек возобновляет свои попытки. В среднем, человек, вставший на путь изменения себя, вынужден возвращаться к пройденным этапам не один раз. Преодоление не простого пути от стадии размышления до 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 вместо того, чтобы двигаться вперед. Это – восходящая спираль.

Готовность, необходимость и уверенность.

Понятие готовности предполагает еще два понятия – *необходимости* и *уверенности*, которые позволяют объяснить пациенту степень его мотивации к изменению. Когда врач понимает чувства пациента относительно трех этих положений, у него есть возможность проникнуть в самое сердце этих сложных явлений и определить комплекс сил, которые должны сопутствовать изменению поведения.

Готовность к изменению поведения – это такое состояние, в котором отражается весь результат начинающейся психической активности. Готовность к изменению отражает степень побуждения индивида к изменению паттернов проблемного поведения. Она инициирует начинающиеся изменения поведения. Задача психолога, занимающегося профилактикой зависимости от алкоголя и наркотиков или терапевта, заключается в создании конгруэнтности со степенью готовности пациента.

Стадия «А» – не готов к изменению. Стадия «В» – не уверен в готовности. Стадия «С» – готов к изменению. «Перепрыгивание через стадию» ошибочно. Если Вы дискутируете с человеком, находящимся на стадии «А», но при этом думаете, что он находится на стадии «С» и является готовым к действию, у Вас возникнет сопротивление. Это заставит Вас задуматься о том, как соотносить тему беседы со степенью готовности клиента к изменению.

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

5.3. Теория жизненных навыков.

Жизненные навыки – те личные, межличностные и физические навыки, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, развивать умения жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данная теория базируется на понятии об изменении поведения, а практическая реализация ее в

профилактических программах использует методы поведенческой реализации и терапии. Этот теоретический подход был сформулирован на стыке двух этиологических теорий – теории социального научения А. Bandura и теории проблемного поведения R. Jessor. Первая – связывает данное направление 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 G.J. Botvin (1982 – 2002) и продолжают развиваться и совершенствоваться по настоящее время под его руководством. Цель их повысить у подростков устойчивость к различным социальным влияниям, в том числе и употреблению наркотиков, повышению индивидуальной компетентности путем обучения личностным и социальным навыкам.

Программы развития жизненных навыков охватывают три области:

- 1) информация и социальная резистентность, имеющая целью специальную превенцию употребления наркотиков; 2) развитие личностных копинг-навыков. Первый компонент программ – информационный. Он заключается в изложении информации о здоровье, о вреде употребления наркотиков, социальной недопустимости их употребления. Вторым компонентом программ является 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. Преодоление личностной и ситуационной тревоги – еще одно важное направление программ развития жизненных навыков. Участники программ обучаются различным техникам, редуцирующим тревогу,

способствующим самоуправлению и релаксации, когда это необходимо. Третий важный компонент программ жизненных навыков – обучение различным социальным навыкам. Это – навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, навыки отказа от предложений употребления психоактивного вещества, навыки отстаивания своей позиции, персональных границ и поддержания дружеских связей.

Оценка эффективности профилактических программ, основанных на данном подходе, показала хорошие результаты. В сравнении с другими подходами данная модель рассматривается, как имеющая шансы быть наиболее успешной. Этот подход является хорошо разработанным 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 показывают существенные изменения в знаниях и отношениях, повышение субъективного контроля над своим поведением, уверенности в себе, уменьшение застенчивости, повышение чувства самоэффективности от адекватных принятых самостоятельно решений и изменений жизненного стиля в сторону укрепления здоровья.

Современные исследователи отмечают пять главных достоинств данного подхода: концептуальная четкость и простота, эмпиризм и рационализм, высокая и наглядная эффективность методов.

5.4. Теория альтернативной наркотизации деятельности.

Впервые теоретическая концепция альтернативы наркотикам была сформулирована Dochner (1972) и базировалась на следующих позициях:

1. Психологическая зависимость от наркотика является результатом его заместительного эффекта.

2. Многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности.
3. Люди не прекращают употребление психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.
4. Альтернативы наркотикам являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

Данное направление подчеркивает важную роль среды и является попыткой развития специфической активности с целью уменьшить риск употребления наркотиков. Концепция альтернатив направлена на развитие осведомленности личности, развитие значимых интерперсональных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности.

В целом выделяется четыре варианта программ альтернативной активности:

- Предложение специфической активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает как волнение, так и предполагает преодоление различного рода препятствий среды.
- Комбинация специфических потребностей со специфической активностью (например, потребность в риске и поиску ощущений, свойственная людям, имеющим риск вовлечения в употребление наркотиков или алкоголизацию, удовлетворяется в этих программах посредством вовлеченности в экстремальные виды спорта – прыжки с парашютом и т.д.).
- Поощрение участия во всех видах специфической активности.
- Создание групп поддержки молодых людей, заботящихся о своей жизненной позиции.

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

5.5. Концепция социальной поддержки.

Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укрепления 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; Cobb S., 1976; Moos R.H., 1994). Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие человека, облегчает адаптацию и способствует развитию индивида. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-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 и другие компоненты. S. Cobb рассматривает социальную поддержку как информацию, приводящую субъекта к убеждениям, что его любят, ценят, заботятся о нем, и что он является членом социальной сети и имеет с ней взаимные обязательства (Cobb S., 1976). S. Shumaker и A. Brownell описывают социальную поддержку как обмен ресурсами между, по крайней мере, двумя индивидами, воспринимающимися как донор и реципиент, с целью обмена благополучием для реципиента (Shumaker S., Brownell A., 1984). T. Wills 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) (Wills T., 1985). А. Vaux рассматривает социальную поддержку как сложный конструкт, состоящий из нескольких компонентов: а) ресурсов поддерживающих сетей (размер, структура и т.д.); б) специфических поддерживающих действий (совет, практическая помощь в решении задачи, похвала и т.д.); в) субъективная оценка поддержки (восприятие поддержки) (Vaux A., 1982). Восприятие поддержки характеризуется «уверенностью личности в том, что ее потребность в поддержке, информации, обратной связи осуществляется» (Procidano M., Heller K., 1983). Большинство современных исследователей считает, что определение восприятия поддержки, как качественный метод измерения, является более эффективным подходом к определению психосоциального статуса личности, чем объективные измерения социально-поддерживающей сети. Как утверждает I. Sarason, социальная система поддержки, с одной стороны, и удовлетворенность этой системой, с другой – различные переменные, требующие разных подходов к изучению, но независимо важные в преодолении стресса (Sarason I., 1983). 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.

J. House выделяет 4 типа социальной поддержки: 1) эмоциональная (интимная) – забота о другом, доверие и сопереживание ему; 2) инструментальная (материальная) – финансовая помощь, помощь коллег по работе; 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. (House J., 1981.).

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

I – *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 болезни. Она может продуцировать биологические ответы, которые оказывают влияние на заболевание или поведение и воздействуют на риск болезни. Генерализованный полезный эффект социальной поддержки может возникать в результате того, что социальные сети обеспечивают отдельных своих членов регулярными позитивными переживаниями и комплексом стабильных социально одобряемых обществом ролей. Поддержка может быть связана с благополучием в целом потому, что обеспечивает позитивное воздействие, создавая чувство предсказуемости и стабильности в определенных жизненных ситуациях и признание самооценности индивида. Интеграция в социальную сеть может также помочь 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 через эмоционально вызванные эффекты на функционирование эндокринной или нейрогуморальной систем или через влияние на связанные со здоровьем поведенческие паттерны, такие как курение сигарет, употребление алкоголя или наркотиков. Модель главного направленного эффекта постулирует, что рост социальной поддержки будет в результате увеличивать благополучие (Cohen S., Wills T., 1985).

II – *буферная модель*. Механизм, связывающий стресс с болезнью, включает серьезные нарушения нейроэндокринной или иммунной систем, внесение изменений в поведение, связанное со здоровьем (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 его негативное воздействие, что позволяет сохранить хорошее здоровье. Низкий уровень социальной поддержки при стрессе высокой интенсивности не обеспечивает 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 непостоянно, при высоких степенях стресса и при 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 через комбинацию того и другого пути. Социальная поддержка может играть свою роль в двух различных местах причинной цепи, связывающих стресс и болезнь. Во-первых, поддержка может вмешиваться 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-вторых, адекватная поддержка может вмешиваться 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 нейроэндокринной системы. Авторы буферной теории видят наиболее важным компонентом социально-поддерживающего процесса восприятие социальной поддержки и считают, что именно она обладает наиболее выраженным влиянием на здоровье.

III – *модель ненаправленного эффекта*. Согласно этой модели, позитивное воздействие социальной поддержки на здоровье оказывается не направлено, а опосредованно, 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 является динамичной характеристикой, формы, качество и потребность в которой меняются вслед за изменением жизненной ситуации, изменением самой личности. Она может оказывать как позитивное, так и негативное воздействие. Ее избыток может подавлять творчество, самовыражение личности, а недостаток – подавлять мотивацию, поиск, инициативу. Она существует в разнообразных формах и имеет свои культуральные особенности. Цели оказания поддержки, личностные особенности и отношения «донора» и «реципиента», их намерения, постоянный или временных характер поддержки и другие факторы будут определять эффект ее воздействия.

Навязываемая, не запрашиваемая социальная поддержка, постоянный контроль ситуации со стороны того лица, которое ее намерено осуществить может восприниматься как социальное давление, формировать негативное отношение к так называемому «донору» или зависимость от него, а как следствие, и зависимое поведение от других лиц, факторов и обстоятельств.

Поведение, оцениваемое «донором» социальной поддержки как поддерживающее, может не восприниматься «реципиентом» как поддержка. Помощь партнеров по наркотизации в поиске и приобретении наркотиков нередко воспринимается как социальная поддержка, а попытки членов семьи направить больного на лечение по поводу наркомании с целью помочь прекратить наркотизацию воспринимаются, как стремление нанести вред.

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

Социальная поддержка, оказываемая подростками-сверстниками, не имеющими опыт участия в профилактических программах, друг другу, имеет последовательную позитивную связь с курением, алкоголизацией и наркотизацией. У подростков, имеющих выраженную социальную поддержку сверстников, злоупотребляющих наркотиками, повышает вероятность употребления психоактивных веществ. В то же время, поддержка родителей и других значимых взрослых, не употребляющих психоактивные вещества, негативно связана с употреблением табака, алкоголя и подростками подростками. Слабая родительская поддержка делает подростков более чувствительными к неблагоприятному влиянию социальной сети сверстников, а употребление наркотиков родителями усиливает неблагоприятное влияние наркотизирующихся сверстников (Wills T., Vaughan R., 1989).

Люди со слабо развитыми социальными сетями более чувствительны к употреблению наркотиков, рецидивам наркотизации, а употребление алкоголя или других психоактивных веществ членами социальных сетей является для них фактором риска рецидива или начала употребления.

Социально поддерживающее поведение может влиять на поддержание, увеличение или уменьшение потребления алкоголя, оказывать терапевтическое воздействие на больных алкоголизмом и наркоманией (Richter S., et al., 1991).

Проведенные нами исследования показали неэффективность социально-поддерживающего процесса 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 и продукции социальной поддержки определял субъективную оценку восприятия социальной поддержки как низкую. Полученные результаты наводят на мысль о том, что даже если больным будет проведено биологическое лечение в терапевтической среде стационара, то оно не окажет влияния на социальную среду, в которую больной возвращается. Динамическое терапевтическое воздействие должно быть направлено на эволюционное изменение жизненного стиля больного, вступление его в постоянную поддерживающую среду единомышленников в лице членов семьи, друзей, членов неформальных объединений выздоравливающих зависимых и отсутствующих, но крайне необходимых государственных структур оказывающих им социальную поддержку. Появление у больного мотивации, отражающей потребность осуществить кардинальные изменения своего зависимого поведения, после того, как он столкнулся с серьезными проблемами, связанными с употреблением наркотиков, должно получить неформальную помощь социальной среды, реальные, но не востребованные пока ресурсы личности и среды должны быть базой выздоровления.

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.

5.6. Примеры лучших американских профилактических программ. (При подготовке этой главы использованы материалы национального института наркотической зависимости (США) – NIDA в переводе городского координационного центра по профилактике наркомании при Комитете по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга).

В этой главе мы рассмотрим примеры американских профилактических программ и подходов, которые при исследовании их эффективности показали свою наибольшую успешность.

В этом разделе будут рассматриваться следующие виды программ:

универсальные, направленные на группу населения в целом – например, на всех учащихся в школе;

выборочные (селективные) направлены на группы риска или определенную часть общей популяции, например на детей, родители которых злоупотребляют алкоголем или наркотиками, детей, плохо успевающих в школе и т.д.;

программы по показаниям (индикативные) составлены для тех, кто уже употребляет наркотики или тех, кто проявил себя, как относящегося к группе риска по употреблению наркотиков.

Проект “STAR”

Это «универсальная» антинаркотическая профилактическая программа, которая направлена на все слои населения общины, но большей частью сфокусирована на школе. Кроме того, этот проект содержит программу для родителей, вовлекает средства массовой информации и органы самоуправления, предполагает внесение изменений в политику здравоохранения.

Один из основных направлений “STAR” – *учебный курс для средних классов общеобразовательной школы*, который представляет собой программу общественного влияния, состоящую из проводимых на протяжении двух лет занятий в классах, осуществляемых специально подготовленными учителями.

Средства массовой информации используются для освещения, усиления и помощи развитию проекта.

В рамках *компонента программы для родителей* последние выполняют со своими детьми специальные домашние задания, обучаются навыкам общения в семье и участвуют в мероприятиях проекта, проводимых в масштабах общины.

Органы самоуправления общины являются основным формальным центром, организующим и контролирующим все мероприятия проекта.

Изменения в политике здравоохранения являются задачей органов самоуправления; их цель – разрабатывать и применять политику и законы по отношению к алкоголю, табаку и другим наркотикам. Также они могут касаться других местных законов, например, учреждения зон (или мест), где запрещено употреблять психоактивные вещества (включая алкоголь и табак), и контроля за этими зонами.

Результаты исследований по этому проекту показали положительный долгосрочный эффект: участвовавшие в программе учащиеся старших классов, результаты по которым оценивались в выпускном классе, уменьшили употребление марихуаны (примерно на 30%), алкоголь (на 29% меньше) и курили на 25% меньше, чем учащиеся в школах, в которых данная программа не проводилась. В результате исследований было установлено, что наиболее важным повлиявшим на результаты фактором, было растущее среди друзей тех, с кем проводилась программа, неприятие употребления психоактивных веществ.

Тренинг жизненных навыков

Универсальная школьная программа, нацеленная на широкий спектр факторов риска и защитных факторов, которая реализуется путем обучения личностным и социальным умениям, способности сопротивляться употреблению наркотиков. Программа состоит из трехлетнего профилактического курса, направленного на обучение учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы. Она предполагает 15 учебных сессий в течение первого года, 10 закрепляющих сессий в

течение второго года, и 5 – в течение третьего. Программа тренинга жизненных навыков состоит из трех основных областей: обучение умению сопротивляться предложениям употреблять психоактивные вещества, умению организовывать свою жизнь и общим социальным умениям.

Компонент по умению сопротивляться предложениям употреблять наркотики и рекламе психоактивных веществ предоставляет информацию о провоцирующих употреблению наркотиков социальных факторах. Он содержит материалы, разработанные для улучшения распознавания побуждающего к употреблению наркотиков давления со стороны социального окружения; исправления неверного представления о всеобщем употреблении психоактивных веществ в обществе; популяризации общественных антинаркотических норм; обучения знаниям о профилактике злоупотребления психоактивными веществами; обучения навыкам сопротивления предложениям употребления наркотиков.

Компонент *умения организовать свою жизнь* обеспечивает обучение умению быть независимым и управлять своим состоянием и развивает чувство самоконтроля. Он включает в себя обучение навыкам преодоления трудностей и принятия решений, критического мышления, необходимого для сопротивления негативному влиянию сверстников и средств массовой информации, самоконтролю и самоуважению (что включает адекватную самооценку, определение жизненных целей, навыки саморефлексии и самоподдержки), умения справляться с гневом и стрессом.

Компонент обучения *общим социальным навыкам* увеличивает социальную компетентность учащихся и тренирует общие социальные умения (эффективное взаимодействие, преодоление стеснительности, знакомство с новыми людьми, развитие здоровых дружеских отношений). Обучение этим способностям проходит путем сочетания различных наставлений, наглядных примеров, обсуждения успехов и ошибок обучаемых, закрепления материала, ролевых игр и использования разнообразных домашних заданий.

Изучение эффективности программ развития жизненных навыков показывают, что они снижают уровень употребления табака, алкоголя и марихуаны на 59-75%. Данные долговременного наблюдения за выпускниками программы, собранные из различных источников и охватывающие около 6000 учащихся 56 школ, показали значительное снижение уровня курения, употребления алкоголя и марихуаны через 6 лет после внедрения программы. Курение табака, марихуаны и употребление алкоголя было на 44% ниже, чем в контрольной группе, а регулярное (еженедельное) употребление различных психоактивных веществ было на 66% ниже.

Эксперимент по противоалкогольным профилактическим мерам среди подростков.

Это **универсальная** школьная программа для 5 класса, с закрепляющим курсом в 7 классе. Она включает две основные стратегии: обучение навыкам сопротивления и нормативный курс. *Обучение навыкам сопротивления* рассчитано таким образом, чтобы привить детям социальные и поведенческие навыки, которые помогут им отказаться от употребления наркотиков в случаях их предложения. *Нормативный курс* специально разработан для борьбы с влиянием пассивного социального давления и эффекта социального моделирования. Он сфокусирован на исправлении ошибочных представлений о преобладании в обществе людей, злоупотребляющих алкоголем, табаком и наркотиками и «естественности» злоупотребления психоактивными веществами. Результаты исследования эффективности данной программы показали, что сочетание тренинга сопротивления употреблению наркотиков и нормативного образования предотвращали употребление наркотиков.

Сиэттлский проект социального развития.

Это – универсальная школьная воспитательная программа для первых - шестых классов. Она направлена на уменьшение риска совершения проступков и употребления наркотиков для детей через усиление защитных факторов. Многокомпонентный процесс обучает педагогов начальной школы использовать

активное управление классом, интерактивные обучающие стратегии и совместное антинаркотическое обучение в своих классах.

По мере того, как дети переходят из класса в класс, родителям предлагается тренинговый курс «Как помочь вашему ребенку успевать в школе», программа тренинга навыков ведения семейных дел «Общайтесь с ними, когда они в хорошем расположении духа» и программа «Подготовимся к жизни без наркотиков». Программы направлены на повышение умений, возможностей и поощрений в процессе социально-полезного вовлечения детей в школьные и семейные мероприятия и укрепление связей со школой и семьей и приобщение к нормам, предполагающим отказ от наркотиков.

Длительное изучение эффективности результатов данной программы показало, что обучавшиеся в программе показывают положительные результаты: снижение антисоциального поведения; улучшение академической успеваемости; большую степень приверженности школе; снижение уровня отчужденности; более крепкие связи с теми, кто ведет просоциальный образ жизни; улучшение поведения в школе и уменьшение количества случаев употребления наркотиков.

Обучение подростков, направленное на избежание употребления стероидов: программа ATLAS (Adolescents Training and Learning To Avoid Steroids).

ATLAS является многокомпонентной универсальной программой для мальчиков-старшекласников, занимающихся бодибилдингом. Она разработана для снижения факторов риска употребления анаболических стероидов и других препаратов и одновременной пропаганды здорового спортивного питания и альтернативных способов силовых тренировок вместо запрещенного использования препаратов, увеличивающих мышечную массу. Тренеры и товарищи по команде способствуют проведению курса с применением специальных печатных руководств в небольших группах совместного обучения, пользуясь всеми преимуществами влияния тренерского состава и атмосферы команды.

Семь 45-минутных уроков в классе и семь циклов физических тренировок состоят из ролевых игр, состязаний и образовательных игр. Вспомогательные средства обучения включают «карманного» размера пакет с питанием, руководства по выполнению упражнений и рабочие тетради с простыми рекомендациями. Родители привлекаются к выполнению совместных домашних заданий и к изучению буклета «Семейное руководство по правильному питанию спортсменов».

Программа укрепления семей.

Укрепление семей является выборочной профилактической многокомпонентной программой, нацеленной на семью. Предполагается, что она должна обеспечить защиту детей от 6 до 10 лет от влияния людей, употребляющих наркотики.

Программа состоит из трех элементов: тренинга родителей, тренинга умений детей и тренинга семейных умений. В каждом из 14 еженедельных занятий первый час родители и дети занимаются отдельно. В течение второго часа родители и дети собираются вместе для тренинга семейных способностей. После этого семьи ужинают, смотрят фильм и развлекаются вместе.

Тренинг родителей направлен на повышение родительских навыков взаимодействия с детьми и снижение употребления родителями психоактивных веществ. *Тренинг умений детей* позволяет детям приобрести навыки социально компетентного и адаптивного поведения. *Тренинг семейных умений* улучшает семейную атмосферу, вовлекая оба поколения в обучение новым способам поведения и применение их на практике.

При оценке эффективности программы выяснилось, что основными результатами ее являются уменьшение семейных конфликтов, улучшение общения в семье, а также снижение уровня неадекватного поведения, агрессивности и злоупотребления наркотиками у молодежи.

Программа «Семья – в центре внимания».

Эта программа является выборочной для родителей, находящихся на лечении, и их детей. Она имеет основной целью снижение использования запрещенных

законом наркотиков путем обучения предупреждению и предотвращению рецидива употребления наркотиков. Также родителей обучают, как лучше вести семейные дела. Обучение родителей состоит из 5-часового занятия отдельно от семей и 35 полуторачасовых совместных тренингов для родителей и детей. Дети посещают 12 занятий в рамках курса развития соответствующих навыков вместе со своими родителями.

Темы курса включают укрепление семьи, профилактику рецидива употребления наркотиков, общение в семье, управление семейными делами, формирование четких семейных принципов относительно употребления алкоголя и других психоактивных веществ, обучение детей различным навыкам (таких, например, как преодоление трудностей и сопротивление предложениям употреблять наркотики), а также помощь детям в улучшении успеваемости.

«Разъединяющая молодежная программа» (Eggert et al., 1994, 1995).

Это школьная профилактическая программа **по показаниям**, нацеленная на учеников последних классов, имеющих плохую успеваемость и близких к исключению из школы. Они также могут иметь другие проблемы (злоупотребление психоактивными веществами, депрессии, суицидальные наклонности). Программа обучает способности сопротивляться факторам риска и удерживаться от наркотиков после первого употребления.

В программу принимаются ученики, которые плохо успевают в школе, часто прогуливают, уже пытались оставить школу или очень близки к этому.

Программа включает в себя социальную поддержку и тренинг жизненных навыков со следующими компонентами:

Класс Личностного Роста с ежедневными занятиями, разработанными таким образом, чтобы развить самоуважение, саморефлексию, навыки межличностного общения и умение преодолевать трудности.

Мероприятия по повышению социальной активности и укрепления связей со школой, направленные на развитие социальной активности и дружеских отношений без наркотиков, а также улучшение отношения подростков в школе;

План действий школы в ответ на кризисные ситуации, направленный на профилактику самоубийств.

Исследования эффективности этой программы показали, что она улучшает активность в школе; повышает уверенность в себе, саморефлексию, связь со школой и социальную поддержку; уменьшает приобщение к употреблению наркотиков и связи с асоциальными сверстниками; помогает преодолевать депрессию, гнев, агрессию, чувство безнадежности, стресс и суицидальное поведение. Обучение в Классе Личностного Роста вносит большой вклад в уменьшение увлеченности наркотиками и риска суицидального поведения.

Программа для переходного подросткового возраста.

Эта школьная программа сфокусирована на родительском воспитании и интегрирует *универсальный подход, выборочный подход и подход по показаниям* в широкой профилактической работе в средних и старших классах общеобразовательной **школы**.

Универсальный уровень стратегии данной программы, направленный на родителей всех учащихся, предполагает создание в школе «Комнаты семейных ресурсов». Ее целями является вовлечение родителей в профилактическую деятельность, выработка родителями общих правил воспитания детей, распространение информации о риске, связанном с проблемным поведением и использованием психоактивных веществ. Видеокассета «Родительское воспитание в подростковом возрасте» помогает родителям определить внешне заметные факторы риска и концентрирует внимание на использовании навыков эффективного ведения семейных дел и управления семейными взаимоотношениями, включая позитивное подкрепление, наблюдение, установление ограничений и нормальных отношений для облегчения выяснения уровня и областей риска.

На *выборочном* уровне вмешательства программа «**Проверка Семьи**» предлагает осуществить оценку риска в семьях и их профессиональную поддержку с тем, чтобы понять, в каких их семей высок риск проблемного поведения и употребления психоактивных веществ.

На уровне *подхода по показаниям* учебный курс «**Родители – в центре внимания**» обеспечивает прямую профессиональную поддержку родителям, чтобы они могли выполнить все действия, рекомендованные программой «Проверка Семьи». Помощь может включать поведенческую семейную терапию, родительские группы и работу по непосредственной помощи клиентам. Следуя этой поэтапной стратегии, имеющая показания для вмешательства семья должна сначала участвовать в программе «Проверка Семьи» и получить информацию из «Комнаты семейных ресурсов» о факторах риска на ранних этапах приобщения к наркотикам и о действиях родителей, направленных на снижение риска использования наркотиков их детьми.

Программа выполняется в виде серии профилактических экспериментов, которые задействуют курс «Родители – в центре внимания» и другие методы воздействия, включая работу с подростками с высоким уровнем риска (например, курс «Подросток – в центре внимания») и узконаправленные методы, включая видеокассеты и листовки. Полученные в результате исследования эффективности этой программы данные показали, что профилактическая работа с родителями подростков из группы риска нужна, чтобы снизить рост употребления наркотиков, а повторяющиеся закрепляющие курсы необходимы в течение всего опасного периода. Такой подход оказался чрезвычайно важным, поскольку было установлено, что подростков из группы риска не следует собирать вместе в одних группах. Это может только ухудшить их и без того проблемное поведение, включая неприемлемое поведение в школе и употребление наркотиков.

Национальный институт зависимости от наркотиков США (NIDA) ежегодно публикует информацию о лучших профилактических проектах. Одним из таких

явился проект «Мост сквозь годы», который включает совместную работу с детьми в возрасте от 10 – 13 лет и с взрослыми до 55 лет с целью объединения представителей различных поколений. Он включает такие аспекты как развитие школьной поддержки, поддержки сообщества, семей, административных структур и средств массовой информации.

Глава 6. Основные понятия профилактики наркомании и алкоголизма.

6.1. Первичная, вторичная и третичная профилактика.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ рассматривается как одно из важнейших и эффективных направлений профилактики неинфекционной патологии. В основе разработанной нами интегративной модели первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании и алкоголизма лежат современные вышеизложенные превентивные подходы. Модель отличается тем, что базируется на интеграции когнитивно-поведенческих теорий (теория стресса и копинга), теорий социального влияния и самооффективности, психодинамической концепции, мотивационной теории и концепции социальной поддержки. Кроме того, модель учитывает специфические особенности общества, социальной ситуации и тех контингентов, для которых она предназначена.

Первичная профилактика наркомании и алкоголизма имеет целью предотвратить возникновение нарушения или начала болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями: а) развивая и усиливая мотивацию на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует; б)

направляя процесс осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды; в) усиливая адаптационные факторы или факторы стрессорезистентности, ресурсы личности и среды, понижающие восприимчивость к болезни, г) воздействуя на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения, д) развивая процесс самоуправления индивидом своей жизнью (управление само осознанием, поведением, изменением, развитием); е) развивая социально-поддерживающий процесс.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее контингентом является общая популяция детей, подростков и молодых людей.

Первичная профилактика стремится полностью избежать патологических исходов, редуцировать число 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 тем самым укрепить здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Цели первичной профилактики

Цель 1 – информация, формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Контингенты воздействия – дети, подростки в школе, молодёжь в учебных заведениях, родители (семья), учителя, внешкольные подростковые, молодёжные коллективы и группы, дети на улице, неорганизованные группы населения.

Цель 2 – формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Контингенты воздействия – семья (родители), учителя, дети, подростки в школьных коллективах, неорганизованные группы детей, дети на улицах, неорганизованные группы населения.

Цель 3 – развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Контингенты воздействия – дети, подростки и молодёжь в школьных коллективах и вне них, вузах, учителя, родители (семья).

Подготовка специалистов – тренеров из числа школьных психологов, социальных педагогов, школьных учителей, студентов психологических и педагогических факультетов вузов.

Цель 4 – развитие стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, избегания искушению наркотизации.

Контингенты воздействия – дети, подростки и молодёжь в школьных коллективах и вне них, вузах, учителя, родители (семья).

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики осуществляются посредством:

1. воздействия средств массовой информации;
2. обучающих технологий;
3. альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодёжной активности;
4. создания социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодёжные просоциальные организации и т. д.);
5. антинаркотических мотивационных акций;
6. системы деятельности социальных работников и волонтёров;
7. системы ювенальной юстиции;

Медико-психологические технологии первичной профилактики направлены на преодоление социально-психологического стресса. Они осуществляются путем:

1. Развития личностных ресурсов;
2. Формирования социальной и персональной компетентности;
3. Развития адаптивных стратегий поведения;
4. Формирования функциональной семьи.

Медико-биологические технологии первичной профилактики определяются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Вторичная профилактика наркомании и алкоголизма.

Резкое преобладание числа потребителей психоактивных веществ и лиц, проявляющих поведение риска, являющихся социальным резервом роста заболеваемости алкоголизмом и наркоманией над количеством больных, определяет поле воздействия вторичной профилактики. В целом она является развитием *интегративной мультисистемной, в том числе и социально-поддерживающей, психотерапевтической модели.*

Главной целью вторичной профилактики является изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные predispositions личностных, поведенческих и других расстройств, характеристиками среды, воздействующей на индивида, специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик. При этом среда рассматривается как носитель такого доминирующего фактора как стресс, *(любое требование среды следует рассматривать как стресс, в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление, резко увеличивается как реакция на нарушенное поведение индивида)*, а само поведение индивида – как фактор риска наркомании или алкоголизма.

По своей направленности на контингент риска вторичная профилактика является массовой, индивидуальной в отношении коррекции поведения отдельных лиц. Она

включает в себя как социальные, психологические, так и медицинские меры специфического и неспецифического характера. Вторичная профилактика преследует ряд целей.

Цель 1 – формирование мотивации на изменение поведения.

Контингент – дети, подростки и молодёжь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодёжи, взрослого населения.

Цель 2 – изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Контингент – дети, подростки и молодёжь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодёжи и взрослого населения.

Цель 3 – формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Контингент – сверстники и взрослые (семья, учителя, специалисты, непрофессионалы).

Социальные технологии вторичной профилактики включают:

1. Формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;
2. Формирование мотивации на изменение поведения;
3. Развитие проблем преодолевающего поведения;
4. Формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

Медико-психологические и психотерапевтические технологии вторичной профилактики включают:

1. Преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
2. Осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
3. Развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);

4. 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, своё поведение и его последствия, восприятие социальной поддержки, изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье, формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Медико-биологические технологии вторичной профилактики заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

Третичная профилактика наркомании и алкоголизма.

Третичная профилактика наркомании и алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшения вероятности рецидива заболевания. Второе направление третичной профилактики – снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов к прекращению их употребления.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на непатологические. Данный вид профилактики является медицинским, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Этот вид профилактики 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.

Технологии третичной профилактики *имеют целью* формирование социально-поддерживающей и развивающей среды (социально-поддерживающие и терапевтические сообщества, локальные и территориальные программы, программы на рабочих местах, социальные программы, альтернативные употреблению наркотиков).

Медико-психологические и психотерапевтические технологии третичной профилактики предусматривают:

- Мотивационную терапию;
- Тренинг профилактики рецидивов;
- Тренинг эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности;
- Тренинг когнитивного развития
- Индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на развитие личностных и средовых ресурсов.

Стратегии профилактики.

Существующее множество профилактических стратегий можно условно подразделить на:

1. Профилактику, основанную на школе (школьные программы);
2. Профилактику, основанную на семье (семейные и родительские программы);
3. Профилактику в организованных общественных группах населения;
4. Профилактику с помощью средств массовой информации;
5. Профилактику, направленную на группы риска в школе и вне школы;
6. Систематическую подготовку специалистов в области профилактики;
7. Мотивационную профилактическую работу;
8. Профилактику рецидивов;
9. Терапию социальной средой;
10. Активность, направленную на снижение вреда от употребления наркотиков.

6.2. Концептуальная модель первичной профилактики зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ.

Концептуальная профилактическая модель, разработанная авторами данного пособия, базируется на решении представленных выше целей профилактики зависимости от психоактивных веществ. Она предусматривает развитие ресурсов личности человека и социальной среды. Таким образом, предполагает внедрение целого ряда профилактических программ для детей, подростков, молодежи различного возраста, а также программы 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:

1. Формирование здорового жизненного стиля, высоко функциональных стратегий поведения и личностных ресурсов, 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, связи злоупотребления наркотиками и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями его преодоления.
3. Направленное осознание имеющихся 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 перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;
- осознание потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

4. Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

- формирование позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;
- формирования умения адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;
- формирование умения ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их;
- формирование умения контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;
- формирование умения осознавать, что со мной происходит и почему, анализировать собственное состояние;
- формирование умения сопереживать окружающим и понимать их, понимать мотивы и перспективы их поведения (формирование навыков эмпатии, аффилиации, слушания, диалога, разрешения конфликтных ситуаций, выражения чувств, принятия решений);
- формирования умения принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку окружающим.

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

- навыков принятия решения и преодоления жизненных проблем;

- навыков восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;
- навыков оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;
- навыков отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;
- навыков защиты Я, само - и взаимоподдержки;
- навыков избегания ситуаций, связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ и другими формами саморазрушающего поведения;
- навыков и умений использовать альтернативные психоактивным веществам способы преодоления стресса, получения радости и удовольствия;
- навыков бесконфликтного и эффективного общения.

Задачами программ первичной профилактики для родителей являются:

- Дать знания родителям о психологических особенностях ребёнка, подростка, эффектах психоактивных веществ, особенностях семейных взаимоотношений, семейных стрессах и поведении, направленном на их преодоление (формирование семейного проблем преодолевающего поведения);
- Помочь осознать собственные личностные, семейные и социальные ресурсы, способствующие преодолению внутрисемейных проблем и проблем взаимоотношения с детьми в семье;
- Определить направления и стратегии развития личностных, семейных и социально-средовых ресурсов;
- Определить направления и стратегии развития личностных ресурсов у детей (Как взаимодействовать с ребёнком, чтобы его личностные и семейные ресурсы развивались, а не подавлялись. Как сделать свою семью

социально и психологически поддерживающей, а не подавляющей системой);

- Обучить навыкам социально и психологически поддерживающего и развивающего поведения в семье и в процессе взаимоотношений с детьми;
- Выявить родителей, нуждающихся в индивидуальной консультативной помощи;
- Выявить родителей, готовых осуществлять консультативную поддержку другим семьям. Обучить их основам оказания социально-психологической и консультативной помощи другим родителям.

Программы первичной профилактики для учителей строятся таким образом, что существенное место в них отводится обучению педагогов установлению 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 разделы, которые представляют собой лекции-беседы, обсуждения, ролевые игры и другие психотехнологии, направленные на осознание процессов взаимного психологического развития учителя и ученика.

В группе, в которой проводится профилактическая работа, очень важно установление доверительных, честных, эмоционально и социально поддерживающих отношений. Занятия с младшими подростками должны проводиться преимущественно в игровой форме, но и содержать в себе 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,

конфиденциальность, возможность открыто высказывать своё мнение и обозначать свою позицию, принимать на себя ответственность за активность и успешность работы группы. Необходимо поддерживать согласованность в выполнении заданий участниками и решений, принимаемых группой. Очень важным компонентом работы является выполнение домашних заданий, которые предназначены, прежде всего, для включения в профилактическую активность членов семьи, друзей. Это способствует улучшению взаимоотношений с представителями социальной среды и позволяет им включаться в программу. Кроме того, выполнение домашних заданий способствует самостоятельному осмыслению опыта, полученного на занятиях и в жизни. Ещё одним важным компонентом в группе, где проводится профилактическая программа, является использование эффектов группового взаимодействия и развития. Это означает, что процесс занятий в группе представляет собой развивающуюся систему взаимоотношений, получения и осмысления информации и жизненного опыта. Члены группы в процессе её развития действуют по отношению друг к другу в направлении взаимного понимания и поддержки. Таким образом, происходит развитие важнейших качеств личности, способствующих повышению социальной компетентности и эффективному процессу преодоления жизненных стрессов, высокому уровню развития личности, способности воспринимать и оказывать психологическую поддержку, эмпатийных и аффилиативных тенденций, способности искать, находить и получать поддержку от других, самим выбирать себе друзей и лиц, с которыми будет строиться процесс общения, то есть самому управлять своим поведением, эффективно решать социальные проблемы. Научившись развивать эти качества в себе, члены группы смогут обучить им других, например – друзей, членов семьи и т.д.

В процессе проведения программ выделяются группы волонтеров для проведения дальнейшей профилактической активности: подростков, учителей и родителей. Эти группы в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Первым этапом развития программы является работа с лидерами- учителями школ, призванных в дальнейшем активно сотрудничать и содействовать в проведении программы.

Предусматривается также проведение “круглых столов” для администрации региона и комиссий по делам несовершеннолетних.

Этапы профилактической работы:

Используются как долговременные, так и краткосрочные формы проведения программ. Это зависит от поставленных целей. Однако следует понимать, что эффективность от краткосрочных программ будут значительно меньше. Они используются в первую очередь для формирования мотивации на здоровое поведение и для того, чтобы в дальнейшем можно было без сопротивления со стороны школ и общественных групп проводить долгосрочные программы на основе делового и доверительного сотрудничества.

Долгосрочные программы проводятся в несколько этапов.

I этап - подготовка субспециалистов из числа школьных психологов и учителей. (Субспециалисты – это люди, понимающие цели, задачи и сущность профилактической деятельности, способные при необходимости осуществлять элементы профилактики). С этой целью проводится интенсивная программа. Ее задача – подготовить коллектив школы для принятия и проведения долгосрочной работы, то есть – обеспечить развитие социально-поддерживающей среды для детей и подростков, с которыми в дальнейшем будут проводиться работа. Если программы проводятся вне школы, а предназначены для детей и подростков, не включенных в организованные коллективы, то первый этап программы проводится для администрации района или округа, с целью создания поддерживающей установок руководителей и общественных лидеров.

II этап - работа со школьниками - подростками (долгосрочная программа в течение года и поддерживающая программа в течение всего периода обучения в школе).

III этап - работа с родителями в течение года.

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

Методы профилактической работы:

1. Групповая работа;
2. Тренинг поведения;
3. Когнитивная модификация и терапия;
4. Личностный тренинг;
5. Дискуссии;
6. Мозговые штурмы;
7. Беседы;
8. Лекции;
9. Ролевые игры;
10. Психогимнастика;
11. Элементы психодрамы;
12. Элементы индивидуальной и групповой психотерапии;
13. Круглые столы;
14. Совещания.
15. Супервизия.
16. Проведение методических занятий с супервизорами.

Предполагаемые результаты профилактических программ:

Уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других психоактивных веществ у детей, подростков и молодежи;

Формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у участников программ;

Развитие системного подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами в обществе;

Развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления психоактивными веществами;

Критерии эффективности профилактических программ:

Любая профилактическая работа требует оценки ее эффективности. Естественно, что оценка эффективности профилактических программ не должна быть субъективной. Необходим учет соответствующих критериев эффективности, а также использование строгого, но простого в использовании измерительного аппарата – батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих изменениях в результате профилактического вмешательства, корректировать действия, изменять направления работы, ее форму и содержание, если это необходимо. Авторами пособия разработана батарея методов измерения эффективности профилактических программ и проводится их научная апробация. Доказано, что предлагаемые широкому читателю программы имеют высокую позитивную эффективность.

Основными критериями эффективности профилактических программ являются:

- уменьшение факторов риска злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами;
- усиление личностных ресурсов, препятствующих развитию саморазрушающих форм поведения;
- наличие навыков противодействия наркотизирующей среде, решения жизненных проблем, эффективного общения, поиска, восприятия и оказания

социальной поддержки в сложных жизненных ситуациях, принятия ответственности за собственное поведение;

- развитие стратегий проблем преодолевающего поведения и избегания ситуаций, связанных с риском наркотизации.

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

Критерии развития эффективных программ первичной профилактики.

Далеко не любые программы профилактики являются эффективными. Поэтому разработан ряд критериев, соответствие которым является признаком того, что программа может оказаться эффективной при условии ее профессионально грамотного и четкого выполнения. Эти критерии следует учитывать при планировании профилактической деятельности.

1. Наличие концептуальной основы и ее адекватность современным направлениям профилактики;
2. Четкость и реалистичность в постановке цели и задач программы;
3. Направленность на усиление протективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска;

4. Основная цель - направленность на работу со всеми психоактивными веществами;
5. Развитие ресурсов личности;
6. Развитие социальной среды: включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике детских и подростковых программ, чтобы инициировать внутрисемейное обсуждение и выработку четкой внутрисемейной политики;
7. Формирование эффективных стратегий поведения;
8. Применение интерактивных и тренинговых методов работы: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь и т.п.;
9. Соответствие возрастным категориям;
10. Сопровождение в СМИ;
11. Содержание блока правового регулирования – повышение правовой компетентности;
12. Привлечение общественного внимания к проблеме;
13. Возможность дальнейшего распространения знаний, навыков и умений на другие группы населения;
14. Долгосрочность, цикличность программ, повторяющееся воздействие;
15. Интенсивность и четкий алгоритм действий;
16. Учет местной специфики;
17. Развитие местных ресурсов для обеспечения программы: подбор и обучение кадров; информационное и методическое обеспечение;
18. Мониторинг и контроль над эффективностью программы;
19. Конкретность формулировки ожидаемых результатов;
20. Оправданность экономических затрат.

6.3. Теоретические основы концептуальной профилактической модели.

6.3.1. Теоретические подходы к развитию стратегии разрешения проблем.

Теоретическим основанием развития стратегии разрешения проблем, как одной из важнейших структур формирования функционального адаптивного поведения, основного жизненного навыка, явилась модель Т. D’Zurilla, А. Nezu, М. Goldfried, впервые описавших модель разрешения социальных проблем (D’Zurilla Т., Goldfried М., 1971; D’Zurilla Т., Nezu А., 1982). Разрешение социальных проблем рассматривается как когнитивно-поведенческий процесс, путем которого личность обнаруживает эффективные стратегии преодоления проблемных ситуаций, встречающихся в повседневной жизни, как основная стратегия, цель которой открытие широкого круга альтернативных решений, которые способствуют общей социальной компетентности. В то же время разрешение социальных проблем рассматривается как составляющая копинг-процесса, важный комплекс навыков для эффективного управления повседневными проблемными ситуациями.

Выделяется пять специфических компонентов процесса:

- 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);
- 4) Принятие решения (системное развитие цепи альтернативных решений проблемы, рассмотрение последствий и выбора оптимальных альтернатив);
- 5) Выполнение разрешения и проверка, подтверждение и наблюдение за развитием результатов решения.

Ориентация в проблеме отражает основной комплекс ответов, которые личность использует в связи с восприятием актуальных проблем. Этот этап предполагает следующие шаги научения:

- 1) Точное узнавание и идентификация проблемы, когда она возникает;
- 2) Принятие веры в то, что проблемы в жизни – есть нормальное и неизбежное явление;
- 3) Выработка убеждений в том, что существуют эффективные способы решения проблемы;
- 4) Разрушение и модификация негативного комплекса разрешения проблемы, который заключается в когнитивной оценке проблемной ситуации как «угрозы», а не как «вызова» или «изменения», сохранении нерационального убеждения в том, что проблема у меня никогда не может возникнуть, развитии ощущения глобальности и стабильности проблем, безответственности и беспомощности при столкновении с проблемами, преувеличении ценности существующей проблемы и напряженности социальной ситуации.

Определение проблемы и ее формулирование.

Цель этого компонента – правильно оценить проблему и сформулировать реальную цель или задачу ее разрешения. В эту операцию включаются четыре важных компонента:

- 1) поиск всей имеющейся в наличии информации о проблеме;
- 2) внимательное описание всех фактов, связанных с проблемой в ясных и конкретных терминах;
- 3) дифференциация относящейся к делу информации от не относящейся, объективных фактов от необъективных фактов и выводов, оценок, интерпретаций;

- 4) определение фактов и обстоятельств, которые делают ситуацию проблемной, то есть настоящих препятствий к достижению цели, определение конфликта между целями, присутствия угрозы, чувства фрустрации и т.д.
- 5) постановка реалистической цели разрешения проблемы с описанием деталей желательного исхода.

Генерация альтернатив.

Генерация альтернатив – создание альтернативных подходов. В этой стадии разрешения проблемы интерпретируются личные альтернативные варианты разрешения и максимизируется осознание вероятности того, что наиболее эффективные среди этих решений будут возможны. В этой стадии используются две основные техники, содействующие процессу – техника 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.

Количественный принцип предполагает, что чем большее количество альтернатив генерализуется, тем больше вероятность выбора из них более эффективных.

Принятие решения.

Цель этой стадии – развить имеющиеся возможности разрешения проблемы и выбрать наиболее эффективные альтернативы. Эффективность разрешения определяется согласно следующих характеристик. Эффективными являются альтернативы, которые: а) эффективно разрешают ситуацию; б) в дополнении к разрешению проблем максимизируют позитивные последствия в целом и минимизируют негативные. Большое внимание в этой стадии отводится оценке

данной 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 может включать невнимание к широкому кругу последствий, связанных с каждой альтернативой. Могут быть рассмотрены четыре категории последствий – прямые последствия, долговременные последствия, личностные последствия (направленные на себя) и социальные последствия (направленные на других). Направленные на себя (личностные) могут включать увеличенное количество времени или попытку потребовать выполнения особой альтернативы, личностных (эмоциональных) издержек, нарушения этических, моральных стандартов, риска физического благополучия. Социальные последствия могут включать воздействие на семью, друзей, коллег по работе и общество. Оценка ценности и вероятности этих последствий помогает вести человека к пониманию того, выбор каких альтернатив, вероятно, будет наиболее эффективным. Однако, наряду с тщательным взвешиванием последствий принятия решений, следует учитывать и здоровое стремление к осознанному риску в принятии решения.

Выполнение решения и проверка.

Эта процедура включает четыре специфические операции:

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

Существенным содержанием этой стадии является сравнение реального принятого решения с ожидаемым. Если сравнение этой пары удовлетворяет личность, значит, решение проблемы можно осуществить. В дальнейшем следует процесс достоверного наблюдения за последствиями и их оценка.

Следующий процесс – самовознаграждение, который является позитивным исходом разрешения. Он усиливает восприятие силы Я и укрепляет веру в личностный контроль. Эта фаза необходима для будущих проблем разрешающих попыток.

6.3.2. Подходы к развитию и модификации когнитивного компонента поведения.

Цель этих подходов – развитие интернального контроля, управления ситуацией и выбором, противодействия давлению среды, развитие самоконтроля, самооэффективности, социальной и само - 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, а представляют собой динамическое движение, ведущее от незрелости к зрелости, на которое влияют биологические, индивидуальные факторы и опыт взаимодействия со средой.

Процесс когнитивного роста происходит на различных уровнях и начинается со способности критически и концептуально мыслить. J. Piaget описал эволюцию формального операционального мышления, в процессе которого у детей и подростков формируется концептуализация понятий о себе и о мире (Piaget J., 1932). В процессе развития конкретного мышления и получения эмпирического опыта, ребенок приобретает способность мыслить абстрактными категориями, символами и гипотетическими измерениями. В то же время, как правило, формируются и более реалистические планы на будущее. Когнитивные процессы принимают участие в становлении личностной идентичности (Guidano V., Liotti G., 1983). Способность формировать альтернативные объяснения и рассматривать различные перспективы приводит к социальной адаптации и способности разрешать проблемы взросления

(Erikson E., 1963). Когнитивные процессы способствуют повышению социальной и самокомпетентности и развитию способности противостоять среде. D. Elkind подчеркивает персонцентрические особенности подросткового взгляда на мир и проблемы (Elkind D., 1967). По его мнению, подростки считают, что весь мир разделяет их идеи и заблуждения. При этом интенсивное осознание результатов поведения, являющегося следствием заблуждений, формирует у подростков более объективную точку зрения на мир.

Развитие когнитивных возможностей влияет на развитие навыков преодоления проблем и межличностной эффективности. Негибкость и ограниченность поведенческих стратегий в детстве в большинстве случаев сменяется более адекватными творческими и эмпатическими навыками во взрослом периоде. Самоуважение и самоэффективность, являющиеся продуктом развития когнитивных процессов, создают возможность адекватно реагировать на стрессовые ситуации и справляться с ними, ведут к формированию высоко функционального поведения.

В разработанной нами превентивной модели использован принцип измерения когнитивной зрелости G. Schrodт и В. Fitzgerald, рассматривающих 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. В области социального познания, согласно данному принципу, когнитивное развитие происходит от экстернального локуса контроля к автономии; от эго - и персонцентричности 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 совестливости, 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 (Schrodt G., Fitzgerald B., 1987).

6.3.3. Подходы к развитию социально-поддерживающей системы и социально-поддерживающего процесса при взаимодействии личности и среды.

Теоретические подходы к развитию данного направления в практике превенции злоупотребления наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами базируются на работах Т. Wills (1985 – 1990), А. Vaux (1990), S. Cohen (1985), М. Barrera (1981), S. Cobb (1976), В. Sarason (1987) и ряда других исследователей, определяющих понятие социально-поддерживающего процесса, как важнейшего психосоциального звена в формировании физического и психического здоровья человека, либо, 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 имеют с другими, согласно их интересов и взглядов. Социальные сети являются источником социальной поддержки. От их структуры может зависеть эффект социальной поддержки. Кроме того, социально-поддерживающий эффект зависит от личностного ресурса восприятия социальной поддержки. Чем лучше развит этот ресурс, тем выше эффект. Третьим элементом социальной поддержки является копинг-стратегия поиска социальной поддержки. Уровень ее развития

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 посредством обучения восприятию, поиску и оказанию социальной поддержки, модификации, формирования и создания социально-поддерживающих сетей.

Наши программы развития социально-поддерживающего процесса включают формирование социально-поддерживающей сети, способной оказать эмпатическую и фактическую поддержку и обучающей на примере своего функционирования такому поведению (сверстники, педагоги, родители). Это – программы обучения и личностно-социальной коррекции, которые предполагают создание социальных сетей, обучающих здоровому и поддерживающему поведению детей и подростков по типу «снежного кома».

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

Развитие социально-поддерживающих сетей с целью вторичной и третичной профилактики предполагает подготовку «доноров» социальной поддержки – субтерапевтов, основанную на получении определенной информации, обучении поведенческим навыкам и на осознании собственного опыта преодоления психосоциальных проблем. В целом, субтерапевты – взрослые и молодые люди, пройдя отбор и тщательную подготовку, оказывают поддерживающие функции, включаясь в групповые процессы в среде детей и подростков, проявляющих поведение риска или аддиктивные формы поведения, а также имеющие не преодоленные серьезные проблемы. Такого рода вмешательство проводит параллель

между психотерапией и социальной поддержкой и проводится под руководством специалиста.

6.3.4. Подходы к модификации стратегии избегания.

Стратегия избегания становится одной из ведущих поведенческих стратегий при формировании аддиктивного поведения. При этом формируется тенденция к немедленному снятию, избеганию возникающего в стрессовых ситуациях эмоционального напряжения путем использования психоактивных веществ. С другой стороны, 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 наших программах 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.

6.3.5. Подходы к развитию когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций.

Когнитивная оценка – процесс, посредством которого личность оценивает различные стрессогенные препятствия (Lazarus R., Folkman S., 1987). Она подразделяется на первичную, вторичную и переоценку.

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

Вторичная оценка включает рассмотрение альтернатив совладания с проблемой или стрессом, когда немедленный поведенческий ответ воспринимается как неподходящий. Это – когнитивная форма совладания. Если поведенческий ответ не рассматривается с точки зрения его адекватности, возникает тенденция к немедленной поведенческой реакции и эмоциональной экспрессии. Оценка зависит от многих факторов – предшествующего опыта, ресурсов, а также культурных и личностных ценностей, нормативных установок и т.д. Оценка далеко не всегда является адекватной, так как личность может игнорировать или искажать стимулирующее событие в своем восприятии.

Переоценка является результатом пересмотра жизненного события. Новые основания могут изменить мнение о событии. Переоценка события может повлечь за собой открытие новых ресурсов в личности или среде ее окружающей. Важность этого процесса подчеркивается R. Lazarus (1984, 1987) и A. Bandura (1977) в транзакциональной теории копинга и в теории социального научения. Согласно позиций этих авторов, копинг и адаптация являются продуктом множества интеракций между личностью и средой, их когнитивных и поведенческих последствий. Вследствие этого процесса происходит постоянное социальное научение и вырабатывается когнитивный и поведенческий стиль личности, который в последствие формируется как жизненный стиль. Эти основания позволяют доказательно утверждать, что развитие когнитивного компонента процесса адаптации личности в социальной среде является одной из важнейших целей построения профилактических программ, предусматривающих занятия, посвященные анализу и оценке жизненных стрессовых ситуаций, осознанному выбору поведенческих стратегий их преодоления.

6.3.6. Подходы к развитию навыков эмпатии, аффилиации и социальной компетентности.

Эмпатия и аффилиация тесно связаны с формированием различных форм поведения. В настоящее время аффилиация определяется как стремление человека быть в обществе других людей. Это стремление 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 определяется как многокомпонентный, но целостный процесс, включающий физиологический, кинестетический, аффективный, когнитивный и мотивационный компоненты,

существенно и положительно влияющий на качество общения и способствующий 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 аддикции.

С эмпатией и аффилиацией тесно связаны коммуникативная и социальная компетентность, представляющая собой сумму знаний и навыков о партнерах по общению и о коммуникативном процессе в целом, определяемую 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, организованного в систему эмоционального и межличностного понимания. С целью его развития в превентивной модели нами используются такие аспекты эмпатии как навыки межличностной коммуникации, альтруизм, мораль, способность понимать другого, уменьшение эгоцентрической позиции, поведенческий контроль в социальных связях и развитие Я-концепции. В качестве модели тренинга эмпатии нами используется трехкомпонентная модель N. Feshbach (1978). Она включает обучение *аффективной проницательности*, которая рассматривается как когнитивный навык, дающий возможность человеку устанавливать более эффективные взаимоотношения с окружающими. *Умение представлять себя в роли и оценивать перспективы поведения другого человека* рассматривается как второй когнитивный фактор, который отражает более продвинутый уровень когнитивно-поведенческого комплекса. Третий компонент – *аффективный*, отражает готовность к эмоциональному восприятию и поддержке. В наших разработках эта модель дополнена моделью Е. Ресуконис (1990), основывающейся на когнитивных функциях как фундаментальных в эмпатическом процессе.

Программа тренинга состоит из четырех компонентов: 1) анализ событий,

развитие способности объективно рассматривать и правильно интерпретировать события; 2) тренинг аффективной проницательности; 3) тренинг понимание роли и перспектив другого; 4) тренинг аффективной гармонизации. В процессе обучения подчеркиваются направления модели и используются визуальные, аудиальные и кинестетические компоненты. Тренировочные занятия проходят с применением дискуссий, вербализации и обучения. Работа записывается на магнитофон и видеокассеты для получения обратной связи.

6.4. Модель профилактического тренинга.

Разработанная авторами пособия модель профилактического тренинга основывается на понимании того, что формирование определенных форм поведения человека, в том числе и аддиктивных, является результатом адаптации его к проблемным и стрессовым ситуациям, возникающим постоянно в процессе жизни. При взаимодействии с другими людьми каждый индивидуум привносит в этот контакт свой опыт, стратегии поведения, ресурсы и возможности. Однако поведение человека далеко не всегда осознается. Неэффективные дезадаптивные формы поведения, как правило, неосознанны и препятствуют продуктивному формированию жизненного стиля. Из-за неспособности решения проблем у человека возникает ощущение собственной безуспешности, беспомощности, неудовлетворенности собой. В результате этого он начинает искать способы ухода от решения проблем, использует психоактивные вещества, алкоголь, наркотики и т.п. Они приносят временное облегчение, но их употреблением формирует дезадаптивные формы поведения и зависимость.

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

Поэтому усилия тренера в процессе тренинга должны быть направлены на помощь участникам в осознании того, что:

- 1) эффективное профилактическое воздействие возможно на основе развития стрессоустойчивой личности, способной продуктивно строить свою жизнь, эффективно преодолевать трудности и стрессы без употребления психоактивных веществ;
- 2) чтобы стать профессионалом в области профилактики, необходимо осознать собственные возможности и формы поведения, иметь мотивацию на дальнейшее личностное развитие и обучение навыкам стресс преодолевающего 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 погружаются в позицию другого человека - ребенка, подростка, родителя, учителя и на собственном опыте проживают, чувства и проблемы других людей. В ходе тренинга тренер актуализирует возможности участников в понимании себя и окружающих, мотивирует их на личностный рост и продолжение дальнейшей работы над собой и поддержку окружающих, обучает навыкам формирования здорового жизненного стиля, препятствующего злоупотреблению психоактивными веществами, дает знания, необходимые для дальнейшей жизни, свободной от психоактивных веществ.

Со смысловой точки зрения выделяются следующие стадии работы с группой:

1. Мотивация на эффективное участие в работе.

Каждый участник группы приходит на тренинг с определенными ожиданиями, порой неосознаваемыми желаниями. Поэтому очень важно, чтобы с самого начала каждый участник смог определить для самого 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 участникам в этом. Для этой цели он просит членов группы рассказать о том, что для них важно, 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 им возможность 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 1 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 участникам группы 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. Данный 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» и, 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 становятся более открытыми, начинают вести себя более естественно, спонтанно, раскрепощено. Одновременно с этим, у участников начинают оживать наиболее сильные переживания, присущие детскому возрасту. На данной стадии тренинга 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 не готовы еще сопоставить их с реальными проблемами «сегодняшнего дня», понять и принять интерпретации ведущего. Его вмешательство должно быть очень осторожным, дающим членам группы возможность самораскрытия и помогающим ощутить чувство безопасности и доверия к группе.

Б) Оценка актуальных поведенческих стратегий и ресурсов участников.

Тренер сосредотачивает внимание на взаимоотношениях участников с другими членами группы, выявляет их личностные ресурсы и формы поведения. Он делает наблюдения для дальнейшей работы, проясняет, какие проблемы существуют у участников, какие способы поведения могут помочь или помешать разрешению проблем и какие из имеющихся возможностей можно 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 режисировании 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 членов тренинговой группы к осознанию ресурсов своей личности и 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 «мощным 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 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 на этом этапе 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, 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. Данные изменения закрепляются при помощи проведения ролевых игр.

Задача ведущего на этом этапе – 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, чтобы участники могли получить позитивную обратную связь – со стороны друг друга. В результате участники 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, привести все в систему. 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.

Данная модель используется нами в работе с детьми, учителями, родителями и специалистами. Однако работа со специалистами имеет свои отличительные особенности. Помимо тренинговой формы занятий используются также лекционные и семинарские занятия.

6.5.Профилактическая работа с детьми и подростками.

Профилактическая работа с детьми и подростками может проводиться с использованием различных программ. Главное в ней соблюдение определенных принципов и требований. В данном пособии 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 следующая структура.

Программа состоит из 18 занятий, которые проводятся в течение 2 часов 2 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, из этого следует, что ее ведущие используют не верные 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 программы:

1. Представления 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 мальчиками и девочками.
9. Семья как единый организм. Понятие здоровой семьи и её 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. Формирования навыков заботы о себе и защиты своего Я. Умение говорить “Нет”
12. Развитие заболевания зависимости от психоактивных веществ и выздоровление. Выбор и ответственность. Альтернативные употреблению психоактивных веществ способы решения проблем и время проведения.
- 13 -15. Понятие стресса и проблем разрешающего поведение. Формирование навыков оценки проблемной ситуации и принятия решения. 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 к ведущим группы.

1. Ведущий должен иметь достаточное представление о проблеме употребления ПАВ, обладать необходимыми знаниями и информацией. Ему надо очень ясно понимать что:

- Зависимость от психоактивного вещества - это комплексное хроническое заболевание, имеющее определенные причины, симптоматику и развитие, это болезнь, имеющая биологические, психологические, социальные и духовные корни, что это семейное заболевание.
- Подростки имеют вполне определенные физиологические возрастные особенности, и они имеют право быть не такими как взрослые люди.
- Существует группа риска по развитию зависимости от психоактивных веществ среди подростков. Ведущий должен уметь ее определить.

2. Ведущий должен 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 опыту составителей данного пособия в 80% случаев ребята на занятиях спрашивают ведущего о том, пьет ли он спиртные напитки, курит ли сигареты, и если да, то зачем. Ведущие профилактических программ для детей и подростков должны стремиться к полному исключению психоактивных веществ из своей собственной жизни.

3. Ведущий должен обладать достаточно высоким уровнем личностного здоровья. Ему самому необходимо быть ответственным за свою жизнь, иметь адекватную самооценку, уметь делать выбор, иметь навыки общения и решения своих личных

проблем - одним словом уметь и иметь все то, что мы хотим от детей, с которыми работаем. 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. Ведущий должен 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 следующие важные способности ведущего:

- 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. умение пользоваться невербальным компонентом общения;
- Помнить и уважать себя в детском и подростковом возрасте;
- Знание подростковых стилей и способов овладения материалом и иметь большой багаж различных форм активности;
- Уметь получать удовольствие от работы с подростками и веселиться вместе с ними.

Весьма желательно, чтобы ведущих было несколько и уж никак не меньше двух. Такая форма работы как малые группы предполагает не больше 9-10 участников. Соответственно, если в учебной группе 30 человек, то ведущих должно быть не меньше трех. Это значительно облегчает работу тренеров и дает возможность взаимоподдержки, что крайне необходимо в работе с подростками. Кроме того, это помогает анализировать работу ведущих тренинга 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, т.к. это нарушает ощущение 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 достаточно звукоизолированно – в процессе проведения тренинга часто бывает шумно.
- В помещение не должны проникать посторонние звуки.
- Дверь должна быть закрыта на время занятий.
- Оптимально, если есть возможность сидеть и лежать на полу.
- Должна быть возможность крепить ватман к стенам.
- Помещение должно быть проветриваемо.

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 о себе, понимание своих чувств, эмоций, знание о возможных способах работы с ними, 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 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, формирование навыков принятия и выполнения решений, умения сказать “нет”, отстаивать 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 каждого занятия

Этапы	Время	Задачи	Средства	Роль ведущего
Приветствие		Обозначить начало занятия, создать особую атмосферу, подчеркнуть	Определенные ритуалы.	Обеспечить для каждого участника максимально комфортное вхождение в группу.

		безопасность.		
Начало работы	5 - 10 мин.	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 мин	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 мин	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.
Разминка	10 - 15 мин			
Работа по теме	25 мин			
Завершение занятия	10мин	1.Возможность «выплеснуть» накопившееся напряжение.	Подвижные и/или релаксационные игры.	Обеспечение безопасности участников.

		2. Завершение работы в позитивном эмоциональном состоянии.		
Прощание		Обозначить конец занятия.	Определенные ритуалы.	Эмоциональная поддержка детей.

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 минут.

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. Техника может вызвать бурные реакции участников- слезы, смех и т.п.

2.Разминка. Продолжительность 10 минут

Цель: Разрядка, сплочение.

Методы: «Я никогда не...» или любая подвижная игра

Заметки для тренера: в качестве разминки можно использовать любую подвижную игру.

Материалы для тренера:

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. Упражнение дает возможность завязать знакомство в игровой форме, разряжает обстановку.

3.Работа по теме занятия. Продолжительность 25 минут

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 минут

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.

Материалы для тренера:

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 минут.

Цель: осознание собственных границ и права защищать свои границы

Методы: игра в границы «Скажи стоп!»

Заметки для тренера: собственное участие в игре обязательно.

Материалы для тренера:

Игра в границы «Скажи стоп».

Участники по очереди подходят друг к другу. Тот, к кому подходят, должен сказать «Стоп», тогда, когда, на его взгляд, партнер приблизился на оптимальное расстояние. Игра направлена на осознание собственных физических и психологических границ.

6. Завершение работы. Продолжительность 10 минут.

Цель: сплочение группы, навык разговора о чувствах

Методы: завершающий обмен впечатлениями.

Материалы для тренера:

Игра «путаница».

Каждый из участников берет за руки двух других, стоящих, далеко друг от друга. Задача – «распутаться» не разнимая рук. Игра направлена на сплочение, выработку

бережного отношения друг к другу, снятие возбуждения. В ней могут принимать участие 5-10 ребят.

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.

Первый уровень семейных программ – программы для родителей детей и подростков, включенных в профилактическую систему. В рамках этой работы используется ряд аспектов:

- Мотивация родителей на включение в программную деятельность, анализ внутрисемейных отношений, изменение деструктивных паттернов поведения на конструктивные.
- Проведение профилактических тренингов для родителей и всех членов семей.
- Индивидуальная работа с родителями.
- Кроме этого в рамках программ первичной профилактики организуются «родительские экспертные советы», в задачи которых входит экспертиза профилактической программ, проводимых с их детьми, оценка ее эффективности, безопасности, определение фактов несогласия, замечаний по поводу тех или иных детских или семейных программ, 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 одним из ведущих и высоко мотивированных групп населения.

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

- a. Осознание и понимание смысла детско-родительских отношений.
- b. Проработка ролевых позиций (Я - ребенок, Я - взрослый, Я - родитель) и внутрисемейных стратегий построения взаимоподдерживающих отношений.
- c. Работа с самоидентификацией и Я – концепцией родителей.
- d. Проработка личностных проблем, берущих начало из детства и семейных стереотипов родителей.
- e. Осознание ответственности за собственную позицию в семье и свое поведение, а также за развитие позитивных изменений в семейной системе.
- f. Осознание и развитие личностных и личностно-средовых ресурсов, на основании которых может быть сформировано более эффективное поведение и система семейных взаимоотношений.
- g. Развитие этих ресурсов в родительских и детско-родительских тренинговых группах.
- h. Развитие поддерживающих стратегий поведения в семье.

Примером таких тренинговых программ могут служить «субботние» семейные программы. В рамках этих программ проводится тренинговая профилактическая работа по субботам в течение четырех часов: 1 час – тренинг с родителями; 1 час – тренинг с детьми; 1 час – детско-родительский тренинг и 1 час – индивидуальные консультации и ответы на вопросы.

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

Для семей, в которых обнаруживаются проблемы и трудности внутрисемейных взаимоотношений, специально подготовленными специалистами проводится системная семейная психотерапия.

Особое место в системе семейной профилактики занимают специальные программы. Их необходимость связана со следующими обстоятельствами.

- Многие дети из семей с низким экономическим 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 деньги и дозу наркотика бесплатно и за эту мизерную плату расширяют рынок наркопотребителей.
- По данным ряда исследователей использование наркотиков и других психоактивных веществ бездомными и беспризорными детьми до семи раз выше, чем наркотизация тех детей, которые имеют дом и семью. В связи с этим необходимо развитие специальных программ для бездомных детей и детей, проводящих основное время на улицах. Для этих целей необходима специальная подготовка специалистов в области социальной работы и развитие системы специальных многоступенчатых реабилитационных центров, имеющих низко пороговые структуры (например, клуб для детей, проводящих основное время на улицах), стационарный, полу стационарный и амбулаторный этапы реабилитации.

- Чрезвычайно загруженные работой родители, естественно, проводят меньше времени со своими детьми, уделяя им недостаточно внимания и слабо осуществляя мониторинг их времяпровождения. Повышенная занятость родителей на работе приводит к росту риска поведенческих проблем и связанной с ними зависимостью от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ у детей и подростков. В связи с этим необходимо развитие специальных программ для детей, родители которых не могут уделить им достаточного воспитательного внимания из-за особой занятости на работе.
- 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. Такие дети лишены родительской ролевой модели и не могут ориентировать свое поведение на конкретный пример. Это - ситуация особого риска поведенческих нарушений. Такие дети также нуждаются в специальных профилактических программах.
- Дети, воспитываемые преимущественно бабушками и дедушками также менее стрессоустойчивы и адаптивны, чем их сверстники, воспитываемые родителями. У них существует риск деформации Я-концепции в процессе развития и слабого развития личностных копинг-ресурсов. Такие дети также нуждаются в специальных профилактических усилиях.
- Дети, живущие в семьях с одним родителем, чаще имеют эмоциональные проблемы, чем их сверстники, трудности успеваемости и адаптации в школе, что является выраженным фактором риска формирования зависимости от психоактивных веществ. Им необходим специальный профилактический подход.

- Дети с нарушенным развитием и формирующейся патологией характера во много раз чаще употребляют наркотики и другие психоактивные вещества (National Center on Child Abuse and Neglect, 1994). Они нуждаются в специфических программах специальной стационарной и амбулаторной терапии.
- 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 (Department of Health and Human Services, 1993). Эти подростки нуждаются в программах социальной поддержки и преодоления стресса.

Пример одного занятия в рамках профилактического тренинга для родителей (Сценарная запись).

Снова в мир детства

«Мы все – лишь фрагменты семейных систем, плавающих вокруг и пытающихся как-то прожить эту жизнь, которая сама по себе вместе со всей своей патологией имеет межличностную природу».

Карл Витакер

Данное занятие посвящено психологическому развитию ребенка и влиянию родителей на формирование основ его личности. Предлагаем начать работу с теоретического материала:

На пути формирования личности ребенка встречаются множество «ловушек» и трудностей. Существует ряд факторов, которые могут повлиять на его развитие позитивно или негативно. Попробуем представить период, 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.

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 развития длится от полутора до трех-четырёх лет. Картина мира ребенка постепенно начинает усложняться, он начинает осознавать себя активно действующим существом. Уменьшается симбиотическая связь матери и ребенка. 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, сопровождающиеся чувством стыда перед родителями, 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 развития 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 разными 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.

Роли детей в дисфункциональных семьях

«В реальной драме человеческой жизни семьи сами создают роли, выбирают актеров для их исполнения и направляют ход действия».

Карл Витакер

Условно можно выделить 4 типа ролей, которые формируются у детей в дисфункциональных семьях:

-«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 непосильной для них. 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 им 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.).

-«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. Это маска, 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.

-«Шут» - ребенок, который пытается привлечь к себе внимание шутковством, 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.

-«Потерянный ребенок» - ребенок, который отказался от контактов с окружающей действительностью, живет в своем внутреннем мире фантазий и грез. Данные 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 этих навыков в творческой

деятельности, таким образом, изменяя и улучшая их. При поддержке окружающих такие дети могут стать интересными личностями: художниками, писателями, музыкантами. Если среда, в которой оказываются эти дети – неблагоприятна, 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

«Скульптура семьи»

Инструкция участникам:

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 проч.)

-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.

-Со - ведущий: 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?

-Со ведущий: 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, пойдём 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». В начале 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 все легко могу 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»: Эта сценка напомнила мне матерей наркоманов, с которыми я занятия провожу. Многие среди них так за руку своих детей и держат. 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.

-Со ведущий: В данном случае, мы наблюдали незрелость личностную 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: В начале 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 подругу, 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?»

Данная 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: обращение 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.

Дети и их родители

Роль семьи в развитии личности.

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 4 ролевых позиций: «герой семьи», «козел отпущения», «шут», «потерянный ребенок» и поделиться своими ощущениями.

-Ведущий: 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. В начале это была роль ребенка-«героя». Я все делаю, а мать всем не довольна, 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».

-Ведущий: А что Вы чувствовали в роли родителя?

-О («родитель»). Усталость, ненужность жизни. Нет помощи ни от кого, нет радости, ничего нет.

-Со ведущий: 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.

Со ведущий: Вы забыли свою роль ребенка?

-О. Да

Со ведущий: Если бы Вы были ребенком, какая роль была бы Вам наиболее близка?

-О. Думаю, что из этих четырех типов - роль «героя».

-Со ведущий: это роль ребенка, который находится в позиции взрослого, родителя по отношению к своим родителям, у которого нет детства.

-Ведущий: Спасибо, снимите с себя эти роли.

6.7. Подготовка специалистов в области первичной профилактики *(сценарная запись одного из фрагментов тренинга для специалистов).*

Какой бы ни была правильной, научно обоснованной и глубокой теория, закладывающая основы 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 создателей и ученых. 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, их психологии на разных этапах роста;
- о самих себе – уже, будучи взрослыми и когда сами были детьми;

и многое уметь. И, 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, то есть они должны быть настоящими Проводниками между страной Детства и миром Взрослых.

Конечно, эти задачи глобальные, их не возможно решить полностью ни за один день тренинга, ни за весь тренинг, даже за цикл тренингов. Эта задачи – на всю жизнь, особенно для тех, кто решил посвятить ее детям.

Но, как говорится, на берегу научиться плавать невозможно. Поэтому мы и ли 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 предстояло 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 роль 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.5).

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, экспериментировав, изменяя что-либо в себе и помогая меняться другим участникам.

Но для того, чтобы мы могли использовать эффективно эту форму обучения, у участников должно быть чувство защищенности. Это касается как работы с детьми, так и работы с взрослыми.

Одним из требований тренинга по профилактике является безопасность среды. Речь идет о безопасности как физической, так и психологической. 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!!**

Нам надо очень хорошо осознать одну важную истину, касающийся как детей, так и взрослых, которая открылась одному приходскому священнику, в течение пятидесяти лет принимавшему исповедь: «Во-первых, что люди куда более несчастны, чем кажется...и еще одна фундаментальная вещь – что взрослых людей на свете не существует».

Это требование, которое 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.

На первом этапе тренинга нам надо попытаться решить несколько задач:

- создать условие для перехода от социально-ролевого к личностному открытому общению;
- создать доверительную атмосферу в кругу участников;
- создать условие для актуализации личностного статуса «Ребенок» в каждом из участников с целью исследования и развития этого статуса;
- предусмотреть возможность гибкого и плавного перехода из личностного статуса «Ребенок» в личностный статус «Взрослый», а также внутреннего диалога между ними.

« Путешествие в страну детства».

Так как одной из важнейших особенностей данного тренинга является актуализация внутренней коммуникации между психологическими статусами «Ребенка» и «Взрослого» у участников тренинга, данная ролевая игра по своей форме наиболее соответствует этой психологической задаче, прежде всего потому, что она сохраняет все атрибуты игры как особого вида деятельности:

- ее целью является процесс коммуникации, а не результат;
- в процессе игры актуализируются паттерны поведения, характеризующиеся спонтанностью и креативностью;
- игра осуществляется по определенным правилам, регулируется инструкцией, заданной вначале игры ведущими;
- игра 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 для участников звучит просто:

«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 глазами вашей куклы. Поздоровайтесь с ними, познакомьтесь, поговорите с ними 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, тоже я добрая и веселая, всех люблю. Такая я.
- Привет! Я девочка Синеглазка. Я живу на берегу моря, поэтому у меня они голубого цвета. Я очень люблю собирать камушки и слушать прибой.
- Меня зовут Аленушка. *Пауза. Вздох.*
- Вздохнула-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 баб-ег тоже, эх, люблю. Вот я такая собака.

Называя себя именем куклы, рассказывая ее историю в первом лице, студенты 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 когнитивными 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 прядь, я так рожки подставляю, она 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 бабу.
- 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 проблемам, 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, наверно, 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, запрятанным 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 счастья 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 знакомимся глубже 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, я 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, чтоб 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 попасть в страну детства?
- «Петрушка». Мне было тяжело. Мое настроение и состояние не соответствовало выражению лица моей игрушки, интонациям его 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 мне 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, привнесенным 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 поначалу 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, то есть 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, то есть 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.

Глава 7. Вторичная профилактика наркомании и алкоголизма.

Вторичная профилактика наркомании и алкоголизма, как правило, имеет дело с детьми и подростками, проявляющими поведение риска употребления психоактивных веществ, 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. Возможно, что их причиной является врожденная или

приобретенная психическая патология, и тогда эти расстройства проявляются, как правило, достаточно рано (в 6, 7 лет), возможно, что причиной становится 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 протекать они могут по-разному, и иметь характер девиантного и делинквентного поведения, либо выражаться каким-либо иным образом. Важно понять одно, они, как правило, никогда не бывают моносимптомными, и не могут рассматриваться сугубо как проблема 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 со следующей системой проблем.

1. Индивидуальные характеристики

- Низкий уровень навыков вербального общения
- Поведенческие стратегии, связанные с антисоциальными формами поведения
- Психопатологические симптомы (возможно единичные, возможно – в комплексе)
- Не соответствующее возрасту когнитивное развитие, когнитивные предубеждения в отношении других, преувеличение их значимости, либо, напротив, агрессивное к ним отношение, зависимость от других, либо эмоциональное и социальное одиночество

2. Семейные характеристики

- Низкий уровень родительского мониторинга
- Неэффективные и неадекватные дисциплинарные меры

- Недостаток тепла во внутрисемейных отношениях, эмоциональной поддержки
 - Родительские проблемы, такие как злоупотребление, алкоголем, наркотиками, психопатологические состояния, криминальность
3. Характеристики взаимоотношений со сверстниками
- Асоциальные, девиантные, наркотизирующиеся сверстники
 - Слабые навыки межличностного взаимодействия со сверстниками, низкий уровень социальной компетентности
 - Слабый контакт с просоциальными сверстниками
4. Характеристики, связанные со школой
- Плохая успеваемость
 - Пропуски школы
 - Слабая ответственность в отношении школьных заданий и обязательств
 - 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 криминальным и наркоманическими субкультурам

Мультисистемная работа (терапия) в рамках вторичной профилактики наркомании и алкоголизма базируется на ряде теоретических моделей, основными из которых, помимо выше описанных являются теория систем (G. Bateson, 1973) и теория социальной экологии (U. Bronfenbrenner, 1979). Смысл их заключается в понимании того факта, что развитие ребенка происходит не само по себе и не только

в интеракциях с кем-либо из окружающих, а в системах. Главенствующую роль с точки зрения влияния на развития ребенка авторы определяют семейной системе, хотя существуют и другие значимые и сверхзначимые системы, например, система наркотицизирующихся сверстников, школьная система, изгнавшая ребенка и т.д. Также как и теория систем, теория социальной экологии рассматривает индивида в контексте его социального окружения. Она делает акцент на необходимости работы не только с индивидом, но и развития социально-поддерживающего экологичного окружения. В данном контексте речь идет и о семье, и о сверстниках, и о школе, и о системе медицинской, психологической, социальной помощи. В Российской транскрипции этот термин принял звучание «реабилитационное пространство для несовершеннолетних» (О.Зыков, 1998).

Вышеописанный взгляд на проблему вторичной профилактики наркомании и алкоголизма определяет ее как мультисисемную терапию, то есть терапию, направленную развитие и укрепление позитивных адаптационных связей индивида со средой, замену одних патологический звеньев его поведенческой цепи на другие – здоровые и адаптивные (S.Henggeler et al, 1998). Естественно, что такая терапия носит в себе комплекс терапий: психоаналитической, психодинамической, поведенческой, когнитивной, семейной, психофармакологической при необходимости.

Принципы вторичной профилактики зависимости от алкоголя и наркотиков.

1. Основной задачей является идентификация проблем ребенка или подростка и связи их с психологическом контекстом социальных систем, в которых он развивается, с которыми взаимодействует.
2. Терапевтический контакт с ребенком должен быть позитивен, основан на осознании и развитии личностных и средовых его ресурсов, использовать систематическую стратегию формирования и усиления мотивации на изменение поведения.

3. Работа включает развитие у членов семьи ответственного поведения и уменьшение безответственности. В данном контексте ответственное поведение понимается не только как ответственность за ребенка, но и как ответственность за собственное поведение, собственное изменение и развитие.
4. Работа всегда основывается на эмоциональной и социальной поддержке ребенка, которая сочетается 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, в котором одни изменения следуют за другими. Он обязательно включает в себя работу с личностью ребенка, его семьей и социальной средой в целом.

7.1 . Возможности выздоровления в случаях зависимости от психоактивных веществ.

Возможно ли выздоровление в случаях зависимости от наркотических веществ? Возможно. Но это – процесс длительный, длиною во всю жизнь Он, разумеется, предусматривает специфическое медикаментозное лечение, связанное с необходимостью детоксикации и купирования психопатологических симптомов и синдромов, определённое психотерапевтическое воздействие, медицинскую и социальную

реабилитацию, но самое главное, этот процесс связан с психологией преодоления болезни.

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

Основная ошибка зависимых от наркотиков - желание немедленно получить результат. Выздоровление этого не даёт.

Необходимо самому осознанно хотеть быть здоровым, изменить своё мышление и представление о жизни и о мире и обучаться навыкам здорового поведения и жизни в обществе.

Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, лечение будет неудачным.

Так как зависимость от наркотиков является комплексной: личностной, организменной, психологической и социальной проблемой, лечение – это работа во всех этих областях. Именно в них возникают определённые 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.

Первый этап лечения зависимых от наркотиков людей должен иметь четыре психологические цели:

- Осознание зависимости, как био-психо-социального заболевания,

- Осознание необходимости отказа от наркотика на всю жизнь,
- Осуществление и постоянное развитие определённой программы выздоровления,
- Диагностика и лечение других проблем и состояний, которые возникают в процессе выздоровления.

Выздоровление – это продолжительный по времени процесс, который имеет специфические стадии. Каждая стадия имеет задачи, которые должны быть разрешены, и навыки, которые должны быть развиты. Если выздоравливающий человек не готов прогрессировать постоянно в этом направлении, не готов исчерпывающим 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.

Глава 8. Третичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков.

Третичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков, как уже указывалось выше – это реабилитация, с одной стороны, то есть действия, направленные на формирование и повышение мотивации индивида на достижение позитивных изменений в своей жизни, прекращение употребления психоактивных веществ, повышение адаптации индивида, прекратившего употреблять наркотики, и действия, направленные на профилактику рецидивов. С другой стороны – 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 такой терапевтической среды могут служить терапевтические сообщества (ТС), 12-шаговая терапевтическая модель или 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 необходима 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. Важным аспектом реабилитации, который предусматривается в условиях терапевтической среды, является 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 – первичный шаг в восстановлении коммуникации и реинтеграции, построения здорового жизненного стиля. Однако на этом этапе необходимы локальные нормы и правила. Они изложены в следующих принципах (данные принципы разработаны в процессе совместного обсуждения группы специалистов в рамках международного проекта DRSTP II, выполненного под эгидой Группы Помпиду Совета Европы).

1. Процесс реабилитации – 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 понимается 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, прежде всего, пациентом. При этом развивается процесс взаимной ответственности за позитивные изменения, реализующейся в совместной коммуникативной, терапевтической и прочих видах деятельности.

2. Процесс выздоровления строится с учетом жизненной ситуации пациента и социальной сети (семьи, значимых других лиц и иного социального окружения).

Данный принцип подразумевает, что в процессе реабилитации, планируемом каждым пациентом совместно с персоналом и членами терапевтической среды, учитываются индивидуальные ресурсы и проблемы 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 с самим собой и значимыми другими, наличие, либо отсутствие семейных связей, характер семейных проблем и взаимоотношений внутри семьи, система и проблемы взаимоотношений со значимыми другими и иным социальным окружением, включая проблемы, связанные с законом и бывшей возможной криминальной активностью.

3. Целями реабилитации являются необходимость изменения поведения, оздоровление личности пациента, достижение его личностного развития, оздоровление окружающей социальной среды (в первую очередь семьи) и характера социально-средового взаимодействия.

Данный принцип фокусирует внимание на главных целях реабилитационного процесса – восстановлении здорового жизненного стиля, продвижении 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).

Кроме того, важнейшей целью реабилитации является 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.

Еще одной целью реабилитации является развитие эмоциональной составляющей человека, осознание им своих эмоций, принятие их, понимание их причин и умения управлять ими как на когнитивном (понятийном), так и поведенческом уровнях.

Одной из важнейших целей реабилитационного процесса является восстановление и позитивное развитие социального функционирования – восстановление и построение 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 приобретает особое значение в период восстановления и требует больших усилий со всех сторон для того, чтобы быть развивающимся и позитивным.

4. Направление процесса реабилитации состоит в развитии у пациентов внутреннего личностного контроля над своим поведением и собственной активности в процессе выздоровления.

Данный принцип основывается на понимании того, что процесс восстановления личности и ее взаимодействия с окружающей средой является главной целью реабилитации. Эта цель может быть достигнута только тогда, когда пациент является не пассивным объектом процесса терапии, а становится его активным участником, берет на себя ответственность за собственное выздоровление. Это возможно в том случае, когда пациент усваивает убеждение в том, что его поведение, действия и поступки определяют его будущее, и он сам постоянно делает выбор своих решений. При этом важным условием этого выбора является не простое следование за движением социальной среды, не податливость ее давлению, а осмысленное решение. Очень важным является формирование личностной возможности пациента противостоять негативному давлению социальной среды, определять это давление и отличать негативное для себя 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 наркотизирующего 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 является важнейшим ресурсом личности, способствующим 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 самооэффективности в процессе выздоровления, критическому воззрению 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, возможность самого процесса выздоровления окажется весьма сомнительной.

5. Неотъемлимой частью процесса выздоровления является формирование мотивации на выздоровление и позитивное изменение поведения в целом, что делает мотивационное воздействие базовым компонентом реабилитации.

Для процесса восстановления необходимо не только желание самого пациента. Необходима 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. В процессе выздоровления – это постоянно развивающаяся и меняющаяся составляющая. Нельзя сформировать мотивацию на выздоровление раз и навсегда. Это – непрерывный процесс, как непрерывен и разнообразен процесс постоянных, позитивных изменений, 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 эта мотивация 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, становится очевидным, что в основе реабилитационного процесса лежит 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 данного 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 необходима командная работа с использованием профессиональных ресурсов каждого участника.

В процессе реабилитации должна участвовать команда различных специалистов. Каждый из специалистов команды является носителем 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 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. При этом члены профессиональной команды 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, такие как способность к сопереживанию, отзывчивость, ответственность, развитые другие 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) и собственное проблем – преодолевающее поведение. Члены команды, также как и пациенты, должны иметь общую философскую ориентацию и ясные цели.

8. Командная работа позволяет преодолеть ограниченную компетентность каждого члена команды и обеспечить достижение целей выздоровления.

Очень важным моментом командной работы является понимание ограниченной индивидуальной профессиональной и личностной компетентности каждого из ее членов. Не менее важным моментом является понимание того, что преодолеть эту ограниченность можно только, используя общий командный ресурс знаний, умений, опыта личностных качеств и поведенческих особенностей. Это понимание дает возможность конгруэнтной и слаженной деятельности, повышает чувствительность членов команды по отношению друг к другу и пациентам.

9. Опыт командной работы 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.

Данный 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, его окружение в процессе реабилитации образуют единую систему, позволяющую оказывать взаимную помощь и осуществлять взаимную поддержку.

Данный принцип отражает еще один аспект терапевтической субкультуры – аспект социальной поддержки, помощи, которая необходима каждому зависимому человеку. Эта поддержка носит многоаспектный характер, являясь психологической, интеллектуальной, инструментальной, действенной, материальной и т. д. В рамках единой системы любой ее член может не только рассчитывать на конкретную помощь, но, 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 также как и пациенты стоит перед необходимостью 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, то есть 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 является весьма полезным и эффективным элементом реабилитационного процесса. Зачастую эффективность первых этапов мотивационной работы зависит от возможности консультанта поделиться собственным опытом и аргументами 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 также 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 не должны быть ригидными и авторитарными, они должны быть 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 них, то есть - проявлять власть. Это связано с недостаточной развитостью личностных ресурсов, сформированностью копинг-поведения, интериоризацией нравственных ценностей и высоко позитивных социальных норм, сложностью и неоднозначностью их трактовки с элементами «условной выгоды», «мышления по желанию», что свойственно аддиктивной форме адаптации, а также стремлением повысить свою самооценку и выгодно для себя изменить Я-концепцию за счет унижения других, эксплуатацией чувства вины, эмоций страха и тревоги, излишней авторитарности, иногда – жестокости, бессознательной манипулятивности в поведении, формирования созависимых паттернов поведения. Все эти проблемы являются неизбежными в случае недостаточной личностно-профессиональной зрелости консультанта – выздоравливающего зависимого. В связи с этим необходимо очень строгое соблюдение условий, изложенных в данных принципах.

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 вместе с пациентами персонал должен постоянно обсуждать цели и задачи процесса реабилитации, а также пути и методы их достижения. Необходимы постоянные обсуждения этих вопросов, так по мере продвижения процесса или включения в него новых членов появляются совершенно новые аспекты. Можно определить отдаленные (перспективные) цели и ближайшие (актуальные). 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. Важно 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 становится сам активным защитником и творческим автором условий деятельности, способствующей выздоровлению.

Условно процесс реабилитации может быть разделен на 5 фаз (ступеней), по мере продвижения по которым, экстернальный контроль у пациентов сменяется на интернальный. 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 в приготовлении пищи, рационального расходования денег, ухода за собой и своей одеждой (гигиенические навыки), использования спорта в своей жизни,

умения общаться с окружающими и противоположным полом, 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 жить вне стационара.

17. Реабилитационный процесс 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 опасной ошибкой в такой ситуации является отсутствие индивидуального подхода, учета индивидуальных особенностей, различий и потребностей. Ведь каждый пациент имеет абсолютно индивидуальные особенности развития заболевания и восстановления, индивидуальные клинические и психологические характеристики, даже время, этапы восстановления структурируются 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 использование элементов 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, неприемлем, так вызывает крайне негативные 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.

Важно 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. Второй аспект рецидива – использование опыта пациента, перенесшего рецидив, критическое его рассмотрение, осознание причин его спровоцировавших и путей восстановления, которые будут препятствовать повторному рецидиву, - 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 (поведения, направленного на преодоление и осознание стрессов, проблем и трудностей). Особым разделом профилактики рецидивов является 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 варьировать от нескольких месяцев до нескольких лет. Этот процесс включает различные стадии и фазы реинтеграции пациента в общество, что является основной задачей.

Данный принцип свидетельствует о том, что 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.

1 фаза – это собственно *лечение*. Она заключается в интенсивной работе с физической зависимостью, направленной на ее преодоление и стабилизацию физических проблем.

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

2 фаза – собственно *реабилитация*. Она заключается в интенсивной работе над собственными личностными и межличностными проблемами, обнаружении, понимании эмоциональных проблем, неадекватных защитных механизмов, блокирующих осознание себя и процесс выздоровления в целом, деструктивных вариантов копинг - поведения

(поведения, направленного на совладание с личностными проблемами, стрессовым напряжением, вызванным влечением к наркотику, и влиянием социальной среды).

Очень интенсивная работа в этот период – работа по формированию

самоидентификации – 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 совершенствования. 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.

3 фаза – подготовка для 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.

4 фаза – фаза возврата 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).

5 фаза – после лечебная. Это – регулярные встречи с пациентом не менее 1-2 часов продолжительностью, 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, динамики 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. Чаще всего такими инструментами являются клиническое наблюдение, наблюдение за поведением пациента в процессе группового взаимодействия, другой деятельности, оценка успешности его взаимодействия с членами семьи, 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 которыми 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. Данный принцип обращает внимание на необходимость учета всех перечисленных факторов.

8.1. РАБОТА С МОТИВАЦИЕЙ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, лечение и реабилитация будут неудачными.

Преодоление зависимости – это продолжительный по времени процесс, который имеет специфические стадии. Каждая стадия имеет задачи, которые должны быть разрешены, и навыки, которые должны быть развиты. Если пациент не готов прогрессировать постоянно в этом направлении, не готов исчерпывающим 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 **работа 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 десять лет, когда стало абсолютно очевидным, что лечение пациентов не готовых на изменение своего жизненного стиля не приводит к позитивным результатам. С другой стороны стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества имеют права на помощь в виде формирования мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения и жизненного стиля.

В основе метода мотивационной терапии лежат работы D. Prochaska и С. DiClemente с одной стороны, и S.Rollnick и W. Miller с другой.

Сопrotивление и мотивация.

Сопrotивление изменениям – нормальный человеческий феномен. Любой человек, который сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания появляющихся преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления. Сопrotивление может быть открытым и скрытым.

Примеры открытого сопротивления:

1. Отрицание проблемы;
2. Агрессивное поведение по отношению к лицу, которое объявляет о необходимости изменений;
3. Инициация открытой дискуссии о предполагаемых изменениях.

Примеры скрытого сопротивления:

1. Опоздание на встречи с последующими извинениями, пропуски, беспечное отношение к встречам;
2. Возражения против вмешательства посторонних лиц;
3. Сомнения в компетентности терапевта;
4. Постоянный поиск альтернативного мнения или другого терапевта;
5. Нежелание предоставлять информацию о себе и своем состоянии или предоставление неполной информации.

Сопротивление – 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.

Три источника сопротивления.

Терапия и факторы, связанные с терапевтом.

Одним из наиболее часто встречающихся источников сопротивления, связанных с терапевтом является отсутствие раппорта между врачом и пациентом. Это часто связано с недостаточными навыками эмпатии у терапевта либо 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.

Социальная среда и другие внешние факторы.

Сопротивление может увеличивать намеренное противодействие других людей (явное или неявное противодействие других 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 могут способствовать существованию нездоровых зависимых отношений.

Факторы, связанные с пациентом.

У пациента 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 может не прилагать необходимых усилий, продолжая придерживаться устоявшихся представлений в отношении самого себя и негативного настроения на будущее. Так, пациент может прийти на лечение, чтобы подтвердить правильность своего мнения о том, что от 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 между пациентом и терапевтом.

«Причиной» сопротивления часто служит неспособность терапевта «синхронизироваться» с пациентом. Пациент приходит с определенным набором убеждений, одно из которых состоит, например, в том, что он настолько сломлен, или болен, или несчастен, что никто не может 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 обязан изучать свое сопротивление и свои эмоции, вызванные конкретной терапевтической ситуацией. Терапевт должен понимать, что любой терапевтический процесс схож с процессом роста, и что пациент будет проходить все его этапы.

Сопротивление и мотивация.

В традиционной терапии или консультировании сопротивление должно быть «интерпретировано», и если терапевт или консультант не может предложить каких-либо интерпретаций, он может объяснить все просто тем, что пациент не готов к получению пользы от терапии. Однако, сопротивление может быть умело использовано терапевтом, если он сумеет обращаться с ним в соответствии с

принципом, используемым в дзюдо: вместо того, чтобы сопротивляться удару, лучше принять и усилить его, что лишит противника равновесия. Этот прием не сложен в применении и в отношении терапевта и пациента, и благодаря поощрению 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 самим собой, 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 чтобы терапевт одобрял поведение пациента, а чтобы пациент мог использовать свое поведение 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. Он имеет право 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. Мы должны понимать, что проявление сопротивления означает, что мы, как терапевты двигаемся слишком быстро и ожидаем слишком быстрых перемен. Проявление сопротивления символизирует начало изменений.

Мотивационное интервьюирование.

Мотивационное интервьюирование – это направляющий, клиент-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи пациенту в изучении и расширении противоречий между его жизненными потребностями и теми результатами, которые он достигает в связи с реализацией своего зависимого поведения. По сравнению с не директивным 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 предложим для проявления этой сущности. Клиницисты и психологи, которые излишне сосредотачиваются на вопросах техники, могут потерять из вида саму суть и стиль, которые для этого подхода являются основополагающими. 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 их сущность сильно отличается 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 аспекты 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», убеждая пациента в срочной необходимости решить проблему и преимущества изменения. Однако, такая тактика усиливает сопротивление пациента.

Стиль консультирования в основном спокойный и располагающий. Прямое убеждение, агрессивная конфронтация и аргументация являются концептуальной противоположностью мотивационному интервьюированию и явно противопоказаны при этом подходе. Терапевту, привыкшему к конфронтации и даче советов, мотивационное консультирование может показаться безнадежно медленным и пассивным процессом. Судить следует по конечному результату. Более агрессивные стратегии, которыми иногда движет желание «противодействовать отрицанию пациента», легко превращаются к подталкиванию 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 атмосфере 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 на поведение терапевта. Сопротивление пациента – это часто сигнал того, что консультант предполагает наличие большей готовности к изменениям, чем есть в действительности, и это намек на то, 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. Это тонкий баланс между директивным и клиент-центрированным компонентами. Если оно превращается в уловку или манипулятивную технику, значит сущность его потеряна.

Мотивационная терапия Миллера.

Вариант мотивационной терапии под названием «Мотивационное собеседование» для лиц зависимых от психоактивных веществ, алкоголя и наркотиков был разработан Миллером и впервые применялся в программе «Выявление пьющих» разработанной автором и его коллегами. За последние годы мотивационное собеседование претерпело различные модификации и развитие и в настоящее время представляется самим автором как терапия, повышающая мотивацию. В данном тексте приводится специальный вариант этой терапии, ориентированной на лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Терапия, повышающая мотивацию, - Motivation Enhancement Therapy

(МЕТ), 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 Рольником, но при этом использует планирование и директивные техники. Еще одним отличием является то, что клиент центрированная терапия, предложенная Рольником, предназначена преимущественно для врачей общей лечебной сети, то есть 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.

Цели и задачи метода.

Применительно к зависимости от наркотиков МЕТ имеет целью изменить жизненный стиль клиента в направлении менее опасного и вредного, а также прийти к решению о необходимости прекращения их употребления и планомерного восстановления. МЕТ учитывает индивидуальные цели каждого клиента, который еще не является или уже является пациентом, но при этом приводит его к осознанию главной цели МЕТ. Главной и специфической целью МЕТ является полное воздержание от употребления наркотиков и постоянное развитие, и изменение по направлению поддержания трезвого состояния. Однако главная цель не обязательно достигается быстро. МЕТ может иметь и промежуточные цели, соответствующие личностным особенностям клиента, его актуальной ситуации и степени готовности преодоления зависимости.

Теоретическая база метода.

МЕТ базируется на принципах когнитивной и социальной психологии. В рамках этих подходов происходит установление связей между поведением пациента (клиента) и его личных целей. МЕТ базируется на теоретических подходах, исследующих самовосприятие, самооценку и Я-концепцию в целом. В этом

направлении происходит выявление и закрепление у клиента самомотивирующих установок – необходимых и часто наиболее значимых факторах в развитии изменений.

МЕТ использует много приемов Роджерсианской клиент-центрированной терапии, 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 идеальным вариантом является использование МЕТ в условиях терапевтического стационара (сообщества) и вне - него. В обеих ситуациях – в отрыве пациента от жизненного контекста и без отрыва. 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 и усиливать клиентский комплайнс (сотрудничество с врачом в процессе терапии, выполнение всех требований терапии).

МЕТ не противоречит работе групп самопомощи и 12-шаговой идеологии, 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 то, 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 пациент имеет

мотивацию на их удовлетворение, хотя и «отодвинутую на второй план» в своем самосознании. МЕТ направлена на то, чтобы пациент осознал и эти мотивации, а также противоречие между доминантой мотивацией и собственным жизненным стилем и своими жизненными потребностями в целом.

Для того чтобы проводить МЕТ, терапевт или консультант должны обязательно пройти подготовительную программу по технологии самой методике, а также по активизации соответствующих личностных ресурсов и коммуникативных стратегий. Миллер рекомендует для профессионалов 2-3 дневные тренинги с супервизией. На этих тренингах необходимо активизировать навыки рефлексивного слушания, актуализации мотивации на изменение, эмпатию.

МЕТ могут заниматься не только врачи и профессиональные консультанты, психологи и психотерапевты, но и субспециалисты – консультанты из числа выздоравливающих зависимых. Однако срок ремиссии у них должен быть большим.

Лица, испытывающие личные трудности самореализации, в работе МЕТ как терапевты или консультанты принимать участие не должны. Кроме этого в МЕТ не могут работать лица, склонные навязывать собственные проблемы клиенту (пациенту) и те, чье восприятие действительности и поведение детерминировано собственными проблемами.

Оптимальные личностные характеристики терапевта (консультанта МЕТ).

Терапевту или консультанту МЕТ необходимо иметь высокий уровень терапевтической эмпатии. При этом это должна быть именно терапевтическая эмпатия, как ее определил Карл Роджерс (вчувствование в эмоциональное состояние пациента, понимание его, понимание 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 не достаточная и большей степени не подходящая.

Помимо эмпатии необходимо иметь высокий уровень интерперсональной чувствительности и конгруэнтности.

Техника проведения МЕТ.

Общим в поведении терапевтов (консультантов) является умение задавать «открытые» вопросы; рефлексивное слушание; психологическая подвижность и поддерживающее поведение.

Ключевыми стратегиями является

- развитие противоречия между мотивационными позициями личности пациента (клиента) посредством выявления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) проблем клиентом;
- участие в его проблемах;
- сопереживание;
- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии пациента;
- оптимизм в отношении изменений;
- умение во время вселить уверенность в отношении возможности таковых.

В общении терапевты (консультанты) должны быть максимально резистентными и минимально директивными и конфронтационными. Эмпатия сочетается с поддержкой самооэффективности у 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 поведения и мыслей, а клиент доказывает, что у него нет проблем и необходимости изменения.

Аргументация клиента – основное поле работы терапевта (консультанта) и в нем необходимо искать противоречия. Терапевт также избегает позиции «эксперта», который проводит экспертизу и оценивает позицию и решения клиента.

Терапевт избегает «закрытых» вопросов (вопросов, требующих коротких ответов) и особенно избегает того, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

Диагностические «лейблы», характеризующие проблему зависимости абсолютно не уместны.

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 больше, чем половину времени на протяжении всего разговора. Особенно на протяжении периода, когда он лично реагирует на «обратную связь», которую терапевт давал в роли «основательного разъяснителя».

Насколько директивен терапевт.

Сессии МЕТ являются клиент центрированными, но директивными. Терапевт использует систематически 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.

Оценка.

МЕТ включает в себя структурированную оценку такой информации как история, развитие (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. Эти инструменты 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.

Терапевтический альянс.

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.

Данный метод может быть по-разному эффективен в зависимости от степени готовности клиента к изменениям. Однако, он провоцирует и развивает готовность. Он 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.

Несколько ориентировочных тем типичной мотивационной сессии.

Темы мотивационной сессии обычно определяются терапевтом, но специфический контекст создает в процессе работы клиент. Примеры тем могут включать:

- Приятные и не очень приятные стороны употребления наркотиков (алкоголя, других психоактивных веществ).
- Типичный день, включающий употребление наркотика.
- Причины для того, чтобы оставаться в покое 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 меняться. Необходимо не менять позиции. Важна, прежде всего, центрированность на клиенте.

Резистентность – типичная проблема при работе с зависимыми от психоактивных веществ людьми эффективно преодолевается с использованием техники «совместного движения». Центральной позицией МЕТ является понимание

того, что резистентность или слабая мотивация не являются когнитивной или поведенческой проблемой субъекта. Рефлексивный стиль с минимумом директивности и советов преодолевает эту проблему. Главная цель – показать клиенту его собственную конфронтацию с реальностью, поставив его лицом к лицу с этим фактом. Этот подход инициирует изменения.

Общие стратегии снижения резистентности включают различные варианты рефлексивного слушания (например, усиленная рефлексия, в которой терапевт помогает сделать резистентному клиенту шаг в будущее), рефреминг или рассмотрение сообщений клиента с различных других позиций, селективное соглашение. Главная цель заключается в том, чтобы клиент вербализовал свою потребность в изменении.

Кризис часто играет позитивную роль, как окно, в котором клиент может увидеть более широкие аспекты своей ситуации. Терапевт должен уметь использовать ситуации кризиса для усиления эффективности мотивационной терапии.

Ситуации срыва и рецидива.

Ситуации срыва и рецидива также должны использоваться терапевтом как ситуации, 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. Различного рода «приговоры» и жесткие выводы тщательно избегаются. Достигается восприятие клиентом срыва или рецидива как опыта, на основании которого строится план дальнейших изменений и убежденность в том, этот план ничего изменить не сможет.

Роль значимых других.

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 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 наиболее важным для клиента. 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.

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 скажет, что удовлетворение и позитивное воздействие уже давно в прошлом, и что на самом деле они сталкиваются только с недостатками. Тем ни менее, снижение или прекращение употребления ПАВ кажется на данной стадии невозможным. Тревога из-за ожидаемых последствий, незнание того, как жить без ПАВ,

страх конфронтации с непосредственным социальным окружением, чувство 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. За счет повторения того, что говорит пациент, он 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.

Пациент: Мне на самом деле уже все равно.

Терапевт: Вы уже не боитесь даже смерти?

П.: Но, в любом случае, 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. Возможно, Вам удастся увидеть, есть ли другие возможности? Возможно, Вы смогли бы воспользоваться моей помощью для рассмотрения этих возможностей?

- *Разъяснять задачи.* Когда пациент приходит к терапевту, у него обычно заготовлена целая история. Обычно, эта история основана на том, что, по мнению пациента, 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: касающиеся эмоциональных и психологических проблем, например: «Я хочу научиться считать свои чувства важными» или «Я хочу научиться говорить о своих чувствах тревоги и вины»; касающиеся релаксации: « Я хочу научиться, как можно лучше засыпать»; информационные: « Я хочу получить информацию о том, какие будут физические последствия, если я перестану употреблять наркотики»; касающиеся жизни: « Я хочу осмыслить все свои практические проблемы и поставить в известность об этой ситуации семью и друзей»; касающиеся 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 гладким, так как сопротивление будет меньше. Пациент с большей вероятностью сообщит информацию, из-за которой он иначе бы испытывал 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 к Вам за помощью. Социальное окружение уже сильно осудило пациента. Много негативных для пациента событий произошло в семье, на работе, в отношении с друзьями, в финансовой 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, противостоят точке зрения пациента.*
- *Вешать на пациента ярлык.*

- *Неверно оценивать роль ПАВ для пациента.* Если роль ПАВ 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 ПАВ 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.

Практические сведения.

Процедура 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. Сначала практически никто не хочет отказываться от «позитивных» аспектов употребления ПАВ, хотя настроен на устранение «негативных» аспектов. 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 активная роль, исполняемая терапевтом. Именно все навыки терапевта по интервьюированию запускают процесс мотивации. Помимо сбора информации не следует забывать о том, что информацию следует

также и давать. Необходимо, чтобы на раннем этапе процесса осуществилась синхронизация «спроса и предложения», чтобы избежать возможного непонимания и разочарований.

Необходимо учитывать ряд объективных факторов, таких как возраст и стаж наркотизации, личностные особенности пациента, а также ряд субъективных: чувство безнадежности и беспомощности; снижение чувства собственного достоинства и заниженная самооценка; вина и стыд; отсутствие ощущения социальной безопасности.

План терапии.

План терапии должен составляться вместе с пациентом. Он включает в себя ряд компонентов.

1. Список терапевтических задач должен включать в себя все *сферы внимания*, то есть все сферы, в которых пациент отмечает наличие хотя бы одной проблемы. Например: потребление ПАВ, 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 также 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. Четвертая стадия – *осуществление* плана. 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. Что прошло хорошо, а что нет. Где изменения произошли, а где есть препятствия к изменению. Подробно исследуется активный вклад, как консультанта, так 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 возрастать уверенность в своей компетентности. Активное участие в процессе позволяет мотивации усиливаться.

8.2. Стадии выздоровления от зависимости (Т. Gorski).

Горский, используя собственный опыт клинических наблюдений и терапевтической работы с зависимыми от наркотиков и алкоголя пациентами, предлагает следующие стадии выздоровления от зависимости, основанные на понимании мотивационной готовности к изменениям. Это понимание позволяет более тщательно и адекватно планировать совместную работу терапевта с зависимым человеком.

1. Переходная (транзиторная) стадия начинается тогда, когда личность приобретает негативный опыт наркотизации и проблем, связанных с употреблением наркотиков. В это время зависимый человек начинает безуспешно пытаться установить контроль над употреблением. *Попытка установления контроля над употреблением либо изменения своей ситуации, связанной с употреблением наркотика любым способом – симптом фундаментального интрапсихического конфликта зависимого человека, связанного с проблемой личностной идентичности.*

Употребляющий наркотики теряет в этой стадии иллюзорную веру в то, что он нормальный человек, способный контролировать свое поведение и потребление наркотика. Это происходит в результате того, что все попытки доказать себе и другим возможность контролировать употребление наркотиков оказываются безуспешными. *Основная причина невозможности прекратить употребление наркотиков в транзитной стадии – то иллюзорная вера в то, что существует путь контролируемого потребления.*

2.Стадия стабилизации. На протяжении стадии стабилизации, которая наступает тогда, когда зависимый человек приходит к пониманию необходимости полностью и окончательно прекратить употребление наркотика и прекращает его, больной переживает абстиненцию и сталкивается с рядом медицинских проблем, которые ему необходимо решить. В это же время он изучает, как справиться с психическим состоянием, связанным с потребностью немедленно получить наркотик. Тогда же стабилизируется кризис мотивации обращения за медицинской помощью и признания себя больным. Пациент учится идентифицировать симптомы и управлять ими. Наркологи часто недооценивают необходимость помощи пациенту в управлении этими процессами, фокусируясь исключительно на детоксикации и медикаментозной терапии. Пациент же чувствует себя неспособным справиться со стрессом и симптомами зависимости после детоксикации, что препятствует процессу выздоровления. Выраженный стресс, несостоятельность психологической и социальной поддержки и стресс преодолевающего поведения, свойственные больным наркоманией препятствуют эффективности попыток справиться с симптомами. На этом этапе возвращение к наркотизации с целью снятия дистресса. Этот период длится от 6 недель до 6 месяцев. В это время пациенту необходимо справиться с симптомами, как при помощи корректирующей терапии, так и самостоятельно. *Основная причина невозможности воздержания от наркотиков в период стабилизации – слабость навыков преодоления стресса с управления своим состоянием.*

3.Ранний период выздоровления. Ранний период выздоровления обозначает необходимость установления свободного от употребления наркотиков жизненного стиля. Выздоровливающие должны обучиться понимать природу своей зависимости и процесса выздоровления. В этот период необходимо прекратить всякие контакты с лицами, употребляющими наркотики, и начать строить новые социально-поддерживающие связи, необходимые для долговременного процесса выздоровления. Это обычно очень трудное время для больных наркоманией, которые, возможно никогда не имели прочных связей с людьми, ведущими свободную от наркотиков жизнь. В связи с этим на протяжении данного периода выздоравливающие должны быть включены в терапевтическую среду и психотерапевтические программы когнитивного развития и изменения, а также эмоциональные и поведенческие тренинги. Этот период длится от 1 до 2 лет. *Основной причиной срыва на протяженности периода раннего выздоровления является бедность социальных и психологических навыков преодоления жизненных стрессов и социально-поддерживающей среды, навыков выздоровления (преодоления болезни), необходимых для построения свободного от наркотиков жизненного стиля.*

4.Поздний период выздоровления. На протяжении позднего периода выздоровления личность продолжает формировать изменения в направлении развития свободного от наркотиков, эффективного жизненного стиля. В традиционной психотерапии этот процесс обозначается как самоактуализация. Это – процесс переоценки ценностей и целей, которые возникают в связи с адаптацией к социальной среде (семье, среде сверстников, культурной, профессиональной жизни). В этот период приходится пересматривать многие ценности и цели и формировать новые. У многих выздоравливающих эти процессы становятся наиболее актуальными на 3-5 году выздоровления. У больных наркоманией переживание такого рода кризисов может быть причиной возврата к употреблению наркотиков. Процесс самоутверждения и самоопределения может быть очень

болезненным, так как он не произошел своевременно традиционным путем и логичная возрастная динамика его грубо нарушена. Скорее, наоборот, у зависимых от наркотика личностей сформировалось саморазрушающее поведение, берущее начало из психологических процессов, происходивших в детстве, таких, например, как физическое, сексуальное или психологическое насилие, эмоциональная депривация или другие психологические и социальные барьеры, существовавшие на пути личностного роста. *Основной причиной срыва в позднем периоде выздоровления является отсутствие умений справляться со стрессами, имеющими глубинные истоки в нерешенных проблемах детства и отрочества, в проблем избегающем поведенческом стиле, сформированном в результате этого.*

5. Поддерживающая стадия. Поддерживающая стадия процесса выздоровления представляет собой личностный рост и развитие длиною в жизнь. Она включает в себя преодоление проблем запоздалого взросления и управления повседневными жизненными проблемами. Употребление любого психоактивного вещества, будь то наркотик или алкоголь, возобновляет патофизиологическое, патопсихологическое и социальное прогрессирование заболевания. *Основной причиной срыва на протяжении поддерживающей стадии выздоровления является прекращение выполнения поддерживающей программы и встреча на этом фоне с большими жизненными изменениями.*

6. Точка в выздоровлении. Хотя некоторые пациенты успешно преодолевают все стадии выздоровления без осложнений, большинство людей, зависимых от наркотика, все же сталкиваются с серьезными проблемами на этом пути. Типичной ошибкой этих людей является «постановка точки» в процессе выздоровления, когда пациент может решить, что он уже здоров. Обычно этот шаг связан со слабым развитием проблем-преодолевающего поведения, низкой самокомпетентностью, что приводит к прекращению выполнения программы выздоровления. Факторами риска на этом пути являются неожиданные столкновения с физическими, психологическими и социальными проблемами, сниженная развитость стратегии

поиска социальной поддержки и не развитость социально поддерживающей сети. Без постоянного развития специфических навыков предупреждения срыва, работы по идентификации проблем и самоидентификации (основа мотивационной работы) давление стресса начинает расти. Результатом неэффективности преодоления многокомпонентного и хронического стресса зависимости является срыв.

8.3. Профилактика рецидивов.

Рецидив – возврат к употреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости.

*Проводятся различия между **рецидивом** и **срывом**, под которым понимается отдельный случай употребления наркотика или психоактивного вещества.*

Главной задачей лечения и реабилитации наркомании является не только помощь пациенту в прекращении употребления наркотика, но и обеспечение стабильности изменений образа жизни на продолжительное время. Эта точка зрения обусловила проведение ряда теоретических и практических исследований, посвященных поиску детерминант рецидива и создание терапевтических программ, которые должны помочь пациентам противостоять срывам и рецидивам.

Определено восемь психологических принципов преодоления зависимости от наркотиков, при нарушении которых возникает срыв и развивается рецидив болезни.

Принцип 1. Саморегуляция. Риск срыва будет уменьшаться в соответствии с повышением возможности пациента самому регулировать мысли, чувства, воспоминания, жизненно важные решения и процесс развития его личности и поведения.

Принцип 2. Интеграция. Риск срыва будет уменьшаться в соответствии с повышением уровня осознания, понимания и оценки жизненных ситуаций и

событий, а также использования стратегий избегания риска возвращения к наркотизации.

Принцип 3. Понимание. Риск срыва будет уменьшаться в соответствии с процессом понимания основных факторов, вызывающих срыв.

Принцип 4. Развитие. Риск срыва будет уменьшаться при постоянном развитии ресурсов личности и стресс-преодолевающего поведения.

Принцип 5. Социальная поддержка. Риск срыва будет уменьшаться при постоянной активности, направленной на построение социально-поддерживающей сети и развитие навыков восприятия и использования социальной поддержки.

Принцип 6. Социальная компетентность. Риск срыва будет уменьшаться при постоянном повышении знаний об окружающей социальной среде, развитии навыков эмпатии и аффилиации.

Принцип 7. Самоэффективность. Риск срыва будет уменьшаться при постоянном развитии стратегий эффективного поведения и понимания себя как эффективной личности.

Соответствию этим кратким принципам предшествует длительная сложная совместная работа с пациентом, построенная на ряде методологических оснований.

Теоретическая и методологическая база профилактики рецидивов.

Концептуальные модели рецидива.

Определяется несколько моделей рецидива, на основе которых разрабатываются базисные подходы к их предотвращению.

Психологические модели рецидива.

Определяется четыре основные психологические модели рецидива: *когнитивно-поведенческая модель* (Marlat & Gordon, 1985); *личностно-ситуационная интеракциональная модель* (Litman, 1986); *модель когнитивной оценки* (Sanchez-

Craig,1976) и *модель самооффективности и исходов ожиданий* (Wilson,1976; Rollnick & Heather,1982; Annis,1986).

Для практической работы в области профилактики рецидивов необходимо понять содержание базисных принципов каждой из этих моделей.

В когнитивно-поведенческой модели Marlatt & Gordon дано концептуальное понятие рецидива 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 имеет массу негативных последствий. Одно из них – то, что после происшедшего срыва пациент прекращает предпринимать попытки к возобновлению процесса восстановления и выхода из зависимости. Более конструктивна противоположная точка зрения на суть рецидива как на ошибку, которую необходимо правильно воспринимать пациенту, осознавать, использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Однако важнейшей основой данной модели является профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел. Особое место в этой модели уделено самооффективности, 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, когда он сталкивается с ситуациями риска, то результатом этого будет снижение ощущение самооффективности 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 с позиций теории стресса и копинга Lazarus(1966) в работах Annis & Davis, 1988;1989; Shiffman, 1989; Tucker, Vuchinich, and Harris, 1985; Vuchinich and Tucker, 1991. В этих моделях, имеющих больше сходств, чем различий, особое значение

приобретает рассмотрения факторов риска срыва как ответа на эмоционально стрессовых ситуаций. От эффективности копинг- поведения человека в этих ситуациях зависит исход. Само же копинг – поведение зависит от того, как воспринимается пациентом ситуация риска, как она оценивается, 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, определяющую 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 рисковые ситуации. Все эти модели базируются на теории социального научения и самоэффективности Bandura (1977;1982).

Психобиологические модели рецидива еще более расширяют понимание факторов, способствующих ему. Например, психобиологические направления определяют важную роль в возникновении рецидива процессам, препятствующим выздоровлению, и недостаточному уровню приобретенной мотивации (Solomon, 1980) , потере или снижению субъективного контроля над своим поведением (Ludvig & Wikler,1974), влечению к наркотику (Wise,1988; Tiffany, 1990), постабстинентному синдрому в под острой фазе и изменениям лимбической системы, возникающим в абстиненции (Mossberg, Liljeberg & Borg, 1985; Gorski & Miller, 1979).

Таким образом, когнитивно-поведенческая модель процесса рецидива выглядит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения в

данной ситуации. В результате этого у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. В противном случае индивид может не давать эффективного копинг-ответа, в результате чего у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик и получает в результате эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самооттением и восприятием себя, как потерявшего контроль. В результате этого нарастают проблемы рецидива.

Какие же специфические стратегии используются в профилактике рецидивов.

- 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 когнитивная реконструкция понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по преодолению рецидива.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что вместе с пациентом необходимо развивать у него

- 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;
- обсуждать позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива;
- проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива,
- самонаблюдение с целью усилить уровень осознания пациентом различных ситуаций как инструмент самоконтроля. Важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, и проводится их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению.
- Очень важно прорабатывать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы, так как таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения.

- Важно, чтобы пациент составил индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рискованных к более и оценил выраженность риска для себя в бальной системе.
- Продвижение по проработке вариантов преодоления ситуаций риска должно продвигать в последовательности от менее рискованных к более вплоть до максимально трудных ситуаций. При этом необходимо, чтобы пациент понимал, что он реально готов к их преодолению и осознавал степень своей готовности, чувствовал себя эффективным. Таким образом, будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива.
- Необходима специальная подготовка по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию).
- Пациент должен научиться тому, чтобы адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия, чтобы понимать, что повышение самоэффективности – это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций.
- Если срыв или рецидив произошел, необходимо провести его микроанализ таким образом, чтобы пациент мог 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? (модель профилактики рецидивов и тренинга профилактики рецидивов Annis & Davis, 1989).

В профилактике рецидива используется три категории стратегий.

1. Обучение навыкам копинг-поведения (когнитивно-поведенческое развитие)
2. Когнитивное перекоструирование. Рассмотрение срыва как опыта, как процесса обучения не совершать подобных ошибок в будущем. Пример, на котором пациент приходит к пониманию 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 наделен ответственностью за формирование сбалансированного образа жизни и контроль самого себя. Кроме того, ему необходима «обратная связь» - возможность объективно взглянуть на себя « со стороны». Конечная цель этого процесса - осознать возможность выбора, повысить чувство уверенности в себе и самоэффективности.

Развитие стратегии самоконтроля в профилактике рецидива.

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. Возникает « кажущаяся незначительность решения, легкость и не важность поступка, связанного с возобновлением наркотизации». В этот момент возникает ситуация высокого риска.

Какие действия необходимо совершать, чтобы подобная патологическая цепь не развивалась? Какие стратегии самоконтроля необходимо применять?

На этапе неустойчивого равновесия необходима комбинация 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 необходимо 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*. Эта техника представляет 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, решения принять, что необходимо изменить? Использование данной техники – работа, требующая высокого мастерства, так как сопряжена 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 отреагировать свои эмоции и получить «обратную связь» и поддержку. Это работа в технике «key exposure» – проявления во вне 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 наркотик и вся вышеописанная работа.

В более поздних работах (Moser, Annis, 1991, 1996; Tucker, Vuchinich, Gladsjo, 1991) авторы основное место уделяют роли копинга в профилактике рецидивов (опыта совладания со стрессовыми и кризисными ситуациями). Выделяется три вида копинга и прослеживается их динамика.

Когнитивный, поведенческий и копинг принятия веры. Каждый из перечисленных вариантов 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 в процессе формирования рецидива будут носить такие когнитивные копинг-стратегии как минимизация (преуменьшение значимости срыва), игнорирование признаков неблагополучия, преуменьшение негативных аспектов проблемы наркотизации, преуменьшение негативных аспектов жизненных событий, которые происходят с пациентом, если он вновь начинает употреблять наркотики.

Позитивными будут такие копинг-стратегии как реструктурирование событий срыва, рецидива или состояния, характеризующего явные признаки неблагополучия с точки зрения потери контроля над собственным поведением и возможности срыва; рост устойчивости и сопротивления приему наркотика, увеличение осведомленности о негативных эффектах на жизнь наркотиков, увеличение осведомленности о позитивных аспектах воздержания; оказание внутреннего сопротивления искушению употребить наркотик.

С точки зрения поведенческого копинга негативными эффектами с точки зрения повышения вероятности срыва будут обладать такие стратегии как зависимость от социальных отношений в окружающей среде, подверженность социальному давлению, поиск ощущений и развлечения, не выполнение режима, бездеятельность,

не умение разрешать стрессовые и проблемные ситуации, не умение общаться, стремление к самоизоляции, одиночеству.

Позитивными эффектами будут обладать такие стратегии поведенческого копинга как уменьшение и полное исключение контактов с наркотизирующимися сверстниками, оживление общения с не наркотизирующимися 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 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 для себя; неверие в возможность выздоровления от зависимости, в возможность 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; вера в возможность совладания с негативными эмоциями, влечением к наркотику, в собственную возможность контролировать свою жизнь, вера в то, что ощущение бессилия необходимо; вера в Бога.

Примеры тренинга копинг-навыков в профилактике рецидива.

Одним из эффективных тренингов копинг – навыков является тренинг, разработанный Chaney и адаптированный нами. Желательно, чтобы он проходил в форме групповой ролевой игры.

Ситуация 1. Фрустрация, гнев. Понедельник. Утро. Вы никак не можете найти работу. Деньги быстро тают. У Вас нет никакой надежды выправить 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 прямо сейчас! 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 разработайте в деталях решение. Куда пойти? Что сказать? Что Вас может 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?

Ситуации высокого риска рецидива.

Наиболее распространенной классификацией ситуаций высокого риска рецидива является классификация Gordon & Marlatt (1989). В ней выделяются три основных вида ситуаций.

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 наркотизирующих или алкоголизирующих лиц).

В последствие перечень классов ситуаций риска был несколько расширен и в настоящее время традиционно представляется следующим образом.

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 захочу»).
- Сильная тяга и искушение.

Интерперсональные детерминанты:

- Интерперсональный конфликт,
- Социальное давление
- Позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением.

Метод анализа рецидива Specker & Carlson.

Данный метод сфокусирован на построении поведенческой цепи, приводящей к срыву, и обеспечивает понимание последовательности событий. Интервьюирующий поощряет пациента к исследованию и прояснению своих реакций, а стало быть, 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 обучаться 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 надо?». 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 определения 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 по причине отсутствия широкой известности возможностей их использования и эффективности в работе с зависимыми больными. Как психотерапевтическая задача в работе это не формулируется и если происходит, то стихийно. У тех больных, которые все-таки используют копинг-навыки, отмечаются более выраженные и стойкие улучшения состояния.

Копинг-навыки, необходимые для предотвращения рецидива.

Альтернативная деятельность

- *физические упражнения*
- *отвлечение*

- *расслабление*
- *хобби*
- *молитва*

Подкрепление неупотребления

- *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 поддержать себя*

Избежание деятельности, связанной с повышенным риском

- *Избежание провоцирующих ситуаций*
- *Избежание знакомства с лицами, употребляющими наркотики*
- *Избежание 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 (АА, 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

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 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.

Суммарная модель динамики и профилактики срыва Т. Gorski.

На основании суммарной модели профилактики срыва Т. Gorski разработана CENAPS модель терапии профилактики рецидивов – CMPT – The CENAPS Model of Relaps Prevrrntion Therapy. Данная модель является многосторонним методом профилактики возврата к употреблению наркотиков и алкоголя у лиц от них зависимых, прошедших первичное лечение и начавших выполнять программу выздоровления.

Цели и задачи модели

Модель имеет 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 симптомами рецидива (стратегий преодоления симптомов 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.

Тренинг профилактики рецидивов.

Основные психологические сферы, в которых проводится работа.

1. Мышление (когнитивная)
2. Чувствование (аффективная)
3. Действия (поведенческая)

Основные социальные сферы

1. Работа
2. Друзья
3. Интимные взаимоотношения.

Главная цель – помочь пациенту наладить функционирование с каждой из этих сфер.

Изменения, по мнению автора данной модели, - 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.

Имеется обычная последовательность изменений, которая часто запускает динамику срыва. Она начинается с изменения установок, в частности, отношения необходимости следовать программе выздоровления, к переходу к изменениям

поведения и изменениям структуры жизни, которые мешают продолжать программу 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 разворачивающегося срыва складывается из следующей последовательности жизненных изменений.

- Внешнее событие, которое заставляет пациента менять распорядок дня и таким образом усиливает стресс и запускает внутренние изменения установки.
- Стресс возрастает. Зависимый человек имеет к стрессу низкую толерантность.
- Происходит реактивация защитной стратегии отрицания. Когда уровень стресса нарастает и становится критическим, появляется тенденция отрицать присутствие чрезмерного стресса и вновь включать механизмы отрицания, сопровождающего болезнь. Когда отрицается стресс, включаются другие, связанные с отрицанием мыслительные процессы.
- Нарастающий стресс усиливает постабстинентный синдром. По мере того, как усиливаются его симптомы, проявляющиеся в мышлении, эмоциях, памяти, уровень стресса еще повышается.
- Пациент начинает вести себя иначе, чем раньше. Его поведение отражает нарастающий стресс.
- Изменение поведения влечет изменение отношений с людьми. Следует разрыв социальных связей.
- Структура жизни начинает рушиться. Планы выздоровления заброшены. Ежедневные привычки и режим дня изменены.
- Недостаток структурированности, недостаток поддержки со стороны других людей и усиливающийся постабстинентный синдром приводят к замешательству, беспорядку и неспособности решать проблемы и принимать решения. Происходит «потеря здравомыслия».

- Следующий шаг – это потеря контроля над своими мыслями и поведением. Человек перестает совершать разумные выборы и не способен прервать или изменить свои действия.
- 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.
- Он возвращается к употреблению наркотика или алкоголя, у него может развиться психосоматическая болезнь, серьезное нарушение психики, он может совершить самоубийство или стать подверженным несчастным случаям.

Планирование профилактики срыва

Результат успешного планирования профилактики срыва – это человек, который больше не употребляет наркотиков и алкоголя, чувствует себя комфортно в трезвости и знает о своих симптомах – предвестниках срыва, имеет план действий для прерывания этих симптомов при их появлении и список своих проблем для прохождения курса консультирования.

Планирования профилактики срыва состоит из следующих шагов:

- Стабилизация
- Оценка
- Обучение пациента
- Определение предвестников срыва
- Пересмотр программы выздоровления
- Обучение инвентаризации
- Прерывание динамики срыва
- Вовлечение значимых людей
- Последовательное выполнение и подкрепление

Gorski определяет понятия *терапевтический* и *не терапевтический срыв*. Терапевтический срыв – это срыв, который увеличивает шансы на выздоровление.

Он обычно бывает коротким и имеет слабые последствия. Конечный результат заключается в том, что пациент понимает тот неопровержимый факт, что он – зависимый человек и не может употреблять психоактивные вещества. Он определяет истоки своего срыва, которые он, вероятно, не смог бы определить, не имея научающего опыта.

Стабилизируя пациента после терапевтического срыва важно оценить вместе с ним понесенный ущерб. 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. Срыв в действительности был шагом на пути роста. Пациент пойдет дальше 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.

Не терапевтический срыв – это срыв, затрудняющий выздоровление. Он длится так долго, что прежние болезненные симптомы, привычки и стиль мышления не только возвращаются, но и усиливаются. Это также может быть короткий срыв, который нанес серьезный ущерб физическому здоровью, мыслительным и эмоциональным процессам, социальным связям и способности пациента регулировать свое поведение.

Такой срыв имеет очень серьезные последствия. Если он 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 для себя.

После окончания *стабилизации* необходимо провести тщательную *оценку*. Нужно оценить следующие области.

- Оценка имеющихся проблем. Оценивая имеющиеся проблемы, терапевт фактически завершает первую фазу лечения, на которой выполняются задачи, связанные с *мотивационным кризисом*. Пациент должен прийти к пониманию подлинной сущности этого кризиса, который возник в результате срыва, и подлинной сущности тех осложнений, которые активизировали динамику срыва.
- Оценка текущей динамики 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 – это 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.
- Оценка истории срыва. Она проводится, чтобы определить, есть ли у пациента прогресс в лечении в целом, или эффективность лечения постоянно уменьшается. Срыв – это 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 пациент фактически находится в процессе выздоровления. Важно определить: что показывает история срывов – улучшение или ухудшение.
- Оценка уровня завершенности лечения. Это происходит следующим образом. Фазы развития выздоровления используются как путеводитель, помогающий пациенту исследовать свой предшествующий прогресс в лечении.
- Оценка факторов, осложняющих выздоровление. Это достигается при рассмотрении вместе с пациентом осложняющих факторов.

- Оценка личностного стиля пациента – способа реагирования на трезвость (крайне зависимый, крайне независимый, скрытый зависимый и функциональный зависимый).

Далее автором предлагается процесс обучения пациента, который воздействует преимущественно на когнитивную сферу. Модель обучения пациента включает подробнейшую информацию, которую пациенту необходимо знать о срыве, а также обзор программы дальнейшего выздоровления.

Прерывание динамики срыва

При прерывании динамики срыва пациент должен

- Осознать присутствие предвестников срыва и предпринять действия по устранению предвестников из своей жизни. Для этого он должен использовать принцип проблем разрешающего процесса, а именно:
- Идентифицировать (определить) проблему,
- Прояснить (исследовать) проблему,
- Определить альтернативные варианты ее разрешения,
- Определить вероятные последствия каждой из альтернатив,
- Принять решение умственно,
- Выполнить решение действенно,
- Довести действие до конца и оценить его результат.

Данные принципы развития проблем разрешающего поведения, впервые разработанные Dzurilla & Nezu & Goldfrid являются универсальными принципами тренинга решения проблем, необходимого в профилактике рецидивов.

Важнейшим шагом в прерывании динамики срыва является вовлечение значимых других и создания вместе с ними «команды выздоровления» – действенной социально-поддерживающей пациента сети.

Успешная работа по профилактике рецидива имеет свое завершение и подкрепление. Для этого необходимо

разработать дальнейший план предотвращения срыва с планом выздоровления, используя при этом работу в лечебной среде (группы АА, NA) и другие группы самопомощи или терапевтическая среда;

- объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи;
- объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости.

8.4. Снижение вреда.

(в данном разделе использованы материалы сборника статей «Снижение Вреда: теория и практика», «Врачи без границ», Москва, 2000).

История движения «снижения вреда» берет свое начало в середине 80-х годов и неразрывно связано с началом эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в США, Западной Европе и других странах. Эпидемия СПИДа поставила вопрос как перед самими потребителями: как им обезопасить себя и своих друзей, так и перед медицинскими работниками: как им донести профилактическую информацию до потребителей наркотиков – группы, являвшейся закрытой и недоступной. Стало ясно, что если не принимать каких-либо экстренных профилактических мер, остановить стремительное развитие эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков будет невозможно.

В середине 80-х годов 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 появилась потребность разработать различные модели программ, которые были бы привлекательны для потребителей наркотиков, и отвечали бы их реальным нуждам. Созданные на этой основе службы получили название «программы снижения вреда». Были выработаны базисные принципы программ снижения вреда:

1. Немедицинское использование психоактивных веществ – неизбежное явление в любом обществе, которое имеет доступ к ним. 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. Она должна оцениваться на основе актуальных последствий, а не на символически правильных или неправильных посланиях.
4. Потребители наркотиков – интегральная часть общества. Стало быть для защиты здоровья всего общества необходима защита здоровья потребителей наркотиков, а для этого необходимо интегрировать потребителей в общество, а не пытаться изолировать от них.
5. Потребление наркотиков наносит индивидуальный и социальный ущерб через различные механизмы, а потому программы воздействия необходимо адресовать по различным направлениям. Эти воздействия содержат программы оздоровления (включая лечение наркозависимости) для нынешних потребителей наркотиков; снижение числа лиц, склонных к потреблению и помощь потребителям, которые не способны прекратить наркотизацию в данный момент времени, 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 различно в разных странах. В 80-х годах 20 века в США эти программы встретили мощный отпор. Однако в конце 80-х годов в некоторых городах США была начата работа

нелегальных программ обмена шприцев. В настоящее время ситуация в Соединенных Штатах кардинальным образом меняется. С 1992 по 1993 год калифорнийским университетом (Беркли) для Государственного Центра по контролю за Заболеваемостью в США было проведено общенациональное исследование существующих программ обмена шприцев. Цель этого исследования – оценка влияния 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. Одним из существенных выводов, сделанных в этом исследовании, был вывод о том, что программы обмена шприцев нив коей мере не способствуют увеличению количества людей, употребляющих наркотики, а также количества людей, употребляющих наркотики инъекционным образом. Напротив, при правильной постановке вопроса, программы обмена шприцев служат инструментом мотивации потребителей наркотиков к увеличению обеспокоенности по вопросам собственного здоровья, к обращению их в медицинские службы, и программы лечения наркозависимости (детоксикация, реабилитационные программы).

В начале 90-х годов проблема эпидемии 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 ряде городов СНГ началась работа профилактических программ по снижению вреда, однако эти программы не приобрели должного охвата, носят единичный, а не общенациональный характер.

Из-за стремительного роста эпидемии в некоторых городах России (в 1999 году к списку этих городов присоединилась Москва и Московская область) стало ясно, что если не принимать экстренных профилактических мер, в нашей стране

может разразиться чрезвычайная эпидемия СПИДа. Проекты по снижению вреда, развивающиеся в России, включают в себя информационные программы; предоставление медицинского и психологического консультирования, а также предоставление инъекционным потребителям наркотиков направлений в медицинские учреждения; предоставление им материалов личной профилактики.

В настоящее время программы снижения вреда получают все большую поддержку мирового сообщества и Всемирной организации здравоохранения.

Основные принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций

(по материалам Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения).

Принцип 1. Информационная работа и образование.

Первым условием эффективной профилактики является формирование среди населения должной осведомленности в отношении риска ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, а также в отношении особого риска, связанного 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 как средство формирования и укрепления поведения и отношений, защищающих индивидуума от ВИЧ-инфекции.

Этот принцип включает следующие компоненты:

1. Просвещение всего населения, избегая стигматизации групп высокого риска.
2. Определение групп высокого риска.
3. Просветительская работа среди употребляющих наркотики и их ближайшего социального окружения, направленная на предупреждение поведения, связанного с высоким риском.

4. Обучение работников служб здравоохранения и социальной помощи, с упором на первичные звенья медико-санитарной помощи.

Для осуществления данного принципа предлагаются следующие действия:

- 1) Создание учебных модулей и программ по профилактике ВИЧ-инфекции и включение их в общие программы начального и среднего образования как части более широкой системы укрепления здоровья в школах.
- 2) Обучение работников средств массовой информации, проводящих образовательные компании в области здравоохранения, а также педагогов и работников служб здравоохранения и социальной помощи.
- 3) Регулярное информирование всего населения с использованием имеющихся средств массовой информации и в контексте общей работы по укреплению здоровья населения.
- 4) Включение вопросов профилактики ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний в основные программы обучения работников служб здравоохранения и социальной помощи.
- 5) 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 и сверстники.

Принцип 2. Обеспечение легкой доступности социальных служб и служб здравоохранения.

Все, у кого имеется повышенный риск ВИЧ-инфицирования, или кто уже инфицирован, должны иметь легкий доступ к существующим службам, которые могут играть определенную роль в профилактике ВИЧ-инфекции.

Данный принцип включает в себя следующие компоненты:

1. Доступность служб с точки зрения их местоположения, отдаленности и возможности подъезда на общественном транспорте.
2. Доступность служб неотложной помощи и кризисного вмешательства с минимальными ограничениями по времени и дням недели.
3. Доступность служб, обеспечивающих конфиденциальность и защиту данных.
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:

- 1) Определение препятствий, ограничивающих доступность социальных служб и служб здравоохранения для потребителей наркотиков и максимально возможное их устранение.
- 2) Развитие терапевтических программ с низким порогом включения в них пациентов, позволяющих употребляющим наркотики лицам уже на ранних этапах установить контакт с терапевтическими службами.

- 3) Предоставление консультирования и лечения с соблюдением должного уважения к потребностям и правам клиентов.
- 4) Введение процедур, обеспечивающих конфиденциальность информации.
- 5) Адаптация терапевтических методов в соответствии с имеющимися стандартами лечения, например, со стандартами, разработанными Всемирной организацией здравоохранения.
- 6) Обучение и подготовка работников служб здравоохранения и социальной помощи с целью повышения доступности этих служб.
- 7) Включение функций оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи употребляющим наркотики в систему первичной медико-санитарной помощи.
- 8) 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 по поводу употребления наркотиков.

Принцип 3. Активная работа среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций.

Значительное число употребляющих наркотики лиц, не обращающихся к службам здравоохранения и социальной помощи, должны быть охвачены через стратегии активной работы с ними, основанные на личном контакте с употребляющими наркотики и их окружением и нацеленные на предоставление информации о риске ВИЧ-инфекции и профилактических мерах, защищающих от инфицирования как самих употребляющих наркотики, так и тех, кто контактирует с ними. Такие стратегии должны быть также направлены на специфические группы (например, употребляющих наркотики лиц, продающих свои сексуальные услуги).

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 включает следующие компоненты:

- 1) Установление контакта со скрытыми популяциями употребляющих наркотики.
- 2) Предоставление образования в отношении рискованного в плане ВИЧ-инфекции поведения, включая предоставление информации о более безопасном сексе и более безопасных способах употребления наркотиков.
- 3) Предоставление стерильных игл, шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов в группах 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, тестирования на ВИЧ и т.п.).
- 5) Нацеленность программ на особые группы населения (например, лиц, продающих свои сексуальные услуги, и употребляющих наркотики).
- 6) Создание прочных связей с соответствующими общественными группами и службами, с тем, чтобы способствовать интеграции лиц, употребляющих наркотики. В нормальные социальные структуры.

Для осуществления этого принципа предлагаются следующие действия:

- 1) Официальное признание программ активной работы среди употребляющих наркотики.

- 2) Создание таких программ в районах повышенного риска (обычно – в больших городах), где проблемы с наркотиками проявляются или, по-видимому, находятся вне контроля системы здравоохранения, и где значительная часть употребляющих наркотики лиц не находится в контакте с терапевтическими службами.
- 3) 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 доверие употребляющих наркотики лиц путем установления адекватных личных контактов, основанных на искренних и реалистичных отношениях;
 - помочь употребляющим наркотики изменить поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования.
- 4) Создание механизмов сотрудничества со службами здравоохранения, социальной помощи и другими группами, действующими на местном уровне.
- 5) Создание механизмов мониторинга и оценки.

Принцип 4. 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 через кровь, обусловленной совместным использованием игл, шприцев или зараженных приспособлений для приготовления наркотика.

Основная часть ВИЧ-инфекций и гепатитов среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, обусловлена совместным использованием игл, шприцев или зараженных приспособлений для приготовления наркотики. До тех пор, пока мы не сможем убедить применяющих наркотики лиц отказаться от их употребления, и при отсутствии какой-либо тенденции к быстрым изменениям в способе употребления среди тех, кто вводит наркотики путем инъекций, необходимо серьезно рассмотреть любые возможные действия, помогающие снизить распространение ВИЧ-инфекции. Есть общее мнение, что одним из факторов, в наибольшей степени связанных с совместным использованием инъекционных инструментов, является малодоступность стерильных игл и шприцев. Всем потребителям инъекционных наркотиков должен быть дан ясный 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 он 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 и их образования, что может помочь предупредить ВИЧ-инфекцию, а также другие инфекции и заболевания, связанные с употреблением наркотиков. Нет данных, свидетельствующих о том, что предоставление употребляющим наркотики стерильных игл и шприцев приводит к росту употребления наркотиков.

Этот принцип включает следующие компоненты:

1. Обеспечение доступности стерильных игл, шприцев и дезинфицирующих материалов с помощью программ бесплатного их обмена, продажи без рецептов в аптеках, центров с терапевтическими программами с низким порогом включения пациентов, программ активной работы среди

употребляющих наркотики и других служб и учреждений с неосуждающим отношением.

2. Обеспечение того, чтобы потребители наркотиков имели доступ 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, а впоследствии создание программ обмена игл для потребителей инъекционных наркотиков в местах заключения.

Для осуществления этого принципа предлагаются следующие действия:

- 1) Создание правовой и организационной структуры для реализации программ обмена игл на национальном и местном уровнях.
- 2) Включение в имеющиеся национальные и местные стратегии и программы по профилактике злоупотребления наркотиками такого компонента, как предоставление потребителям инъекционных наркотиков стерильных инъекционных инструментов и дезинфицирующих материалов.
- 3) Развитие программ обмена игл во всех районах риска, где отмечена практика инъекционного введения наркотиков.
- 4) Проведение обучения по вопросам организации программ обмена игл с минимальными стандартами среди работников центров с терапевтическими программами с низким порогом включения пациентов, программ активной работы среди потребителей наркотиков и других служб.

- 5) Поощрение продажи игл, шприцев и дезинфицирующих материалов без рецептов через аптечную сеть.
- 6) В рамках программ обмена игл и шприцев поощрение потребителей наркотиков к уменьшению рискованного поведения, связанного с наркотиками и ВИЧ, поскольку предоставление стерильных инъекционных инструментов и дезинфицирующих материалов само по себе не обязательно приводит к изменению рискованного поведения.
- 7) Через программы обмена игл и шприцев мотивация потребителей наркотиков на лечение, ориентированное на полное воздержание от психоактивных веществ.
- 8) Сбор и утилизация использованных игл и шприцев безопасным путем для предупреждения возможности негативных последствий программ (например, повышение риска уколов иглами среди населения).
- 9) Предоставление находящимся в местах заключения потребителям наркотиков адекватных дезинфицирующих материалов, а впоследствии организация для них программ обмена игл.

Принцип 5. Предоставления потребителям инъекционных наркотиков возможности получать заместительную терапию.

Заместительная терапия имеет не только свои преимущества, но и недостатки. Это связано с тем, что к замещающим опиоиды медикаментам относятся препараты с наркотическим эффектом. Отличие заключается, прежде всего, в том, что в случае заместительной терапии инъекционные наркотики замещаются не инъекционные. В связи с этим включение метадоновых или других программ заместительной терапии в общую национальную стратегию в отношении наркотиков в качестве одного из полезных вариантов терапии происходит не во всех странах. В частности в

России разворачиваются лишь отдельные экспериментальные площадки, работа в районах с высокой распространенностью употребления героина или других опиоидов и ВИЧ-инфекции.

Заключение

Интегративный подход к решению проблемы профилактики зависимости от психоактивных веществ очевиден. Он основан на взаимосвязи научных теорий и практического мастерства, является междисциплинарной системой знаний и реализуется путем консолидации усилий представителей всех ведомств, государственных и негосударственных организаций, а также всех слоев населения.

Профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков – общенациональная проблема, решение которой не возможно без подготовки высокопрофессиональных кадров. Мы надеемся, что данное учебное пособие в определенной мере поможет решению этой задачи.

Однако это только начало! Эта книга поможет Вам более комплексно представить проблемы профилактики, понять серьезность и значимость научных исследований, лежащих в ее основе, важность профессионального мастерства в реализации практических действий. Однако если Вы проработаете ее серьезно, будет сделан важный шаг по направлению Вашего становления как специалиста в области профилактики зависимости.

Мы желаем Вам успеха в Вашей профилактической работе и творчества в развитии этого важного направления.

Наталья Сирота и Владимир Ялтонский.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости. // Руководство по наркологии. Под ред. член. – кор.-ра РАМН, проф. Н.Н. Иванца. – М., 2002. – С.33 – 41.
2. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974.
3. Бузина Т.С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией.: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., МГУ. – 1998.
4. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М. Изд-во «Литера», 2002.
5. Грюнталь Н. А. Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией. Дисс. ... канд. психол. наук. М., МГУ, 2002.
6. Елшанский С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией. Дисс. ...канд. психол. наук. М., МГУ, 1999.
7. Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами // Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, О.В. Зыков и др. - М., 2001.
8. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение, 1991.
9. Пятницкая И.Н. Наркомании (руководство для врачей). М., «Медицина», 1994.
10. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М., «Медицина», 2002.

- 11.Руководство по наркологии. Том I и II. Под ред. Н.Н. Иванца, Москва, 2002.
- 12.Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте.: Дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб. – 1994.
- 13.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозр. психиат. мед. психол. – 1044, - № 1. – С.63-74.
- 14.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.
- 15.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Наркотики: проблемы и их решение. Москва, МГУ, 2000.
- 16.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Программа формирования здорового жизненного стиля. М., 2000.
- 17.Сирота Н.А., Ялтонский (и соавт.). Профилактика наркоманий и алкоголизма у подростков. От теории к практике. М., «Генезис», 2001.
- 18.Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией.: Дисс. ...д-ра мед. наук. – СПб. – 1995. – 396С.
- 19.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. – С. 269 – 27.
- 20.Annis H., Davis C. Relaps Prevention Training: A Cognitive – Behavioral Approach Based on Self–Efficacy Theory. J. of Chemical Dependency Treatment, 1989, 2(2),82 – 103.
- 21.Bandura A. Self-efficacy. The Exercise of Control. Freeman and Company. N.Y., 2000.

22. Botvin G.J. Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. In C.R. Hartel & M.D. Glantz (Eds.) < Drug Abuse: Origins and Interventions. Washington, DC: American Psychological Association, 1999. PP. 285 – 308.
23. D’Zurilla T.J., Goldfried M.R. Problem solving and behavior modification. // J. of Abnormal Psychology. – 1971. – v.78. – P.107-126.
24. Jessor R. Risk Behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. // J. of Adolescent health. – 1992 – v.12. – P. 597 – 605.
25. Feshbach N.D. Studies on empathic behavior in children. // In B.Maher (Ed.) Progress in experimental personality research. – N.Y.: Academic Press, 1978. – P. 1 – 47.
26. Gorski T.T. The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA. Printed July 2000. P.23 – 38.
27. Kalliopuska M. Study on the empathy and prosocial behavior of children in three daycare centres. // Psychological Reports. – 1991. – v.68. – P.375-378.
28. Lazarus R.S. The stress and coping paradigm //L.A. Bond, J.C. Rosen (Eds). Competence and coping during adulthood. – Hanover. – 1980. – 35p.
29. Miller W. R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA. Printed July 2000. P. 99 – 106.
30. 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.
31. Piaget J. The moral judgment of the child. – N.Y.: Harcourt, 1932.
32. Prochaska J., DiClemente C., & Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist 47:1102 – 1114, 1992b.

33. Rollnick S., Mason P., Putler C. Health Behavior Change. A Guide for practitioners; Churchill Livingstone, 1999, 225 p.
34. Schrodtt G.R., Fitzgerald B.A. Cognitive Therapy with Adolescents. // American J. of Psychotherapy. – 1987. – v. XLI. – N. 3, July.
35. Scheier L.M., Botvin G.J. et al. Social Skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. Journal of Drug Education. 1999, v.44, 21 – 48.
36. Tucker J. et al. Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders. The International Journal of the Addictions, 25 (7A & 8A) 1017 – 1050, 1990-1991.
37. Vaux A. An Ecological Approach to understand and facilitating social support. // J. Soc. And Pers. Relationship. – 1990. – v.70. – P.507 – 518.
38. Wills T.A. Multiple networks and substance use. // J. of Soc. and Clinic. Psychol. – 1990. – v.9. (1). – P.78-90.

Об авторах

Сирота Наталья Александровна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела профилактики Национального научного центра наркологии, профессор кафедры психологии Московского университета МВД России.

Ялтонский Владимир Михайлович – доктор медицинских наук, доцент, руководитель отдела психологического обеспечения Московского университета МВД России, ведущий научный сотрудник Национального научного центра наркологии.

Аннотация

Данное методическое пособие предназначено для студентов факультетов клинической психологии педагогических и медицинских вузов. Оно необходимо также всем психологам и педагогам, так как их работа сопряжена с процессом развития личности человека, здорового и неподверженного риску формирования зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, эффективно адаптирующегося к современному миру. Данное пособие с успехом может быть использовано врачами общей лечебной сети, занимающимися профилактикой неинфекционной патологии, врачами-наркологами и психотерапевтами в процессе лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ.

Кроме того, широкий круг читателей сможет найти в нем много важных ответов на вопросы, касающиеся воспитания детей и решения собственных психологических проблем.

Рецензенты:

А.Ш. Тхостов - доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им.

М.В.Ломоносова.

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

Сербского.

Контрольные вопросы к главе I :

13. Что такое факторы риска употребления психоактивных веществ?
Перечислите их.
14. Что такое факторы защиты (протективные факторы) от употребления психоактивных веществ? Перечислите их.
15. Какие Вы знаете факторы риска формирования наркомании в подростковом возрасте?
16. Перечислите концепции риска приобщения к употреблению наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. В чем их суть?
17. Какие Вы знаете этиологические концепции аддикции?
18. Какие основные биологические механизмы принимают участие в формировании алкогольной и наркотической зависимости?
19. Какие основные психологические механизмы принимают участие в формировании зависимости от наркотиков и алкоголя?
20. Расскажите о функциональной, дисфункциональной и псевдофункциональной моделях копинг-поведения?
21. Какова роль Я-концепции в формировании зависимости от алкоголя и наркотиков?
22. Каково влияние субъективного контроля на формирование зависимости от наркотиков и алкоголя?
23. Расскажите о когнитивном компоненте поведения, ведущего к наркотической зависимости.
24. Расскажите о влиянии коммуникативных личностных ресурсов на формирование зависимого от наркотиков поведения.

Рекомендуемая литература.

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости. // Руководство по наркологии. Под ред. член. – кор.-ра РАМН, проф. Н.Н. Иванца. – М., 2002. – С.33 – 41.

2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 422с.
3. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974. – 96с.
4. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198с.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Наркотики: проблемы и их решение. М., МГУ, 2000.

Контрольные вопросы к главе 2:

15. *Расскажите об основных типах психоактивных веществ.*
16. *Какие психоактивные вещества относятся к легальным?*
17. *Какие психоактивные вещества относятся к нелегальным?
Почему?*
18. *Какова юридическая и личная ответственность при употреблении легальных и нелегальных психоактивных веществ?*
19. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии алкоголя.*
20. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии никотина.*
21. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии каннабиса.*
22. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии стимулирующих средств.*
23. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии опиоидов.*
24. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии депрессантов.*
25. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии галлюциногенов.*
26. *Расскажите о немедленном и отсроченном действии летучих ингалянтов.*
27. *Какие наркотики относятся к синтетическим? Дайте им краткую характеристику.*
28. *Каковы социальные, психологические, физические и юридические последствия употребления психоактивных веществ?*

Рекомендуемая литература:

1. Руководство по наркологии. Том 1. Под ред. Н.Н. Иванца. Москва, 2002.
2. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения // Вопросы наркологии. – 1997. - №4. – С.4-11.
3. Пятницкая И.Н. Наркомании (руководство для врачей). Москва. «Медицина», 1994.

4. Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский. Наркотики: проблемы и их решение. Москва, 2000.

Контрольные вопросы к главе 3:

1. *Какие Вы знаете симптомы и синдромы, характеризующие зависимость от алкоголя и наркотиков?*
2. *Какие Вы знаете стадии развития зависимости от алкоголя?*
3. *Как происходит формирование зависимости от опиоидов?*
4. *Каковы признаки зависимости от стимуляторов?*
5. *Как формируется зависимость от препаратов конопли (гашиша)?*
6. *Какова клиническая картина злоупотребления психоделическими препаратами типа ЛСД?*

Рекомендуемая литература:

1. Пятницкая И.Н. Наркомании (руководство для врачей). М., «Медицина», 1994.
2. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М., «Медицина», 2002.
3. Руководство по наркологии. Том I и II. Под ред. Н.Н. Иванца, Москва, 2002.

Контрольные вопросы к главе 4:

1. *В чем смысл теории продвижения к здоровью?*
2. *Расскажите об основных положениях теории мотивации.*
3. *В чем практическая важность теории жизненных навыков?*
4. *Каковы суть теории альтернативной наркотикам деятельности?*
5. *Как может быть использована концепция социальной поддержки в профилактике алкоголизма и наркоманий?*

Рекомендуемая литература:

1. Руководство по наркологии. Том I и II. Под ред. Н.Н. Иванца, Москва, 2002.
2. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте.: Дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб. – 1994.
3. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозр. психиат. и мед. психол. – 1044, - № 1. – С.63-74.
4. 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.

Контрольные вопросы к главе 5:

1. *Расскажите о целях, задачах и методах первичной профилактики алкоголизма и наркоманий.*
2. *На каких теоретических позициях основываются практические составляющиеся концептуальной программы профилактики зависимости от психоактивных веществ?*
3. *Расскажите о принципах построения программ первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ.*
4. *Каковы особенности вторичной профилактики зависимости от алкоголя и наркотиков?*
5. *Что такое выздоровление от алкогольной и наркотической зависимости?*

Рекомендуемая литература:

1. 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.
2. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Программа формирования здорового жизненного стиля. М., 2000.
3. Сирота Н.А., Ялтонский (и соавт.). Профилактика наркоманий и алкоголизма у подростков. От теории к практике. М., «Генезис», 2001.
4. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией.: Дисс. ...д-ра мед. наук. – СПб. – 1995. – 396С.
5. 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. – С. 269 – 27.

Контрольные вопросы к главе 6.

- 1. В чем заключается работа с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ?*
- 2. На каких принципах основывается третичная профилактика (реабилитация) наркоманий и алкоголизма?*
- 3. Какие Вы знаете стадии выздоровления от зависимости?*
- 4. На каких теоретических позициях основывается профилактика рецидивов наркоманий и алкоголизма?*
- 5. Какие практические подходы Вы можете использовать в профилактике рецидивов наркоманий и алкоголизма?*
- 6. Что такое «снижение вреда» в проблеме профилактики наркоманий и алкоголизма?*

Рекомендуемая литература:

1. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М. Изд-во «Литера», 2002.
2. Руководство по наркологии. Том I и II. Под ред. Н.Н. Иванца, Москва, 2002.
3. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение, 1991.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании (руководство для врачей). М., «Медицина», 1994.
5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М., «Медицина», 2002.